

老健と病院の看取りケアの違い

～病院から老健に異動になった看護師長の戸惑いを明らかにする～

発表者：清水みどり

共同研究者：木村聡 滝原典子 美原恵里

介護老人保健施設アルボース

Key words 看取りケア

<はじめに>

研究者は、障害者施設等一般病棟（以下障害者病棟）において4年間、神経難病の患者のレスパイトケアを主とする病棟で、日頃のケアから看取りまで携わってきた。この度法人内の介護老人保健施設（以下老健）に異動になり、初めての看取りを経験した。患者および利用者は、病院と施設の違いはあれど、在宅療養とレスパイトケアを利用しながらの末に看取りを迎えるのは同様である。

しかしながら、異動後初めての看取りにおいて、そのケアプロセスの違いを感じ、戸惑いを生じた。そこでその戸惑いは何から生じたものなのか明らかにし、病院と施設の看取りに関するケアプロセスの違いを明らかにし、相互の看取りのケアの、質の向上を目指すものとする。

<目的>

老健と障害者病棟の違いから生じた看取りのケアプロセスにおける戸惑いを明らかにする。また、戸惑いの原因究明から、看取りのケアの、質の向上のための課題を見いだす。

<方法>

老健と障害者病棟において、療養期間が似通う対象者を抽出し、看取りへのケアプロセスを比較する。

<結果>

	老健	障害者病棟
事例	A 様 90 歳代前半男性	B 様 60 歳代後半男性
疾病	肺癌	筋萎縮性側索硬化症
療養期間	1 年 0 ヶ月	1 年 3 ヶ月
主介護者	次男	妻
レスパイトケア	8 回	9 回
看護介護方式	チーム 受け持ち制	チーム 受け持ち制

ケアプロセス	①状態の悪化 ②医師のインフォームド コンセント ③ケアカンファレンス ④ケアプランの立案	①状態の悪化 ②医師のインフォ ムドコンセント ③神経内科カン ファレンス ④看護計画の 立案
--------	---	---

ケアプロセス①②の、状態が悪化していると判断する内容は、両者とも呼吸状態や血圧の変動をみて判断し、医師が家族にインフォームド・コンセントを行った上で延命治療を行うかどうか確認をしていた。また、その際に看護師や上司が同席しており両者に違いはなかった。③のカンファレンスは、老健は家族の同席があるが、障害者病棟は家族の参加はない。④として、老健は施設ケアマネジャーからケアプランの方向性を説明されるが、障害者病棟は看護師が主体となり計画を立案する。

<考察>

老健も障害者病棟も延命治療に対する考え方は同じであったため、そこへの戸惑いはなかった。しかしケアにおける計画は、障害者病棟では、看護計画が主であるため、看護師が主導権を握っていた。一方老健では、施設ケアマネジャーによるケアプランが主であり、ケアカンファレンスで立案されていた。そのため、チームの調整役として役割が果たせないと感じ、当初戸惑いが生じたと考える。

老健は介護保険上、利用者との契約の元、ケアプランに則ってケアが提供され、他の介護保険施設ではみられない多職種連携を可能にするシステムがある。そのためケアプランの計画立案でも、家族を含め多職種が一堂に会し、同じ方向性を見つめながら計画立案にあたる。そこで看護師は、単なる調整役としてではなく、ケアの専門家として発言し、多職種が同等の立場でケア提供できるようにすることが重要であると考えた。

<結論>

老健における看護師の役割は、ケアの専門家として多職種が同等の立場でケア提供できるようにすることである。

<文献> 中島紀恵子：認知症の人々の看護、医歯薬出版株式会社、第2版第1刷、2013