

博 士 論 文

介護老人保健施設における看護のあり方
—生活支援に関する看護をつなぐ
実践能力に着目して—
(Nursing method in healthcare centers for the elderly
—Pay attention to your practice ability to provide life
support and care for—)

2020年3月

立命館大学大学院先端総合学術研究科
先端総合学術専攻一貫制博士課程

山田 由紀

立命館大学審査博士論文

介護老人保健施設における看護のあり方
—生活支援に関する看護をつなぐ
実践能力に着目して—

(Nursing method in healthcare centers for the elderly
—Pay attention to your practice ability to provide life
support and care for—)

2020年3月

March 2020

立命館大学大学院先端総合学術研究科
先端総合学術専攻一貫制博士期課程

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences

Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences

Ritsumeikan University

山田 由紀

YAMADA Yuki

研究指導教員：小川 さやか教授

Supervisor : Professor OGAWA Sayaka

博士論文要旨

介護老人保健施設における看護のあり方

—生活支援に関する看護をつなぐ実践能力に着目して—

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

ヤマダ ユキ

山田 由紀

介護老人保健施設（以下、老健施設）は、超高齢化社会の到来とともに高齢者福祉分野における中核的拠点としての役割を担うことが期待されている施設である。老健施設の役割と機能は生活支援を基盤とし、機能訓練や在宅復帰支援などの包括的ケアを提供することにある。

本論文の目的は、専門的な医療を提供する病院等の医療施設とは異なりうる老健施設の看護の実践能力を明らかにすることにある。この目的のために本論文では、1) 看護師たちによるそれぞれの生活支援や医療ケア等の場面に関する語りを記述し、そこから具体的な看護の課題を遂行するために看護師たちが実践したり、意識や注意を振り向けたり、心がけている点を明らかにし、2) これらの内容に特定の知識や技能が介在していると捉え、3) 老健施設の看護の実践能力のカテゴリーを導き出すことを目指した。

序章では、まず先行研究の問題点として、症状別・症例別、あるいは倫理的な内容と具体的な疾病に関する看護実践の研究が別個に研究されてきたこと、それらの研究は包括的なケアが求められる老健施設において、看護師たちが生活支援から疾病に関わる看護までを互いに連関・調整させながら形づくっている看護のあり方や、それに関わる実践能力をと捉えることができないことを指摘した。

具体的な語りの分析に先立ち、第1章では、高齢者の疾病に関する一般的な特徴や老健施設の組織的な運営趣旨、入所者の特徴、他施設との違いを説明し、つづく第2章で、老健施設をめぐる制度的な変遷を「連携体制・中核拠点」「在宅復帰・機能訓練」「医療看護に関する提供体制」「ケア内容」の4項目に分けて概観した。

第3章では、生活支援の場としての老健施設の看護のあり方に光をあて、看護師たちが日々どのような点に注意を振り向け、考え、実践しているのかを詳述した。第4章では、老健施設における疾病に関する看護のあり方に光をあて、高齢者の平常時の状態やありようを捉えることから、異変を察知したり急変に対処するまでの一連の過程における看護師たちの実践や理解、考え方を詳述した。

第5章では、第3章と第4章で述べた内容を振り返りながら、看護師たちの実践がどのような知識や技能に支えられているかを整理し、それらが老健施設における看護の実践能力をどのように構成しているのかを考察した。老健施設における看護の実践能力には、1) 《細かな部分を捉える実践能力》、2) 《継続的・多角的に捉える実践能力》、3) 《関係性を築き、生かす実践能力》、4) 《深く捉え、内省する実践能力》の4つが存在し、これらをまとめる5) 《総合的に捉える実践能力》があることを論じた。

終章では本論文で明らかにした内容を総括し、本研究の問題意識に立ち返って老健施設における看護の実践能力を捉えるための理解と視座の転換の必要性を指摘するとともに、今後の課題を述べた。

Abstract of Doctoral Thesis

Nursing method in healthcare centers for the elderly

—Pay attention to your practice ability to provide life support and care for—

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences
Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences
Ritsumeikan University

ヤマダ ユキ
YAMADA Yuki

Healthcare centers for the elderly (hereafter, health centers for the elderly) are facilities that are hoped to take on the role of a core base in the field of elderly welfare upon the arrival of the super-aging society. The role and function of health centers for the elderly is to provide life support as a base and deliver comprehensive care such as function training or at-home return support.

The purpose of this article is to clarify the practice abilities of nurses in health centers for the elderly to set them apart from medical facilities such as hospitals that provide specialized medical care. In this article, I describe topics such as 1) life support or medical care provided by nurses for this purpose, and discuss how nurses practice such care to deliver concrete nursing with consciousness and attention. 2) I clarify points related to the specific knowledge and skills involved in such care and 3) aim to develop categories for the practice abilities of nurses used in health centers for the elderly.

In Chapter 1, I explain the general characteristics of the illnesses often found in elderly people and discuss the organizational and administrative purpose of health centers for the elderly, the characteristics of the people who stay in them, and their differences from other facilities. In Chapter 2, I divide the institutional features of health centers for the elderly into four categories: "cooperation system, core base," "at-home return, function training," "offer system for medical care nursing," and "care contents." Then, prior to the analysis of the concrete topics, I survey these categories.

In Chapter 3, I shine light on the method of nursing in health centers for the elderly as places that provide life support, discuss how nurses allocate their attention every day, and explain their practices in detail. After clarifying the method of caring for the ill in health centers for the elderly, Chapter 4 discusses the normal state of elderly people. Then, I explain the nature of practice and understanding, the way of thinking about nursing as a series of processes after an accident occurs, and how to deal with a sudden change.

In Chapter 5, I look back on the contents of Chapters 3 and 4 and discuss what kinds of knowledge and practical skill nurses need to provide support. I examine what constitutes the practical abilities of nurses in health centers for the elderly. These abilities are 1) the ability to catch small things, 2) the ability to catch things from different angles, 3) the ability to build relationships, 4) the ability to deeply reflect on one's practice and be introspective, and 5) the ability to catch general things.

In the last chapter, I summarize the contents of this article and point out the need for understanding and a new point of view. Nurses need critical minds and keen practical abilities when conducting nursing in health centers for the elderly. Finally, I discuss some possible future problems.

目次

序章	1
1. 老健施設および老健施設での看護と知識に関する先行研究	3
(1) 高齢者が罹患する個別の身体症状や疾病およびそれに対する ケアに光を当てた研究群	3
(2) 看護師が持つべき倫理や姿勢、学びに関する研究群	4
2. 本研究の視座	5
3. 本研究の目的と方法論	7
(1) 目的	7
(2) 方法①研究施設②研究対象者③調査のリクルート方法④データー収集方法 ⑤データー収集時期⑦質問内容	7
4. 倫理的配慮	9
5. 本論文の構成	9
第1章. 高齢者の疾病に関連する専門的知識	11
1. 高齢者の疾病に関する一般的な特徴・統計的な概要	11
(1) 高齢者の身体面に関する特徴	11
(2) 高齢者医療における疾病の主要な概念	12
(3) 高齢者医療・看護の現状と今後に向けた要請	14
2. 老健施設の組織的な運営趣旨・他施設との違い・入所者の特色	15
(1) 制度上の定義	16
(2) 老健施設に入所する高齢者の統計学的な概要と実情	17
①老健施設に入所する高齢者の定義	17
②介護サービス受給者の割合と介護保険施設の現状	17
③介護保険施設ごとの入所者の特色	18
(3) 老健施設の主要な医療業務と物品・整備と「病院」・「特養」との違い	19
第2章. 老健施設の制度的変遷	21
1. 「連携体制・中核的拠点」	21
2. 「在宅復帰・機能訓練」	23
(1) 在宅復帰に関する制度的な変遷	23
(2) 機能訓練に関する制度的変遷	26
3. 医療看護に関する提供体制	27
(1) 特定疾患療養費	28
(2) ターミナル加算	28

(3) 認知症ケア加算	28
4. ケア内容—他の医療機関と特養の相違	30
5. 1章2章を受けての考察	31
3章. 生活の場としての老人施設における看護のあり方	33
1. 1日の看護業務の活動とその流れ	33
2. 老健施設特有の時間的・空間的文脈の即す	38
(1) ゆっくりとした時間的な流れに沿う	39
(2) 日常の変化・変動を最小限にする	40
(3) 高齢者の生活空間を侵さない・妨げない	43
考察と小括—老健施設における環境的な特異性と理念	44
3. 専門性の枠を超えた関係を構築する	45
(1) 高齢者への声かけ、些細な会話を大切にする	45
(2) 非言語的な情報からニーズを把握する	47
(3) 日常的な身体的ケアを通じた個々の思いに寄り添う	48
(4) 信頼し合える関係を要とする	50
考察と小括	51
4. 老健施設で働くことを通じた看護師自身のリフレクション	52
(1) 望まない入所や入所までの経緯を理解する	54
(2) 「居場所」「新しい家族」を構築する	55
(3) 高齢者の人格や尊厳に対する理解を刷新する	56
考察と小括	57
第4章. 老人施設における疾病に関する看護のあり方	59
1. 高齢者の平常時の状態やありようを捉える	59
(1) 日常的な動作や状態の個人性を捉える	60
(2) 基本的な欲求を遂行した結果(回数、量、性状)を細かく観察する	62
(3) 習慣化された一連のパターンとして捉える	62
2. 高齢期の変化を平常時の変化として観察する	63
(1) 高齢期の身体変化を把握する	63
(2) 主要な疾患と身体の特徴を把握する	64
(3) 季節ごとの変調とリスクを把握する	66
3. 平常時と異なる事態や変調を捉える	67
(1) 些細な変化に関する直観や経験を随時確認する	67
(2) 継続的に捉え、判断していく	68
(3) 他専門職との連携を密に構築し、多角的にみる	69
(4) 高齢者の訴えを受け止めつつ、それを頼りすぎない	69

(5) 様々な視野に入れ想像力を発揮する	70
4. 疾病に直接関係しない事柄・関係性を含めた総合的な判断	73
(1) 疾病と関係性のない出来事・人間性から疾病を察知する	73
(2) 高齢者と高齢者との家族との関係を踏まえてゴールを決める	74
第5章. 老健施設における看護の実践能力	76
1. 老健施設における看護のテーマと具体的な技能や知識の所在	76
2. 老健施設における看護の実践能力	78
(1) 細かな部分を捉える実践能力	78
(2) 継続的・多角的に捉える実践能力	79
(3) 関係性を築き、生かす実践能力	79
(4) 深く捉え内省する実践能力	80
(5) 総合的に捉える実践能力	80
終章	83
1. 総括	83
2. 老健施設の看護実践を理解するために必要な考え方	85
3. 看護のあり方や政策への提言	86
謝辞	
参考文献一覧	88

序章

介護老人保健施設（以下、老健施設）は、昭和 62 年、老人保健法の改定により創設された高齢者施設である（厚生労働協会, 2016）。病院などの医療機関と比較し、老健施設の歴史は浅く、制度創設から約 30 年しか経過していない。超高齢化社会の到来とともに、高齢者福祉分野における中核的拠点としての役割を担うために、老健施設は今後とも持続的発展が希求されている。

老健施設の役割と機能は、生活支援を基盤とし、機能訓練や在宅復帰支援などの総合的なケアを提供することにある（全国老人保健施設協会, 2018）。老健施設の最大の特徴とは、包括的なケア形態を備えた多機能性・多様性を有する施設であることである。言い換えれば、老健施設において遂行される実践とは、「医療や看護を主体としない」現場における医療的なケアや処置を意味する。

このことは病院などの医療機関に対する老健施設の独自性である。病院などの専門的な医療施設では、病気の治療を目的に入院した患者に対して医療や看護を提供していく。病院における看護実践とは、病気に焦点をあてた看護診断・看護過程を展開することにある。当然のことながら個々人の人間性や尊厳に配慮する必要はあらゆる看護に共通し、疾病以外の知識はあらゆる看護師にとって重要であるものの、病院での看護過程で習得していく必要がある看護の知識は第一義的には、疾病に関連する病態生理や症状・兆候とそれに対する適切かつ高度な医療・看護支援である。

これに対して、老健施設では高度な医療器具を備えておらず、急変時には適切な医療機関につなぐため、必ずしも疾病に関する病態生理や症状・兆候自体に対する高度に専門化された医療的知識は第一義的な重要性を持たないこともある。だが、老健施設では、機能訓練や介護、あるいは生活支援など、疾病や身体症状以外の様々な知識が、医療的なケアを含めた看護活動において必須事項となる。老健施設に勤務する看護師は、病院では携わることのない他の専門領域（例えば、介護職や機能訓練師の専門領域）の業務内容に関する知識も必要であり、実際に積極的に従事することが求められている。

すなわち、老健施設における看護活動を展開していくために習得すべき基本的・根本的な知識は、病院などの専門的な医療現場と異なりうるのである。

しかしながら、このような老健施設の看護実践に必要な知識を総合的に明らかにした研究はこれまで実施されてこなかった。確かに後述するように特定の疾病やケアに関して看護師が習得すべき知識や高齢者看護に関わる倫理的な課題については多岐にわたる研究がなされてきた。だが、それらの研究では「症例」ごとに、あるいは疾病に関する知識と高齢者に対する倫理的な知識とがべつべつに研究されている。このことは、看護師たちが複雑かつ変則的で不明瞭に進展する高齢者の疾病に関わる基礎的な知識と、生活の場としての老健施設の環境的・制度的な独自性、生活支援、生活と直結する高齢

者の理解や高齢者と適切な関わりを構築していく際に必要となる知識とをいかにして総動員させ、結び付けて調整していくことはできない。老健施設独自の看護のやりがいを感じたり、自己省察をしたりしながら、日々の看護実践に結実させているかを統合的に議論したものはないのである。

特に老健施設など、介護保険施設における学習ニーズは、救命救急などの人命にかかわる内容が高く（吉岡，2012）、日々のルーティン化された生活支援と表裏一体の基本的な看護実践の知識は見過ごされがちである。確かに老健施設の8割の看護師は高齢者の急変に直面した経験があるとされており（福田，2010）、救急に関する知識を獲得する必要があることは自明である。だが、看護師たちがいかにして日常的な生活支援の現場での気づきから異変を察知し、症状の悪化や急変を未然に防ぎ、人生の最後の場を迎えることも多い老健施設に当たり前のように流れている「穏やかな日常性」を維持・創出しているのかも、救命救急看護と同様に重要な事柄である。本研究で光をあてるのは、看護師自身の言葉を借りれば、ある意味で「地味な」しかし「基層的・根本的な」知識である。

筆者が就職先の老健施設に足を踏み入れた際に感じたことは、現場の雰囲気、病院などの医療機関と全く異なるということであった。また、老健施設に入所している高齢者も、病院に入院した患者と比較し、様子や姿が異なっていると感じた。老健施設では、「日常」の生活を送るために、高齢者が入所しており、そのような様相を呈しているということである。そして、老健施設で看護活動に携わっていく中で、筆者が感じたことは、業務の内容とその仕方・方法が、病院などの医療機関と異なるということである。つまり、老健施設では、現場で遂行する看護の枠組みやシステム自体が、病院での看護活動と異なる。そのような様相を呈する老健施設で行われる看護活動とは、どのようなものであるか。そして、看護師はどのような看護を展開して、どのような実践能力が求められるのだろうかという問いが浮かんた。

本研究では、老健施設で働く看護師への面接調査で得られた語りを中心に、筆者が現場で見聞きした事例を補足的に用いることで、看護師たちの様々な場面での知識を細やかに記述し、そうした知識の積み重ねが、異変や急変時をふくめた看護師たちの看護の実践能力をどのように構成していくのかを明らかにする。それは老健施設の看護の独自性を明らかにするとともに老健施設の役割と意義と明示していくことにも貢献すると考えられる。

以下ではまず、本研究に関わる老健施設の看護実践と知識に関する先行研究について整理する。それを踏まえて本研究の視座、目的、方法論を説明し、最後に本論文の構成を記す。

1. 老健施設および老健施設での看護と知識に関する先行研究

まず、国内における老健施設の看護実践や看護の知識に関する先行研究を整理し、どのような観点で研究されてきたのかを明らかにする。老健施設や同施設における看護や知識に関する研究はこれまでも数多くなされてきた。

国内の医療関係の論文を集約している文献データベース『医学中央雑誌 WES 版』(以下、医中誌)で「老健施設」「看護」「知識」のキーワードの組み合わせで、2001 年から 2009 年を対象として検索した結果、113 件(2019 年 12 月時点)の論文が見つかった。そのうち、プロシーディングスや学会報告、小論などを除いた原著論文は 34 件あった。この 34 件の論文のテーマは多岐にわたっているが、本論文の関心に即して整理すると、大きく次の二つに分類できる。第一に、高齢者が罹患する個別の身体症状や疾病およびそれに対するケアに光を当てた研究群。第二に、看護師が持つべき倫理や姿勢に関する研究群で、これには老健施設の個別のケアだけでなく、看護教育や専門職同士の学びに関する分析も含まれる。これに加えて老健施設に関わる制度や統計資料としては、介護保険老人施設協会が発行する「介護白書」が存在した。以下では、この 2 つの研究群で論じられている内容について述べる。

(1) 高齢者が罹患する個別の身体症状や疾病およびそれに対するケアに光を当てた研究群

老健施設の看護や介護を扱った先行研究の多くは、特定の身体症状や疾病のケアに光をあてたものである。最も多くの研究が分析しているのは<褥瘡ケア>5 件であり、続いて<胃ろう>2 件、残りは老健施設のルーティン化されたケアにあたる<フットケア><排泄ケア><口腔ケア>から、日常的なリスクである<転倒>や<感染予防><リスクマネジメント>、特徴的な病のケアにあたる<糖尿病ケア><透析>(PD)、<急変>の場面におけるケアまでそれぞれ 1 件ずつ、<在宅復帰>2 件など多岐にわたって研究されている。これらの研究では主として質問票調査やアンケート調査、インタビュー調査などに基づく定性的な分析がなされているが、個別のケアに焦点があてられているのが特徴である。これらの研究群の内容に注目すると、看護師や介護士による特定のケアにおける知識・技能の不十分さを明らかにし、適切な知識や技能の必要性を指摘する研究が多い。

例えば、小笠原は、看護師によるフットケアを対象群と介入群に分けて皮膚の状態、足と爪の衛生状態、悪足に関する自覚症状、フットケアに関する意識、健康管理などをアウトカム指標として設定し、8 週間の観察をした結果、介入群のほうの足の状態が改善していたことを示し、看護師が知識を持って看護していくことの有用性・必要性を示唆している (Ogasawara, 2014)。また、福田らは、老健施設の 80%の看護師が高齢者の急変を経験しており、心肺停止や転倒など、救急場面に遭遇していること指摘してい

る。そのため、老健施設に勤務する看護師も救急に関する知識が必要であることを主張している（福田，2011）。麻生らは、後期高齢者のセルフケアに光をあて、看護師に求められる知識の範囲は幅広いが、糖尿病などの疾病に関する専門知識の不足を問題化している（麻生，2012）。文献数が多かった褥瘡に関しても、車椅子の使用頻度や褥瘡の軽度・重度に応じた適切な予防に関する知識と学習の必要性を指摘するものである（武田ら，2011；吉井，2009；熊崎，2009）。

また、知識に関するこうした不足点や専門職どうしの知識の違いに焦点をあて、多職間の連携の必要性を指摘する研究もみられる。例えば、田巻は、排泄ケアに関する介護職と看護職の意識のふり向け方の違いに注目し、介護職は、適切なパットの選択とコスト意識に対する注意が不足しており、逆に看護職は陰部洗浄の必要性や尿測、排尿パターンの把握に関する注意が不足していることを述べている（田巻，2015）。このような知識や意識の振り向け方の違いは、他のケアにも当てはまる。本間は、看護師は介護職と比べて口腔ケアに対する認識や積極性が低いことを指摘しており（本間，2016）、同じく佐藤も口腔ケアを事例に、多職間の傾向維持の介入を試みることで状態が改善したことを挙げて、摂食嚥下の知識を深めるとともに知識の共有が必要だと述べている（佐藤，2017）。

以上のように老健施設の看護師の個別のケアや実践、それに関わる専門的な知識の必要性に関しては数多くの研究が検討している。しかしながら、実際の老健施設において看護師たちは個々の症状や疾病が複合的に関連しながら高齢者の症状が出現したり、ある疾病が別の疾病として誤認されたりといった現場で働いており、こうした個別の症状や疾病に光を当てただけでは、看護師たちが複数の疾病のケアを調整・調和させながらケアをしている「知識」を明らかにすることはできない。

(2) 看護師が持つべき倫理や姿勢、学びに関する研究群

次に、看護師が持つべき倫理や姿勢、学びに関する研究群について述べる。最も多くの研究が分析されているのは＜学生への学び＞6件で、続いて＜倫理＞3件であった。他の残りの研究、＜役割連携＞＜認知症ケア＞＜内服管理＞＜看取り＞は、各々1件ずつ研究が行われていた。

これらの研究でまず指摘されていることは、倫理的な感受性を身に着けることの有用性と必要性である。例えば、鳴海らは、看護職と介護側の道徳感受性の実態とそれに関連する要因を明らかにするために「介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性尺度」を用いた質問票調査を実施し、倫理的綱領や倫理に関する研修を受けた群のほうが、有意に得点が高いことを明らかにし、倫理綱領や研究の重要性を指摘している（鳴海，2018）。久木原は、高齢者施設の職員のエイジズム（高齢者に対する偏見・差別）の実態を明らかにし、エイジズムを低減するために、高齢者に関する新しい知識の必要性を主張して

いる（久木原，2018）。同じく石原は、老健施設の職員に対して実施した倫理的課題に関する事例に対する感想を分析し、専門職の倫理に関する知識習得の必要性を述べている（石原，2012）。

このような倫理的感受性に関する大学等での看護教育における学びに光をあてた研究もなされている。例えば、杉野は老年介護実習における学生の学習前後の変化を分析し、「その人らしさを理解する」「自立を目指した関わり」「高齢者を尊重する」「ケアをするために必要な基礎知識をもつ」「家族支援」「環境の充実」といったカテゴリーが抽出されたことを報告している（杉野，2011）。また、小林は、3種類の保健・福祉施設における老年看護学実習の学習効果を分析し、「看護を捉える視点」「多様な高齢者の特徴」「個を捉える意識の広がり」「対象を理解する視点の広がり」「高齢者施設が果たす機能・役割」「ネガティブな感情」「社会資源の活用」「高齢化社会が抱える問題」という9つのカテゴリーの中で、「高齢者を尊重する態度」が最も評価が高く、「社会資源の活用」が最も低い項目であることを明らかにし、社会資源に対する知識不足や、視野や行動の狭さという問題を提示している（小林，2009）。今井は、介護老人施設での短期実習の方法を分析し、学生は高齢者と接する機会が少なく、老化を理解することが難しいことを挙げ、「老い」が考えられる具体的な場面を意図的に見せることの効果などを指摘している（今井，2011）。他に多職間の連携に関する姿勢や学びに関する研究もある（今井，2009）。

これらの研究では、看護師が持つべき倫理観、特に「高齢者理解」「高齢者の尊重」といった項目が重視されているが、現場で発生する具体的な事例に即した看護では、特定の倫理が別の倫理と抵触したり、マニュアル通りにはいかない個別の対応をしていく必要があり、このような倫理要綱や倫理教育で示されている「高齢者との関わり」や「高齢者への対峙の仕方」に関する知識とは、別の知識の理解が必要である。

例えば、「高齢者を深く捉える」などは良く指摘されるが、そうした抽象的な理解ではなく、それぞれの場面で高齢者を捉える深さを明らかにする研究が求められている。

2. 本研究の視座

以上で述べたように、老健施設の看護実践に関する研究は、個別の疾病や医療的ケアに焦点を当てており、かつ疾病に焦点を当てた研究群と高齢者理解や高齢者看護に必要な倫理的な問題を扱う研究群は、それぞれ個別に展開してきた。

だが、老健施設の現場で看護師たちは、高齢者との日常的な関わりから医療的ケアまでをそれぞれ結びつけながら看護実践をしており、彼女たちの看護実践の知識や能力を捉えるためには、高齢者施設特有の文脈に立脚した研究が必要とされる。

こうした施設の文脈に立脚した先行研究として、特別養護老人施設（以下、特養）を事例に研究した戸田恵子の研究がある（戸田，2014）。戸田は、看護師たちへの聞き取

り調査をもとにして、看護師が特養に就職した動機や看護師が抱くジレンマ、特養の役割、特養で働くことのやりがいや思いなどから、特養の看護のあり方を様々な角度から明らかにしている。本研究も同様に、看護師たちの語りを分析しながら、老健施設に特有の看護のあり方を総合的に考察していくものである。ただし、特養と老健施設には生活支援の場でもあるという点では共通しているものの、異なる点も存在する。老健施設は医者が常駐しており、特養に比べて看護師の数も多い。特養に入所する高齢者は、老健施設と比較し介護度が高い。また、老健施設では在宅復帰を目指すことから医療的ケアに加えて機能訓練なども展開し、より複雑で多様な役割が付与されている。

また介護度が高い特養を対象とした戸田は、看取りなどの場を含めて看護師が抱えるジレンマや戸惑い、思いに光をあてて論じた。本研究でもそうした看護師個々人の思いを扱うが、それらが生活支援や日々の高齢者との接し方、急変時の対処に至るまでより多角的・多機能的な実践が求められる老健施設で働く看護師たちの「知識」にどのように結びついていくかにより重点を置いた分析をおこなう。

そこで次に、本研究で光をあてる知識や看護の実践能力がどのようなものであるかについて述べる。

看護実践の中に含まれている諸要素を検討し、実践に至る過程を明らかにしたアーネスティン・ウィーデンバックは、「能力とは、実際には3つのはっきりとした特性、すなわち知識、判断、技能の総合されたものであり、それは、大なり、小なりその人が行うあらゆることの中に含まれていて、しかもその行為の成果を左右するものである。また、その能力は、その人が身につけた特質であり、時間と経験によって啓発されていくものである。看護師の能力を評価するには、看護師が機能を果たしている状況の横断面について行うか、あるいは、一つの行為について囚われずに、その状況の出来事に基づいて行うことが必要である」(Wiedenbach, 1964:124-125)と述べている。

ウィーデンバックはまた、「看護師が効果的な実践を展開していくために見つけなければならない重要な特性は、知識、判断、技能であり、これらを臨床現場で適用させる場合、それぞれ別個なものであり、しかも個別的に評価されるものであるが、相互に関連し依存しあっているもの」であり、「これらの価値が発揮されるのは、看護師が目的を達成しようとして、それぞれの特性を調和させて用いるときである」(Wiedenbach, 1964:40)と指摘している。

本研究では、このウィーデンバックの理解に即して実践能力と知識について検討する。先にも述べたが、老健施設の看護師は、日常的・変則的な高齢者の疾病過程に関する様々な事象を経験する中で、平常時と急変時を見分けたり、急変を未然に防いだり、変則的な事態に対応する「実践能力」を醸成している。そうした実践が展開できているのは、老健施設の経験を通じて身につけた特有の知識・判断・技能があるためであり、かつ様々な事象の特性（例えば、平常時の高齢者の動作の違いと高齢期特有の病）を調和させて

いるからである。すなわち、老健施設特有の看護の実践能力とは、個別の事象や場面における知識の横断面、異なる知識を繋ぎ合わせることで生み出されていくものであるという視座に立つのである。

また本研究における知識の理解と分析視座は、パトリシア・ベナーの研究にも示唆を受けている。ベナーは、病院と救急病棟を主な対象として、スキルの獲得と看護実践に埋め込まれた知識の明確化を調査した一連の著作を刊行している。そのうち、本研究の主題に深く関わるのは、第一作目の『ベナー看護論―初心者から達人へ』(2005)と第二作目の『ベナー看護実践における専門性―達人へなるための思考と行動』(2015)の2冊である。『ベナー看護論―初心者から達人へ』では、看護師たちが看護実践から習得する知識を系統的に観察し、看護実践そのものに内在する知識を明らかにしている(Benner, 2005)。『ベナー看護実践における専門性―達人へなるための思考と行動』では、看護における臨床的専門性および倫理的専門性の本質を明瞭に言語化している。

ベナーの研究は、ドレイファスのスキル獲得のモデルに基づいて行われているが、このモデルは、状況に関する深い背景的(人間的)理解とその経時的関連性からスタートするもので、特性的なものではなく、状況的なものとしている(Benner, 2015)。

ベナーの一連の研究は、急性・重症病棟で提供された看護実践に関するものであるが、本研究でも、知識は個別の文脈から切り離されて可能になる「特性的なもの」ではなく「状況的なもの」であると捉える。そうすることで生活支援の文脈における知識と疾病に関するケアに関わる知識を横断する側面を析出することを目指すのである。

3. 本研究の目的と方法論

(1) 目的

本研究の目的は、老健施設で働く看護師たちに対して実施した面接調査の内容を中心に筆者が見聞きした出来事を補足的に用いることで、老健施設で働く看護師たちの実践能力を明らかにすることである。そのために、本研究では、1) 看護師たちによるそれぞれの生活支援や医療ケア等の場面に関する語りを記述し、そこから具体的な看護の課題を遂行するために看護師たちが当たり前のように実践したり、意識や注意を振り向けたり、心がけている点を明らかにする。次に2) こうした実際に「実践してしまっている」内容には特定の知識や技能が介在していると捉え、そこから老健施設の看護の実践能力のカテゴリーを導き出すことを目指す。

(2) 方法

以上の目的を遂行するために、本研究は以下のような方法を用いた。

①研究施設

関西地区周辺に位置する介護老人保健施設協会に加盟している老健施設から選択した。

②研究対象者

老健施設において5年以上勤務する看護師19名。表は、面接を実施した看護師の一覧である。表にある通り、男性2名、女性16名であり、老健施設における経験年数は、5年以上～10年未満→5名、11年以上～15年未満→8名、15年以上20年以下→6名であった。なお、本研究での語りの引用は、この表の番号を用いている。

表1 面接を実施した看護師一覧				
No.	性別	老健での勤務年数	看護師の経験年数	備考
1	女性	5	7	隣接する同じ系列の病院に勤務していた。
2	女性	7	10	上と同じ。
3	女性	5	10	以前に病院勤務。最後の病棟が整形外科。病院より移動願いにより同じ系列の老健へ。
4	女性	15	5	以前に病院勤務。病院と同じ系列の老健へ。
5	男性	10	15	以前に精神病院で勤務していた。
6	女性	10	13	以前に同じ系列の病院に勤務していた。
7	女性	10	20年以上	以前に病院で救急病棟などに勤務。別の老健で働いた後、現在の老健で役職者、主任を兼務。
8	女性	20年以上	10	以前に血液疾患の患者が入院する同じ系列の病院に勤務していた。
9	女性	7	20年以上	以前に同じ系列の病院に勤務。老健で病棟でリーダー職に就いている。
10	女性	5	20	以前に病院勤務。
11	女性	10	20年以上	以前に病院勤務。老健で主任を兼務。
12	女性	7	10	以前に病院で勤務。老健でリーダーを兼務。
13	女性	10	15	以前に病院で勤務。老健でリーダーを兼務。ケアマネを兼務。
14	女性	13	5	以前に病院で勤務。プランク後に老健へ。主任を兼任。
15	女性	7	10年以上	以前に病院で勤務。訪問介護をしていた。
16	女性	10	10	
17	女性	7	15	以前に同じ系列の病院に勤務。老健でリーダーを兼務。
18	男性	10	14	以前に救急病院に勤務。老健でリーダーを兼務。
19	女性	7	10	以前に病院で勤務。

③調査のリクルート方法

老健施設の施設長に研究の依頼を文書で郵送し、後日、電話にて調査協力の有無を伺い、研究協力が得られた施設の管理者あるいは施設長に、本研究の条件を満たす看護師を推薦して頂いた。研究対象者は、推薦された看護師のうち研究協力の承諾の得られた者とした。

④データ収集方法

調査協力の得られた老健施設の看護師に面接調査を実施した面接調査には半構成の

質問紙を用いた。面接内容は録音する旨を看護師に伝え了承後に録音を開始した。

それと、同時に許可が出た老健施設 2 施設において、施設の業務内容や特徴の説明を受けるなど、フィールドワークを行った。フィールドワークは、病院と異なる老健施設の生活世界は、どのようなものなのか、どのような意味世界に生きているのか、どのような行動を取っているのかを描くために研究手法である（箕浦, 1999）。この研究手法を採用することで、老健施設の現場の状況や特徴をより捉えることができると考えた。また、収集されたデータの規則性・抽象性を担保するために年月をかけて行った。

⑤データ収集時期

2011 年 8 月 1 日～9 月 30 日と、2013 年、8 月 1 日～9 月 30 日。

⑦質問内容

主な質問内容は、以下の 4 つである。本研究では、老健施設の看護師がこれまで老健施設で看護活動に携わり経験を積み重ねていく過程でどのような事柄を認知・把握してきたか分析していく。そこで、老健施設で経験を積んできた中で、①「高齢者の疾病に関する看護活動においてどの様なことが重要を認識しているか、または大切にしているか、気をつけているか」②「高齢者にとって疾病とはどの様なものであるか」③「老健施設の看護活動において重要な事柄は何か、大切にしていることは何か、気を付けていることは何か」④「老健施設の看護活動に携わってきた中で、老健施設の看護活動とはどの様なものであるか」について、彼女たちの思いを含めて率直に語ってもらった。インタビュー内容は IC レコーダーに記録し、逐語録を作成して、いくつかの項目ごとに整理していった。面接場所は老健施設における 1 室を借りて行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、立命館大学の「人を対象とする研究倫理審査委員会」に対して行った申請で承認された（承認番号：衣笠-人-2011-02）。

本研究では、上述した通り、看護師に研究目的と論文掲載の許可を事前に申請し、記載した内容は許可を得たもののみに限定した。情報の特定を避けるため、看護師の個人名、年齢を明記しなかった。研究で得た内容は、鍵のかかる場所にしまい、研究者以外には見せないことを遵守している。個人 IC レコーダーに記録した内容は、本研究の推敲においてのみ用い、期限が来たら破棄する。

5. 本論文の構成

本論文は、次のように構成される。

第 1 章では、老健施設の看護師たちの語りを分析する前提として説明しておく必要が

ある。1) 高齢者の疾病に関する一般的な特徴・統計的な概要、2) 老健施設の組織的な運営趣旨・入所者の特徴・他施設との違いについて明らかにする。

第2章では、老健施設をめぐる制度的な変遷を「連携体制・中核拠点」「在宅復帰・機能訓練」「医療看護に関する提供体制」「ケア内容」の4項目に分けて検討する。

第3章と第4章は、面接した看護師の語りを分析していく。第3章では、生活支援の場としての老健施設の看護のあり方に光をあて、具体的な生活支援や日々の人間関係の構築において看護師たちがどのような点に注意を振り向け、考え、実践しているのかを詳述する。

第4章では、老健施設における疾病に関する看護のあり方に光をあて、高齢者個々人の動作や身体状況の観察や高齢期特有の身体変化の観察から、異変の察知、急変時の対応など個別の場面で何が重視され、どのような実践がなされているのかを詳述する。

第5章では、第3章と第4章で述べた内容を改めて振り返りながら、看護師たちの実践がどのような知識や技能に支えられているかを整理し、それらが老健施設における看護の実践能力をどのように構成しているのかを考察する。

終章では、序章から第5章までに述べたことを整理し、本研究が取り組んだ内容の意義と今後の課題について述べる。

第1章. 高齢者の疾病に関連する専門的知識

本章では、老健施設の看護師たちの語りを分析する前提として説明しておく必要がある、1) 高齢者の疾病に関する一般的な特徴・統計的な概要、2) 老健施設の組織的な運営趣旨・入所者の特徴・他施設との違いの2点について述べる。

1. 高齢者の疾病に関する一般的な特徴・統計的な概要

(1) 高齢者の身体面に関する特徴

高齢者の身体面の特徴には、以下の6つが挙げられる。

一点目は、慢性的な疾病に罹患することである(亀井・小玉, 2018:31)。現在は、医療技術が向上し、多くの高齢者が高度な治療や検査を施され治癒する可能性があることが推測されるが、一般的には、高齢者は疾病の治療をしても完治しない慢性的な疾病を併発している。

二点目は、複数の疾病に罹患していくことである(亀井・小玉, 2018:31)。そのため、高齢者が疾病に罹患した場合、その臨床像や病態は、複雑な様相を呈する(道場, 2013:71-81)。高齢者が変調や症状を呈しても、何の疾病に罹患しているのか、または身体のどの部分が原因であるのか、どの臓器が悪いのか確定できないことも多々ある。

三点目は、高齢者が発症する疾病は、不明確かつ不確実な症状・徴候や所見を呈する(亀井・小玉, 2018:32)。一般的には、はっきりとした症状が出ずに、軽い症状や変調を呈する。例えば、肺炎になっても食欲不振や微熱程度しか症状が現れないことなどである。さらに、この疾病を発症したと確実に断定できない事例もある。例えば、心不全を発症してもせん妄状態を呈したり、急性心筋梗塞がかぜ症状であったりすることなどである。

四点目は、教科書に提示された一定の疾病の経過・経過をたどらないことである(道場, 2013:63)。症状や所見が典型的ではない場合(亀井・小玉, 2018:32)、つまり心筋梗塞、狭心症を発症した場合は、左の胸痛が起こるといった一定の症状がでないこともある。また、高齢者の疾病は、成人患者や若い年代の患者が発症した場合と異なる経過をたどりうる。例えば、機能低下に陥る高齢者の病態や疾病過程は、一般的に遅延する。しかし、加齢変化により高齢者の身体内部や臓器は徐々に脆弱化しており、気づいたときには手遅れになる場合も多い。

五点目は、加齢変化により機能障害を併発することである(亀井・小玉, 2018:39-44)。高齢者の身体状態は、必然的に脆弱化していく。このことは、高齢者の疾病が複雑な様相や臨床像を呈する一要因にもなる(道場, 2013:71-81)。ここで難しいのは、成人患者とは異なり、感覚機能や認知機能など様々な機能低下に陥る高齢者は、痛みや苦痛じた

いを感知しにくくなり、症状を訴えないケースが多いことである。また、障害を併発し認知機能の低下などから、痛みを感知していても、コミュニケーションが円滑に行えずに意思表示ができない高齢者も多く存在する。そのうえ、脆弱化が存在する場合は、ストレスに対する予備力が低下しており、些細な負荷や環境の変化に対し、せん妄を発症することもある(道場, 2013:71-81)。高齢者は疾病や変調に対し発症しやすくなるので、「腰が痛い」「夜眠れない」「頭が痛い」などの、軽度な変調は高齢者にとって日常的に頻発する事象である。

六点目に、高齢者の疾病の要因は、身体内部に関連する事柄だけでなく、心理的ストレスや、社会面や環境面など複雑に絡み合った帰結として心身の状態として生じる(広井, 2009:208)。つまり、高齢者は、些細な心理的、精神的な負荷で身体面にダメージを及ぼしやすい状態にある。

以上の高齢者の疾病や身体的な特徴から、高齢者看護に携わる看護師は、高齢者の変調や異常の有無の判断や観察において困難を抱える場合も多く、経験的な観察力や判断力が求められる。とりわけ、緊急を要するか、医師に報告が必要であるか、医療処置を施すために看護師のみの対応ですむか、または看護師が処置を施さねばならないか、何もせずに、あるいは何をしても完治しないため、様子観察のみでも大丈夫かなどの判断が必要な場面では、看護師の知識と技能が不可欠となる。

(2) 高齢者医療における疾病の主要な概念

次に、高齢者医療・看護において重要な概念である「老年症候群」「廃用性症候群」「フレイル」について述べておく。

高齢者医療・看護において重要な概念のひとつに、＜老年症候群＞がある。＜老年症候群＞とは、「心身の老化に伴い、高齢期に生じることが多い一群の症状や徴候群からなる病態」と定義されている。その主な疾患には、低栄養・認知症・うつ・尿失禁・視力や聴力障害・骨折・閉じこもり・寝たきり・脱水・睡眠障害などが存在する(亀井・小玉, 2018:31)。老年症候群は、直ちに生命を脅かすことは少ないが、長期にわたり日常生活機能を低下させ、自立を障害する原因になりやすく、生活の質を著しく損なう事象である。老年症候群が発生する要因は、様々だが、疾病や障害だけでなく、不活発な生活や認知機能の低下、またはその人の個人因子などが複雑に絡み合うことが指摘されている(正木・真田, 2017:21)。

老年症候群はまた、「医療」だけでなく、「看護」や「介護」が必要な症状や徴候の総称であると定義される ADL(日常生活動作)(道場, 2013)と関連性のある症候群と重なる部分が多い(正木・真田, 2017:209)。

また、老年症候群の分類では、特に、疾病や障害などに関連性がなく、全ての高齢者に起こりうる「生理的老化」に伴う症状や、疾病や外傷によって症状が起こりうる「病

的老化」に伴う症状があり、高齢者は両者が重複している（日本老年医学会, 2013: 92）。

高齢者医療に携わる者は、このようなく老年症候群を軸として高齢者がどのような症状や徴候を発症しやすいかを熟知することが求められる。また、高齢者に携わる医療従事者は、特定の疾病の誘因を判断できない場合でも、高齢者に出現した症状や徴候に対し、どのような看護ケアを施すことが必要であるか、できるだけ多くの対処方法を熟知することも必要である。

また、老年症候群は、「救急病態」「慢性病態」「廃用性症候群」「終末期病態」という臨床現場における時間軸によっても分類される。特に施設や在宅の長期療養においては、安静状態が長期に渡って続く事により起こるさまざまな心身の機能低下等のことであり、生活不活発病とも呼ばれる「廃用性症候群」による理解と対策が必要であるとされる（日本老年医学会, 2013:93）。高齢者が脆弱化に陥った状態は明確な臨床像であるが、単一の事態のみで診断されるものではなく、栄養状態や主観的幸福感、疲労感、認知機能の変化や感覚障害など多くの徴候が診断で有用とされているのである（道場, 2013: 77）。脆弱化の基本は、加齢、疾病、その他の環境の変化などで心身や社会的適応の恒常性に不適合が生じる状態と定義される（道場, 2013:79）。

さて、従来の高齢者を対象とした看護活動、特に高齢者施設では、廃用性症候群に陥ってしまった高齢者に必要な医療的なケアや看護処置を施していくことが主であったといえる。つまり、廃用性症候群に陥ってしまった、あるいは、＜陥った後＞に、どのような看護処置や医療的なケアなどを提供していくかが重要視されていた。現在でも、高齢者に携わる看護師にとっては、その様な多くの症状や症候群に対し、医療的なケアや看護処置を施すことは重要であるが、近年では、これに加えて＜フレイル＞も重視されている。

＜フレイル＞とは、「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態」である。これは「適切な介入・支援により生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義されている（亀井・小玉, 2018:33）。

＜フレイル＞は、三つの意味を含む。すなわち、①健康と要介護の中間に存在する、②しかるべき適切な介入により様々な機能が戻せる「可逆性」を有する、③「身体的フレイル」「心理的フレイル」「社会的フレイル」と多面的に存在する（全国老人保健施設協会, 2017:30）。＜フレイル＞の最大の要因は、サルコペニア（筋肉の減少）である。そのため、＜フレイル＞の診断基準では、「体重減少」「疲労感」「身体活動の減少」「歩行速度の低下」「握力の低下」の5項目中3項目以上に該当することとされている（亀井・小玉, 2018:33）。

以上の高齢者特有の症状に関する理解に光をあてると、高齢者を対象とした看護・医療では、身体機能や障害に陥ることを予防していく観点や看護、または＜陥る前に＞予

防していくことが重要であるといえよう。

（３）高齢者医療・看護の現状と今後に向けた要請

次に高齢者医学や高齢者看護の分野で指摘されている、①高齢者医療の現状と要請事項、および②高齢者看護の現状と要請事項を説明する。

超高齢化社会を担う高齢者医学は、従来の医学と比べ全く新しい理念に立っている。一般的には、健康寿命が過ぎると、疾病に罹患し不安を覚え、絶望し寝たきりになり、その末に死が待っている。ここでは、治療医学のみでは対応できず、治療より予防、そして高い生活の質を目指すケアが重視される。高齢者医学の特徴とは、老化のプロセスと高齢者の諸条件の理解と配慮なしには成立せず、個々の人間としての高齢者が対象であり、その人の価値観や生活の質などの側面を含めた包括的な対応が不可欠である（日本老年医学会, 2013:4）。これは言い換えれば、高齢者医学や高齢者看護は、臓器別機能別の診療では十分に対応できず、多種の疾患の合併および高齢者に特有な症状である老年症候群への対応、更に診療において患者の高齢者総合機能評価を必要とする特有の知識が必要であることを意味する（日本老年医学会, 2013:5）。

特に、脆弱化した高齢者ケアでは、明確に定義された単一の疾患を有する若年者が発症した疾患とは大きく異なっている。脆弱化した高齢者では、全体像として見る場合、疾患自体が複合的であり、単に身体的な面だけでなく、心理、社会的な面も含めて多くの困難であり潜在的な問題が伴うことが考えられる。脆弱化の基本的な考え方は、加齢、疾病、その他、環境の変化などで心身や社会的適応の恒常性に不具合が生じる状態と定義され、その程度を診断している（道場, 2012:100）。

こうした包括的なケアでは、患者（高齢者）の精神的な背景、家族を含む社会的な背景をも考慮した全人的な医療を提供することの重要性も指摘されている。現在一般に行われている治療は、臓器別機能別診療に象徴される疾患治療、すなわち病気を治して病人を治す治療が中心であるが、これを変革していかななくてはならない（日本老年医学会, 2013:5-6）。

このような要請から、現代の医療は、医者と看護師といった従来型の最小医療単位から、多くの他の医療職を含めた統合された学際的チーム医療、全人的な医療によって叶えられる質の高いケアへと変化しつつある。チーム医療では、すべての医療従事者が協調しながら、それぞれの職業的特殊性を生かすことによって、全人的な医療の目的が達成される（道場, 2012:2）。そのため、専門性の垣根を越えた高齢者に対する共通認識と連携が求められている。

次に高齢者看護のみに焦点を絞り、高齢者看護の現状と要請事項について述べる。

高齢者看護学は、1989年と1997年に、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正が行われ、教育の一つの柱として成人看護学から独立し、高齢者看護学の体系化と

独自性の確立が図られてきた。

上述した通り、高齢者ケアは明確に定義された単一の疾患を有する若者軍とは大きく異なる(道場, 2013:100)。それは、看護師が活用する標準化された看護診断・看護過程においても同様である。しかし現在の看護診断や看護過程では、病院で実施されるような単一の病気の治療に合わせた形になっており、急性期か回復期にあるか、どのような状態・病態にあるのか、どのような経過をたどるか捉え、症状・訴えを観察し、看護計画、看護目標、看護ケアを立案し、実施するものが多い。

だが、現在では、高齢者看護の場は病院など高度な医療を提供する医療機関と老人病院に機能分化し、その他、生活の場を提供する特別養護老人ホームなど、高齢者の住む家庭や地域など、広範囲になっている。それぞれの場で、看護師に期待される役割も多様になっている。そのため、高齢者看護は、病院など医療機関だけでなく、高齢者ケアチームの一員として、そして高齢者ケアシステムに関する知識や地域社会への視点の必要性などが強調されるようになった。こうした背景から、これから高齢者を対象とした看護師は、従来の医療機関を中心とする看護の役割だけでなく、高齢者に対するアプローチ法を編み出し、必要に応じて看護業務の適応範囲を拡大していくことが求められているのである(高崎他, 2003:1)。

また、高齢者看護は、高齢者をどの様に捉えるかといった「対象論」と、高齢者へ働きかける方法を体系づける「方法論」により、質の高い実践へ導くことを目指している(太田, 2003)。高齢者はいかなる人なのか、高齢者をどのように理解するのかを可能な限り「ありのまま」に把握することが重視されている。

老健施設の看護活動とは、病院において活用している看護診断・看護過程に代わる一定の実践の枠組みや尺度が存在しない現場といえる。看護診断とは、実際に起こっている健康問題、起こる危険性にある健康問題やライフプロセスに対する個人や家族、地域の反応について臨床判断である(Carpenito, 2010:29)。この看護診断は、医学診断や治療上の問題が関連することが多く、老健施設でこの看護診断だけでは、当てはまらないことも多いといえる。つまり、老健施設の看護活動においては、老健施設で疾病に関する看護活動においては、何を基準とし、何を指標としながら看護を展開していくことが必要なかを個別に判断していくしかないのである。

2. 老健施設の組織的な運営趣旨・他施設との違い・入所者の特色

前節では、高齢者の疾病や身体症状、現在の高齢者医療や高齢者看護で期待されている一般的な内容について述べた。ここからは、老健施設について説明する。具体的には、制度的に定められている老健施設の運営趣旨、組織的な機能、入所者の特色、他施設との違いについて記述し考察していく。

（１）制度上の定義

まず、老健施設における制度において定められている運営趣旨や組織的な機能について述べる。

介護保険法に規定されている老健施設の趣旨並びに基本的方針には次のように記されている。

サービス計画に基づいて看護・医療の管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う施設であり、その者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが可能となるように支援を行うこと」「その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない（厚生労働省，2017）。

また介護保険法は、老健施設の在るべき姿として次のように定められている。

明るく家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行う市町村、居宅介護支援事業をする者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は、福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めなければならない（厚生労働省，2017）。

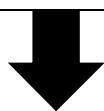
以上のことから、老健施設の創設時から示されている運営指標は、一貫して「自立支援」「家庭復帰」「家庭的雰囲気」「地域・家庭との結びつき」である（全国老人保健協会，2015:2）。つまり、老健施設では、「明るさ」や「家庭的」や「地域と結びつき」など、これまでの病院にはない役割や機能、特色が重視されているのである。これらの点が重視される流れは、老健施設の理念として今後も変わることなく継続していくと推測される（図1）

図1（老健施設の理念と役割）

介護老人保健施設の理念、役割と機能（平成12年4月～平成17年12月）

介護老人保健施設は、利用者の自立した生活を営むことを支援し、家庭復帰をめざします。また、施設は明るい家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭と結びつきをめざします。

1. 総合的なケアサービス施設
2. 家庭復帰施設
3. 在宅ケアを支援する施設
4. 地域に開かれた施設



介護老人保健施設の理念と役割（現在）

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。また、家庭や地域の人々・機関と協力し、安全して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

1. 包括的ケアサービス施設
2. リハビリテーション施設
3. 在宅復帰施設
4. 在宅生活支援施設
5. 地域に根ざした施設

（２）老健施設に入所する高齢者の統計学的な概要と実情

次に、老健施設に入所している高齢者の実情について、統計学的な観点から介護白書（2018）の参考に記述し考察していく。

①老健施設に入所する高齢者の定義

介護保険法に規定されている老健施設に入所する高齢者の定義は、以下のように定められている。

病状安定期にあり、入院加療をする必要はないが、リハビリテーションや看護、介護を必要とする要介護者」とされている。それと同時に、老健施設が高齢者に対する在り方は、「入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保健施設サービスの提供に努めなければならない（ ）。

この定義に即すと、老健施設に入所する高齢者は入院の必要がない程度の介護が必要な者であり、老健施設の役割で求められているのは、「入所者の立場に立つ」「高齢者の意思や人格の尊重」といった看護の基本的実践となる。すなわち、老健施設の制度設計では、高度な医療を必要とする者が想定されていない。

しかしながら、後述するように、実際の入所者の要支援・要介護度を見ると、支援度・介護度の高い高齢者も数多く存在する。

②介護サービス受給者の割合と介護保険施設の現状

介護保険施設の増加数に制約はあるものの、介護サービス受給者の伸びも増加している。2000年から2016年度では、介護サービス受給者は「153%」の伸びとなった。

他方、居宅サービスの受給者は、約「316%」の伸びとなっている(全国老人保健施設

協会, 2018:118)。居宅サービス受給者数が増加するにつれて、居宅サービス給付費も増加し、2016 年度では、居宅サービスが「51.3%」、施設サービスが「32.9%」と、居宅サービスの給付費が施設サービスの給付費を上回るようになった(全国老人保健施設協会, 2018:120)。これは厚生労働省が、在宅復帰に力を入れ、予算配分をした結果である。このことは、老健施設における在宅復帰支援がますます重視されていく背景である。

全国の老健施設の数、厚生労働省介護事業所検索によると、2018 年 3 月 31 日現在、「4096」施設である。高齢者支援・福祉施設サービスの利用者の全体は「94.6%」で、この中で介護福祉施設サービス（特別養護老人ホーム）の利用者が最も多く、「53.6 万人」、次いで、介護保険施設サービスは、「36.5 万人」となっている（全国老人保健施設協会, 2018:120）。

介護保険施設の状況において、2017 年 9 月 18 日厚生労働省公表の「平成 28 年度介護サービス施設・事業所調査」の結果と解説部分を参考に、1 施設当たりの定員を概観すると、特別養護老人ホームが「68.8 人」、老健施設が「87.1 人」、介護療養型医療施設が「44.8 人」となっている。1 施設あたりの在り所者数は、それぞれ特別養護老人ホームが「66.7 人」、老健施設が「78.3 人」、介護療養型医療施設が「40.6 人」となっている(全国老人保健施設協会, 2018:123)。このことから、老健施設は入所者の定員数や在り所者数が、介護保険施設の中でも最も多いことがわかる。すなわち、同施設で働く看護師は、数多くの高齢者を担当していることとなる。

介護保険施設の種類ごとに室定員別数の構成割合をみると、特別養護老人ホーム及び老健施設では、個室が「73.4%」、「45.1%」とそれぞれ最も多く、介護療養型医療施設では、4 人室が「51.1%」と最も多くなっている。老健施設におけるユニットケアの状況を概観してみると、ユニットケアを実施している施設は「10.7%」、そのうち、ユニット型が「8.6%」、一部ユニット型が「1.8%」、平均ユニット数は、それぞれ「5.8 ユニット」、「3.7 ユニット」となっている(全国老人保健施設協会, 2018:125)。

③介護保険施設ごとの入所者の特色

介護保険施設の種類ごとに 2016 年の要介護度別在り所者数の構成割合をみると、特別養護老人ホーム、及び介護老人保健施設では、要介護 4 が「35.7%」、及び「26.8%」、それぞれ最も多くなっている。介護療養型医療施設では、要介護 5 が「53.6%」と最も多くなっている（全国老人保健協会, 2018:126）。老健施設は、在宅復帰を支援する施設であるが、高齢者の要介護は決して低いとはいえない。平成 28 年度末の老健施設の入所者の内訳は、要支援 1 が「89 万人」、要支援 2 が「87 万人」、要介護 1 が「126 万人」、要介護 2 が「110 万人」、要介護 3 が「83 万人」、要介護 4 が「76 万人」、要介護 5 が「60 万人」であった(全国老人保健施設協会, 2018:116)。介護白書では、こうした介護度の高い高齢者の入所が年々増加していることも指摘されている。

2017 年、9 月末の在所者を性別に見ると、男性が「22.6%」、女性が「77.4%」、となっている。年齢別にみると、90 歳以上が「37.4%」で最も多く、次いで 85～89 歳が「26.3%」、となっている。介護保険施設の種類ごとに見ると、3 施設とも 90 歳以上が最も多くなっている。次いで 85～89 歳が多くなっている(全国老人保健施設協会, 2018:127)。

在所者の認知症の状況をみると、特別養護老人ホームはランクⅢが「44.5%」、ランクⅣが「24.6%」、介護老人保健施設はランクⅢが「38.9%」、ランクⅢ「31.7%」、介護療養医療施設はランクⅣが「45.0%」、ランクⅡが「31.7%」となっている。

在所者の認知症と寝たきり状況をみると、認知症あり(ランクⅢ以上)で寝たきり者は、特別養護老人ホームでは、「61.8%」、介護老人保健施設では、「44.2%」、介護療養型医療施設では、「86.7%」、となっている(全国老人保健施設協会, 2018:128)。介護保険施設に入所される高齢者の認知症罹患率は、約 3 割～4 割であるといえ、今後も認知症を発症した高齢者に対する看護ケアや対応は重要となっていくと考えられる。

平成 28 年度、9 月中の退所者について、入所前の場所をみると、特別養護老人ホームは、家庭が「35.1%」、老健施設は、医療機関が「51.2%」、介護療養型医療施設は、医療機関が「77.0%」とそれぞれ最も多くなっている。退所後行き先では、特別養護老人ホームは死亡が多く「67.5%」、介護老人保健施設は、医療機関が多く「36.6%」、介護療養型医療施設は、死亡が「47.2%」とそれぞれ最も多くなっている。また、退所した人が家庭に戻った割合をみると、介護老人保健施設が「33.1%」と、介護保険施設の中で最も多くなっている(全国老人保健協会, 2018:129)。

老健施設は、退所後に家庭に戻った割合が最も多いが、退所後の行き先では医療機関が多いことから、在宅復帰施設としての役割を果たすためには、まだ多くの課題があるといえる。また、老健施設に入所されている高齢者の介護度や医療依存度は、今後高くなると予測されることから、老健施設に入所される高齢者の身体面や疾病に関する看護活動では、より複雑化していくと思われる。

(2) 老健施設の主要な医療業務と物品・整備と「病院」・「特養」との違い

前項では施設の入所者の特徴に着目したが、ここでは老健施設の実践現場における医療業務に必要な物品や医療の在り方などに光をあてて、病院や特養との違いを述べる。

これまで老健施設の看護師に面接調査を行ってきた中で、多くの看護師から「老健施設で行う看護は、病院の看護とは違う」という意見を聴取した。この具体的な内容に関しては、第三章と第四章で詳しく分析するが、その背景の一つには、老健施設の看護活動において利用される医療器具や物品、整備などが、病院などの医療現場とは異なることが挙げられる。

病院などの医療現場では、高度な医療器械が整備されており、それを扱う精密な技術

と知識が必要である。それに対して老健施設では、注射や点滴などの医療器具を扱うことや、常備されている医療物品、高度な医療機器が十分に常備されていない。そのため、老健施設に勤務する看護師が現場で行う看護業務の内実にも制約が生まれている。

老健施設に整備されている主な医療用具は、バイタルサイン（体温や脈拍や血圧）と、酸素飽和度を測定するための体温計や血圧計や SPO2（酸素飽和度）、擦り傷や発疹などの皮膚トラブルの処置を施すための外用薬と、それを保護するためのガーゼやテープや包帯、発熱、便秘、疼痛などの症状に対処するための医薬品などである。老健施設には、疾病の誘因や根拠を診断するためのレントゲンや CT、超音波診断などの医療機械はない。さらに老健施設では、麻薬関係の薬剤もほぼ具えられていない。

他方で、老健施設は、医療機能を有する施設であり、医師が常勤として勤務することが義務づけられている点において、特別養護老人ホームとは大きく異なる（厚生労働省，2017）。つまり、医療器具や医療器械が少ない現場において、医療的な看護や処置に携わることが前提といえる。また老健施設には医師が常勤として勤務しているものの、多くの施設では医師の常駐は昼間のみである。夜間に生じる高齢者の些細な変調は、看護師の判断で簡単な処置を施す必要がある。このような物品や機器の制約、医師の夜間の不在から老健施設に入所した高齢者が身体的な変調に陥ったとしても十分な精密検査ができないという点が、特に第 4 章で述べる老健施設の看護活動で観察力や判断力が求められるゆえんのひとつである。

また老健施設が特養と異なる点のひとつは、在宅復帰や機能訓練を積極的に提供することにある（全国老人保健施設協会，2018）。つまり、高齢者の残存能力や機能に働きかけることから、様々な機能・能力に維持・向上を目指す施設である。老健施設には機能訓練室が存在し、機能訓練士が平行棒などの器具を用いて立ち上がりの訓練や歩行訓練を展開している。そのため、老健施設の看護師は機能訓練士と時に連携しながら、看護活動に携わる。

さらに現在では、点数加算されることから、見取りを行う施設も多く、認知症に特化した高齢者を受け入れている施設も多い。老健施設に着目した場合でも、それぞれの施設により、どの様な高齢者を対象としているかに特色がある。

超高齢化社会が到来した現在、高齢者を対象とした、役割や機能が異なる多くのサービス機関や福祉の現場が創設されている。そのため、それぞれの職場ごとに異なる看護のあり方、実践を明らかにする必要があるだろう。

第2章 介護老人保健施設の制度的変遷

本章では、老健施設を特徴づける老健施設をめぐる制度的な変遷を「連携体制・中核拠点」「在宅復帰・機能訓練」「医療看護に関する提供体制」「ケア内容」の4項目に分けて述べる。老健施設はこれまで、めまぐるしく変動する社会情勢に従って様々な制度的な変換を遂げてきた。医療現場で遂行される実践活動や在り方、あるいは必要な看護の知識も、社会の現状や制度が変換するにしたがって変化してきた。全国老人保健施設協会（以下、全老健）は、老健施設に関する研究・調査を事業として実施し、制度転換に反映する提言をしてきた。そこで以下では、全老健の資料を中心に老健施設の制度的変遷について整理する。

1. 「連携体制」と「中核的拠点」

まず、老健施設における制度的な「連携体制」と「中核的拠点」について述べる。

我が国の高齢者医療における医療提供体制では、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、医療・介護・予防や住まい・生活支援サービスなどが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括的ケアシステム」の構築が推進されている（厚生省の指標, 2018）。厚生労働省の国民衛生動向では、「国民の需要や地域の実情に応じた医療施設や医療・介護サービスの情報提供体制を横断的に構築し、効率化・重点化や医療機能の連携体制の推進・強化を確保することにより、高齢化がさらに進行すると予測される2025年には、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現することを目指す」と挙げられている（厚生労働省, 2018）。

これを受けて、2012年度に改定された介護報酬では、「高齢者の尊厳」と「自立支援」といった介護保険の基本理念を一層推進するための基本的な視点として、1）地域包括ケアシステムの基盤強化、2）医療と介護の役割分担・連携強化、3）認知症にふさわしいサービスの提供などが挙げられている（全国老人保健施設協会, 2012:6）。また介護予防の充実や強化を図るために、介護予防や重度化予防について取り組み、「地域包括ケアシステム」の基盤強化を図る必要性も指摘されている。具体的には、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることを可能にするために、「①高齢者の自立支援に重点を置いた住宅・居住系サービス」「②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスを提供する」とされる。

また、重度者への対応や在宅復帰、医療ニーズへの対応など、各介護保険施設に求められる機能に応じたサービスの提供を図ることも掲げられている（全国老人保健施設協会, 2012:6）。

上述した厚生労働省の『国民衛生動向』（2018）が掲げる文章のキーワードは、「住み慣れた地域で生活し続ける」「高齢者の自立支援」「医療ニーズへの対応」「在宅復帰」

などとなり、このキーワードは、老健施設の在るべき姿として求められている内容と同等である。また同資料では、医療ニーズの高い高齢者に対し、医療と介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化する必要性をあげている。具体的には、「①在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスに創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化」「②介護保険施設における医療ニーズへの対応」「③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進」ことである。

全老健は、以前より、老健施設が地域包括ケアシステムの中心となって在宅療養をマネジメントする役割を担うことを提言してきた。すでに述べたように、老健施設は、医療機能を有し介護職と連携し、リハビリテーション専門職、栄養士とも協力したチームアプローチを展開し、なおかつ多機能性を有する介護の現場である。それに加えて老健施設は、これまで保健・医療・福祉のサービス提供者と連携し、地域と一体となってサービスを提供してきた背景もある。こうした施策の流れに沿い、全老健は、老健施設は今後、高齢者医療における中核的拠点として機能するとその役割を掲げている（全国老人保健施設協会, 2015）。

他方、老健施設は創設時から「中間施設」として、病院から家庭に復帰する中間、また、医療と福祉の中間として重要な機能を果たすことも求められてきた。特に 2014 年度に改定された診療報酬では、「病院から在宅へ」「病院から老健施設、そして在宅へ」という道筋が明瞭に示された。地域包括ケアシステムの構築が提案され、急性期から在宅まで切れ目なくサービスを整備することが医療や介護の改革の方向性になった今こそ、老健施設は、他の社会資源との地域における連携を積極的に模索し、その理念に基づき本来の役割を果たす時機だといわれている（全国老人保健施設協会, 2017:2）。

医療技術や治療の水準が高度化・専門分化を遂げた我が国の医療提供体制において、対象者に対し適切な医療を提供していくためには、他の専門分野や職種間で協働・連携体制を築いていくことが必須といえる。多様な医療の専門職が業務活動に携わる老健施設においても、多職種と協働連携体制を築くことは当然に重視される。

ただし上記の医療現場で築く連携体制は、異なる分野の職種間で対象者に対し必要な情報などを連絡・報告することを主とする。これに対して老健施設で築く連携、特に、看護と介護が築く連携では、看護師と介護職が同じ日常業務と一緒に携わることもある。その意味で、老健施設で行われる看護と介護の連携体制は、介入する頻度が高く、親密なつながりが求められ、より身近な存在として業務に携わるものであるといえよう。

また、老健施設で重要な役割でもある在宅復帰を推進するためには、高齢者が慢性疾患や機能障害にできるだけ罹患せず、疾病予防・健康管理に努めたり、疾病や機能障害に関する高齢者の不安を最小限にとどめるだけでなく、家族や地域社会との連携も築いていく必要があるのである。

2. 在宅復帰と機能訓練

続いて老健施設の重要な役割でもある「在宅復帰」と「機能訓練」に関する制度的な変遷について述べる。

(1) 在宅復帰に関する制度的な変遷

まず「在宅復帰」に関する制度的な変遷から述べる。2012 年度に改定された介護報酬により、老健施設は、在宅復帰支援型の施設としての機能が強く求められるものとなった。介護報酬では、老健施設の在宅復帰機能を「在宅復帰率」と「ベッド回転率」を指標に評価し、さらに一定の割合以上の重度者を受け入れている施設は「在宅強化型」として位置づけ、基本報酬を引き上げることされた。同時に「在宅強化型」以外の施設は、「従来型」として基本報酬が引き下げられた(全国老人保健協会, 2012:20)。

これらに加えて、2012 年度の改定では、「在宅強化型」の要件を少し緩めた「在宅復帰・在宅療養支援機能」が創設された。さらに 2012 年度の介護報酬改定により、老健施設は、「在宅強化型」「在宅支援加算」「従来型」の 3 類型に再分類され、在宅復帰率の高い施設が評価される仕組みはより強化された(全国老人保健施設協会, 2012:20)。

このような在宅復帰が基本的な柱となることで、老健施設では混乱も生じている。全老健の調査によると、この改定による「在宅強化型」として分類された老健施設では、算定要件を満たしてもベッド稼働率が下がり、その結果、収支差率は、通常型の老健施設よりも厳しい状況にあるという問題が浮上したのである(全国老人保健施設協会, 2015:32)。

それを受け、続く、2015 年度の診療報酬改定では、2012 年度に創設された「在宅復帰・在宅療養支援機能」が 21 単位から 27 単位へと加算された(介護白書, 2015: 32-33)。また、2015 年度の介護報酬改定では、2014 年度に新設された「入所時訪問指導加算」の流れに沿った、「入所前後訪問指導加算(Ⅱ)」が評価された。この「入所前後訪問指導加算(Ⅱ)」とは、利用者の家庭を訪問し家庭環境等のアセスメントを行うことで、入所前から退所後の生活を考えて支援へとつなげていくことである(全国老人保健施設協会, 2015:33)。老健施設では、利用者の在宅復帰に繋げていくためには利用者の家庭環境等をアセスメントし、入所前から退所後の生活を考えていく重要性が意識としてあり、個別的ケアの基礎となる標準的なケアを構築するためのケア・マネジメントを行ってきた。この「入所前後実施加算」は、これまで老健施設が行ってきたケア・マネジメント方式でもあるインテークが医療保険として採用されたことを意味すると捉えられる(全国老人保健施設協会, 2015:36)。

2018 年度に改正された老健施設の根拠法である介護保険法の第 8 条、第 28 項に規定する老健施設の定義においては、「在宅療養支援」という役割がはじめて明示された。

従来の介護保険法では、「要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医療的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」であった。

しかし、2018 年度の介護保険法では、「要介護者」の部分が、「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医療的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」に変更・文章が追加された（介護白書, 2018:3）。これを図式化すると以下の通りとなる。

老健施設が持つ「在宅支援」機能→①入所サービス

②短期入所療養介護（ショートステイ）

③通所サービス

④訪問リハビリ

その結果、2018 年度に改定された診療報酬では、前年度に改定された介護保険法を踏まえ、老健施設の役割でもある「在宅復帰・在宅療養支援機能」を評価した報酬体系であり、老健施設と他のサービス機能との違いが明確になった(全国老人保健施設協会, 2018:14)。

2017 年に介護保険法が改定されたことを受け、2018 年度の介護報酬改定では、老健の役割が「在宅復帰・在宅療養支援機能」であることがより明確にされた改定であった。ここでは、老健施設は、単に介護を行うだけではなく、要介護者が居宅での生活を続けるために必要なサービスを提供する施設であることが明確にされ、「在宅復帰・在宅療養支援」に資する 10 項目を指標として、それぞれの取り組みをポイント化し、その合計値に応じて基本報酬上を評価する仕組みになった（全国老人保健施設協会, 2018:6）。

＜平成 30 年度、老健施設の「在宅復帰・在宅療養支援」に資する 10 項目＞

① 在宅復帰率を 50%以上	② ベッド回転率 10%以上	③ 入所前後訪問指導
④ 退所前後訪問指導割合	⑤ 居宅サービスの実施数	⑥ リハ専門職の配置割合
⑦ 支援相談員の配置割合	⑧ 要介護 4 又は 5 の割合	⑨ 喀痰吸引の実施割合
⑩ 経管栄養の実施割合		

確かに老健施設の役割・機能は、設立当初から「在宅復帰施設」「在宅生活支援施設」であった。「在宅復帰」という役割や機能は、「在宅生活」「在宅療養」に関する支援機能の中に含まれていたといえる。だが、「在宅復帰」を推進するだけでなく、在宅療養

や在宅生活においても円滑に送れる様な支援を提供することが重要だと示唆されたのは、その内実を大きく変化させた（全国老人保健施設協会, 2018:25）。

2018 年度に新たに導入された基本的な算定要件、「在宅復帰・在宅療養支援指標」10 項目を概観してみると、効果的に在宅復帰へ導くための概説としては、①「在宅復帰率を 50%を超えることや、②ベッド回転率を 10%以上にもっていくことは、短い期間では、すぐに結果が出せる数値ではないが、③入所前後訪問指導、④退所前後訪問指導割合、⑤居宅サービスの実施数、⑥リハビリ専門職の配置割合、⑦支援相談員の配置割合などは、努力次第で高い数値を習得することが可能な項目であり、⑧要介護 4 又は 5 の割合、⑨喀痰吸引の実施割合、⑩経管栄養の実施割合などにおいても努力次第で数値を獲得することが可能な項目とされていた（全国老人保健施設協会, 2018:6）。

この改定は、これまで全老健などが、老健施設の本来の機能を十分に発揮できるように、全体として評価される仕組みを要望してきた結果である。また、全老健の調査により、老健施設において在宅復帰率が高い施設ほど、リハビリ専門職や支援相談員などを多く配置しているという結果がでている。「在宅復帰・在宅療養支援」に資する 10 項目の指標が定められたことで、今後は在宅療養支援機能が全体として評価される方針になったといえる。2018 年度に改定された介護報酬において、老健施設における基本的な算定要件としては、「退所時指導等」、「リハビリテーションマネジメント」、「地域貢献活動」、「充実したリハビリ」であり、その基本的な算定要件は、老健の基盤となる活動となっている。老健施設においては、高齢者の自立支援や重度化の予防の促進を図る仕組みや地域共生の実現に向けたサービスの導入も図られた（全国老人保健協会, 2018:25）。

ただし、高齢者は多くの慢性疾患や機能障害を併発することから、高齢者に対する看護活動では、一疾患や一障害に焦点をあてて展開していくものではない。「在宅復帰」を推進するためには、高齢者が慢性疾患や機能障害にできるだけ罹患せず、疾病予防・健康管理に努めることも重要な要素である。また高齢者が抱える問題や課題は、身体面だけでなく、心理面や社会面など、様々な側面に関連することから、一事例や一側面に關する問題や課題として集約できるものでもない。一つの問題や課題を解決しただけでは、目標が達成できないことも多く、高齢者の身体的な問題や課題が心理面や精神面などにも支障を及ぼすことも多い。今回の改定で 10 項目は、高齢者にとって在宅復帰という目標は、一側面に支援したからといって可能となるものではなく、多くの問題や課題が潜在しているといえよう。

<2018 年度時点における老健施設における算定要件等>（全国老人保健施設協会, 2018 25)

在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値 90)	上記の 10 項目
退所時指導等	<p>退所時指導：入所者の退所時に、当該入所及びその家族に対して、退所後の療養上の指導を行っている</p> <p>退所後の状況確認：入所者の退所後 30 日以内に、その居宅を訪問し又は指定居宅介護支援事業者から、情報提供を受けることにより、在宅における生活が一月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	<p>入所者の心身の諸機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるため、理学療法士、作業療法士、その他必要なりハビリテーションを計画的に行い、適宜評価を行っていること。</p>
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハビリテーション	少なくとも週 3 回程度、以上のリハビリテーションを実施していること。

(2) 機能訓練に関する制度的変遷

次に機能訓練に関する制度的変遷を概観する。

老健施設において提供される「機能訓練」に関するサービス形態は、多様性に富んだ制度的内容である。老健施設で高齢者の機能訓練を効果的に提供し成果をあげるためには、在宅復帰支援と同様に、疾病をいかに予防していくことができるかが重要とされる。

2006 年度には、改定された「認知症短期リハビリテーション実施加算」が老健施設だけに初めて導入された（全国老人保健施設協会, 2015:6）。その後、老健施設での取り組みなどを通じて、その有効性が認められ、2009 年度、介護報酬改定では報酬単価が大きく引き上げられた（全国老人保健協会, 2017:6）。

2012 年度に改定され介護報酬改定では、「短期集中リハビリテーション実施加算」の見直しが行われた。老健施設に入所している高齢者の中には、入所中に骨折や脳梗塞などを発症し、医療機関に短期間の入院を経て、ADL が低下した状態で同じ老健施設に再入所される場合が多くあった。再入所後でも必要に応じて「短期集中リハビリテーション」を行うことが可能となるように全老健が要望を続けた結果、今回の改定では加算

算定要件の見直しが行われることになったのである（全国老人保健施設協会, 2012: 20）。

これは、「活動」と「参加」に焦点をあて、「心身機能」「活動」「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するためのものであった。この改定で、リハビリテーションの基本理念の一つには、「心身機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないことが共通の基本方針として規定された（全国老人保健協会, 2015:36）。

2015 年度の介護報酬改定では、通所リハビリについて、通所介護との違いを明確にするために、リハビリ機能に重点をおいた内容となり（全国老人保健施設協会, 2018: 14）、通所リハビリの機能が強化された（全国老人保健施設協会, 2017:34）。適宜適切でより効果の高いリハビリの実現のために、特に、医師の関わりを重視した「リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ」が新設された。同時に、「活動」「参加」に焦点をあてたリハビリ推進のために、基本方針に「生活機能の維持・向上」が明記され、生活行為向上リハビリテーションの導入や、社会参加加算の新設など、通所リハビリの在宅支援機能の更なる強化が求められるものであった（全国老人保健施設協会, 2018:14）。

これにより、入所サービスにおける短期集中リハビリなどはもちろん、ショートステイにおいても、個別リハビリの提供や医学管理が必要な高齢者に対応することが可能となった。また、通所リハビリにおいても、医師も加わった多職種協働により、リハビリテーションマネジメントに基づいた身体機能の維持向上から利用者の「活動」「参加」まで視野に入れた濃厚なリハビリを提供することが掲げられた（全国老人保健施設協会, 2018:4）。老健施設のリハビリに関するマネジメントは、医師も加わりカンファレンスを行うことや点数が加算される。

また、2015 年度の改定では、「認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）」が新設され基準が改定された（全国老人保健施設協会, 2015:39）。老健施設では、認知症に罹患した高齢者や、状態安定期にあっても、様々な慢性疾患や機能障害を併発した高齢者が機能訓練を行うことが多い。慢性疾患や機能障害を併発している高齢者の場合は、必然的に、運動療法などの理学療法に制限が加えられる場合もある。

これらの制度変更から、現在において老健施設の看護師は、積極的に機能訓練に携わり、高齢者の身体機能を捉えることが求められている。また、認知症を含む多様な利用者主体の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有できるよう努めることも要請されている。

3. 医療・看護に関する提供体制

続いて、老健施設の医療・看護に関する制度変換について述べる。我が国の施策や制度が変換されることにより、老健施設の看護活動において求められる知識・技術やケア内容も変化してきた。

繰り返し述べている通り、病院と異なる老健施設の看護活動の特徴は、医療機能を有するが、治療を施すことができない点にある。それゆえ老健施設で特徴的な看護活動は、高齢者の健康管理や疾病予防に従事することにある。これらの内容に関してもいくつかの制度設計が変更されてきた。

2012 年の診療報酬の改定では、老健施設に関して「特定疾患療養費」や「認知症ケア」、「ターミナルケア加算」などの施策が策定された。この改定により、老健施設は、特定の疾患に限り、医療的な点数が加算され、簡単な治療を施すことが可能となった。この改定は、老健施設において運営上・制度上においても今後、医療機能が拡大し医療的なケアを施す機会が多くなることを示唆するものである(全国老人保健施設協会, 2012:21-22)。

(1) 特定疾患療養費

「特定疾患療養費Ⅰ」とは、老健に入所した高齢者の医療ニーズに対し適切な対応を強化する観点から、算定要件に該当する 3 疾患において施設内で対応を評価するための施策である。特定疾患療養費が策定されたことにより、具体的には、老健施設に入所した高齢者が、算定要件に該当する 3 疾患(肺炎、尿路感染、带状疱疹)に罹患した際に、簡単な治療(投薬、検査、注射、処置)を一月に一回を限度とし施すことが可能となった。

(2) ターミナル加算

「ターミナル加算」に関しては、看取りの対応を強化する観点から、算定要件及び評価の見直しを行われた。入所前に入所者の居たくを訪問し、早期退所に向けた施設サービス計画の策定及び治療方針を決定した場合、並びに地域連携診療計画に係わる医療機関から利用者を受け入れた場合に関して評価を行うことである。それには、今後、老健施設は、看取りに関する医療的なケアに従事していくことが必要である。入所期間が 1 月を超えると見込まれる者の入所予定前 30 日以内又は入所後 7 日以内に該当入所者等が退所後生活する居たくを訪問した場合(1 回を限度として算定)という条件がある。

(3) 認知症ケア加算

「認知症への対応強化」では、認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受け入れ及び在宅復帰を目指したケアに関して評価を行うものである。この算定要件は、医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護保健施設サービスが必要であると判断した者に対して、介護保健サービスを行った場合に算定可能とするものである。

2015 年度に改定された診療報酬改定では、「特定疾患療養費Ⅰ」は減額となったが、「特定疾患療養費Ⅱ」が新設された。「特定疾患療養費Ⅱ」は、診断及び診断に至った根拠を記載することに加え、医師が感染症対策に関する研修を受講していることが算定要件となった（全国老人保健施設協会, 2018:18）。

2018 年度に改定された診療報酬では、多剤投与されている入所者の処方方針を老健施設の医師がかかりつけ医と事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取り組みを評価する「かかりつけ医連携薬剤調整加算」が新設された。減薬への取り組みは、老健施設の経営上メリットがあることが理由の一つとして挙げられるが、老健施設では、管理医師が行った事例として、以前から入所時に利用者の状態を観察し処方薬剤の見直しを行っていた（全国老人保健施設協会, 2018:10）。老健施設は医療提供施設であり、漠然と介護を施すのではなく、医学管理や充実したリハビリを提供する施設であることが求められることがあげられている（全国老人保健施設協会, 2018:4）。

2018 年度の介護報酬改定においては、「褥瘡」の発生を予防するための管理に対する評価も新設された。入所者の褥瘡発生を予防するための、褥瘡の発生と関連性が強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対して、新たな評価として「褥瘡マネジメント加算」が新設された。

褥瘡マネジメント加算には、次のような要件が定められた。

まず、入所者全員に対する要件として、①入所者ごとの褥瘡発生する「調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3か月に一回、評価を行い、その評価結果を提出すること、②、①の評価結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件として、関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること、さらに③、①の評価に基づき、入所者ごとにこの介護報酬の評価を行うためには、3か月に1回、褥瘡ケア計画を見直すことが必要となってくるとされた。

老健施設の実践活動において重要な概念は、ケアの質向上に関する取り組みであり、特に、ケアの標準化という課題に取り組むことである。老健施設の支援の在り方も「保護型介護」から、「自立支援型介護」、「予防型介護」を目指すことが指定されている。つまり、標準的なケアの基礎に立って、高齢者本人の家族の意向、利用目的、状態像に応じた個別ケアが展開されなければならない(全国老人保健施設協会, 2012:4)

また、今後は、「介護医療院」の創設が検討されている。「介護療養型医療施設」が2023 年度に廃止になることが決定されており、従来の老健施設では、対応できない医療ニーズがあることから夜間の日常的な医療処置や看取り、急性増悪への対応を介護報酬で評価した「介護療養型老人保健施設」が2008 年に創設された。しかし、この施設への転換が進まず、今後は、「介護療養型医療施設」から「介護医療院」への転換が想定されており、転換支援策が講じられている。介護医療院」の設置根拠は、介護保険法

であり、医療提供施設である(全国老人保健施設協会, 2018:74)。

「介護医療院」は、生活支援としての機能を併せ持つということが強調されており、日常的に医学管理が必要な重介護者の受け入れや、見取りや・ターミナルなどの機能とともに、医療が必要な要介護者の長期療養・生活施設としての機能を有する施設でもある。つまり、従来の療養病棟に代わり、住まいを確保した上で、医療機能を内包した新たな施設類型が提案されていた(全国老人保健施設協会, 2018:74)。

長期療養的な機能については、老健施設に比べ、医師や看護職員の配置割合が高いことなどから、一定の機能を発揮することができるといえるが、重度の要介護者の入所施設であることから、ターミナルケアを行うことが必須といわれている(全国老人保健施設協会, 2018:77)。

4. ケア内容—他の医療機関と特養の相違

最後に老健施設において実施していく主な生活支援、ケアに関わる制度的な変遷について述べる。

先に述べたように老健施設の実践活動では、標準化が求められている(介護白書, 2012)。それは、「排泄」「経口移行・維持」「口腔機能向上」などの基本的な支援にも関わっている。

2018年度の介護報酬改定においては、「排泄」に介護を要する老健施設の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価として「排せつ支援加算」が新設された。これは、排せつに介護を要する利用者のうち、身体機能の向上や環境の調節等によって排せつにかかる要介護状態を軽減できると、医師または適宜医師と連携した看護師が判断し、かつ利用者もそれを希望する場合に適応されるものである。具体的には、多職種が排せつにかかる各種ガイドライン等を参考として、①排せつに介護を要する原因等についての分析、②分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定の期間、高い評価を行うものである。

(※1) 要介護認定調査の「排せつ」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

(※2) 要介護認定調査の「排せつ」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または、「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

(※3) 看護師が判断する場合は、当該等について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

排せつ加算は＜現行＞は加算されていないが、＜改定後＞は、「排せつ支援加算」として月に 100 単位加算されることになった（全国老人保健施設協会, 2018:37）。

また介護保健施設に共通するものとして「経口移行・維持」と「口腔機能向上」がある。経口移行・維持としては、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から歯科医師や言語聴覚士との連携強化が必要とされ「経口維持加算」では、指示を出す者に「歯科医師」が加えられた上で算定要件が変更された他「経口移行加算」「経口維持加算」とも、計画を共同で作成する職種に言語聴覚士が加えられた（全国老人保健施設協会, 2018:38）。

2018 年度介護報酬改定では、口腔衛生管理の充実を図るために、歯科医の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを行うことを評価した「口腔衛生管理加算」について衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数を緩和するとともに、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件に加えられた（全国老人保健施設協会, 2018:38）。高齢者は、誤嚥性肺炎のリスクが高く、予防のためには、口腔清拭が重要なケアである。

排せつ介助や口腔ケアなどの日常生活援助といえ、老健施設など高齢者施設では、点数が加算される支援というものではなく、支援を行うことが当たり前の業務内容であった。しかし、今後は、支援を行いつつ改善した成果が実証できた場合などは、点数が加算されるものとなったのである。それゆえ、今後は同じ支援を行う場合でも、より良い支援へと繋げていくことや、どのような方法や手段で支援を行うことが必要かといった観点がより重要となっていくだろう。日常生活援助においても科学的な視点や根拠、目的意識をもつことが今後の老人健康施設で加速的に進展することだと考えられる。

5. 1 章 2 章を受けての考察

上述したように、高齢者が発症する疾病の概念や考え方は、成人期にある人々と比べるとかなり異なるとともに複雑である。老健施設に看護活動において、この高齢者の疾病に関連する専門的知識や主要な概念は重要であるが、専門的知識を熟知しただけは、現場において円滑な実践活動を展開していくことはできない。この専門的知識や主要な概念を、現場において活用していくためには、現場における様相などを捉え、実践能力として示していくことが必要である。高齢者の疾病に対し治療だけでなく支援していくため、または、全人的に捉えるための実践能力を、高齢者看護におけるケアシステムに組み入れることである。

また、老健施設の制度的な主な実践活動は、機能訓練や在宅復帰支援であるが、そのような中で、老健施設では、医療機能も有し看護活動も展開されている。老健施設では、その様な複合的な機能をいかに同時に用いながら、どのような看護活動が展開されてい

るのかを明らかにする必要がある。老健施設における医療面の制度においては、特定疾患療養費が策定され、このことは、老健施設において「治療」の幅が広がったといえるが、「治療」よりも「予防」するための観点が必要である。こうした予防に際したケアは、序章で述べた先行研究において必ずしも重視されていない。そこで、第3章以降は、これらの点を検討していく。

第3章 生活の場としての老人施設における看護のあり方

本章からは、看護師に対する面接調査から明らかになった看護のあり方や知識について検討していく。まず、老健施設の看護活動における特徴を抽出するために、1日の看護業務の活動とその流れを再現する。次に、老健施設の看護活動を特徴づける環境的な状況に即した生活支援や看護のあり方を明らかにし、次に高齢者に対する理解や高齢者との関わりについて検討する。最後にこれらの看護を通じて看護師たちがいかにして自己省察を行い、老健施設独自の看護のやりがいや意義を見出しているのかを明らかにする。

1. 1日の看護業務の活動とその流れ

まず老健施設に勤務する看護師の日勤帯の看護業務を、看護師の面接調査に基づき再現していく（表2）。

医療現場で慣例といえる活動であり、老健施設でも1日の初めに行われる業務内容は、朝の申し送りである。しかし、老健施設で行われる申し送りの主な内容とその方法は、病院で行われている申し送りと異なる場合がある。

老健施設では、朝の申し送りで送る主な情報は、前日などに熱発や嘔吐など、身体的な変調に陥った事象や、転倒や誤嚥など思いも寄らないリスクに遭遇した事象、または排便が何日間か滞っている、あるいは乏尿になっているなど、基本的な生活習慣が順調に遂行できていない事柄、皮膚の外傷や発赤などの処置を行わなければならないなど、多くの場合は、普段の状態や調子と異なる事象に関する情報を申し送ることが多い。

また、老健施設で行われる申し送りの方法は、入所されている高齢者全員を送るのではなく、変調があった利用者のみ送る施設もあり、入所者全員を順に送る場合であっても、高齢者の中には、「変わりなし」と送り、変調や変化があった入所者のみ詳しい情報を送る施設などがある。

老健施設に入所する高齢者は、一般的には状態安定期にあり、変わりなく日々の生活を送る高齢者も多い。というよりも、変わりなく日々の生活を送る高齢者の方が普通といえる。老健施設では、在宅復帰や機能訓練などを積極的に提供する施設であるが、病院から退院後、生活に慣れて在宅へ復帰する利用者もいる。老健施設に入所している高齢者の中には、「変わりなし」という身体状態が普通な人が多いのである。

上述したことから、老健施設で高齢者の疾病に焦点をあてた看護活動における重要な考え方は、＜疾病を発症していない＞、＜変調に陥っていない＞高齢者の中から、疾病を発症している、変調に陥っている高齢者を発見していく知識・技術を身につけることである。

次は、看護職員が分担して午前中に行っている主な業務内容であり、多くの老健施設

で行われている業務内容は、四点ある。それは、①バイタルサインの測定、②皮膚の処置、③内服管理・準備、④排泄の支援である。これに加えて場合によっては、入浴介助の補助、褥瘡や酸素療法など、医療的なケアや処置が必要な高齢者に対し実施している。

一点目は、バイタルサインを測定することである。老健施設では、入所中の全ての高齢者を毎日、測定する施設もあるが、高血圧や血圧に異常をきたす疾病がある高齢者のみ毎日測定し、全高齢者を毎日測定しない施設もある。例えば、老健施設の高齢者は、入浴に入る日が週2～3回であるが、入浴日に測定する施設など、一週間に曜日を決めて測定することもある。また、現在、多くの老健施設では、バイタルは看護師が測定するのではなく、介護職が測定する場合も多くなっている。介護職が測定する場合は、操作が手軽な電子血圧計で測定するため、値に異常がある人は、再度、看護師が水銀の血圧計で測定する。老健施設の看護師は、日常的に血圧の値に注意が必要な高齢者、毎日、血圧を測定することが必要な高齢者を選択・判断していくことが必要である。

二点目は、多くの施設というよりも殆どの施設で行う看護業務で、皮膚の処置である。老健施設で行われる皮膚の処置は、重症な傷や褥瘡の処置もあるが、軽度な外傷が殆どである。例えば、皮膚を掻いて描き傷を創ってしまった利用者、発赤になった利用者、白癬菌などで軟膏を塗布する、あるいは、皮膚の異常はないが、予防的な観点から皮膚が乾燥している利用者に保湿剤を塗布することなどである。高齢者は、加齢現象により、自然保湿因子の低下や皮膚角質層の薄化、ホルモン分泌低下の影響により、皮膚分泌機能の衰退が生じドライスキンを生じやすい。また、皮膚の脆弱性により出血や傷が生じやすくなる。ドライスキンにより、皮膚のバリア機能が破綻した状態は、水分保持機能が衰退し、皮膚の掻痒感を生じやすくなる（亀井・小玉, 2018:106）。そのため、軽度の圧力や摩擦だけでもすぐに擦り傷や皮膚隔離になることもある。高齢者は、そのような傷を放置したり、悪化したりすると、褥瘡が生じてしまうこともある。そのため、軽度な外傷でも、気づいた時には、悪化していたということも多く、何の痛みも感じていないこともある。これは4章で後述するように、看護師や医療従事者が普段から注意深く観察することの一つである。また高齢者に携わる看護師は、一人ひとりの高齢者の皮膚の状態とともに、傷を負いやすい、発赤になりやすいなど、皮膚の特徴や傾向を把握することも行う。

三点目は、内服の管理・準備を行うことである。老健施設では薬剤師が常勤している施設もあるが、中には、薬剤師が不在の老健施設もあり、薬局で調合された内服を看護師が管理や仕分け・整理することも多い。また、老健施設の中には、日勤帯の看護師が1日分（昼食、夕食、朝食（前後））の内服を準備する施設が多い。この理由は、夜勤帯の看護師は1人で約100人近くの入所者を受け持つことが必要であり、できるだけ夜勤で行う業務内容や負担を少なくするためである。

第2章で述べたように、2018年度に医師が減薬することで点数加算が可能となった

が（全国老人保健施設協会，2018）、それでも多くの高齢者は定期的内服を服用している。多くの老健施設で内服を高齢者へ服用させる業務においては、介護職も携わることが多く連携や協働が必要な業務であるが、内服の準備または管理は看護師が行なわなければならない重要な業務内容である。

四点目は、排せつ行為の支援である。老健施設では、排せつ行為が自立して行えない高齢者に対し、オムツ交換や排せつ介助を、時間を決めて誘導したり、介助を行ったりしているが、この業務内容は、殆どの施設で看護師も介護職と一緒に行う。

これに加えて施設によっては、入浴介助の補助に入ることもある。老健施設で入浴介助は介護職が行う主な業務といえるが、補助として看護師が入る施設もある。入浴の補助に看護師が入る老健施設で看護師が行う主な活動は、軟膏を塗布することや処置を行うことなど、皮膚の観察や対処を行うことが多い。しかし時には、看護師が着替えなどを行うこともある。またこれも4章で詳述するが、老健施設の看護師にとって入浴場面は、高齢者の全身状態を観察できる絶好の場である。時には、高齢者は、傷を負ったり、体に異常があっても訴えることがなく、衣服を着用している限りは気づかないこともある。そのため、多くの看護師は、入浴の際に高齢者の身体面を観察している。

昼前に行う業務内容は、昼食の準備を行うことである。箸を並べたり、コップを準備するなどの食事の設定は介護職が主に行うが、看護師も一緒に手伝う場合も多い。時には、利用者と一緒に昼食の準備を行うこともあるが、食事の準備を利用者が行う意味は、その人に役割を付与し、存在意義に繋げることにある。そのため、この食事の準備は多くの老健施設で積極的に行われている活動である。食事の準備の後は、食事を摂取するために、介助が必要な利用者を車椅子や歩行器などでフロアへ利用者を移送する。後にその意味を詳述するが、老健施設では、食事はフロアなどに移動し、利用者全員で摂取する施設が殆どである。

また、多くの老健施設、特に高齢者施設で行われている昼食時の重要な活動は、誤嚥予防を目的に行われる嚥下体操や食事介助である。老健施設において行う食事介助の具体的な内容は、「介助が必要な人」「一部のみ介助が必要な人」または、「自立しているが注意や見守りが必要な人」「特に見守らなくてもいい人」など、個々の高齢者により異なることから、介助の方法は様々である。また高齢者にとって食事場面は、誤嚥などの事故が起こりやすく、リスクが潜む場面でもある。そのため、老健施設の看護師にとっても注意が必要な活動である。

昼食後は、口腔清拭を実施することや、ベッドに戻し臥床させることである。高齢者の中には、口腔清拭に介助を要する高齢者もいる。口腔清拭は、誤嚥性肺炎の予防や口腔機能の低下による口腔乾燥の予防する（亀井・小玉，2018）うえで重要な活動である。また、入れ歯を装着している人もいることから、入れ歯の管理も行っている。時には、入れ歯を損失するという事故も起こりうる可能性があり、管理の仕方を職員間で共通認

識し、徹底して行わなければならない業務内容である。

午後からは、午前中に残った業務内容や処置などを行うこと、カルテ類や書類などの記入、午後からの排せつ介助を行うことなどがある。

また、新規の入所者がいる場合はそれに関する業務があり、急変や変調など、医師の診察を行うことが必要な高齢者がいる場合には、その補助など様々な活動をする。胃ろうやインシュリン注射、血糖測定などがある高齢者が入所している場合は、それに関する医療処置を行うこともある。

多くの老健施設で午後から行われている主な活動は、レクリエーション活動である。老健施設は生活の場であり、居心地の良い場所づくりにするためにもレクリエーション活動は欠かせない。また花見や紅葉などの鑑賞や散歩などの、季節ごとに単発で行う行事などがあり、看護師も一緒になって手伝うことも多い。

老健施設では、利用者に水分を積極的に摂取してもらうことに努めている。そのため、食事の時以外に、主に 10 時と 3 時に水分の提供やコーヒーを提供している。これは、介護職が主に行うが、看護師も手伝うこともある。

夜間の看護業務は、必要な人にバイタル測定をしたり、おむつ交換に行くこと、そして急変や異変を察知して判断することであり、この内容に関しては第 4 章でも述べる。

表2 日勤の看護師・介護福祉士の主な業務内容			
	看護師	介護福祉士	備考
8:30	申し送り 普段と比べ異常な状態の人(処置が必要→怪我をした・状態が良くない→便が出ない、血圧が高い)、事故などが遭った人(転倒等、)などの諸連絡	申し送り 介護に関わる特記事項(タオルがなくなる、おむつの種類、着替えの際の注意事項など)※この前に介護士は朝食準備・介助をしている。	
9:30	バイタル測定 高血圧・心臓病・その他血圧異常の方は毎日測定		施設によっては、介護福祉士が測定する場合もある。また、入所者全員を毎日、測定しない施設もある(週2～3回または入浴日のみ)
10:00	皮膚;処置、おむつ介助、排せつ介助(場合によっては、入浴介助、医療処置:座薬の挿入、浣腸、バルーン処置)	おむつ介助、排せつ介助、飲み物(お茶、コーヒー等)の提供、入浴介助	オムツ交換は看護師がやることもある。
11:00	内服準備	屋食の準備、屋食会場へ利用者さんを移動、嚥下体操	
11:30	屋食会場への移動、屋食介助(嚥下体操)	屋食介助	
12:30	口腔清拭		
12:45	その場対応(ベットに戻す等)		
	レクリエーション	レクリエーション	
15:30	オムツ交換	オムツ交換	
16:00	カルテの整理		
夜勤の看護師・介護士の主な業務内容			
16:30	申し送り(基本的に昼と同じ)	申し送り	
17:00	夕食会場への移動、夕食介助	夕食会場への移動、夕食介助	
18:00	口腔清拭	口腔清拭	
18:30	ベッドへの移動	ベッドへの移動	
19:00	その場対応(①異常のある人のバイタル測定や医療処置)	オムツ交換	
12:00	検温		必要な高齢者のみ
3:00	検温		必要な高齢者のみ
6:00	起床		
6:30	バイタル測定等		
7:00	朝食会場への移動、朝食介助	朝食会場への移動、朝食介助	

また、看護師たちは、介護士や他の専門職と連携する場面も多い。ある施設のシフト体制は、表3の通りであった。この施設の場合は、病棟が3棟あった。表にある通り、医師1人が常勤ですべての病棟を担当する。医師は日勤である。看護師は、看護師長1名、日勤の看護師(シフト制)は各病棟3名から4名、夜勤は1名、介護度の調査し決定したり、在宅復帰の計画や施設計画を作成するケアマネージャーが1名、介護福祉士(シフト制)が各病棟9名(日勤は常時5～6名、夜勤は3名)、栄養士1名、機能訓練士10名で構成されている。

表3 老健施設のシフト体制の一例				
職種	勤務形態	病棟①	病棟②	病棟③
医師	常勤	1名		
看護師長	常勤	1名		
看護師	シフト制	3～4名	3～4名	3～4名
	日勤	1名	1名	1名
	夜勤	1名		
ケアマネジャー	常勤	1名		
介護福祉士	シフト制	9名	9名	9名
	日勤	5～6名	5～6名	5～6名
	夜勤	3名	3名	3名
栄養士	常勤	1名		
機能訓練士	常勤	10名		

2. 老健施設特有の時間的・空間的文脈に即す

本節では、老健施設で働く看護師に対して実施した面接内容に基づいて、同施設独自の時間的・空間的な特徴あるいは物理的な環境と、高齢者との関係性から捉えた看護の在り方を倫理面も含めて析出していくことを目的とする。

環境は、これまで看護学の様々な理論や文献において重要な要素として捉えられてきた。遡れば、看護学を創設したナイチンゲールも「看護とは、これまで、せいぜい与薬とかハップを貼ること程度の意味に限られてきている。看護は、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択し管理すること」(Nightingale, 1968:2) と述べていた。ナイチンゲールの時代において看護に必要な環境的な要素は、自然現象などから得られる空気や暖かさなどであり、それが不摂生や不適切な状態に看護の対象者がおかれることで、健康や病気に悪影響を及ぼしかつ健康を害し、病気を発症する可能性があるといった公衆衛生の面から捉えられている。この時代から環境的な事柄は、看護を行う上で必要不可欠な要素であり、対象者や患者に対し、影響を及ぼすものと捉えられていた。それでは、具体的に老健施設に特有な環境とはいかなるものであり、またどのように適切な環境が維持・創出されているのだろうか。

序論でも述べたように、老健施設で展開されている看護活動は、病院などの医療現場における看護活動とは異なりうるため、病院などでの勤務経験がある老健施設の看護師は、それまでに習得してきた看護の認識や理解を転換していく必要がある(加藤, 2006)。また老健施設では、看護活動の内実が病院と異なるだけでなく、環境的な文脈においても病院とは異なっている。

病院とは異なる老健施設の環境的な文脈とは、高齢者の身体的な特徴と施設空間の構造や設備を規定する制度的な概要(厚生労働省, 2018)の二つの要素に区分できる。高齢者看護の文献でも示されているように、加齢変化により適応力や順応力などの様々な身体機能が低下する(亀井・小玉, 2018:30-31)高齢者は、環境や環境変化に対する不

適応により、多くの変調に陥る。また環境からの要求が個人の適応能力を超える場合に環境への不適応や否定的な感情が生まれるだけでなく、環境からの欲求が少なすぎる場合にも高い適合能力をもつ高齢者に不適応が生じることが指摘されている（Matteson, 1992:18）。広井が述べるように、環境的な側面は、高齢者の疾病の要因に関連する事柄でもある（広井, 2009:208）が、生活そのものにより関わる事柄である。そこで以下では、高齢者に影響を与える重要な環境的な要素を特定し、老健施設で高齢者の日々の生活に関連する看護活動とそれに必要な知識を明らかにする。

（１）ゆっくりとした時間的な流れに沿う

老健施設と病院などの医療現場と異なる環境として看護師がよく指摘するのは、時間的な感覚における違いである。面接を実施した看護師からも次のような声が聞かれた。

老健施設の現場の雰囲気が、病院と比べてみてもゆっくりとしている。（看護師 No. 1）

これまで、病院では、忙しく働いていた観があったが、ここでは、まず、ゆっくりとした時間に慣れていかなければいけなかった。（看護師 No.4）

以上の言葉にあるように面接調査を実施した老健施設の看護師たちは、口をそろえて高齢者が過ごす老健施設の生活環境には「ゆっくりとした時間が流れている」と語った。実際に、筆者が面接調査のために老健施設に足を踏み入れた際にも、これまでの病院勤務の時には味わったことがない、ゆっくりとした時間が流れているという感覚に包まれたことを今でも鮮明に覚えている。それは、言い換えれば、「穏やかな日々を送る日常性があること」を意味してもいる。二人目の看護師が述べるように、老健施設において勤務経験がない看護師の中には、まずこのゆっくりとした時間が流れる現場に慣れていく必要がある。

老健施設において「ゆっくりとした時間が流れている」という感覚は、様々な疾病や機能障害を併発する高齢者の身体的な状態と密接にかかわっている。様々な機能低下に陥り、脆弱化していく高齢者の身体状態は、行動・動作の速度が成人期の人々と比較して穏徐となっていく。また緻密性が減退し、物事に柔軟に熟せなくなるなど、高齢者の方が成人期の人間よりも、あらゆる行動や動作に時間がかかる傾向にある。そのため、高齢者の身体的な介助・支援を行う看護師が、成人期の人々と同じような速度や進め方で看護や介護を遂行しようとする、支障を抱えたり、葛藤を感じる事となる。

先行研究でも老健施設の看護活動に携わる過程には様々な葛藤や困惑があることを指摘している（加藤, 2006）が、その誘因として示されている主な内容は、「入所者に

対するペースの合わせ方」など病院看護と施設看護の違いであった。すなわち、老健施設の時間的な速度に慣れる、高齢者の緩慢な動きに慣れることが、看護活動を支えるのである。その他にも、高齢者はゆっくりと想起する傾向にあるため、アセスメントを行う際にも時間をかける必要性があることが示されている（Matteson, 1992:27）。

また「ゆっくりとした時間」の感覚は、老健施設の空間的な設定とも関係している。厚生労働省による老健施設の基準では、病院でいう「病室」にあたる「療養室」の定員は4人以下とすることと定められている。また、入所者の一人当たりの床面積は、床8平方メートル以上と規定されており、廊下の構造は、幅1.8メートル以上、中廊下2.7メートル以上とすることが定められている（厚生労働省, 2017）。これは基本的にベッドとその周辺しか個人スペースを取っていない病院の病室に比べると、老健施設は一人当たりのスペースが広く設定されているといえる。こうした老健施設の空間的なゆとりも、間接的にゆっくりとした時間が流れるように感じる一要因であると考えられる。

また、筆者が訪れた多くの老健施設には大きなフロアがあり、フロア全体が見渡せるような空間があった。病院では、各患者のベッドの隣に机があり、そこで食事を摂取するが、老健施設では殆どの高齢者がフロアに出て、利用者全員で一緒に食事を摂取していた。一人で食事を摂取したい高齢者に対しては、自室で食事を摂取したいという意向に沿うことは多くの施設で許可されていたが、高齢者が一同に集まることのできる広いスペースがあること自体が各個人の空間的なゆとりを確保していたことは間違いない。さらに、老健施設にかかわる制度では、個人の持ち物を多少持ち込める他、機能訓練室や談話室、またはレクリエーションルームを設けることが義務付けられている（亀井・小玉, 2018:92-93）。老健施設の空間は、病院よりも広く感じるものがあげられるが、物理的な環境においても療養室の一人ひとりの環境には、かなり個別性が表れる点も特徴である。

また筆者が各施設で観察した限りでは、高齢者の転倒を予防したり、歩きやすくするための工夫として家具や物品を配置している施設もあった。療養室のベッド周辺で転倒のリスクがある高齢者に対し、ベッド周辺の空間には、マットレスを敷く施設もあるが、歩行が自立している高齢者に対しては、家具や物品を置きそれをつたって歩けるようにすることで、転倒予防に努めていた。このような細やかな配慮も空間的なゆとりを感じさせるものとなっている。

（2）日常の変化・変動を最小限にする

次に、以上の高齢者の身体的特徴と環境的な文脈をふまえて、老健施設の看護師の面接調査から現場で認識していくことが必要な態勢について提示する。老健施設など、高齢者施設に勤務する看護師が、病院看護と異なる態度や姿勢を身につけることができなかった時は、高齢者に不快な思いを与えるとともに、ケアの質を低下させる一誘因にな

り、時には、現場における様々な場面で弊害につながる。本項では、こうした点を個別の看護師がどのように理解しているのかを明らかにする。

面接を実施した看護師は、老健施設での看護に関してある種の「変化のなさ」を強調するとともに、「変化のなさ」を肯定的に捉える見解を語った。

施設の看護って病院の診療の介助と違って華やかな舞台ではない。日常生活の中で地味な看護で、いつもと変わらないような、毎日同じことをやっているような看護だけど、施設の良さがある。異常の早期発見とか、今の健康を維持する予防的な看護って大事だと思う。もちろん急変とかあったら対応できなければいけないけど、日常生活の中で上手に日々変わらない状態が送れたらそれでいいのかなって、「変わらないですか」と聞いて、「変わらない」じゃあ「それでいいよね」、変わりがあったら大変かなと思うので、「いつもと変わらないよ」っていてもらえたらいいかなって。ここではせかせか動き回らなくてもいい、それとここでは、ゆったりとするように心がけている。(看護師 No.1)

上記の看護師が述べる「華やかな舞台」とは、高度かつ精密な医療機器が整備された病院などの医療現場を指していると推測される。2章で述べたように、それらの現場に勤務する看護師は、医療用具や医療器具などを扱うことが比較的多く、耳慣れない医療の専門用語が飛び交う経験をしているであろう。それに対して、「地味な看護」「毎日同じようなことをやっているような看護」とは、老健施設の主な役割でもある、生活支援を指している。生活支援が基本となる同施設では、病院に比べると医療用具や検査機器は少なく、実際、看護師が専門的な医療の知識を総動員させて刻々と変化していく喫緊の事態に対応するといった場面も多くない。

そのため、上記の看護師が述べるように、日々同じようなことをやる看護を「華やかではない」と感じることはあるだろう。だが、日々変わらない生活支援を高齢者に提供していくことで、高齢者の変化・変動を最小限にすることで、変わらない日々を送れるようにしていくことこそが、老健施設の役割でもあり、看護のあり方を構成する知識でもある。

上述した看護師は、この重要性を「早期発見」や「予防的な看護」といった医療的な観点に立った高齢者自身の変化を最小限にとどめることと、「高齢者にとっての施設での日常」それ自体の変動を最小限にしていくことの二つから説明している。

生活という事象は、全ての人々が、日常的に営んでいる普遍的な性質を含むものである。特に障害や慢性疾患に罹患していなければ、成人期の人間にとって生活を送るための行為・行動は、意識しなくても無難にかつ習慣的に行うことができる。だが高齢者は、様々な障害や疾患に罹患することにより、成人期の人間が意識せずに習慣的にできるこ

とができず、日常生活自体が送れなくなる。そのため、毎日同じようなことをするような生活支援は、高齢者が日々を支障なく過ごしていくうえで無くてはならない支援である。それは結果として、高齢者が新たな疾病や機能障害に罹患する予兆を読み取る契機にもなりうるし、現在の疾病や機能障害の悪化を阻止し予防に努めていくことにもなる。それゆえ、老健施設の看護師には、生活支援の中に高齢者の健康管理や疾病予防に必要な看護や観点を含ませることが必要であり、それには高齢者のゆっくりとした時間的な流れにあわせていくことで、高齢者の体内の変動を最小限にしていくことが求められる。

だが、上述した看護師が「せかせかと動き回らなくてもよい」「ゆったりとするように心がけている」と述べる内容は、高齢者の身体的な問題に加えて、ゆったりとした日常そのものの変化を感じさせないようにするという意図もあるように思われる。上述したように、高齢者は環境そのものへの適応力が低下する。老健施設は普段の日常生活を支援していくことで得られる成果だけでなく、高齢者にとっての「日常」としての意義や価値を備えていなければならない。それは平たい言葉で言えば、それぞれの平穏な日常が維持されていくことの心地よさや意義を見つけていくことが必要だということでもある。

次の看護師の言葉は、そのような心地よさや意義に言及している。

老健施設の看護は、急変はごくまれで、一般的な看護は高齢者が人生の最期のところで納得して楽しい生活を送れるように援助してあげること。それが私たちの仕事。生活の援助は主に介護さんがして、そして生活をしながら医療の仕事は看護師の仕事なので、高齢者が毎日穏やかに体調を維持しながら元気で過ごしていることに私たちは貢献している。老健施設の看護の喜びといえるのではないかな。(看護師 No.2)

後述するが、老健施設に入所する高齢者は必ずしも自ら望んで入所していない。老健施設に入所した高齢者の中には、自分の意思で望む生活を送ることができないと同時に、自ら望む人生を歩んでいくことができない人もいる。実際に老健施設に入所している高齢者の中には、施設に入所させられたことに対してわだかまりを抱えている者も少なからずいる。

また、みずから入所を望んだ高齢者であっても、ある程度の不自由さの感覚を抱くこともある。高齢者は、身体機能が低下し、障害に陥ることから、成人期にある人々と同じように自由にかつ意のままに行動や動作を行うこと自体ができなくなる。そのような不自由さや支障は、老年期における日常的なストレスでもある。

上述した看護師が指摘する、「生活しながらの看護」とは、この日常的なストレスを穏やかな日常の元で軽減することを目指した看護であると考えられる。老健施設では、苦痛やストレスを解消し、一人ひとりの高齢者が楽しさを感じることができることや、

看護師ならびに医療従事者は、娯楽や心地良さを高齢者に付与することが重要なケアだと理解されているのである。高齢者の発達段階として非同調的な要素では、「絶望」が良く指摘される（Erikson, 1986）。つまり、高齢者の心理的・精神的な要素は、ある特定の事象が原因で生じる苦痛やストレスだけでなく、老いの到来により、必然的に虚しさや寂しさを感じる出来事が多くなるというものである。上記の看護の一日の活動でも述べたように、高齢に携わる従事者は、高齢者の負の感情、寂しさを癒すことができるコミュニケーションが重要となるため、レクリエーションなどを提供し、些細な楽しさや喜びを高齢者に付与する実践を行っている。

（3）高齢者の生活空間を侵さない・妨げない

老健施設の看護師は、個別の高齢者の違いに配慮した「生活支援」を行ううえで、「生活」に過度な介入をせず、個々の生活リズムを尊重していることも指摘した。

その人の生活を邪魔しない様にお世話することかな。老健では生活をしてはと思うのですがかなり自分の時間、自分の思いがある。病院では治療がメインである程度、病棟の方針とかがある。看護師の仕事の流れに合わせるっていうところがある。老健では生活の場なのでその人たちの生活の流れに私たちが合わせる。合わせられることは最大限に合わせる、そういう援助の仕方をする努力をしている。（看護師 No.2）

老健施設での看護や介護で観察されたことのひとつに、現場で高齢者が歩いている時には高齢者の歩行するスペースを作るために、避けて通るという些細な気遣いがあった。病院での看護経験をもつ上記の看護師が指摘するとおり、病院でも患者に配慮することは当然に重要であるが、病院は治療を目的とした場所であることから、検査や治療、医療処置を提供することがある程度、優先される。老健施設も医療処置を提供することもあるが、高齢者の一日のスケジュールは、可能な限り、高齢者の生活リズムに沿うよう配慮されている。看護師が述べるとおり、個別の高齢者の生活の流れに沿う、すなわち生活の文脈に看護師のほうに合わせていくという知識をもつことが重要である。またそれは、高齢者が普遍的にもつ生活の流れではなく、看護師の言葉にあるように、「自分の時間」「自分の思い」をもつ個別の高齢者の生活の流れを捉えることを意味する。生活面は、一言では言い表すことができない多面性を帯びた事象である。高齢者一人ひとりの生活様式には、それまでに培った個別の感覚や感性があり、それに接近していくことが大事であろう。

「地味な看護」という言葉があったように、病院勤務が長い老健施設の看護師の中には、老健施設で行う看護活動の内容に看護の専門性からかけ離れている部分が多いと感じている者もいる。老健施設で行う看護活動が病院と比べ、簡単な業務内容が多いこと

から、後にも詳述するように、やりがいを持てなかったり、戸惑いや葛藤を抱いたりした経験がある看護師もいる。

だが、毎日同じようなことを行う看護において、看護の専門性以外の価値を見出していく際に、看護師が挙げる価値こそが、高齢者との穏やかで密な関係性や、高齢者の時間的な流れへの適切な順応なのである。

考察と小括—老健施設における環境的な特異性と理念

以上の面接内容から、老健施設の看護活動では、高齢者の思いや考えを尊重するだけでなく、行動範囲や生活空間を侵さない、妨げないことを優先させる考え方が重要であることが示唆された。ここまでの議論を、病院における高齢者看護と比較しながら、整理したい。

広井は、「大人（成人期にある人）の時間は、カレンダー的（直線的）な時間であり、効率的な尺度で物事を捉える表層的な時間である。一方、老人の時間は、遊びの時間（円環的）な時間であり、意識のより深い次元、深層の次元にかかわっている時間である」（広井, 2000:107-108）と指摘する。こうした直線的な時間の感覚は、治癒をゴールにした病院の看護においては特に重要である。病院では、医療従事者が素早く歩く姿や看護業務を手際よく迅速に熟す姿が観察される。病院で遂行する医療的な処置や医療機器を使いこなす行為、迅速で効率的な対応の仕方は、熟練化された専門的な技能や実践能力であり、そこでは「治療」を目指した直線的な時間が流れている。

これに対して老健施設で流れている時間は、「遊びの時間」「円環的な時間」である。たしかに老健施設においても、入浴場面や排泄介助の時など、手早く業務をこなすことが求められる場面もあるが、上述したとおり、老健施設では手早く業務をするよりも、ゆったりとした高齢者の時間的な流れに沿うことが重視されるのである。

社会学者のアーヴィング・ゴッフマンは、被収容者たちは、＜家郷世界＞から得た＜既存の文化＞、施設に入所する時点まで自明とされていた生活様式ならびに習慣的な活動をもってするのが特徴的な点であるが、全制的施設に固有の文化はすでに形成されているものの代わりにならない（Goffman, 1961）と述べている。病院に入院する患者は、疾病を発症しなければ入院する必要性はなく、日常性から逸脱した日々を過ごす。病院では、リハビリが必要な患者が訓練のために歩行することもあるものの、病気の治療や急性期といった病態期にある病院に入院した患者は、安静を余儀なくされることがあり、ベッド上で過ごす時間の方が多い傾向にある。こうした病院での入院生活は、患者にとって日常とかけ離れた生活である。ゴッフマンが指摘するとおり、全制的施設に固有の文化はすでに形成されているものの代わりにはなり得ないのだ。

対照的に老健施設では、日常生活や在宅復帰を目的とすることから、施設に入所する前までに「個々の高齢者が自明視していた生活様式そのもの」「日常性」を高齢者の身

体機能の低下に対する必要な看護とともに、収容施設のなかに再構築していくのが目指される。老健施設に入所した高齢者は、日中はベッド上で過ごすだけでなく、フロアや施設のソファなどで過ごすことが多い。歩行が可能な高齢者は、自由にフロアへ移動し過ごすこともあり、介助が必要な高齢者も、日中は車椅子やストレッチャーなどでフロアへ移送され、そこで思い思いの時間を過ごしている。こうした高齢者にとっての日常を、ありのままに再現するのは当然のことながら容易ではないが、少なくとも看護師たちの理念のなかにはそれを目指すべきであるという理解が存在する。

イモージェン・キングは、「人間の生活空間における時間的・空間的次元は、ヘルスケア施設の設計とか、ヘルスケアサービスの提供の際には、いっそう深く認識され強調されなければならない。高年齢者は、施設の中で過ごすことが多く、個人空間は、その人の自我同一性や、環境に対する空間への支配力、人としての独立感と関連が深く、個人空間の変化は、老人を次第に引きこもらせ、反社会的な行動を引き起こさせる。対象者の空間への変化は、安心感の喪失や自我同一性に影響する」(King, 1985:43)と述べている。

老健施設の看護師が、個々の高齢者の意思や意向を尊重するとともに、その人の世界観を理解し尊重することは、老人の健康においても重要なことである。老健施設では、個々の高齢者が、どの様な世界の中で生きているか、どの様な世界観を持っているのかに関する知識をもち、主役は高齢者で、看護師や職員は脇役となることが目指されているといえよう。

3. 専門性の枠を超えた関係を構築する

次に、老健施設の看護師に実施した面接調査に基づき、看護活動による関係性の多様な意味づけについて考察していく。

老健施設の看護師に行った面接調査では、「老健施設において看護活動に携わっていく中で重要なことは何か」という質問に対し、多くの看護師は、病院とは異なる高齢者との関係性を挙げた。老健施設の看護活動を広義の意味で環境的な観点から考えた場合、人との関係性は、高齢者の疾病に対し、重要な看護の要素として機能するものである(Matteson, 1992:20)。だが、老健施設において高齢者と築いていく関係性は、病院に入院した患者と築いていく関係性とは異なる意味が含まれている。ここでは、老健施設で築いていく関係性とは何か明らかにしていく。

(1) 高齢者への声かけ、些細な会話を大切にする

まず看護師と高齢者との関係性について考察する。高齢者との関係性を築くための実践の第一歩は、声かけである。

ちょっとしたことでも、声をかけるようにしている。些細なことでも。気づいたことや気になったことがあれば、話しかけるようにしている。視野を広げて。大声で話したり、ちょっとしたことでも声をかけて回ったり、ときにはふざけているように見えるときもあるけど、ちょっとしたことでも話し合える環境を作っている。気づいたことがあればすぐ話しかけるようにしている。(看護師 No.3)

老健施設は、生活にすごく関わっている感じが強くある。今はそれに慣れてきた。合う、合わないももちろんある。病院の時もお年寄りと話す時間はあった。けどそこに時間をさけなかった。(看護師 No.3)

上述した看護師の言葉にあるとおり、老健施設に勤務する多くの看護師は、高齢者に対する「呼びかけ」を習慣化し、彼らとのふれあいを大切にしていた。それは、高齢者と関わる時間を積極的に増やすことにもつながる。実際に、老健施設に入所した高齢者と接する時間は、病院に入院した患者と比較しても多い。具体的には後述するように老健施設では、入所や支援に関連する話題だけでなく、それ以外の普段の日常会話に関連することにおいても会話し、雑談にかける時間が多いためである。

また看護師が「ふざけているようにみえるときもあるけど」と語ったように、老健施設では、高齢者と娯楽や冗談などをまじえながら会話することも珍しくない光景である。それは、「ちょっとしたことでも話し合える」、すなわち、高齢者が自由に話せる環境を積極的に設けていくことにもつながる。

患者さんとか利用者さんに声掛けを遠慮させないようにしようと思っているのです。言いたいことを、この人のニーズをいかに引き出すかということですよ、常に距離を近くいようということですかね。(看護師 No.5)

実際の現場でも、老健施設の看護師は、フロアなどで過ごす高齢者も多いことから、常に施設環境全体を見渡しながら、高齢者の表情を観察し、気になる高齢者を看取した際に、声かけや様子をうかがっていることが観察された。老健施設の看護師は、高齢者に対し、施設において日常生活を送る高齢者を気にかけて、他愛のない会話の時間をとることを心がけていたのである。

こうした心がけは、利用者と職員、あるいは利用者同士が世間話などを交わすことや、楽しく会話することにも反映される。老健施設の職員は、施設に訪来した家族や来客者などに積極的にあいさつを行う習慣があるという。このことは、老健施設が病院などの現場と異なる関係性であり、環境的な要素でもある。老健施設のなかには「接遇」という言葉を積極的に用いている現場もあるが、面接調査を行った老健施設の中では「あり

がとう」という声かけを循環させることをモットーとしている施設もあった。

（２）非言語的な情報からニーズを把握する

以上で述べたように、高齢者への声かけや些細な会話は、老健施設の看護において重視されていた。しかし、コミュニケーションとは、必ずしも言語的な対話によってのみなされるものではない。というのも、高齢者には言語的な対話が困難な者が数多く存在するからである。病院に勤務した経験があり、かつ成人期にある人々が入院患者に多い病棟で勤務していた経験がある老健施設の看護師の多くは、思った以上に高齢者とコミュニケーションを取ることが難しいと感じる経験をしている。

高齢者の方は認知症をメインにもっていらっしゃる方が殆どで、老健でも多い。まず印象で、コミュニケーションがすごくとりづらい、こちらが質問したことに対してその答えが、100%ご本人様が思っている答えではないことが多い。脳血管障害の方も多いので失語の方も多いですし・・・言葉でのコミュニケーションが難しい。ジェスチャーだったり、表情から読み取らなければいけないというのがあって、初めは「どうしよう」と正直思いました。学校では失語のことは習うし、こういった病気か学んでいるけど、例えば「すみません」って言う利用者さんがいるんですけど、「すみません」ってニュアンスが変わるのです。何かしてあげて、「すみません、大丈夫ですか」と言われても「すみません」としか言わない。「すみません」のトーンが違うから会話が成り立つのです。（看護師 No.3）

なかなか遠慮して言えない人とか、こっちをじっと見ている人、やっぱり言える人と言えない人がいる、特に今のお年寄り世代の方はすごく我慢強い、して頂いている、すごく悪いな、という気持ち強い方もいらっしゃって、中には、これしてあれしてと、言ってくれる方はいいのですけど。（看護師 No.5）

すでに述べたように、高齢期に在る人々は、認知機能や身体機能が衰え、様々な疾病に罹患する。その様な障害を患った高齢者は、会話の場面においても同じ言葉を繰り返したり、単調な会話でさえも円滑に行えず、支障をきたす状態に陥ることがある。上述した看護師が語るように、言語でのコミュニケーションそれ自体が難しくなるため、高齢者との会話では、非言語的な情報を頼りにすることが重要となる。そのうえ高齢期に在る人々は、発語や表情も乏しくなり、明確に表現することができなくなる。そのため、老健施設の看護師は、様々な日常的な実践場面において、「すみません」の声のトーンが変化するといった些細な変化や微妙な表情の変化を看取り、相互的な理解や了解に繋げていく必要性を捉えていたのである。

できるだけしっかり利用者さんの表情をみるよう心がけています。それで声をかけるようにしています。看護師が少ないので、毎日の勤務でも少ないので必ずリーダーになったときやそれ以外もですけど、全部に利用者さんに声をかけるように挨拶して、ちょっと精神的に落ち込んでいらっしゃる利用者さんもいらっしゃるので、冗談いいながらですけど声かけるようにはしています。(看護師 No.3)

これもすでに述べたことであるが、高齢者は身体的、精神的、社会的に様々な負の実情に直面する。老健施設の看護師も入所した高齢者が悲観的、否定的な感情に抱きやすく、その結果、看護師との関係性が絶たれ、心が閉ざされていく現実には直面していた。そのような悲観的な高齢者に対して、普段の声かけや会話を積極的に行い、モチベーションや意欲を高めることは、高齢者の内面性や精神機能に働きかけ、心を開放していくことにつながりうる。実際に、高齢看護に携わる医療従事者は、高齢者とコミュニケーションを取るときには、暖かさや心癒せるなど、心に響く話し方を行うことが望ましいと指摘している。ただし、このような理念は、声かけ一つにしても実践するには、様々な葛藤を伴うものである。

普段の本人さんの ADL を落とさないようにするリハビリに対しての声かけとかも「家に帰れないよ」という声かけをしたらウソになってしまいますが、意欲を引き出すためにはどうしてもそういうことも言わなければいけない。(看護師 No.5)

この看護師が語るように、悲観的な高齢者に意欲を引き出させるためには、言いづらくても言わなくてはならない場面もある。それは看護師に葛藤をもたらすし、そうした葛藤に答えを出して、どのような場面でどのような声をかけ、コミュニケーションを取るか、そのアプローチの仕方や方法は、日々の看護経験からしか習得できない技術でもある。上述した看護師の語りは、その一例を示しているだろう。

(3) 日常的な身体ケアを通じて個々の思いに寄り添う

老健施設で高齢者を行うコミュニケーションは、声かけや会話といったものばかりではない。むしろ看護師の専門的な領域を超えた「ケア」そのものがコミュニケーションの一環ともなる。そしてそれは医療的なケアにも深く関係していく。

老健施設では、利用者さんと関わる時間が病院より多いと思います。もちろん老健施設でも指示受けもあるし、処置もあるのでですけど。最初は、それで戸惑ったりもしました。看護師なのにお風呂の介助。病院でも食事の介助はあったんですけど、病院

の場合は病室に運んで食べて頂くというイメージがある。(看護師 No.4)

老健施設では、病院において積極的に携わる必要性がない業務内容にも積極的に携わることが求められる。前者の看護師の語りにあるように、病院において勤務経験が長い看護師の中には、老健施設に入職当初、看護師が行う業務内容において病院と相違があることから、戸惑いを覚えたことを述べる者もいた。先にも述べたように、老健施設の看護師は、医療的な技術を扱うだけでなく、入浴介助や排せつ介助など、身体的なケアにも携わることが多い。他方、老健施設で提供する医療的なケアは、高度な医療機器を扱う病院の看護と比べ、一般の人からみても身近なものであり、技術的にも簡易に扱えるものである。そのため、前述の看護師の言葉にあるように、老健施設の看護は、医療的な技術を駆使していく看護の専門性とかけ離れているのも事実である。看護師として身につけた医療的な技術を扱う現場にやりがいを求める看護師は、老健施設の看護に物足りなさを感じてもいる。

しかし、入浴や排泄ケア、食事介助などの日常的なケアに携わる業務内容は、入所者の要望に気づき、互いの信頼を醸成するためのコミュニケーションとしても機能する。

以前、夜間に用事をいろいろと言う人がいた。例えばシップを貼る訴えなど、夜間にいつも頼むので、昼間に行ってくればいいの、昼間だったら、いろいろゆっくり話もできるのと言うと、昼間は看護師さんが忙しそうにしているので、声をかけられないといわれた。ここではそうならないようにしようと思う。(看護師 No.6)

この語りは、夜間に頻繁にシップを貼ってほしいと訴える高齢者から、日常的な看護のあり方、特にコミュニケーションの不十分点を省察したものである。老健施設の看護師が捉えた高齢者との関係性とは、自由に発言や対話ができる環境や時間をもうけ、内面性や精神機能に働きかける関わりを通じて、高齢者のニーズなどを表出していくことであった。それは、専門職としての立場を保持するために築く関係性ではなく、高齢者にとって障壁をできるだけ低くかつ最小限にし、より身近な存在になれることであった。老健施設の看護師が捉えた在り方は、高齢者が頼みたい事を、気を使わず頼める存在であり、言いたい時に言いたいことが自由に発言できる存在となることであったのだ。

さらに日常的なケアは、高度な医療技術を提供する業務内容ではないが、個別性への配慮が求められる看護において高齢者個々人の情報収集の重要な機会でもある。例えば、以下は、食事介助に関する看護師たちの語りである。

嚥下障害がある高齢者に、「少しでも口から食事が取りたい」という高齢者とその家族の思いを答えるために、できるだけ、経口摂取にこだわり支援していくこと。

(看護師 No.7)

この人何を食べるかなと考えた時、ヨーグルトも食べたんだけど息子さんが買ってくるオレンジジュースなら飲み込むのよね。終末期を迎えた高齢者に対し、この人は何が好きなのだろうと考えた時に、この人はみんなの前でいつもニコニコしていて、みんなと一緒に居ることが好きな人だった。だから、たとえジュース1本でも、ベッドごとフロアへ移動して、みんなと一緒にジュースを飲んでもらえるように設定していた。(看護師 No.9)

高齢者は、同じ机や椅子では食べにくいことがある。一人ひとりの高齢者に合わせるために、机を少し高くしたり、机の幅を広くしたりして、動かないように固定したりしている。椅子にクッションを入れないと傾くし…。(看護師 No.8)

これらの語りは、高齢者個々の思いに寄り添った看護の重要性を示唆している。高齢者にとって、口から食事を取りたいという「思い」は、切実なものである。口から食事をとらせたいと望む家族も多い。嚥下が困難な高齢者に食事介助を実施することは、従事者側からしても、時間がかかり、できれば避けたいケアであるが、そうした個々人のこだわりと医療的なケアとのバランスを理解しながら、高齢者の思いを汲み取ること、これには、上手に食事介助を行うコツをつかむといった実践的な技能以上のむずかしさがある。

また食事を自室で取りたいか、他的高齢者とともに取りたいかについても高齢者個々によって異なる。真ん中の看護師は、そうした高齢者の「思い」を、普段の高齢者の性格的・人格的なふるまいから感得し、理解することで、ジュースを飲むといった通常は「食卓を囲む」という範囲に入らないような日常的な場面でも、なるべく他者とともにいる時間を増やそうと配慮している。

そしてフロアに集まれば、疾病や身体機能の低下に応じた高齢者個々人の事情に応じ、かつ彼らが食べやすく、すなわち心地よく食べることができるような配慮が必要となる。

このように日常的なケアは、高齢者個々人の「思い」を看護に反映していく実践の積み重ねであり、またそれが看護師と高齢者とのコミュニケーションの重要な部分を構成している。

(4) 信頼し合える関係を要とする

臨床現場において対象者と良好な関係性を築いていくことが、効果的な看護を提供していくために重要であることは、これまで看護学の理論などで示唆されてきた(Peplau, 1952)。確かに、老健施設の看護活動において良好な関係性を築いていくということに

は、高齢者の疾病に対し、より良い効果を与えるという効果をもつ。生活支援の中に看護の視点を含ませることに科学的な根拠を捉えることが必要である。

だが、上述した看護師の「思い」からは、良好な関係性の構築を築くこととは、医療的な技術を上手に提供することで、得られるものではなく、個別性を捉えること、老いの様々な悲しさが理解できるか、人生や生活に沿えるか、日常会話を育むことができるか、老いの様々な側面を捉えることができるか、高齢者にどれだけ接近できるかといった医療的な効果とは異なる側面に立脚しているように思われる。それは、端的に言えば、信頼しあえる関係を要とすることである。

信頼関係をどうやって組み立てていくのかという、とっかかりの部分がまず非常に大事なかなと思います。(看護師 No.5)

納得できたかどうかは自分たちがどれだけその利用者さんと関わったかとか、家族さんもどれだけ納得して私たちに信頼をして、私達がやることに信頼してくれているかにつきますので・・・お互いに納得のいく看護ができた時、納得してこの人は生を終えたのだなと思う方もいますけど。(看護師 No.2)

上述の看護師は、自身の看護の評価、すなわち納得できるものであったかどうかは、結局のところ、看護や介護に高齢者が納得し、自身を信頼して任せてくれたかどうかにかかっていると指摘している。そして、そのような高齢者からの信頼を受けて、自身の看護のあり方、あるいは業務に納得できた時に、例えば、高齢者が施設で亡くなった場合にも納得して人生を終えることができたとして理解できるものとなると述べている。

考察と小括

高齢者を対象とした看護活動において高齢者との関わり方や関係の築き方は、高齢者の疾病に影響を与える要素であると考えられる。もちろん、病院などの医療現場で行う看護活動においても、より良い関係性やコミュニケーションは重要であるが、高齢者を対象とした施設現場では、さらに異なる意味が多く含まれていると考えた。さらに、老健施設の看護師は、高齢者との関係性の築き方に必要な様々な方法や技術を習得していた。高齢者に携わる従事者は、難聴や会話がとりづらい高齢者もいることから、身体的に様々な機能が低下していることから、どの様な関係性を築いていくか、どの様な声掛けや会話の仕方、接し方など重要な技術といえる。

また、特に、老健施設では、高齢者の様々な事柄を詳しく観察していくこと、身体面や心理面、社会面など、多くの側面を把握すること、高齢者が明確に訴えることができ

ない状態を呈する時などに、深く捉え分析することが必要であるが、この様に高齢者と関わる時間をできるだけ多く取ることで、適切な看護が遂行できると考える。さらに、この様な普段の日常会話や関わる時間を保つことで、多くの慢性疾患や機能障害を併発する高齢者に対し、明確な症状や徴候が現れず、一定の疾病の経過や過程を辿らない高齢者の身体状態において、適切な看護活動が提供できると考える。

だが、そうした医療的な効果だけではなく、高齢者個々人の思いを理解し、個別の看護に対する納得を得られるように努力することが、最終的には生活の場でもある老健施設において互いの信頼関係を築き、納得した生を送らせることにつながるという点はより重要である。上述した看護師たちの語りは、そのような「思い」を反映し、「納得」と「信頼」をいかに醸成するかに関わる看護の技術を示しているだろう。

4. 老健施設で働くことを通じた看護師自身のリフレクション

最後に、以上で説明したような看護・介護を通じて、看護師たちが高齢者に対する理解や、老健施設での看護をどのように理解し直していくのかを説明する。

私は、これまで長い間、病院に勤めていたのだけれど、老健施設に配置転換となった時、ショックだったの。だって高齢者施設ってレベルが低いというイメージをもっていた。けれど来てみて違ったわ、老健施設では、何もないことから看護を行わないといけない。すごく力があると思った。(看護師 No.9)

新卒の看護師はここには入職しない。(看護師 No.7)

上でも説明した通り、病院勤務の経験がある看護師は、老健施設で看護を始めた当初は、この看護師と同じようにショックを受ける者が少なからずいる。だが、老健施設の看護には一人一人の高齢者の意思や意向に適した看護を行うという難しい問いや課題が含まれていることを理解すると、病院とは異なる専門性が必要であることを理解する傾向にある。

老健施設の看護活動は経験を積んでいないとできない。若い看護師はあまりこないが、若い看護師さんでは、老健施設ではできないこともある。(看護師 No.9)

様々な機能障害や疾病を患った高齢者に、基本的な看護業務を提供する場合でも、従事者にとっては、高度な技術や精神面・体力を必要とすることもある。また、老健施設の看護活動において重要なケア内容や、それを提供するための理由などは、科学的な手

法から抽出した数値や根拠を示し、明白で確かな答えを導き出すことができにくいものでもある。個別性を考慮した看護ケアを提供することは、高齢者とその家族の思いを看護に反映することが必要なこともあり、一定のマニュアルに沿った手順でケアを遂行するだけでなく、試行錯誤の中で、適切なケアを提供することでもある。さらに高齢者と良好なコミュニケーションを行うこと、関係性を築くことにも技術が必要である。それが、「すごく力のいる」ことの背景であるだろう。

そのような「力のいる」場面を経験することで、面接した看護師たちは、老健施設で働く中で看護師自身を見つめ直していた。

これまで病院で看護師をしていた頃は、性格がきつかった、仕事を熟することがまず必要だし、患者にも優しく接してこなかったかも。老健施設では、そのような態度では高齢者から声をかけてもらえない時もある。必要な時に、言ってもらいた時もあったのに、私にだけ声をかけてもらえず、気づくことができなかった辛い経験もある。これからは、ここでは、高齢者から言ってもらえるような存在になる。(看護師 No.10)

何度も同じ訴えを繰り返す高齢者、動く速度が遅い高齢者、それに合わせる必要が苦痛ではない。認知症患者が同じことを何度も繰り返しても答えられる自分がいた。(看護師 No.4)

前者の看護師が「性格がきつかった」と語るように、病院での勤務経験をもつ看護師は、刻々と変化し忙しい現場で効率よく仕事をこなしていく必要があるといった事情から、患者個々人に対しても効率性や能動性を求めてしまうこともある。だが、そうした態度で接すると、患者の心を開いたり、患者に信頼を寄せてもらうことが重要な老健施設では看護自体ができないという「辛い経験」をすることとなる。面接した看護師の中には同様に「以前よりも優しくなった」と語る者が複数いた。そうした経験を繰り返す中で高齢者との関わり方や接し方、看護師としての業務に携わる上でのあり方自体を変革していく必要性を理解し、後者の看護師が語るように、ふとした契機に自分自身の人間性や精神性自体が変化していることに気づく場面もある。

後者の看護師の語りは、「動きの緩慢さ」「同じ話の繰り返し」といった通常ならば、いら立ちを覚えたり、もどかしさを感じたりするはずの事柄に自然に対応できてしまっている自分自身に対する驚きが現れている。それは脆弱化していく高齢者と接する中で、自然に湧き上がってくる、一人の人間としての思いでもある。

ケアリングの要素や考え方を提唱したモンゴメリーは、「ケア提供者と患者が出会う時の立場は、専門家としてではなく、もっと親しい個人的なレベルで喜んで与えたり分かち合ったりすることが特徴である」(Montgomery, 1995:44-57)と述べているが、面

接した看護師たちも、専門職としての看護師の立場を越えた自身の位置づけについても言及したり、自己省察の機会を重ねる中である種の経験的な倫理観・経験的な哲学を醸成してもいた。以下では、その内容について特徴的なものを挙げていく。

(1)望まない入所や入所までの経緯を理解する

多くの看護師たちは、高齢者の入所や入所までの経緯を理解する必要性や、高齢者たち自身の情緒や悲嘆を汲み取っていることを語った。

老健施設に入ってこられる高齢者の方で私が感じることは、病院と違って本人さんが望んで入ってくるところではないということですね。ほとんどの方はおうちの方の都合で入って来られる方が非常に多いので、慣れてしまえばここでもいいかなと思っていただける方も中にはいらっしゃるのですが、なかなか初めは騙されて連れてこられたとか、病院からおうちに帰るっていったのにとか。(中略)受け入れがなかなかできていない方が非常に多いかなということを感じる。まず施設に慣れていたいただくことです。言えない方に対してどういうふうにアプローチしていくとか、その人がどういうことを望んでいらっしゃるかということまで聞いていかなければならない。ちょっと手がかかりがちなんですけど、なかなか遠慮して言えないとかこっち見てじっとしているような人のところになるべく行って声掛けをしてお話しする。(看護師 No.5)

入所者様、さみしそうにみていらっしゃる。こっちばかりずっと見ている人とか。(看護師 No.9)

利用者さんが抱えている背景だったり、その方を取り巻く世界もある程度理解しながら私たち看護師は関わっていかないと健康の部分だけに焦点を当てていたのでは施設の看護師としての役割は果たせない。(看護師 No.7)

元気でお家で、1人で生活している時や、ご自分で自由に生活をしてきた人などは、気を遣うことはなかったと思うが、施設に入っているいろいろな施設に変わっていく中で、無茶わがまま言っではいけないとか、じっとしておかなければいけないとか、そういった状態になっていかれたのではないか。(看護師 No.7)

老健施設の看護師は、家族の都合などから本人が入所を望まず、意に反して連れてこられるケースが多いことや仕方なく入所を決意したケースが多いという事情を理解していた。そのため、老健施設の看護師は、高齢者が潜在的に抱えている「悲観的な思い」

や「さみしさ」を掬い取ってもいた。

また老健施設は既に述べたように在宅復帰を支援する施設であるが、看護師たちは在宅復帰を果たすことができず、様々な施設で入所退所を繰り返すことが多いことも知っている。そうした経験をした高齢者は、後者の看護師が語るように、職員に迷惑をかけてはいけないという思いを抱きがちであり、言いたいことが言えないという悪循環に陥ることもある。そのため、看護師たちはそのような背景を察知しながら、高齢者の意思を読み取ろうと試みていた。

複雑な入所背景や家族との関わりとも関連し、高齢者の中には、わがままが言えず、やりたいことをやろうとしなかったり、生きていく気力や在宅復帰のモチベーション自体が低減していく者もいる。そのため、看護師たちは「意欲を出させる」という点を強調していた。

意欲をどれだけださせるか、どうしたらこの人やる気が出るのか。(看護師 No.5)

入所さんがやりたいことを本当はさせてあげないと。職員の都合になって業務を進めて言ったらダメなんだという事をしっかり認識しておかないと。(看護師 No.12)

こうした高齢者たちの感情や情緒に寄り添いつつ、看護師は次項で述べる居心地の良い場所を創りだすことを目指している。

(2)「居場所」「新しい家族」を構築する

多くの看護師たちが語る内容には、老健施設が「第二の居場所」「心地の良い場所」となるような関わり方を提供したいという思いがあった。

多くの高齢者が寂しい思いを抱いて施設に入所されている。少しでも日々のかかわりで減らせる必要性を感じている。「こんなに長生きしたくなかったのに」っていう言葉が聞かれたり、利用者さん人生の終わりじゃないですか。人生の中で元気で楽しく過ごせるお手伝いができたらな。嫌な思いもされることもあるししんどいこともある。それが自分たちのかかわりによって少しでもいいふうにかわってくれたらいいなとそのためのお手伝いができればなと思います。(看護師 No.4)

人生からみると老健施設に入所された期間は、ほんの短い間だけれども、その短い間に、少しでもここに来てよかったと思ってもらえるように、看護を提供していきたい。(看護師 No.2)

自分の家族をここの老健施設に入所させたいと思えるように、家族と同じように、

家族と同じような居心地が良い居場所になるようにしたい。(看護師 No.1)

実際に、老健施設はレクリエーションを積極的に行う場であり、娯楽を交えた行事なども、頻回に行われている。老健施設の現場では、高度な医療技術とは関係が希薄とはいえ、楽しく過ごす時間を高齢者と共有することが目指されている。それは、上述した看護師たちが語るように、新しい居場所、新しい家庭を提供する試みでもある。

ここで重要なことは、そうした居場所づくりや居心地の良い場所の創出は、仕事として実践しているだけでは実現しないことである。

風呂入るときは認知症の人って、よくみているのよ、いくら、こんにちわってニコニコしてその人の前にいっても、他の人の前でキツイ顔していたら信用しないのよ、だからお風呂介助する時でもこの人も大切、この人も大切、汗びっしょりかいて仕事しているとこの人たち純粹だから助けてくれるの、「服脱ごうか」って言ったら、嫌がらずにススッと脱いでくれるの、嫌がる日もあるけど、認知症の人ってだんだん回数が多くなって信頼関係ができてくると、スーと脱いでくれてそういう時って仕事のやりがいというか感じるよね。看護師に限らず他の仕事もそうだけど、1人、1人よく見ているから(看護師 No. 9)

病院文化や組織において手際よく、迅速に業務を熟す看護の在り方は、経験から身についた重要な技能だと考える。だが、上述した看護師が述べるように、あらゆるサービス産業で必要とされる「仕事」としての笑顔で対応していても、それ以外の場面でそれとは異なる顔を覗かせていたら、生活の場である老健施設では高齢者からの信頼は得られないこともある。こうしたことを理解した看護師たちは、彼女が述べるように、高齢者に対して「いかなる対応をすべきか」という実践的な技術ではなく、「高齢者に接する際にどのような思いを抱くべきか」という自身の考え方や人間性から変えていくことが重要だと語る。

「この人のことを大切にだ」と思うことをせずにサービス提供の技術だけを磨くのでは、どこかで綻びが出てくる。老健施設の看護の質を高めていくためには、高齢者を一人の人間として大切に思うことが重要なのである。上述した看護師の語りは、そのような自身の精神的な変革を伴うケアの難しさと喜びを端的に示しているように思われる。

(3) 高齢者の人格や尊厳に対する理解を刷新する

看護師の多くは、高齢者の人格やそれまで歩んできた人生を尊重し、高齢者個々人の尊厳を大切に必要性も語った。

人格を大切にしていけないとね。昨日まで先生でしたといっても入所したら「〇

〇さん」となるでしょ。年取るってすごいなーって思うの。私は弁護士でしたっていても年を取ったら、「〇〇さん」って、ひどいところでは挙げ句の果てには「おじいちゃん」って呼ばれるのよね、この人たちのおかげで私たちがこうして生活できる土台つくってもらったのだなと思う。(看護師 No.9)

老健施設では、高齢者がどのような人生を歩んできたのか、高齢者の人生経験や背景を知る機会も多くなる。事例に挙げた看護師と同様に、老健施設の看護師たちはしばしば「人格」という表現を用いた。看護師が述べるように、弁護士や学校教員、作家といった「先生」と呼ばれる地位についていた人も、老健施設に入所すれば、看護や介護が必要な高齢者になる。そこでは入所前の個人の地位や経歴、業績、人格や性格ではなく、身体機能や介護の必要性といった基準でまなざされることとなる。そのような基準で「おじいちゃん」と呼ばれることは、「ひどい」ことであると看護師が述べるとおり、個人の尊厳を傷つける行為でもある。高齢者のなかには、看護師個人にとって「気難しく」感じられる人物もいる。だが、個人の人格を大切にするというのは、「看護／ケアする者」と「看護／ケアされる者」という現在の関係性以外の、自身と高齢者との関係を想起することでもある。「この人たちのおかげで私たちがこうして生活できる」という言葉は、その一つであろう。

ソファに腰かけて座っている高齢者をみかけても、ボーッとしていて何も考えてないように思えるけど、まだまだ私たちに多くのことを教えてくれるのではないかと思いますよ。(看護師 No.12)

看護師たちは、人生の先輩である高齢者と日常的に対話するなかで、自身とは異なる経験や知恵などの有用な話も聞く。だが、上述した看護師が語る「まだまだ私たちに多くのことを教えてくれる」という言葉は、必ずしもそうした対話によってもたらされる知識や知恵を指しているわけではないように思われる。認知症を患ったりして、ひがなぼんやりと過ごす高齢者の姿からも「人はどのように老いていくのか」、それは、それまでの人生のどのような局面であるのかを理解していく機会ともなりうる。看護師が、一人の尊厳のある高齢者から「何かを学ぼう」とする姿勢そのものが、老健施設の看護にやりがいを見出していくヒントなのかもしれない。

考察と小括

老健施設の看護師がこれまで現場において高齢者に携わってきた経験から感じていたことは、高齢者とよりよい関係性を築いていくことの重要性であった。それは看護師自身の人間性やそれまで身に着けてきた看護のあり方に対するリフレクションをもたら

している。

ナーシングホームに入所した高齢者と看護師の関係性を現象学的に記述した研究では、看護師との関係を維持し、衝突や対立を最小限にし、あるいは回避するために、入所した高齢者が受身的な態度を取ることや、明確な欲求を発言せずに、言われたことのみ返答するといった態度を身につけていくことが示されている (Cena & Losa-Iglesias, 2013)。

看護やケアをスムーズに提供するために、必要な意思やニーズを把握するために、あるいは業務上での目的遂行や役割を果たすために、適切なコミュニケーションの技能を身につけるという姿勢では、看護師よりも社会経験の長い高齢者にとって本当に「居心地の良い空間・環境」を創出できないのかもしれない。なじみの場づくりのためのケアの構造においても、慣れ親しんだ対話や笑い・楽しさを取り入れるケアの特質が明らかにされている (細田・渡辺他 2011) が、そのケアの特質を実現するためには、看護師自身の精神面・態度を変革させていく必要があるだろう。

そのためには、いま目の前の高齢者の姿だけでなく、高齢者が生きてきた人生に寄り添うことが重要となる。この高齢者に対して観取する思いは、科学的かつ実証的な根拠として示すことはできなくとも、質の高い看護を提供していくために重要な前提である。なぜなら、看護師たちが高齢者の表情や言動から見出す情緒や理解、知識といったものは、高齢者自身に語られることはない。それでもそうした思いがあるという前提で、すなわちある種の間主観性を前提のうえに細やかな支援や介護をめぐるコミュニケーションがなりたっているからである (木田, 2014:174-176)。

次章では、本章を踏まえて看護師たちが具体的な看護やケアを遂行していく際の「知識」に光をあてたい。

第4章 老人施設における疾病に関する看護のあり方

本章では、老健施設における高齢者の「疾病」に関連する看護活動のあり方と知識を論じる。前章では、老健施設の環境や日々の生活支援、およびそれに応じた看護師と高齢者との関係性、看護師自身の自己省察について論じた。前章で明らかにしたことから、老健施設における看護活動では、高齢者の多様な側面を詳しく具体的に観察し、高齢者の間の差異を把握していくこと、患者の人格や尊厳を大切にして関係を構築していくことの重要性が示唆された。これらの点は、生活支援や良好な関係性の構築それ自体ではなく、平常とは異なる事態に気づき、疾病を予防したり悪化を防いだり、急変時に対応する際の看護活動の重要な知識にも通じている。

老健施設の看護師は、高齢者の疾病に関連する看護活動において、思いもよらない急変や念頭のない疾病を発症する場面などに遭遇していた。その様な経験に遭遇することで老健施設の看護師が認識した学びについて、看護師たちはその人自身、つまり高齢者に関する事柄をなるべく多く知ることであると説明した。

ベナーは、著書『看護実践における専門性』(Benner, 2015)において、顔色、目、震えなど、モニターにバイタルサインの明らかな変化が表れる前に患者の心肺停止に関する警告的な徴候を見極めるために「患者を知ること」の必要性を述べている。この著書の中で示されている「患者を知ること」の意味は、病院のICUに入院した患者が急変や疾病を発症した際に疾病に関連する変調を、モニターなどの医療機器で検査を実施する前に、表情や顔色などの観察を通じて早期に察知することである。

しかし、前章で述べたように病院とは異なる実践がなされている老健施設の看護活動における「患者を知ること」の意味は、Bennerが提示した「患者を知ること」の主な内容と異なる側面も含まれていると推測される。そこで本章では、老健施設の看護師が、現場における看護活動において、どのようなことに注意を向けて観察しているか、あるいは意識を振り向けているかを明らかにすることで、老健施設の看護の疾病に関わる看護のあり方を前提条件から急変時に至るまで可視化していく。

1. 高齢者の平常時の状態やありようを捉える

老健施設の看護活動の基本は、高齢者の平常時の状態やあり様を捉えることにある。平常時とは、様々な疾病や障害を呈していても、あるいは日常的に常時、医療的なケアや看護支援・介護を施されていても、高齢者が変調に陥っていない、以前よりも状態が悪化していないと判断される状態はどのようなものであるかを指している。看護師たちが、異常を見つけ適切なケアをしていくためには、新たなケアを提供する必要性がなかったり医療的な面でさらに介入しなくても良かったりする状態を捉えることから始めなくてはならない。面接した看護師たちは、この平常時において高齢者個々人の状態を

常に観察しておく必要性を指摘した。

普段をどれだけみているかですね。元気な時、調子がいい時。(看護師 No.5)

基本的には、その人のいつもの状態っていうのをまず念頭に置かなければ。そうやって観察を行うようにしている。(看護師 No.15)

しかし、平常時における個人の状態を把握することは、言うのは簡単だが、実際に実践するとなるとコツと知識が必要となる。なぜなら高齢者は、様々な慢性的な疾病や障害を併発しているおり、平常時の状態に個人差が大きいためである。例えば、特定の高齢者にとっては平常時の状態とみなされるものが、別の高齢者にとっては、急変を意味することもある。そのため、その個人のいつもの状態を理解するためには、歩行動作や便器の座り方から、食事や排泄、睡眠といった基本的生理欲求に至るまで高齢者のあらゆる行為に対する細かな観察が必要となる。ここではそれらの細かな観察について順番に検討していく。

(1) 日常的な動作や状態の個人性を捉える

高齢者の通常時の状態やありようを捉える方法の第一は、老健施設で個々の高齢者が存在している体勢や体形、動作や身振り、振る舞い方など、高齢者個々の「スタイル」ともいえる存在様式を把握していくことにある。

個人の動作や状況とかをしっかりと 1 人、1 人を把握することが大事かな。例えば、ベッドからトイレへ移乗したりする場合、足の動きとか、この人はいつもこういう動きをされるとか、車椅子の立ち上がりだったり乗車の場合だったり、歩いている方の歩き方とか。(看護師 No.13)

便器にすわってずり落ちる人がいる(看護師 No.10)

これらの語りに示されているように、看護師たちは、老健施設で高齢者が歩行したり便座に座っている姿や様子などを細やかに観察し、一人一人の高齢者の足の動かし方や座り方などの状態を把握することの大切さを語った。同じように他の看護師からは、ベッドから車椅子への移動の仕方やベッドからの起き上がり方、立位の方法なども細かく観察していることが語られた。

前章でも触れたが、日々の高齢者のあいだの個人性は、食事介助の場面において現れる。例えば、看護師たちは以下のような指摘をした。

食事に関しても全面的に介助しないといけない方、1部分でいい方がいらっしゃる。水分ひとつとっても、安全な体位を整えたり、情報交換をしながら水分を提供する。(看護師 No.7)

オレンジジュースを1日に4回80ccずついくとするわね、80ccを全部飲めた時には、「朝は80飲んだわ」といって喜ぶのだけど、おやつの時ぐらいになるとそれ以上いくとしんどくなってくるの。ゴロゴロって、そうしたらやめようと判断する。(看護師 No.9)

このように高齢者は、どの程度の介入が必要で何をどの程度食べられるかにおいて異なる。こうした介護度の異なる高齢者一人一人に必要なケア内容とその方法・仕方は、日々の動作や行為を見ながら判断していくことが求められる。そして、身体的な残存能力や機能形態的な状態を考慮し、提供する必要量やケア内容を把握することは、以下の看護師が述べるように、個々の高齢者の危険性をともなう行動の特性を認知する契機にもなる。

嚥下がよくないのに早食いの方や、いつまでも口にため込んでいる方もいる。歩き方とかしゃべり方とかもみている。(看護師 No.8)

また、こうした日常的な動作の中にひそむ危険性を把握し、自身が観察していない状況や他の客観的な意見を参考にすることを目的に、他の専門職にも日常的な行動の特徴などを確かめる必要性も指摘された。

リハビリの先生にもADLはどうだろうかとか、栄養士さんにも食事の形態はこれでいいのか、あとムセはないか、(ムセのある人には)トロミをつけたりとか。食形態もいろんな形を整えなければいけない、味噌汁は普通に飲めても、お茶はむせる、その逆の方もいる。(看護師 No.7)

実際、筆者が観察した場面でも、食事を箸で掴むことやスプーンですくうことはできるが口まで運ぶことができない高齢者がいる一方、食事を口まで運ぶことができるが、箸で取ることができない高齢者も存在した。上述したことから、老健施設における看護では、高齢者の日常生活行動や動作などに加え、基本的な欲求(睡眠・食事・排泄)を充足させるために、一人ひとりの高齢者の行為の仕方・方法を捉えることが重視されているといえるだろう。

(2)基本的な欲求を遂行した結果（回数、量、性状）を細かく観察する

看護師からは、個々の高齢者の更衣、排泄、食事、睡眠など日常生活を営むために必要不可欠なく基本的な欲求を遂行した結果（回数、量、性状）を詳しく観察・記録し、個々人の特徴を把握していくことについても、様々な意見が述べられた。

この人が今日はおしっこが出てないのは午前中に水分がちゃんと飲んでいたのかいないのか複合的にたくさんみないといけない。（看護師 No.5）

大切なことは、尿、便、便の性状も含めてチェックしていく、尿がちゃんとでているか。（看護師 No.8）

食えること、大便を出すこと、便はね、お年寄りのはね 腸の動きが悪くなるから、腸閉塞にすぐなるので、必ず私たちが大体に何時に便が出たって確認してそれをチェックしていく。水分をしっかりと取っているか、毎日記録している。（看護師 No.9）

便はね、お年寄りのはね、腸の動きが悪くなるからイレウスや腸閉塞にすぐなるので必ずチェックする。あと、食えること、水分をしっかりと取っているか、毎日記録している。（看護師 No.8）

看護師たちは以上のように、人間が生きていくために不可欠な営みである生理的欲求を遂行した後の結果や評価も細かく観察し、記録していた。第1章で詳しく解説したように、腸ぜん動が弱くなり、イレウスになりやすくなる高齢者看護において「便」の状態は極めて重要な指標である。それを排泄の量や回数、尿や便の状態と日々観察している食事の様子などを結びつけ、看護活動に生かすのである。これらのことは、個々の高齢者の特徴的な老健での過ごし方を含めた「生活習慣」を把握していくことでもある。

第2章でも述べたが、2018年度の介護報酬改定においては、「排泄」に介護を要する老健施設の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価として「排せつ支援加算」が新設された。これは、排せつに介護を要する利用者のうち、身体機能の向上や環境の調節等によって排せつにかかる要介護状態を軽減できると医師ならびに看護師が判断することが必要である。高齢者の身体機能の低下を予防していくことは容易ではないが、日常的に高齢者の動きや行動・動作など詳しく分析していくためには、観察・アセスメントを日々行うことが必要だと考える。

(3)習慣化された一連のパターンとして捉える

個々の高齢者の生活習慣を把握することとは、基本的な欲求をどの様なサイクルや間

隔で充足や遂行しているか、又はどのような状態や結果が正常であるか、個々の高齢者を特徴づける【習慣化された一連のパターン】として理解していくことを意味する。

1人の利用者さんの喉が渇く時間といったところは人それぞれですね。寝る前に喉が渇いてお茶が飲みたい、目が覚めたらお茶が飲みたい、そして朝、覚醒と同時にお茶が飲みたい。いろんなパターンを持っていらっしゃる。(看護師 No.7)

何もないところで最後まで見ていかないといけないといなったら、老健の看護はすごいねー、力があるわよ。食べることもトロミのようなミキサードロドロしたものを食べてもらうのに私たちが何か月もかかってこの人は飲みかたがこうだからこういう形態のおかずにしたらいいかなって、そのレベルでも細々と長く生きていけるケアをする。(看護師 No.9)

上記の看護師たちが述べるように、高齢者の生活習慣の理解には、何をどの程度飲食したいか／できるかだけでなく、どの時間に何を飲食したいと望むか、どのような食べ方をしているかといった個人の生活リズムを把握することが重視されるのである。

2. 高齢期の変化を平常時の変化として観察する

以上で観察した高齢者個々の平常時の動作や身体機能、習慣化された生活パターンの把握を基にして、看護師たちは平常時とは異なる事態を特定していくのだが、ここで困難な点は、高齢者の異常を緩慢な脆弱化や老化の進展に伴う変化と見分けていく必要がある点である。そのため、異常を察知するためには、【高齢期特有の平常時の変化】を理解していく必要もある。

(1) 高齢期の身体変化を把握する

看護師たちは、日々変化していく高齢者の動きについても細かく観察していた。

今まで立ち上がりができていたのにできなくなったとか、この距離を歩いていたのに歩けなくなったとか、車椅子に移動の仕方とか、細かいところを観察することが多い。(看護師 No.17)

車椅子の立ち上がりだったり移乗の場合だったり、この人自分で立位をとれていたのに、とれなくなったり、この距離を歩いていたのに歩けなくなったりとかみていく。(看護師 No.11)

今まで800くらいのカロリーで亡くなる前にいていた人が、だんだん1食か2食でもその人の生きる能力にはちょうど良くなっていくわけ。そうしたらすごいがりに痩せてはいくけど、いつまでも穏やかににこにこしているの。人間ってね、亡くなる前は1食か2食でもその人の体にはちょうどよくなるの。もうこれ以上、私の体に食べ物は受け付けませんっていうことになるとゲロゲロ浮いてきて吸引をとしなければ、「ぜいぜい」なって肺炎をおこす状況になるのよね。(看護師 No.9)

1番目と2番目の看護師が語るように、高齢者は次第に身体機能が脆弱化し、「立ち上がり」や「歩行」「車椅子の移乗」といった日常動作が困難になっていく。この緩やかな変化を常に観察しておくことで、例えば「歩行」の困難が急な疾病によるものか、第1章で述べた老年症候群のひとつである身体機能の低下によるものかを見分けるのである。また摂食においても高齢期になると徐々に食欲が落ちてくる。これにも個人差があり、どの程度の量がその時々での緩やかな変化において適切であるかを見極めることは、3番目の看護師が述べるように過剰な摂取による疾病を予防することにもつながるのである。

(2) 主要な疾患と身体の特徴を把握する

高齢期は必然的に多くの疾患や機能障害を併発するため、高齢者はそれぞれ異なる疾病や機能障害に罹患している。看護師の間では、その中で特に注意が必要であり再発や悪化する可能性が高い【主要な疾患と身体の特徴】を見極め、【焦点化された項目】として把握していくことも実践されていた。

個々の高齢者の主要な疾患と身体の特徴を把握する前提として、高齢期特有の疾病や身体の状態に着目する必要がある。多くの看護師は、その一つとして皮膚に注目していた。高齢者は、皮膚などの外表部分でも傷を負いやすくなる。そのため、個別の看護師は、以下に挙げるように、入浴場面を中心に全身状態や皮膚の状態を常時、確認していることを語った。

高齢者は皮膚ですよ。注意してみるようにしている。傷も治りにくいし、入所されたとき全身をチェックするようにしている。後、常に足をみるようにお風呂の時は観るようにしている。(看護師 No.4)

皮膚は乾燥して自分でかくし、自分で傷をつくったりする。(看護師 No.9)

お尻の褥瘡ですね。座っている時間がわりと長い方もいらっしゃる。浮腫ですね、注意してみるようにする。傷も治りにくいし。入所されてきたときは全身をチェック

するのですよ。後、常に足をみるように、お風呂の時はみるようにはしている。(看護師 No. 10)

このように看護師たちが高齢者の皮膚の状態を細かく観察し、高齢者の浮腫を綿蜜に観察し、些細な変化や異変、特に、外傷や湿疹、浮腫や発赤などの有無を捉えている背景には、こうした皮膚の状態から転倒や乾燥、長時間の座位の問題などを把握し、異常がないかを確認していることが挙げられる。

車椅子の移乗の時とか、ぶついたり内出血つくったりする。姿勢がくずれた時には、自力で直せない方もいらっしゃる。無意識のうちにぶつける時もある。(看護師 No.8)

排泄だって便秘症になりがちです。水分提供は自分で薬缶からよそって飲める方は少ないです。こっちが提供してあげなければ飲めない方、採血とかをしたらドロドロ血ですね。ヘマトクリットなんか 53、とんでもない脱水ではないかという経験をしたり、腎臓の働きも弱くなってきます。高齢になるとだんだん落ちてこられる。そこに脱水となると拍車がかかるんですね、心不全や腎不全を起こしかけて病状が急変するそういったところを幾度となく私たちは見てきている。(看護師 No.7)

以上の看護師が語るように、平常時の高齢者がどのようなリスクを抱えているかを細かく判断する前提には、このように「ぶつかりやすくなる」「水分補給が足りなくなる」「腎臓の働きが弱くなる」といった老年症候群に罹患した高齢者個々の、「姿勢が崩れた時に自力で直せるか」「自身で薬缶からよそって飲めるか」といった残存機能を把握していくことが重要だとされている。それは老健で落ちりやすい障害やリスクを未然に防ぐための知識であるといえよう。

これらを踏まえつつ、個々の高齢者が持っている疾患や既往歴について把握する必要も指摘された。

一番に見るところは、私は疾患。どういう疾患をもっているか。お年寄りなので複数持ってらっしゃる。もともと持っている疾患やベースにある疾患によっても症状とか出る部分や、考えられることや、発見することが違うので、いろんな疾患をもって入ってこられるので観察する部分が異なる。(看護師 No.4)

看護師は老健施設に入所された個々の高齢者の既往歴や現病歴を総合的に把握し、特に注意が必要で観察や看護する必要性の高い主要な疾患について把握している。それは、高齢者の内服状況一種類、量、副査用や、服用するための具体的な方法、そして老健施

設で日常生活を送る過程で内服の影響で及ぼされる可能性が高い危険な状況やリスクを把握する実践にもつながっている。

薬でワーファリンとか飲まれている人とかどうしてもちょっとしたことで内出血とかしますし、一回してしまったらちょっとした刺激で皮膚剥離をしてしまうんですよ。

お薬を飲んでいない方はいないんだわ、いまわね、緩下剤を飲んでいる方が2～3名、後は、降圧剤、糖尿病のお薬、急変に至るケースはやはり抗てんかんのお薬を飲んでいらっしゃる方、脱水と関連する。てんかん発作をおこして重積になってしまう。(看護師 No.7)

ラシックスを飲んでいるから尿に行くことが多くなること、血圧が下がる可能性があることなどを看護師にも言わないとならない。(看護師 No.5)

上記の看護師が語るように、内服している薬の種類によって副作用の発現形態に関わるリスクは個々の高齢者によって異なっている。また内服に関して自力で服用ができなかったり内服の自己管理ができない高齢者も多く、内服の介助も老健施設の重要な看護のあり方を左右する観察の場となっている。

(3) 季節ごとの変調とリスクを把握する

高齢者は脆弱化することから、インフルエンザや熱中症、感染症などの季節的に流行を未然に察知し、予防対策を実施することも高齢者の日々の身体的な変調を把握する重要な事柄である。

水分一つにしても今年の夏は暑かったです。屋内の熱中症予防に看護師は必死になって予防策を講じました。(看護師 No. 7)

認知症の人の集団の中で感染が流行ると動き回るから認知症の人って熱が高いときだけはぐったりしているけど、37.2度くらいまでさがると普通に立って歩いたりしてね、まだその時には、その人には病原菌があるんだけど、動き回ると他の人感染でしょ、だからその人たちが夜中起きる前にバイタルとか血圧とか熱とか測定しているのよね。介護士たちから「KT37.2度あります。熱があります」って聞いたら、その人たちは対面式に座らない場所に行ってもらうのよね。前にいると飛ぶでしょ細菌が。カウンターに座ってもらうとか、集団感染を防ぐことに気を付けている。(看護師 No.9)

また後者の看護師のように未然に防ぐだけでなく、感染した人の疾病や身体状況（認知症や歩き回るなど）を踏まえつつ、施設内に感染が広がらないよう、フロアでの過ごし方などにも注意が振り向けられていた。

3. 平常時と異なる事態や変調を捉える

以上の1. 2. を踏まえつつ、看護師はいつもの状態には当てはまらない異変を以下のように捉え、予防や急変に備えた対応を行っていた。

(1)些細な変化に関する直観や経験を随時確認する

看護師たちは、それまでの看護経験と日常的な観察を踏まえて、以下のような変調を察知していた。

いつもとあいさつがおかしい。体が熱い感じがする。何かあるのかなって。（看護師 No. 7）

普段との違いっていうのをちょっとしたことでも気づいてあげないといけないなと思います。活気があるかないかも含め、症状が出た時には、とりあえずバイタルをとって普段との比較っているのですかね。（看護師 No.5）

直感もあるけど・・・いつも、いつも接していると分かるものです。いつも入所者さんの顔を診ているから、そういう状況はわりとすぐに分かると思います。顔色が顔面蒼白とか、唇の色が白いとか、そういう状況は、青いとか、おかしいと思ったら直ぐバイタル測って、何らかの対処をしている。そうね、直感も大事だと思うけど、いつも、いつも診ていると「おかしい」と思う感情が、そう直感、おかしいと思う場合もあるし、経験によって、「おかしい」と思う場合もあるし…。（看護師 No.2）

肺炎になるまで一般的に高熱が出て咳が出て痰が出ますけど、症状があまりなくて、ご飯が食べられなくなったりして高熱はない。ちょっと微熱がでて食事がとにかく入らなくなる。それでSP02がちょっと下がって、レントゲン撮って見たら肺炎。基本的に私たちが考える肺炎の人の症状までの判断が、呼吸苦とか激しいものではない現場に来て思いました。おかしいねと思ったらいつもの元気がない、いつも少ししんどそうだなと思ったら、風邪ひいたら肺炎。少しでもおかしいと思ったら、SP02測ってね。胸の音きいてね、バイタルとってね、確認していくことが大切。（看護師 No.10）

高齢者の疾病過程は変則的であり分かりにくいいため、看護師たちはふだん観察してい

る高齢者の言動を踏まえて、ちょっとした変調に対して敏感に対応することの必要性を語った。そうした変調は、3番目の看護師が語るように直観的なもの、あるいは経験に即したものの両方があり、必ずしも明確ではないが、上記の看護師たちはバイタル（体温、脈拍、血圧）を図ったり胸の音を聞いたりしながら、随時確認することを述べている。多くの看護師は、個々の高齢者に普段、測定するバイタルサインの数値や症状においてどの程度や範囲が平均であり、標準であるかを常に図っている。高齢者の些細な異変を発見するという看護活動の重要性は様々な研究でも指摘されている（福田, 2000 ; Kim, 2013）が、その前提となるのが日常的な観察なのである。

(2) 継続的に捉え、判断していく

また、些細な変調を継続的に捉え、判断していることも語られた。老健施設では様々な疾病に罹患し脆弱化した高齢者の多いことから、些細な変調は日常的に良く起きる事柄である。例えば、「体が傾いている」「体が揺れている」といった変化はあっても、一時的な変調で、しばらくした後に問題なく普段の状態に回復することもある。そのため、以下の看護師が述べるように、観察時点での状態で判断するのではなく、異変を感じたら、経過観察を行い、異常の有無を判断していくことが重要視されている。

認知症の方で自立の方ですと自分で歩かれますよね。筋力が落ちてきて疲れてつまずいたりされるんですよ。その時は起き上がって、ずーっと歩いてしゃんとしていた。転倒しましたので医師に報告してみてもらった時も動いているから大丈夫かなと思って様子観察していたら、2時間ぐらいするとへたっているんですよ。骨折しているんです。だからその時だけを見ていたらダメで、何もないと思って普通に動いても2時間後にはへたっていて、骨折しているんですよ。認知症の人は要注意ですね。認知の方は、苦しいとか、痛いとか訴えられないんですよ。その人と一挙手一側じゃないですけど、こっちが常に見ていないと表情、目つき、しゃべり方、ご飯の食べ方、歩き方、日頃の人との接し方、見ていないと違いが判らない。常に見ていないと。その違いの中から異常を発見するので、病院とは大きく違いますよね。(看護師 No.16)

この看護師の語りは、高齢者が疼痛を感知できない高齢期特有の機能低下が発端となり、骨折の発見が少し遅れた一連の事象に関するものである。彼女が語ったような臨床状況では、高齢者が転倒した後に歩く姿を観ると、当然、「骨折の可能性はない」と、経験の浅い看護師は判断する。だが、高齢者は一般的に機能低下に陥ることから痛覚反応が鈍くなり、外傷や疼痛などを負っても高齢者自身が感知できないことが多い。下平（2012）は、認知症高齢者は自分の身体・精神の苦痛や不快な状態を的確に表現することが難しくなる状況にあることを指摘し、看護師の観察力にかかっていると述べてい

る。

対象者の発達課題や年齢期が異なることで、同じような臨床場面に直面しても、内実や意味が異なる可能性があるため、高齢者を対象とした一連の臨床状況では、成人患者を対象とした看護実践と異なる観点や判断を用いることが必要となる。

また以上の語りに示されていることのうち、気を付けなければならないことは、医療従事者も誤認する可能性がある点である。それゆえ、上記の看護師のように、高齢者に携わる看護師は、一時的かつ単発的な事象だけで判断するのではなく、継続的な経過観察を施していくことを経験的に理解しているのである。

(3) 他専門職との連携を密に構築し、多角的にみる

また、長期的な経過を観察していくことの他に、他の専門職と連携しながら、変調を多角的に見ていくことの重要性も認識されていた。

この施設は、看護部のところだけで限局するのは非常に難しいです。介護と看護とリンクさせながら共同ですね、共に協力し合って動いて行かないと利用者の生活を守り抜くと言ったところは不可能です。管理栄養士とも連携しながら、リハビリ課とも連携しながら、それからもっといっぱい他職種と連携をいかにとっていくかが重要。(看護師 No.7)

この看護師が語るように多くの看護師たちは、他の専門職と連携しながら日々の経過観察を行い、また多角的総合的に変調を理解しようと試みていた。平成 30 年に新設された「口腔衛生管理加算」「排泄支援加算」など、加算可能なケアにおいては、他職種で協同して支援計画を作成することが必要である。そのため、老健施設では、他職種で協同連携に基づきケアを行うというだけでなく、共に意見交換なども積極的に行うことが必要である。

(4) 高齢者の訴えを受け止めつつ、それを判断のすべてにしない

上記の事例で継続的な判断や、他専門職との連携を通じた多角的な判断が必要な背景のひとつには、高齢者が必ずしも適切に看護師に自身の異変や症状を訴えられないという現実がある。

利用者さんの訴えをちゃんと聴いてあげる。認知があっても「しんどい」という訴えはそのままにしない。認知があるからという事だけで片付けない。どこがしんどいか聞いてみたり、そこで血圧を測ったり、いろんなところから測れるものは測っていく。(看護師 No.1)

認知症ケアの論文において「傾聴」は、高齢者個々の尊厳を守ったり、その人らしさをありのままに受け入れるという倫理性からも重視されている(cf. 長田 2013)。だが、高齢者の訴えを重視することは、医療的ケアの観点からみても重要である。しかしここで困難な点は、高齢者の訴えをそのまま受け取ることに問題があることである。

訴えがその疾患に合わせた訴えではない。例えば、普通、心筋梗塞の場合、胸痛を訴えたりするんですけど、お年寄りの場合、胸痛を訴えない時がある。背部痛があったりとか、お腹が痛いといわれる時があったり、疾患に合わせた症状を訴えてくれないことが大きい。腹が痛いと言われれば、おなかをまず診てしまいますよね。最近多いのでは胸が痛いといって吐いた症例が何例かあっておかしいなと思って、既往歴を調べるとそうすると胃潰瘍の既往があったり、逆流性食道炎の既往があったり、あっこっちだなという感じがあるので、既往歴も、90 歳、100 歳になると覚えていない。ましてや自分がどの様な病気をしたか、まして手術した場合だと覚えていらっしゃるけど調べてみると、単純にちょっと胃潰瘍をして1か月ばかり通院したとか、歳をとって通院したという事を覚えていない。独居とか、高齢者世帯も場合、家族自身も知らない人が多い。聞いても既往歴の中に上がっていない時がある。そういった場合既往歴を探すと困難になるので、一概に胸が痛い、腰が痛い信じられない。他の病気も探さないといけない。これが大変だと思います。(看護師 No.11)

この看護師の語りは、高齢者の症状の訴えにおいては、①痛みを感じる部位が誤認されていたり、疾患とずれていることが多々あること、それゆえ②高齢者の訴えに即して判断をすると、リスクを見逃したり誤った診断をしてしまう危険があることを示している。そのため、訴えだけに頼らず、病院への受診歴や既往歴を調べる必要があることを述べている。ただし、長い人生の歴史を刻み、認知機能も関連する高齢者は、病院への受診を明確に記憶していないこともあるうえ、多くの疾病を患うことから、カルテや診断録には全ての疾患の受診歴が記載されていなく、それを特定すること自体が困難であるとも同時に指摘されている。実際に筆者が観察した事例でも、脳梗塞の既往歴がある高齢者が 38 度の熱発を繰り返し、胃痛を訴えることから、病院へ受診してみると、肺の疾患を患っていたということもあった。そのため、適切な判断をしていくためには、次に述べるような様々な可能性を視野に入れて想像力を働かせる必要がある。

(5)様々な可能性を視野に入れて想像力を発揮する

病院では、病気と確定された患者が入院する。しかし、老健施設では、病状が安定期にある高齢者が入所された中で、身体的な変調に陥る。そのうえ、老健施設では医師が常駐していないことも多いことから、看護師が高齢者の疾病に対して一時的に判断し、

対処することもある（福田，2010）。そのため、老健施設の看護師は、高齢者の身体的な変調や疾病に対し、どのような疾病に罹患したか、あるいは、疾病に罹患した誘因は何か、判断するために、想像力を発揮していると語る。

とりあえずバイタルサインのチェックを行う。何を想像するかですよね。その人の状態を診て、どういう病気を想像して対応するかで違ってくる。その人の状態をみて。どういう病気を想定するかで対応するか多少違ってくる。とりあえずまずは既往歴を見ながら心筋梗塞を疑うか、とりあえず痰とか呼吸器系で窒息を起こさないとかしっかり痰がからむようならをしかり吸引して、対応できるような準備をしておくとか。脱水が疑うようであれば点滴をすとか先生に一言、言って看護師の判断でさしてもらったりする。熱が出た人には基本的にはクーリングです。冷やしてダメなら内服を考えると対応している。（看護師 No.8）

この語りにあるように、看護師たちは、既往歴や疾病歴などを手がかりにしながら、様々な可能性を想像し、いつでも対応できるように準備をしたり、「冷やしてダメなら内服を考える」といった試行錯誤を凝らしている。しかし、第2章でも述べたように、老健施設では医療機械が十分に常備されておらず、また複数の疾病をもつ高齢者は、上述したような細やかな観察にもとづいて看護師が想像力を働かせていても、時として思いもよらない場面で急変する事態にも陥る。面接した看護師たちは、想像力の重要性を指摘するとともに、想像力を働かせることの難しさ、その結果である辛い経験についても語った。

イレウス状態で嘔吐される方は何人かいらっしゃる。それはそれでちょっと盲点だったなというところはあったんです。排便はみとめているのに嘔吐はないのに、お腹を痛がる。便が出てないのかおかしいなと思っていた。どうにもならない。便が詰まっているのかな、と思って、もう一回下剤をほどこしてみようかなと対応して便が出たのに症状が改善しない。お手上げ状態になって、救急車で病院へいきましたところ、小腸の腸閉塞起こしていたみたいで。一足遅れたらどうなっていたかなという状況がある。全く判断が、想像がつかなかった。イレウスにもつながらなかった。（看護師 No.8）

やっぱり一番ショックだったのが腹部大動脈瘤のある方で、90歳代ぐらいの方で、上から直径4センチぐらいのある結構大きい大動脈瘤だった。いつ破裂してもおかしくない状況でもあった。認知のある方で、本人さんそういった苦痛を全く訴えない方で、徐々に高齢でもあったので食事量も落ちてきていた。ADL状況も低下してき

てたんですが。7時過ぎに介護さんがオムツ交換をしたときには、いつもと全く変わりなかった。私が20時位に巡回というか薬を配りながら回るんですけど、その時に行ったら心肺停止状態だった。急な変化でした。老健で一番印象に残っていることです。一瞬頭が真っ白になりました。(中略) 結局、医療処置をしたんですけど結局は蘇生できなかった。その時一番頭に浮かんできたのが、訴訟ですよ、「それまでになんて分からなかったのか」と家族さんに言われたらどうしようかなと思った。幸い、家族さんが19時前までおられたので、その辺あとで家族さんに分かってもらえた。急変で一番大きかった。もう少し早く気づけなかったというか。本当に短時間だった。19時すぎから20時すぎ、その前にもうちょっと徐々に低下していた方なので、変化に気付かなかったのか。(看護師 No.15)

これらの看護師の語りは、想像力を働かせながら様々な処置や試行錯誤をしていますが、急変を見極められず、心に傷を負った経験があることを示している。序章でも述べた通り、看護師の約8割は急変に直面しているとされていることから、高齢者を対象とした臨床現場において看護師が常に念頭に置かなければならないことには、高齢者の死の臨床場面は避けることができない現実であり、珍しい事象ではない点が挙げられよう。実際、老健施設の多くの看護師は、高齢者の死の場面など最悪の事態に遭遇することは身近な事象であるということを認識し、日々の看護活動に携わっていた。

老健施設で高齢者の疾病に関連する看護活動においては、高齢者の変調や状態が悪化した際にだいたいの誘因を看護師が判断することも多い。そのうえ、老健施設では、高齢者の些細な変調は、医師が介入する必要性のないことだとみなされ、看護師の判断で簡単な処置を施すこともある。以下の看護師も述べるように、本格的な治療を提供する現場ではないことから、看護師は、簡単な医療処置しか施せない。それゆえ急変や疾病が悪化した場合は、病院へ搬送することが急務となるが、その判断が非常に難しいのである。上述した様に、高齢者を対象とした臨床状況では、急性期に該当する臨床期、つまり急激に状態が悪化する状況において成人患者を対象とした場合と比較し悪化していく速度が速く、時にはどのような対処や処置をほどこしても改善が見込めない事態に陥ることもある。老健施設に勤務する看護師は、自らの力量の限界や自責の念を実感する事態に遭遇している。しかしそうした経験こそが、看護師が急変を察知し、判断の難しい場面を切り抜けていく際の先例となり、新たな想像力の源泉になっていくのも事実である。

介護の現場では、体温計と聴診器と心電図があつて数が限られている。経験を積む。看護師の判断。これはおかしい、これは異常だ、判断においてこれならこういうルート(対応)で、確保がいいかな。朝までここにしようか。それとも今すぐ救急車を呼

ぼうか？夜は看護師が一人しかいない。夜は電話をかけるまでの判断。これならこういうルート確保でいいかな。看護師1人の判断。人生もそうじゃない。前と一緒に。あの時と。こうしたな。変だけどなんやろ。自分一人では困りますよね。昼だったらドクターに相談できるけど、夜は自分だけの判断。(看護師 No.11)

この看護師は、高度な医療器具が常備されておらず、限られた医療器具を用いて異変に対する判断をしなくてはならないこと、とりわけ医師が不在の夜間に生じた異変に関していかに判断を下すかが難しいことを指摘している。だが彼女は同時に「人生もそうじゃない。前と一緒に。あの時、こうしたな」といった以前に経験した類似の事態とその時のうまくいったりいかなかったりした対応を想起して、難しい判断の場면을切り抜けていることも示唆している。異変を察知し急変に対応する看護師の実践能力は、上述した「辛い経験」を含めた【想像力の連鎖】、すなわち【過去の経験で得た知識の連鎖】によって生み出されているのだと考えられる。

4. 疾病に直接関係しない事柄・関係性を含めた総合的な判断

以上の1. 2. 3を通じて、看護師たちが日々老健施設の高齢者の日常的な観察や分析に基づき、個人差の大きい高齢者の習慣化されたパターンを把握し、高齢期特有の身体機能の衰えといった平常時の変化を見分け、それらの知識をもとに異変を察知し、予防や適切な医療ケア、急変時の難しい対応へとつなげていく一連の過程を検討してきた。ただし、こうした予防やケア、判断には、疾病に直接関係のない出来事や関係性も大きく介在する。最後に看護師たちが、日々の出来事や関係性をいかに看護の実践能力を構成する知識の一つに変えているのかを考察する。

(1) 日常的な出来事・人間関係から疾病を察知する

平常な状態と異なる事象には、疾病に関連する症状や徴候、身体部分や身体状態に関連する異変だけでなく、不可解な言動や行動、様子や姿なども含まれる。疾病と関連性がなくても、高齢者のいつもと異なる生活状況やその人の内面的なものをそれ以外の知識と考えあわせることで、結果的に疾病や急変の発見や予防につながることもある。

<出来事1>

高齢者同士がトラブルや喧嘩が絶えない出来事が続いていたが、以前と比べ、一人の高齢者が怒り易くなったということが看護師たちの間で話題になっていた。そのトラブルが絶えない一人の高齢者の血圧値が徐々に高くなっているということも看護師により発見されたことから、「病院へ受診した方がいいのでは」という医師の判断に従って、病院を受診した結果、内臓系の疾病を罹患し入院したということがあった。

この事例は筆者が直接的に観察したことであり、喧嘩やトラブルが原因で血圧が高くなったのか、あるいは内臓系の疾病を発症した結果、体調が優れずに苛立ちから、喧嘩が絶えなくなってしまったのかといった原因と結果の因果は定かではない。それでも看護師たちは、高齢者同士の日々の喧嘩やトラブルといった異変から、疾病を疑い、医師につなげることで事なきを得たのである。こうした観察は、第3章では、本人の性格や人格、内面といった特性を踏まえて高齢者を一人の人間として理解する看護のあり方の一環として説明したが、それは医療的な判断にも作用するのでもある。

(2) 高齢者と高齢者の家族との関係を踏まえてゴールを決める

第3章で詳述したように、高齢者の入所背景は多様であり、必ずしも入所を望まずに老健施設で過ごしている高齢者も数多くいる。また、高齢者と家族との関係性も様々であり、どのような介護を望むかは、家族の受け入れ体制や理解度、意向とそれを明確ではないにしろ理解している高齢者自身の意志によっても異なる。

ある看護師は、こうしたことを踏まえて「ゴールはどこにあるのかを決めることが大事だ」（看護師 No.14）と主張した。ここでのゴールには在宅復帰を目指す機能訓練をどの程度行うべきかといった判断に家族や本人の意志を反映させるという意味であろうが、それはより些細な医療的な判断にもかかわる。

独居の状態とか親戚がいらっしゃらないとか家族間の背景や環境なども、家に帰るには受け皿は整っているか、在宅改修とか、あと昔どんなことをしていたか（看護師 No.7）

家族もみたいだろうけど、自分たちも高齢だからとか、もうおばあちゃんが何か月こっちに来ている間に、孫たちの部屋になって住む部屋がなくなったとか、いま食べているドロドロしたご飯を恐くてよう食べさせにくいとか、いろんなことがあって点滴まですることがないのだけとか言う理由で入所される。（看護師 No.9）

本人さんとの関係も大事ですが家族様との連携もすごく大事ですね。看護者側や介護者側がお家にどういう風にアプローチしていくのか、その辺の橋渡しをするのも看護師の仕事かと思います。（看護師 No.5）

些細なことではあるが、点滴を希望するかどうかは家族の意向であり、それは異変を察知した時にも気にかけるべき事柄になりうる。実際に、高齢者は、疾病に対し完治しない慢性疾病に罹患していることも多いため、いざ疾病を発症し悪化した場合に病院へ

搬送し治療を施すことを希望するか、様子を観るか、家族や本人に意思や希望を事前に聴取することも多々ある。

例えば、上述した心肺停止状態に陥った高齢者の事例で、看護師は、「その時一番頭に浮かんだのが、訴訟ですよ、『それまでになんで分からなかったのか』と家族さんに言われたらどうしようかなと思った。幸い、家族さんが 19 時前までおられたので、その辺あとで家族さんに分かってもらえた。」と発言していたが、この看護師が結果として「わかってもらえた」のは、家族が来院されており、日常的に家族の意向を踏まえながら看護をしていたからであった。老健施設では、日常的に家族と連絡を取ることやより良い関係を築いておくことが重視されているが、そこで得られる家族と高齢者との関係性や家族の意向に関する知識は、急変時に難しい判断を迫られた場合にスムーズに適切な判断が下せるかどうかの実践的な能力に直結しているのである。

本章で述べた老健施設における看護師の疾病に関する看護のあり方とは、以下の看護師が語ることばにまとめられよう。

全体的に看れる知識を持っておかないといけないということが大きな特徴かなというのがある、熱がポンと出た、脈が速くなった、バイタルに異常が出た時にいくつかの原因をぽんぽんと浮かばないとその人にあった対応が浮かばないといけない。(看護師 No.5)

次章では、こうした「全体的に看れる知識」とはなんであったのか、3 章と 4 章の語りの記述と看護のあり方を改めて整理しながら、看護の知識と実践能力について考察する。

第5章 介護老人保健施設における看護の実践能力

第3章と第4章では、生活支援の場としての老健施設での看護のあり方と疾病に関連する看護のあり方について、看護師たちが語った内容をもとに整理した。それは、特定の場面ごとにしかじかの実践をしている、実践を心がけていると彼女たちが語る内容をもとに、看護のあり方において重要だと思われるテーマを設定し、整理したものであった。

序章で述べたように、本研究の目的は、このような個別のテーマにおいて看護師たちが実践していること、実践できてしまっていること、気づけばそうしてしまうこと、心がけていることには特定の知識や技能が介在していると理解し、そこから老健施設における看護の実践能力を析出し、考察することにある。本章ではまず第3章と第4章で述べた内容を改めて振り返りながら、彼女たちの実践がどのような知識や技能に支えられているかを整理する。次に、それを踏まえて看護の実践能力を考察する。

1. 老健施設における看護のテーマと具体的な技能や知識の所在

第3章では、生活の場としての老健施設の看護のあり方には、(1)老健施設特有の時間的・空間的な文脈に即す、(2)専門性の枠を超えた関係構築、(3)看護自身のリフレクションという3つのテーマがあることを示した(表4)。

(1)老健施設特有の時間的・空間的な文脈に即すという課題に求められる知識と技能は、①身体機能が衰えて緩慢な動きになっていく高齢者のペースと老健施設独自の空間設定によって生まれるゆとりによって生み出される【ゆっくりとした時間的な流れに沿う】こと、②高齢者の健康管理や疾病予防を通じて高齢者の体内の変動を最小限にし、彼らの日常的なストレスを軽減するような穏やかな日常性を維持・創出するために、【日常の変化や変動を最小限にする】こと、③高齢者のあいだの差異に配慮して各々の生活リズムを尊重し、【高齢者の生活空間を侵さない、妨げない】ことを実現するものである。

これと深く関係させながら(2)専門性の枠を超えた関係構築という課題を達成するためには、①高齢者との良好な関係を築く機会を設け、彼らが自由に話せる環境を創出するために【高齢者への声かけ、些細な会話を大切にする】、②認知機能や身体機能が衰え、言語的なコミュニケーションが難しい高齢者の訴えや気持ちを汲み取り、彼らの内面性や精神性に働きかけていくために【非言語的な情報からニーズを把握する】、③日常的な生活支援の場面からどのような支援を望むかといった高齢者の「思い」を察知し、看護に反映するという【日常的な身体ケアを通じて個々の思いに寄り添う】、④高齢者が納得しながら自身にケアを委ねてもらうことを看護の中心に据えるという【信頼し合える関係を要とする】実践を支える知識と技能がある。

さらに、これらの実践を通じて看護師たちが自己省察をしながら、老健で働くことの意味を刷新していく**（３）看護師自身のリフレクション**の課題では、①日々の高齢者の悲嘆や寂しさの原因のひとつとなる【望まない入所までの経緯を理解する】こと、②高齢者にとって老健施設が望ましい場所となりうるように【新しい居場所・家族を構築する】、③高齢者が歩んできた人生や知恵、「老い」そのものに思いを馳せながら、個別の【高齢者の人格や尊厳に対する理解を刷新する】ことを実現する看護の知識と技能が必要であった。

これらの生活支援の場面、あるいは老健施設の日常に直結する看護の知識と技能とは、第４章で述べた、疾病に関する看護のあり方を形づくる基層的なものである。第４章では、疾病に関わる看護のあり方には、（１）高齢者の平常時の状態やありようを捉える、（２）高齢者の変化を平常時の変化として観察する、（３）平常時と異なる事態や変調を察知する、（４）疾病に直接的に関係しない事柄、関係性を含めた総合的な判断をする、という４つのテーマがあることを示した。

（１）高齢者の平常時の状態やありようを捉えるという課題には、高齢者の変調を見極める前提としてまず、疾病や障害を併発していても新たなケアを必要としない個々の状態とはないかを判断するために、①歩行や立ち上がり、食べ方といった【日常的な動作や状態の個人性を捉える】こと、②更衣や排泄、食事、睡眠など的高齢者が【基本的欲求を達成した結果を細かく観察する】こと、それらを③高齢者が基本的な欲求をどのようなサイクルで達成しているかといった個々の高齢者の生活リズムとして【習慣化された一連のパターンとして捉える】ことの３つの実践を支える知識と技能が必要であった。

これを踏まえつつ、老年症候群によって日々身体機能が低下したり、脆弱化していくという日常的变化と急変や異変とを見分けるために、**（２）高齢期の変化を平常時の変化として観察する**という課題を遂行していた。これには、①「次第に立ち上がりができなくなってきた」「食事の量が減ってきた」といった【高齢者の身体変化を把握する】こと、②皮膚の状態や、既往歴や現病歴、内服薬の副作用などの焦点化された項目に気を配りながら、【個々の高齢者の主要な疾患と身体の特徴を把握する】こと、③熱中症やインフルエンザといった【季節的な流行に伴う変調とリスクを把握する】ことを達成する知識と技能があった。

このように「病や障害とともにある」老健施設の個々の高齢者の「平常」に関する理解を前提に、**（３）平常時と異なる事態や変調を察知する**という課題では、①明確な症状が出にくく変則的な高齢者の観察において【些細な変化に関する直観や経験を客観的に確認する】こと、②一時点で見ただけでは不明瞭な異常を捉えるために【継続的に捉え、判断していく】こと、③看護師自身が観察していなかったり判断がつかない事柄を捉えるために【他専門職との連携を密に構築し、多角的にみる】こと、④高齢者の訴え

を真摯に受け止めつつ、時として痛みを感じにくかったり痛みを感じる部位を誤認しがちな高齢者に対処するため【高齢者の訴えを受け止めつつ、それを判断のすべてにしない】こと、⑤既往歴や過去の看護経験の類似事例などを参照しながら、【様々な可能性を視野に入れて想像力を発揮する】ことを実行するための知識と技能が必要であった。

（４）疾病に直接関係しない事柄・関係性を含めた総合的な判断の課題では、①ケンカやトラブルといった【日常の出来事や人間関係から変調を察知する】こと、②それでも急変に直面することも想定し、難しい判断を迫られた場合に備えて【高齢者と家族の意向・関係を踏まえてゴールを決める】ことを遂行する知識と技能が必要であった。

それでは、これらの様々な知識と技能を駆使した老健施設特有の看護実践能力とはどのように整理できるだろうか。

2. 老健施設における看護の実践能力

以上のテーマと実践、それを支える技能と知識に関して看護師たちが強調して語った点に注目して検討し直すと、老健施設における看護の実践能力には、1)《細かな部分を捉える実践能力》、2)《継続的・多角的に捉える実践能力》、3)《関係性を築き、生かす実践能力》、4)《深く捉え、内省する実践能力》の4つが存在し、これらをまとめると、第4章の最後に挙げた看護師の語りに端的に示されているように、老健施設の看護に最も重要な事柄は、5)《総合的に捉える実践能力》であると考えられる。そこで以下では、これらの能力が上述したテーマの中にどのように埋め込まれているのかを検討する。

（１）細かな部分を捉える実践能力

生活支援や環境づくりから疾病に関わる看護のあり方まで、基礎となる能力のひとつは、細かな部分を捉える実践能力である。第3章で述べた生活の場としての老健施設の看護のあり方では、「高齢者個々のペースに合わせたり」「高齢者が感じる日常的なストレスを感得したり」「個々の生活リズムの違いを尊重したり」「ちょっとしたことでも声かけをしたり」「表情や顔色、声のトーンを看取り、高齢者の心に働きかけたり」といった様々な場面で細かな部分を捉えることが強調されていた。第4章で述べた疾病に関する看護のあり方でも、「個人差がある日常的な動作や身体的な特徴を捉えたり」「便の性状を細かくチェックしたり」「些細な変調を察知したり」といった多様な場面でいかに細かな部分を捉えるかが重要であることが指摘されていた。

こうした細かな部分を捉える実践能力が必要とされる場面や状況に注目すると、①老健施設が変化の少ない、ゆえに細やかな変化に注意が向けられる環境であること、②慢性疾患や機能障害を併発する高齢期には明確な症状や兆候が出現しにくく、一定の疾病過程をたどりにくいこと、③認知機能や身体機能の低下により、高齢者は疼痛や苦痛を

感知しにくく、適切に訴えかけることが困難であること、④予防や健康管理に重点を置いていること、⑤レントゲンや CT などの医療器具が不足しているなどに深く関係していると思われる。

患者の細かな変化や異変、思いを捉える能力は、序章で取り上げたベナーが提唱する、臨床看護実践に内在する知識のうち直観的認識能力、すなわち「鑑識眼」に相当する洗練された能力である (Benner, 2005)。また、ベナーは臨床看護実践に内在する知識に「予測・予期」を挙げているが、この能力は医療器具などによる科学的方法で要因を特定できない老健施設においても、救急看護とは別の意味合いで重要な知識となっており、それに基づいた実践能力はむしろ老健施設の看護の基本を構成しているといえる。

(2) 継続的・多角的に捉える実践能力

また、老健施設の看護のあり方には、「継続的・多角的に捉える実践能力」も必要とされていた。第3章で述べた事柄のうち、これに特に深く関わる点は、例えば、望まない入所をした高齢者のモチベーションを徐々に高めていくといった内容である。この能力は第4章で述べた内容に数多く関係していた。例えば、平常時の状態や変化と異変や急変を見分ける際に、「生活リズムとも呼びうる習慣化された一連のパターンを把握したり」、老年症候群を罹患し「徐々に身体機能が衰えていく過程を観察したり」、異変を察知した際に「継続的に捉えて判断していく」場面などに、継続的に捉える能力は立ち現れている。また、直観や経験をバイタル測定などを用いて「客観的に確かめたり」、「他の専門職の意見を聞いたり」「日常的な出来事や関係性と疾病を関連づけたり」「高齢者・家族の意向や高齢者と家族の関係性を判断に組み入れたり」といった場面には、多角的に捉える能力が発現している。

このような異なる場面・事象に関する気づきや知識を継続的・多角的に捉えていく能力もまた、①生活から医療まで老健施設が多機能性を備え、包括的支援が求められていることや、②複数の病や障害を併発している高齢期看護を展開すること、③他の専門職との連携や高齢者の家族との連携が求められる、中間施設であることなどの老健施設の特色に深く関係していると考えられる。

(3) 関係性を築き、生かす実践能力

「関係性を築き、生かす実践能力」は、生活の場としての老健施設の看護のあり方においては中心的な事柄であった。第3章で述べた、「高齢者のペースにあわせる」「穏やかな日常性を維持・創出する」「高齢者の生活リズムを尊重する」といった事柄は、より良い関係を築いていく基本的な知識・姿勢であり、「ちょっとしたことでも声をかけ、会話を大切にする」「遠慮をさせないように心掛け、ニーズを引き出す」「高齢者の心を開く」「個々の思いに寄り添う」「納得のいく看護を高齢者の納得に求める」「高齢者の

入所経緯や家族との関係性を理解する」「新しい居場所や家族となる」「高齢者の人格や尊厳に対する理解を刷新する」といったすべての事項は、関係性を築き、それを活かしていく実践能力の発現に他ならない。だが、そうした関係性を築き、生かす能力は、第4章で述べた疾病に関する看護の基本でもある。細かな観察が可能なのは、高齢者と良好な関係を築いているからである。また、疾病に関わる看護には、「他専門職との連携が求められ」、様々な可能性を入れて想像力を発揮しながら試行錯誤をしても判断が難しい場面を切り抜ける際には、「家族との関係性」が一つの判断材料となったり、それでも望まない結果になった際の理解を得られるかどうかは日々の家族との関係づくりに大きく左右される。

（４）深く捉え、内省する実践能力

深く捉え、内省する実践能力も、生活の場としての老健施設の看護のあり方と、疾病に関する看護のあり方の両方において不可欠なものであった。第3章で述べたように、看護師たちは、円滑なコミュニケーションが困難な高齢者、あるいは遠慮をしがちな高齢者が「何を望んでいるのか」「なぜそのような行為をとるのか」を本人の性格や人格的な特徴、それまで生きてきた人生と重ね合わせながら掘り下げて理解しようと試みていた。その結果、「レベルが低い」という当初のイメージから「力のいる」場所という理解に刷新し、効率性や能動性を求められる看護経験から「性格がきつかったかもしれない」「優しくなかったかもしれない」「その場限りの笑顔を取り繕っても、別の場面できつい顔を覗かせていたら、高齢者は良く見ている」と高齢者に対する自身の接し方を内省したり、「先生だった人もここに来たら高齢者として扱われるのは本人にとって望ましいことではない」「人格を大切にしたい」といった個々の高齢者の理解や尊厳に対する理解を日々更新していた。看護師のなかには、ソファにぼんやり腰かける高齢者の姿から、「いまここ」の姿以上の慈しみや尊厳を感じ取ることができるような者まで存在した。

また、第4章で述べた疾病に関わる判断においても「高齢者が何を望んでいるか」「家族は何を望んでいるか」といった点を深く捉えることは重視されており、思いもよらない急変に直面して対処が遅れたといった辛い経験を通じて内省し、「あの時はこうだった」といった経験的な知識に変え、日々の看護実践を支える知識や技能へとつなげていた。

（５）総合的に捉える実践能力

以上の実践能力が様々な領域を横断していることに目を向けると、老健施設における看護の実践能力とは、生活支援から急変時の判断まで多岐にわたる一連の看護実践を包括的・総合的に捉えることにあるといえよう。

このような包括的・総合的に捉える看護の実践能力は、序章で引用したベナー（2005）が提唱する「ドレイファスモデル」における達人看護師の能力に近いものである。ベナーはこの能力を、状況全体に対して深い理解に基づいて行動し、1つ1つの状況を直観的に把握し、正確な問題領域に的を絞る技能だと指摘している。中堅看護師は、専門的な現場における状況を局面の視点ではなく全体として捉える「状況把握能力」をもち、大局観を得ている。達人看護師は、大局観を保持しかつ臨床現場で直面する複雑な状況においても、常に「何ができるか」という視点をもつ。

老健施設に勤務する看護師は、個々の高齢者が罹患する疾病や障害についての知識や技能、老年看護に求められる倫理といった先行研究が個別に議論してきた知識や技能を、それぞれの場面や事象を組み合わせる直感的に把握し、的を絞り、個別の局面を越えて継続的・多角的にみる視点をもち、どのような場面でも常に何ができるかを深く考えながら、複雑な状況に対処している。そうした総合的に捉える看護実践の連続から、老健施設における、「地味」で「毎日同じことをする」看護が実現していると考えられる。

表4 老健施設における看護の実践能力の一例

看護実践のテーマ(生活)	具体的な技能・知識の所在	総合的に捉える実践能力(例)			
		細かな部分を捉える実践能力	継続的・多角的に捉える実践能力	関係性を築き、生かす実践能力	深く捉え、内省する実践能力
老健施設特有の時間的・空間的文脈に即す	ゆつくりとした時間的な流れに沿う	例) 高齢者個々のペースに合わせる		例) おだやかな環境をつくる	例) それまでの看護のペースを内省する
	日常変化・変動を最小限にする	例) 日常的なストレスを察知する	例) 高齢者の身体変化を最小限に留めるように心がける	例) ストレスを感じさせない関係性を築く	
	高齢者の生活空間を侵さない、妨げない	例) 個々の高齢者の思いを察知する	例) 生活リズムの違いを捉える	例) 生活習慣を尊重する	
専門性の枠を超えた関係を構築する	高齢者への声かけ、些細な会話を大切にすること	例) ちょっとしたことで声かけをする		例) 冗談を言いながら良好な関係をつくる	
	非言語的な情報からニーズを把握する	例) 些細な表情の変化や声のトーンを捉える	例) ニーズを継続的に引き出していく	例) 言いたいことを言ってもらえる関係をつくる	例) 遠慮をさせないようにする
	日常的な身体ケアを通じて個々の思いに寄り添う	例) 嚥下障害のある人の望む食べ方を察知する	例) 日々のケアを通じてコミュニケーションを図る	例) 自由に発言できる関係を築く	例) みんなと一緒にいることが好きな人にはジュース一本でもフロアに移送する
	信頼し合える関係を要とする			例) 納得し、信頼してもらえる看護をめざす	
看護師自身のリフレクション	望まない入所までの経緯を理解する	例) 細かな入所経緯を理解する	例)モチベーションを継続的に高めていく		高齢者の寂しさややる気を掘り下げて理解する
	新しい居場所・家族を構築する		例) 接していない場面でも不満げな顔をしない	例) 家族のように居心地の良い場所にする	例) 仕事として笑顔をつくるのではなく大切な人であると思うようにする
	高齢者の人格や尊厳に対する理解を刷新する	例) 個々人の人格的な違いに思いを馳せる	例) 個人の経歴や人生に思いを馳せる	例) 何かを学ぼうとする姿勢をもつ	例) たとえ何もできなくても、その存在を通じて私に教えてくれる人として接する

看護実践のテーマ(疾病)	具体的な技能・知識の所在	総合的に捉える実践能力(例)			
		細かな部分を捉える実践能力	継続的・多角的に捉える実践能力	関係性を築き、生かす実践能力	深く捉え、内省する実践能力
高齢者の平常時の状態やありようを捉える	日常的な動作や状態の個性を捉える	例)歩行の仕方の個性を捉える			
	基本的な欲求を遂行した結果を細かく観察する	例)便の性状を細かくチェックする			
	習慣化された一連のパターンを捉える	例)のどが渇くタイミングを把握する	例)長い時間をかけて飲みかたを理解する		
高齢者の変化を平常時の変化として観察する	高齢期の身体変化を把握する	例)立ち上がれなくなっていく過程を把握する	例)食べられる量の変化を長期的に観察する		
	主要な疾患と身体の特徴を把握する	例)皮膚の状態を細かく確認する	例)疾病の進行を理解する		
	季節的な変動とリスクを把握する	例)認知症患者による感染拡大を防ぐために座る位置を変える	例)季節変化を踏まえて変動を判断する		
平常時と異なる事態や変動を察知する	些細な変化に関する直観や経験を客観的に確認する	例)挨拶の仕方がおかしい、体が熱いと感じたらバイタルを測る			
	継続的に捉え、判断していく		例)転倒した高齢者の経過を継続的に観察する		
	他専門職との連携を密に構築し、多角的にみる			例)管理栄養士やリハビリ課と連携する	
	高齢者の訴えを受け止めつつ、それを判断のすべりにしない	例)認知症患者のしんどいという訴えを無視しない	例)既往歴を調べる		例)高齢者の訴えを鵜呑みにしない
	様々な可能性を視野に入れ想像力を発揮する				例)つらい経験を前例にする
疾病に直接的に関係しない事柄・関係性を含めた総合的な判断を行う	日常的な出来事・人間関係から変動を察知する	例)ケンカやトラブルから疾病の可能性を察知する		例)日々の人間関係から異変を察知する	
	高齢者と高齢者の家族との関係を踏まえてゴールを決める			例)家族の意向を判断の材料にする	

終章

1. 総括

本論文の目的は、老健施設の看護の実践能力を明らかにすることにあった。具体的には、1) 看護師たちによるそれぞれの生活支援や医療ケア等の場面に関する語りを記述し、そこから具体的な看護の課題を遂行するために看護師たちが当たり前のよう実践したり、意識や注意を振り向けたり、心がけている点を明らかにし、2) こうした実際に「実践してしまっている」内容に特定の知識や技能が介在していると捉え、3) そこから老健施設の看護の実践能力のカテゴリーを導き出すことを目指した。

序章では、まず、国内における老健施設の看護実践や看護の知識に関する先行研究を整理し、多岐にわたる研究があるものの、従来研究では、高齢者が罹患する個別の身体症状や疾病とそれに関わるケアが症状別・症例別に研究されていること、倫理的な内容と具体的な疾病に関する看護実践の研究が別個に研究されていることを指摘した。これに対して、実際の老健施設で看護師たちは包括的なケアが求められており、生活支援から疾病に関わる看護までを互いに連関・調整させながら、看護のあり方を形づくっていることから、老健施設に特有の、あるいは必要な看護のあり方やそれに関わる「知識」を明らかにするためには、施設特有の文脈に立脚した研究が必要とされることを述べた。そのうえで、上述した本研究における看護の実践能力に対する考え方の参照点となる、ウィーデンバックの議論とベナーの議論を紹介し、本研究の視座を述べた。

第1章では、老健施設の看護師たちの語りを分析する前提として説明しておく必要がある、1) 高齢者の疾病に関する一般的な特徴・統計的な概要、2) 老健施設の組織的な運営趣旨・入所者の特徴・他施設との違いについて述べた。まず、高齢者の身体面に関する特徴を6つに整理した後、老年症候群や廃用性症候群、フレイルという看護師が理解しておくべき事柄に関する定義・位置づけを述べ、高齢者を対象とした看護や医療では、身体機能や障害に陥ることを予防していく観点が重視されることを示した。次に高齢者医療や看護の現状と要請されている内容について整理し、①治療より予防、高い生活の質を実現する包括的なケアが重視されることや、②前述した高齢者特有の症状に関する理解が必要となること、③専門性の垣根を越えた連携が求められていること、④既存の看護診断の枠組みや指標を活用しにくい老健施設では、個別の状況的判断が必要であることを述べた。最後に、老健の制度設計や統計的な入所者の特徴、医療器具や設備などから病院および他の高齢者福祉施設と老健施設との違いについて整理した。

第2章では、老健施設をめぐる制度的な変遷を「連携体制・中核拠点」「在宅復帰・機能訓練」「医療看護に関する提供体制」「ケア内容」の4項目に分けて検討した。老健施設の役割や機能、今後の位置づけは、これらの制度的な変遷と密接に関わっている。

ここでは、1) 老健施設は、地域包括的ケアシステムの構築の推進が目指される中で、高齢者医療の中核的拠点として機能することが期待されており、病院と家庭、医療と福祉の中間施設として、多職種との連携や、家族や地域社会との連携の強化が一層求められていること、2) 在宅復帰を目指させる具体的な制度が整うなかで、老健施設が細分化され、在宅復帰支援に関わる具体的な指標が定められていったが、それには多くの課題が潜在していることや、機能訓練をめぐる制度的な変遷に伴い、老健施設の看護師が積極的に機能訓練に携わり高齢者の身体機能を捉えることが求められつつあること、3) 「特定疾病療養費」「ターミナル加算」「認知症ケア加算」などの策定・見直しにより、受け入れる高齢者の幅やサービス内容がより焦点化しつつあること、4) 生活支援やケアに関わる制度的変遷から、「排せつ」「経口維持」など従来は当たり前に行われてきたケアが、より良い支援とは何か、どのような手段や方法が適切かといった観点から評価の対象となりつつあることを述べた。

第3章からは、複数の老健施設で実施した看護師に対する面接内容によって得られた語りから、老健施設における看護のあり方を具体的に明らかにしていった。

第3章では、生活支援の場としての老健施設の看護のあり方に光をあてた。まず1日の看護業務の流れや介護老人施設のシフト体制について述べた後、『老健施設特有の時間的・空間的文脈に即す』（ゆっくりとした時間的な流れに沿う、日常の変化・変動を最小限にする、高齢者の生活空間を侵さない・妨げない）『専門性の枠を超えた関係を構築する』（高齢者への声がけ、些細な会話を大切にする、非言語的な情報からニーズを把握する、日常的な身体ケアを通じて個々の思いに寄り添う、信頼し合う関係を要とする）『老健施設で働くことを通じた看護師自身のリフレクション』（望まない入所や入所までの経緯を理解する、居場所・新しい家族を構築する、高齢者の人格や尊厳に対する理解を刷新する）という4つのテーマに関して、看護師たちが日々どのような点に注意を振り向け、考え、実践しているのかを詳述した。

第4章では、老健施設における疾病に関する看護のあり方に光をあてた。老健施設の疾病に関わる看護は、第3章で論じた生活支援や関係性のあり方のうえに、『高齢者の平常時の状態やありようを捉える』（日常的な動作や状態の個人性を捉える、基本的な欲求を遂行した結果を細かく観察する、習慣化された一連のパターンとして捉える）こと、および『高齢期の変化を平常時の変化として観察する』（高齢期の身体変化を把握する、主要な疾患と身体の特徴を把握する、季節的な変調とリスクと把握する）を基盤として成立している。このような形で個別の高齢者の平常を理解することではじめて、個々の高齢者の異変や疾病を判断することが可能となるからである。それを踏まえて『平常時と異なる事態や変調を捉える』（些細な変化に関する直観や経験を随時確認する、継続的に捉えて判断していく、高齢者の訴えを受け止めつつ、それを判断のすべにしない、様々な可能性を視野に入れて想像力を発揮する）に関わる看護の内実を説明

した。最後に『疾病に直接関係しない事柄・関係性を含めた総合的な判断』（日常的な出来事・人間関係から疾病を察知する、高齢者と高齢者の家族との関係を踏まえてゴールを決める）ことの重要性を示した。

第5章では、第3章と第4章で述べた内容を改めて振り返りながら、看護師たちの実践がどのような知識や技能に支えられているかを整理し、それらが老健施設における看護の実践能力をどのように構成しているのかを考察した。そこから、老健施設における看護の実践能力には、1)《細かな部分を捉える実践能力》、2)《継続的・多角的に捉える実践能力》、3)《関係性を築き、生かす実践能力》、4)《深く捉え、内省する実践能力》の4つが存在し、これらをまとめる5)《総合的に捉える実践能力》があることを論じた。

2. 老健施設の看護実践を理解するために必要な考え方

次に本研究の問題意識に立ち返り、老健施設の看護のあり方をめぐる既存の視座の問題点を指摘し、それに代わる理解を提案したい。

本論文で取り上げた看護師も開示していたように、同施設で働いた経験のない看護師、あるいは病棟勤務の後に同施設に来た看護師のなかには、病院等の専門的な医療施設と比較して老健施設の看護は「レベルが低い」「地味である」「単調である」というイメージを抱いている者が少なからず存在する。それは、老健施設の看護の実践内容に着目すると、それらの実践に必要な知識や技能が、高度な医療器具を扱ったり、刻々と変化する事態に迅速に対処したり、複雑な業務を効率よくさばいていくようなものではないという点からもたらされている。これは、老健施設での看護実践に関する従来研究が個別のケアや疾病に関する看護師の知識不足や救命医療や認知症といった専門的知識の獲得の必要性を指摘する際の見かたにも共通している。

たしかに看護師が述べるように、「排せつケア」や「口腔ケア」「バイタル測定」といった生活支援と密接に関わる看護それ自体は、看護の基本的な技能や知識でこなせるものである。だが、老健施設の看護の難しさや「やりがい」は、こうした個別の支援や看護に光をあてることでは見えてこないものである。老健施設の看護における力量（力があること）や知識は、それ自体はささやかな知識や技能どうしをいかに繋げて、包括的総合的な判断に結実させていくことにおける難しさや高度さに依拠しているからである。そして、そのような看護に求められる実践能力とは、ベナー（2005）が述べるように「人間を知る」「人間を理解する」という人間性や社会性、倫理や道徳といった看護師個人の人間としての能力に密接に関わっている。

本研究は、老健施設の看護のあり方をめぐる看護師たちの語りを通じて、そのような実践能力の一端を明らかにすることを目指した。それは、今後ますます高齢者医療の中

核的な役割が増していくと想定される老健施設の看護のあり方に対する従来の見かたを転換させることにつながることを期待したためである。

本研究には、老健施設の多様性を踏まえると、面接した施設や看護師の数が限られているという限界もあり、十分に論じられなかった点多々ある。例えば、機能訓練士や介護職との連携のあり方の具体例や、多様な高齢者の症例に関するより詳細な看護の知識が技能、地域や家庭との連携などについて述べることはできなかった。また、本研究が示した内容には他の老人保険施設で求められる看護のあり方や実践能力との共通点も多くあると推測される。しかしながら、老健施設のみで調査をした本研究では、他施設との明瞭な違いと共通性を析出することができなかった。これらの点を今後の課題としながら、老健施設の看護師がどのような考え方や観点に立って看護を実践し、そこにいかなる独自性が見出されるのかについて検討を深めていきたい。

3. 看護のあり方や政策への提言

本研究で明らかになった看護の実践能力は、老健施設の看護師の現場における経験からでしか習得できないものであり、一人ひとりの高齢者や看護師がこれまで築いてきた人生経験や生活背景、人としての性質などが関連していた。この実践能力は、高齢者とともに高齢者に携わってきた老健施設の看護師の具体的な事例を通じた語りや体験などから紡ぎだされたものもある。また、看護学生が教科書や授業などで学んでいく高齢者の様々な側面（身体面や心理面）に関連する特徴に対し、現場において実践能力やアセスメントとして活用できるようになるためには、看護師や高齢者の具体的な事例を通じた生の語りや体験などが、最も効果的な学習内容だと考える。そのため、看護学生が実施する高齢者看護における施設実習では、高齢者と看護学生の一对一の関係を築いていく内容だけでなく、カンファレンス形式のナラティブかつダイナミックな語りの場をもっと積極的に取り入れることが必要だと考える。人生の先輩である高齢者や、その高齢者に携わってきた老健施設の看護師の語りや体験には、高齢者看護の専門性を支える基盤を構築していくための要素が含まれており、人の生死や病気といった人生の岐路といえる出来事に直面する厳しい医療現場において、看護を志していくためのモチベーションを看護学生が育み、維持していける多くの貴重な内容が含まれていると考える。

また、本研究の面接調査には、面接対象者を確保するために、准看護師、正看護師の区別をせずに実施した。調査に伺え前に老健施設の管理者の方から「准看護師でも構わないかい」と問われたこともあり、明確な人数は定かではないが、面接対象者には、准看護師も含まれていた。しかし、筆者は、面接内容に准看と高看の差があったとは言えないと捉えている。

また、本研究で明らかになった看護の実践能力は、高齢者のゆっくりとした時間の流

れに合わせることや、生活空間を侵さないなど、看護師の態勢や心構えといえるものである。この実践能力は、看護師自身の特性や性格とも関連し、老健施設の看護師の面接内容でも聴取されたが、現場での看護が「合う」「合わない」という条件も含まれている。要するに、高齢者に携わることが好きな看護師、ならびに高齢者の動きを待つことができる看護師が、老健施設の看護師として適しており、重要な条件でもある。そのため、准看を廃止するという方向性で進めるのではなく、高齢者に携わることが好きな人、老健施設の看護を志す人など、積極的に活用・発掘し、広い視野をもち現場で育てていくことが必要である。この提言は、老健施設に入所する高齢者の側から考えても必要であり、意味があると考ええる。

謝辞

本研究を行うにあたりご多忙の中、貴重なお時間をお取りし「面接調査をお引き受け下さいました看護師の皆様」に心よりお礼申し上げます。また、研究協力施設の管理者ならびに看護師長の皆様には、研究に対するご配慮頂きましたこと深く感謝申し上げます。

参考文献一覧

- Benner, E. P. (2005) / 井部俊子 監訳 (1992) : ベナー看護論—初心者から達人へ—, 新訳版, 医学書院, 東京.
- Benner, E. P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996) / 早野 Zito 真知子訳 (2013) : ベナー看護実践における専門性 (2015) : 達人へなるための思考と行動, 医学書院, 東京.
- Carpenito, L. J. (2000) / 黒江ゆり子監訳 (2018) : 看護診断ハンドブック, 第9版, 29, 医学書院, 東京.
- 福田 和美 (2010) : 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をその対応, 日本看護医療学会雑誌, 12(2), 44-54.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986) / 朝長正徳・朝長梨枝子訳 (1990) : 老年期—生き生きとしたかわりあい—, みすず書房, 東京.
- Goffman, E. (1961) / 石黒毅訳 (1961) : アサイラム—施設被収容者の日常世界—, 誠信書房, 東京.
- 広井良典 (2009) : コミュニティを問い直す—つながり・都市・日本社会の未来—, ちくま新書, 東京.
- 広井良典 (2000) : ケア学—越境するケアへ—, 医学書院, 東京.
- 細田江美・渡辺みどり・千葉真弓 (2011) : 介護老人保健施設における認知症高齢者のなじみの場づくりのためのケアの構造, 日本看護福祉学会, 4 (1), 53-67.
- 亀井智子・小玉敏江 (2018) : 高齢者看護学, 第3版, 中央法規, 東京.
- 加藤基子・丹治優子・廣田玲子 (2006) : 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, 老年看護学会誌, 10 (2), 92-102.
- 木田元・野家啓一・村田純一・鷺田清一編集 (2014) : (新縮抜) 哲学辞典. Phenomenological, 弘文堂, 東京.
- Kim MS, Kim HJ, Choi JE, et al. (2017) : Nursing home nurses conceptualize how to care for residents with cardiac vulnerability, Nursing Critinecal, 22(6), 329-338.
- King, I. M. (1981) / 杉森みどり訳 (1985) : キング看護理論, 医学書院, 東京.
- 厚生労働省 (2018) : 介護老人保健施設の人数、施設及び設備並びに運営に関する基準, https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82999407&... (2019年10月10日閲覧)
- 厚生労働協会 (2015/2016) : 厚生指針, 国民衛生の動向.
- 正木治恵・真田弘美 (2017) : 老年看護学概論, 「老いを生きる」を支えることとは, 改定第2版, 南江堂, 東京.
- Matteson, M. A., & McConnell, E. S. (1992) / 小野寺杜紀・原礼子訳 (1995) : 看護

- 診断にもとづく老年看護学，老年看護学の基礎，医学書院，東京.
- Montgomery, C.L. (1993) / 神郡博・浜畑章子訳 (1995) : ケアリングの理論と実践—コミュニケーションによる癒し—, 医学書院, 東京.
- 箕浦康子 (1999) フィールドワークの技法と実際—マイクロ・エスノグラフィー入門, ミネルウ” ヲ書房, 2-4, 京都.
- 道場信考著・日野原重明監修 (2013) : 臨床老年医学入門—すべてのヘルスケア・プロフェッショナルのために, 第2版, 医学書院, 東京.
- Nightingale, F. (1968) / 湯楨ます他訳 : (1983) 看護覚え書, 現代社, 東京.
- 日本老年医学会編 (2013) : 老年医学系統講義テキスト, 5 - 6, 西村書店, 新潟.
- 太田喜久子 (2003) : 老年看護方法論の確立をめざして, 7 (2), 老年看護学.
- Palacios-Cena, D., Losa-Iglesias, M.E., & Gomez-Calero, C., et al. (2014). A Qualitative Study of the Relationships Between Residents and Nursing Homes Nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 550-559.
- Peplau, H. E. (1952) / 稲田八重子他 (1973) : ペブロー—人間関係の看護論—, 医学書院, 東京.
- 高崎絹子・水谷信子・水野敏子・高山成子 (2005) : 最新老年看護学, 日本看護協会, 東京.
- 戸田恵子 (2014) : 特養ナースの思い, 牧歌舎, 兵庫.
- 吉岡久美・森田敏子 (2012)) : 介護保険施設に就業する看護職員の学習ニーズ及び間の能力を高める継続教育のあり方, 日本看護福祉学会誌, 18 (1), 21-34.
- 全国老人保健施設協会編集 (2012) : 介護白書, 介護老人保健施設を取り巻く環境の変化と対応, TAC 出版.
- 全国老人保健施設協会編集 (2015) : 介護白書, 介護老人保健施設を取り巻く環境の変化と対応, TAC 出版.
- 全国老人保健施設協会編集 (2017) : 介護白書, 介護老人保健施設を取り巻く環境の変化と対応, TAC 出版.
- 全国老人保健施設協会編集 (2018) : 介護白書, 介護老人保健施設を取り巻く環境の変化と対応, TAC 出版.
- Wiedenbach, E. (1964) / 外口玉子, 池田明子訳 (1984) : 臨床看護の本質, 第二版, 現代社, 東京.

<医中誌の文献検討の結果>

- 麻生佳愛・内海香子・磯見智恵他 (2012) 看護師が認識する介護施設で生活する糖尿病をもつ後期高齢者のセルフケアの問題, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(2), 133-141.

- 福田和美・渡邊智子（2010）：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.
- 福田敏秀・倉鋪桂子（2007）：介護保健施設入所者の在宅復帰を困難にしている要因 通所サービス利用者との比較を通じて，米子医学雑誌，58（3），105-113.
- 濱崎絵梨・小坂和江・菊水茂司（2014）：高齢者介護施設における褥瘡ケアに関する一考察，ノートルダム清心女子大学紀要，38（1），150-156.
- 久木原博子・安藤満代・内山久美穂他（2012）：高齢者ケア施設・療養病棟に勤務している職員の高齢者に対する知識とエイジエム，インターナショナル Nursing Care Research，11（1），13-21.
- 東江時乃・新里美香・嶺井ルリコ他（2012）：沖縄県北部地域における胃瘻造設管理に関する調査，沖縄県看護研究学会集録，27，123-125.
- 本間美知子・小磯京子・関千鶴他（2016）：新潟県の介護保険施設入所高齢者への口腔健康管理に関する医療福祉4専門職種の認識と励行度の比較，老年歯科医学，31（2），108-122.
- 池下百合子・岡本真由子・大西啓子他（2010）：フローチャートを用いた褥瘡予防の検討，愛仁会医学研究誌，41，177-178.
- 今井弥生（2010）：学生のレディネスに応じた介護保険施設における実習方法 短期間で老化を捉えるために，臨床福祉ジャーナル，7（1），50-54.
- 今井弥生（2010）：保健医療福祉チームとしての多職種役割連携について 介護老人保健施設における連携図を中心とした記録用紙の必要性和作成方法，臨床福祉ジャーナル，7（1），6-11.
- 石原弥栄美・坪井桂子・佐野弘美他（2012）：高齢者ケア施設における倫理的課題に対する取り組みの検討，日本看護学会論文集 老年看護，42，124-127.
- 加藤真由美（2011）：認知症のある高齢者の施設生活環境における転倒に関する主観的事象の言語化の試み，日本看護研究学会雑誌，34（5），115-122.
- 木村裕美・中村愛子・忽那龍雄（2002）：介護老人保健施設入所者の在宅介護の潜在的問題点，保健の科学，44（12），941-947.
- 木下恵美子・宮下みどり・林恵子他（2008）：高齢PD患者の在宅支援体制の充実を目指して，長野県透析研究会誌，31（1），123-124.
- 木曾根加奈子・今井七重（2013）：介護老人保健施設の看護職員が認識する看護学生に必要な学び，日本看護福祉学会誌，18（2），55-66.
- 熊崎裕子（2009）：見逃しやすい車いす上の「座ったきり」生活 老人施設での車いす使用状況と看護師の車いす上での褥瘡予防に関する認識調査，看護学雑誌，73（12），36-40.
- 小林紀明・杉山洋介・黒白恵子他（2009）：複数の保健・福祉施設における老年看護学

- 実習の学習効果, 2, 目白大学健康科学研究, 65-72.
- 丸山泰子・櫛直美・横尾美智代 (2015): 介護老人保健施設の看護職の役割・認識とやり感との関連, 日本看護研究学会雑誌, 38 (5), 23-32.
- 森崎直子・三浦宏子・澤見一枝 (2011): 介護老人保健施設の口腔ケアに関する実施体制と実施状況との関連性, 41, 日本看護学会論文集 老年看護, 18-20.
- 永田瞳・近藤彩子・船本和美 (2013): センター方式を用いて認知症ケアの質向上を目指して, 愛仁会医学研究誌, 44, 239-240.
- 中畑千夏子・白鳥さつき・早出春美 (2013): 看護職者における職業感染予防の知識および意識に関する実態調査, 18 (2), 日本看護福祉学会誌, 183-192.
- 鳴海幸子・谷垣静子 (2018): 介護保健施設で認知症ケアに携わる看護職・介護職の道徳的感受性の検討, 日本認知症ケア学会誌, 17 (3), 560-572.
- 野崎玲子・長澤久美子 (2010): 高齢者の施設実習における認知症看護に関する学び, 20 (5), 感染防止, 41-48.
- Ogasawara, Yuko (2014): 高齢者に対する看護師による基本的なフットケアの効果, お茶の水看護学雑誌, 8, (2), 1-17.
- 佐藤有梨 (2017): 介護老人保健施設入所者に対し経口維持の取り組みとして口腔体操を行った一例, 新潟県厚生連医誌, 26 (1), 53-55.
- 杉野明子・丹波さよこ (2011): 「老年看護学実習」における学びの分析 学生の実習レポートの分析より, 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 21, 13-19.
- 樋田小百合・松波美紀 (2015): 介護老人保健施設で看取りケアを体験したケア実践者の思い, 日本看護福祉学会誌, 20 (2), 181-195.
- 相僕佐希子・大嶋光子 (2014): 認知症患者の向精神薬服用による副作用症状と安全管理の検討 老人保健施設の看護職が経験した問題から, 日本看護学会論文集, 看護管理 44, 181-184.
- 武田利明・志渡晃一・安部正敏他 (2011): 療養場所別褥瘡有病者の特徴およびケアの局所管理, 日本褥瘡学会誌, 13 (4), 633-645.
- 田巻康弘 (2015): A 介護老人保健施設のおむつケアにおける介護看護職員へのアンケート調査 快適な排せつケア目指して, 泌尿器ケア, 20 (1), 104-110.
- 牛田篤 (2014): 多職種参加型リスクマネジメント研修受講者の意識に関する検討 介護事故に対するリスクマネジメント課題と分析, 共創福祉, 9 (2), 1-8.
- 矢野貴恵・船瀬孝子・駒妙他 (2011): 老年看護学における専門語彙から評価した臨地実習前後の学習内容と変化, 日本看護学会論文集 老年看護, 41, 42-45.
- 横山奈穂美・宮田亜紀・三輪恭子穂他 (2013): 介護施設 (老人保健施設 特別養護老人ホーム 有料ホーム グループホーム等) における胃ろう管理に関する現状と課題 (第2報) 半固形化栄養法に関して, 静脈経腸栄養, 28 (6), 1265-1268.

吉井忍・安田智美・道券有紀子（2009）：富山県下における療養場所別にみた褥瘡患者の特徴，富山大学看護学会誌，9（1），41-52.