

セッション2:

**高齢者ケア施設における
ジレンマと意志決定**

Y.S.リポウィッツ

青森県立保健大学健康科学部

高齢者ケア施設における
ジレンマと意志決定
～倫理的課題へのアプローチ～

リボウイツ よし子
青森県立保健大学

倫理

・人間として尊重する基本的なこと



・よりよい看護を提供する為に
考慮すること

ビッグバン



基本的人権宣言の背景

- 歴史
 - 1914年、1947年、1959年、
- 無差別の法律
 - 1964年、1973年、1975年国籍、人種、皮膚の色、性、障害者、年齢
- 医療
 - 1973年、アメリカ病院協会による“患者の権利章典”の出版
 - 1991年、自己決定権(PSDA)法律化
 - 1995年、第三者評価(JCAHO)の基準化

日本医療における基本権

(患者の諸権利を定める法律要綱案 1991年)

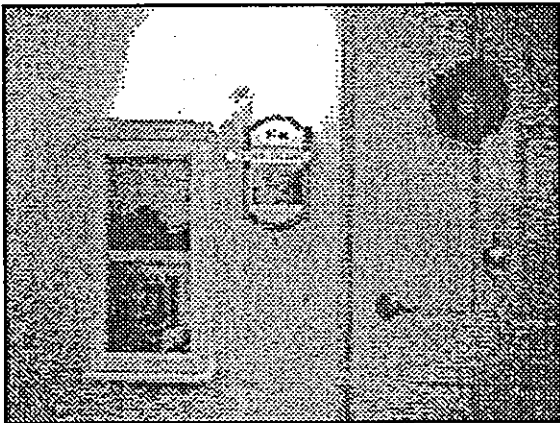
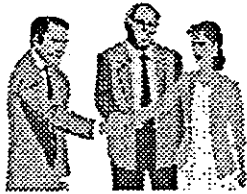
- 1. 医療に対する参加権
 - 2. 知る権利と学習権
 - 3. 最善の医療を受ける権利
 - 4. 医療における自己決定権
 - 5. 平等な医療を受ける権利
- (憲法11条、12条、13条、24条、25条)

■ アメリカにおける
“The patient's Bill of Rights”

患者の権利の章典

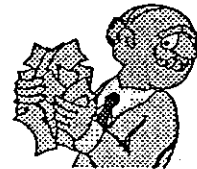
1. 人格の尊重

- 思いやりと人格を尊重したケア



2. 診断・治療・予後への説明

- 医師と直接ケアに当たる人から
- 新しい情報とわかりやすい言葉で
- 医療従事者の区別



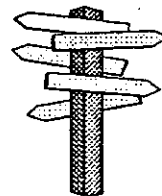
3. 治療を拒否する権利

- 処置・治療前の十分な説明
- 治療を拒否したときの医学的見解の説明



4. 生前指示の尊重

- (リビングウィル・後見者等)
- アドバンスド・ディレクティブ



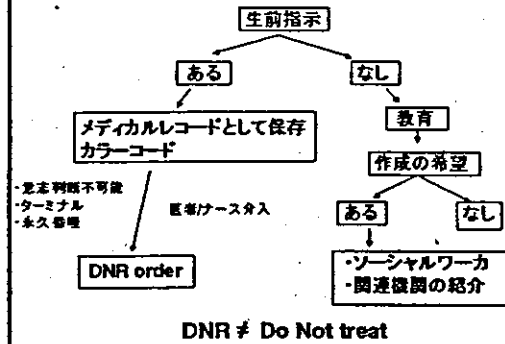
ペンシルバニアのリビングウィルの例

私は 同意 拒否、もし自分の命について判断不可能、又はターミナルの疾患、又は永久昏睡状態になった時、以下の延命処置を拒否します。

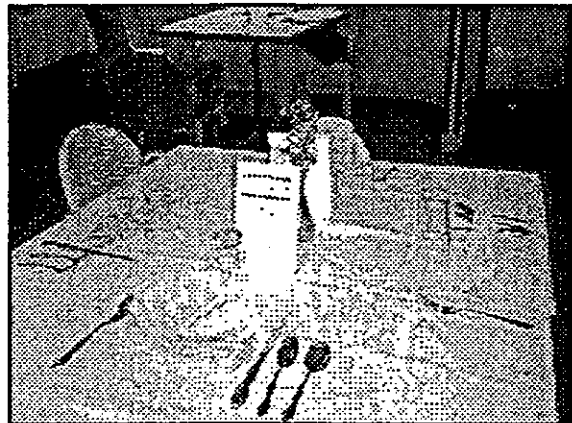
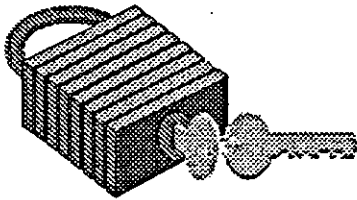
- CPR する しない
- 人工呼吸器 する しない
- 経管栄養又は人工栄養(HAL) する しない
- 水分補給
- 輸血又は血液製剤 する しない
- 外科的手術又は体に侵襲のかかる診断、テスト する しない
- 腎透析 する しない
- 抗生物質 する しない
- 上記に記載されていない場合は診察を受けるかもしれない

私は判断不可能、ターミナル、又は永久昏睡にある場合、代理人にて自分の意思についてまかせます する しない
 代理人姓名 住所
 職業関係 する しない どの職業

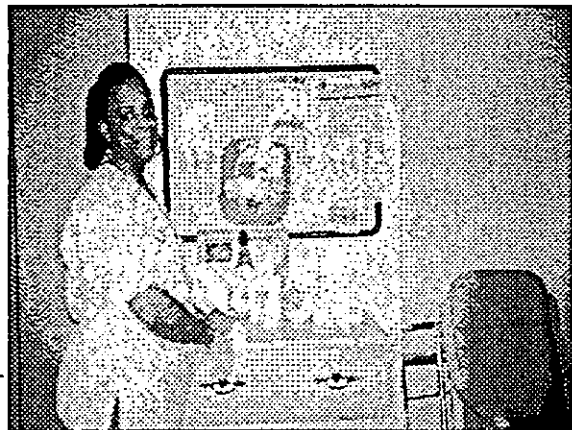
生前指示のプロトコール



5. プライバシーの配慮



6. コミュニケーションと記録の守秘



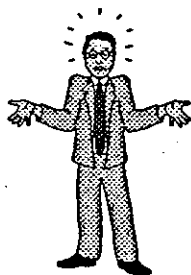
7. カルテの公開



8. 病院の評価／サービス／紹介／転院



9. 病院関連施設／教育機関に関する情報



10. 研究／人体実験

- 情報確保…同意前の十分な説明
- 拒否する権利…拒否しても、十分なケアが受けられる



11. 継続性

- ケアの合理的な連続性を期待する権利
- 退院計画



12. 病院規定・規則について知る

- 患者の義務についてのケア側からの説明
- 組織の倫理的問題点の解決法について知る
- 医療費、自己責任、ケア、治療、支払い法

患者の義務(アメリカ)

- 患者/家族のケアへの積極的参加
- 情報の提供(病歴、入院歴、薬、その他)
- 治療方針・疑問に対する積極的質問
- アドバンスドディレクティブ(生前指示)を渡す
- 病院の規則に従う
- 支払いの義務

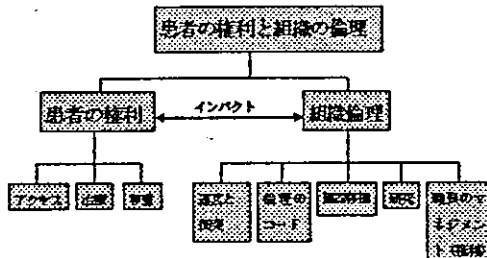
アメリカと日本の弁護士数の比較

(1997年)

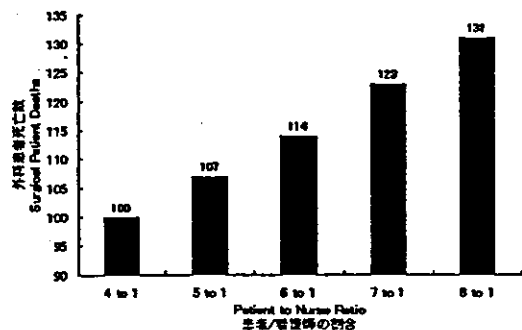
■ 米国	人口	2億6,000万人
	弁護士	87万人
	人口: 弁護士	300人: 1人
■ 日本	人口	1億2,500万人
	弁護士	1万6,200人
	人口: 弁護士	7,700人: 1人

1997年10月29日付「日本経済新聞」より作成

患者の権利と組織の倫理機能



For every 100 surgical patients who die in hospitals with 4 to 1 patient to nurse ratios, the number that would die in hospitals with higher ratios would be _



当たり前のこと

- 人権憲章を尊重する
- 教育-患者・家族・職員
- 評価を受ける-州、JCAHO, オンブズマン

倫理的課題へのアプローチ

実践者: ・問題提議の場
・エンパワーメント

管理者: ・組織倫理機能システムの明確化
・教育, 評価, コンペタンシー, 質

教育: ・学生, 教師の倫理観の意識化
・諸理論の適応

セッション3:

高齢者ケア施設における 看護管理 —コストマネジメントと質の管理—

桃田寿津代

横浜総合病院

介護老人保健施設横浜シルバープラザ

高齢者ケア施設における看護管理

横浜総合病院・横浜シルバープラザ

看護部長 桃田 寿津代

高齢者ケア施設の現状

医療機関での在院日数短縮化における支援依存度の高入所者が急増看護職の配置基準は現状では利用者に対応不可欠（胃瘻、褥創、感染症・・・）

- ・在宅医療での限界
- ・介護者の質の限界
- ・医療施設看護と変わらぬ看護力（人員不足）
- ・施設より病院への受診時の看護職としての役割
(介護報酬での限界)

【 介護を受けたい場所 】

可能な限り自宅で介護を受けたい	44.7%
特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい	33.3%
介護困難の有病老人ホームや介護付有料老人ホームに入所して介護を受けたい	9.0%

サービスの質の確保

- ・サービスを提供するのは”人” 人材育成の必要性
- ・介護サービスの質・・・基準？ 第三者評価システム導入？
- ・良質なサービスとは
- ・教育研修の必要性と経済効果

看護管理者の役割

- ・情報収集と現況（ネットワーク化）
- ・他職種との連携
- ・地域との連携
- ・終末期の看護

介護報酬改定による当施設の影響

1. 施設の概要

当施設は、横浜市青葉区に位置し、まだ横浜でも緑が多い自然環境に恵まれた田園都市沿線にて、平成元年9月に神奈川県で第一号施設として設立された介護老人保健施設である。(現在神奈川県内128施設) また、入所定員は80名、通所定員が15名であり、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を併設している。更に、近隣に同一法人である急性期病院が協力医療機関として機能し、関連法人が特別養護老人ホームを運営しており、保健・医療・福祉の連携と共に地域福祉の充実に努めている。

2. 施設の運営状況

主な施設基準としては、介護保健施設サービス費I(3:1)、リハビリ機能強化加算、基本食事サービス費等であり、人員は医師1名・看護師8名・介護士21名・理学療法士2名・管理栄養士1名・薬剤師1名・支援相談員2名・介護支援専門員1名・事務員3名である。また、事業実績として、昨年度の入所人数は162名、平均在所日数154日、平均要介護度3.12、在宅復帰率33.1%、事業収入としては3億5365万円である。

3. 介護報酬改定の総論

介護保険制度施行後初となる昨年の介護報酬改定は、診療報酬改定と同様マイナス改定となり、サービス提供者側にとっては厳しい内容であった。介護報酬全体ではマイナス2.3%となり、居宅系が0.1%増となったものの施設系では全体で4.0%、うち老人保健施設は特養と同じくマイナス4.2%の引き下げとなった。

4. 改定内容に伴う対応

当施設の収入の約90%を占める施設サービス部分ではマイナス4.2%の改定であったが、リハビリ機能強化加算(PT・OTの加配)の取得により、マイナス3%の範囲にとどまることが可能となった。更には退所時指導加算の組替えによる退所時連携加算の積極的な算定及び人件費や設備投資の切り詰め等にて、マイ

ナス改定による対応を図った。また、今回の介護報酬の改定がマイナスであったことについては誠に遺憾ではあるが、唯一評価できることとして、入所者の要介護度の改善と在宅復帰をすすめる観点から、日常生活動作等の維持・向上を重点としたリハビリ機能強化に対する評価と退所前から居宅介護支援事業所等との連携に対する評価については、介護老人保健施設の役割・機能を踏まえた評価であった点であると考えている。

5. 介護老人保健施設の方向性

昨年の介護報酬改定で明らかになったこととして、介護老人保健施設の位置付けがリハビリ施設・在宅復帰施設の観点より、リハビリ機能を重視した在宅支援施設であることがはっきりした。また、病院・診療所に加え、老健施設でも訪問リハビリが算定できるようになり、更に訪問リハビリには日常生活活動訓練加算が新設された。このことは、老健施設が地域のリハビリの重要な拠点であることが認められたものであると考えている。

セッション6・7:

組織変革と看護職の

リーダーシップ

永池 京子

医療法人仁愛会 浦添総合病院

組織変革と看護職のリーダーシップ

<講義概要>

ねらい： より質が高く効率的な看護サービスの提供を図るために、看護や介護職員が生き生きとした職場環境作りに必要なマネジメントについて学習する。

- 講義内容：
- I. 組織変革とリーダーシップ
 - 1. 組織変革とは
 - 2. 医療と看護の変化
 - 3. 改革のプロセス
 - 4. リーダーシップ

 - II. 患者ケアの実践者と管理者の協働
 - 1. 人への影響力
 - 2. Xタイプ・Yタイプ
 - 3. 協働
 - 4. 変革を成し遂げる看護管理

永池 京子
医療法人仁愛会 浦添総合病院

<組織変革とリーダーシップ>

1. 組織変革とは

○変革とは

「古くさく、陳腐化したところから、新しく生産性の高いところへ経済資源を移行させる企業精神」

ヨゼフ・シュムペーター（オーストリア経済学者）

そこに求められるのは志、やる気（士気）である。

（新しい資源を求めることも、内在する既存の資源を活用することも含む）

創造とは

想像力と創造力の合体が独創的ビジョンをうむ。既存のアイデアや概念を新しく組み合わせ、まったく新しいものを作る。

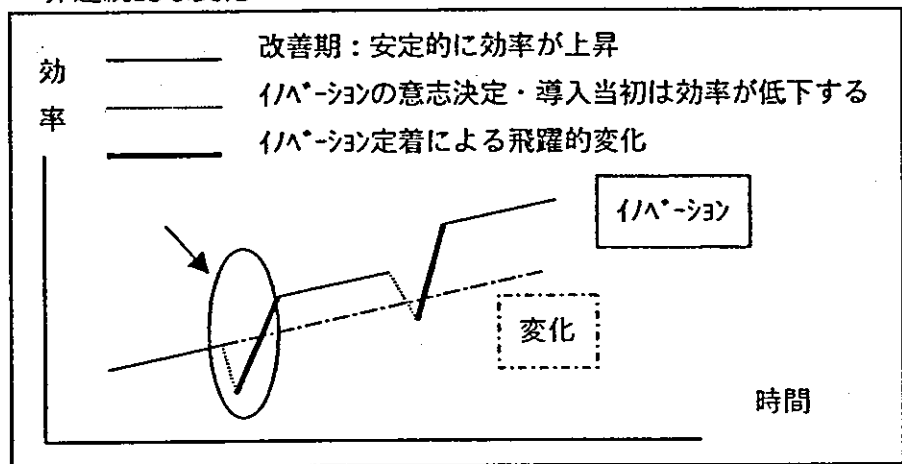
創造とは異質な断片の組み合わせである。

（地球物理学者、竹内均氏）

イノベーション 革新（シュムペーター）

「過去とは連続性のないアイデアの実行過程」*であり、経済発展の原動力として位置付けられるもので、新製品、生産プロセス、新資源、新組織などの形成と実行をいう。

*=非連続的な変化



○経営と変革

別紙1 (p.26) 参照

*組織経営と変革の推移

2. 医療と看護の変化

旧	新
非営利事業	営利産業（市場とサービス）概念の応用
患者（パシエント）	利用者（クライアント）/顧客
質の向上	質+サービスとコスト意識
急性期・慢性期の混合医療	病院の機能区分と連携
入院診療	外来診療と機能強化（地域の医療）
出来高制と医師の裁量権	包括制（日本版DRG）と標準化
組織の評価意識（個別）	組織の機能評価制度（第三者評価）
基準・手順（個別）	グローバルスタンダード（質とコスト）
医師中心	チーム医療と専門職
受け身型の患者	参加型の自己責任（権利と義務）
患者個別対応	患者集団対応（社会の責任）
診療のもとでの看護	患者ケアと看護の専門性



プロフェッショナルナースィング（科学的根拠に基づく看護）

- ・ 根拠（理論）に基づく看護 ← 研究に基づく看護実践

3. 変革のプロセス 変革を推進するためのプロセス

1. 危機感を醸成する。
2. 変革プロセスを主導できるだけの強力なチームを作る。
3. ふさわしいビジョンを構築する。
4. 構築したビジョンを組織内に伝達する。
5. 成員がビジョン実現に向けて行動するようにエンパワーメントを実施する。
6. 信頼を勝ち取り、批判を鎮めるために、短期間に十分な成果を上げる。
7. 活動に弾みをつけ、その余勢をもって、変革を成し遂げる上でのより困難な問題な課題に挑む。
8. 新しい行動様式を組織分化の一部として根づかせる。

（ダボット・コッカー、2000）

4. リーダーシップ 別紙2(p.27)参照

○リーダーシップとは

○誠心誠意の非強制的な係わり

<患者ケアの実践者と看護管理者の協働>

○人への影響力

1. 人の動かし方・統制

- 1) 権限：権限は経営統制の中心的不可欠の手段であり、組織の基本的原則である。(旧)
- 2) 強制：最も原始的なものは腕力による強制である。その他に社会的(法律)制裁、労働紛争、戦争などがある。
- 3) 説得：双方の理解と納得により合意をめざす。(相談、協議、交渉など)
- 4) 援助：専門家の人の動かし方である。これは説得とは違い、自分の専門家としての知識と実績を相手の思うように使う。しかし相談を持ちこんで来た者と専門家との関係は独裁的であり、一方的であることが多い。(マクレガー、1960)

2. 権限

- 1) 権限とは職位に付随する権利(職権)である。権限を持った人は、その職権により指示を与え、それに従わせることを部下に期待できる。(旧?)
定義の例：組織の中で一人の人間が他者の意思決定、業務執行に介入するときに用いられる影響力
(松下博宣、1997)
- 2) 権限は職務の責任に付随して存在する。権限の内容組織図により異なる。組織図は組織活動の枠組みはである。

枠組み

{	○権限と責任
	○複合性
	○情報

権限と責任

- ・階層階級(ピラミッド型やフラットな組織図)
例：トップダウン(決定権の場所や人)
- ・どの責任者がどの部署をマネジメントするか
- ・決定権(権限や責任)の所在

複合性

- ・グループの相違(部門や部署や活動責任の範囲)
- ・ラインやスタッフ部門

情報(インフォメーションネットワーク)

- ・指示命令や報告のルート(ほう・れん・そう)

・情報の出入り

3. 権限の限界

権限は相対的概念であり、絶対的概念ではない。人を統制するということは、企業内の依存関係の質と度合いといった変動要素に応じて手段を選択することである。

強制により権限の上にたち人を統制しようとすることは間違いである。人の動かし方が良いか悪いかは、相手の能力を変えて目標を達成させてやれるかどうかによって決まる。

人を動かすということは、大なり小なり一方が他方に依存するということがあってはじめてできる。依存の度合いは小さいことも大きいこともある。また、一方的な場合もあれば相互的な場合もある。しかし、依存ということがない限り統制のしようがない。

私の望みをかなえるために、あの人が何か役だつと思わない限り、私は人を動かすことはできない。

(マクレガー、1960)

「組織を動かすためには、権力を振りかざすより、力を持つ他者といかにうまく共存するかが大切である。現在の経営者やマネジャーは、組織図からは読み取れない人間同士の複雑な力関係の中に置かれている。」 (ジヨン・コッター)

組織における人の動かし方は、相手の能力(価値観・認識や知識)を変えて、いかに組織と人の目標を達成させるかである。

2. XYタイプ (ダグラスマクレガー、1960)

XタイプとYタイプの人へのかかわり方

OXタイプ

(階層階級に働く) 旧組織管理の視点から係わる。

権力主義・独裁的なマネジメント

根底： 人は仕事が嫌い。仕事をサボりたい。

○職員の行動

- ・ 責任感が無く、直接の指示に動く。
- ・ また、大望も少なく、安全を欲しがる。

○よって、管理者は

- ・ 支持・支配・強制しなければならない。
- ・ 組織の目的遂行の為に処罰を用いる。

OYタイプ

人の言動を支持する視点から係わる。

人道的・支援的なアプローチ

根底： 人は基本的には怠け者(怠慢)ではない。過去の体験により、怠慢になるかもしれない。

○職員の行動

- ・ (過去の体験結果により) 与えられた状況によって責任感をもつ。
- ・ また、大望をもち、成功報酬や自己・組織の目標達成に応用する。
- ・ 潜在的に創意工夫の資質を持ち、仕事に応用できる。

○よって、管理者は

- ・ 人の特性を理解する管理を実施する。
- ・ 組織の目的遂行の為に自己達成に喚起する。

3. 協働

別紙3(p.28、29)参照

4. 変革を成し遂げる看護管理

組織行動と人に
問いかける

- 1) 変革を導くにはリーダーシップが必要である。人を動かすマネジメントを実践する。人のタイプを見つける。
- 2) リーダーシップは生まれつき備わったものではない。
環境(例:教育、訓練、経験)によって後天的に養成・習得される。リーダーシップは一つの関係であり、リーダーの特性は一般化していない。組織や職位、そして職種や組織の成員によっても違う。良いリーダーのスタイルは一つではいとする考え方が主流となっている。
- 3) リーダーシップは人と関わることから始まる。
 - (1) 自分を知る。そして相手を知る事は重要である。
 - ・ 相手に対してオープンになる。
 - ・ 質問をなげかける。・ 勇気づける。など
 - (2) 人/チームのゴールやニーズを考える。目標を意識する。フォローアップをする。
 - (3) 人を使うことは避ける。双方の利益を追求する。そのために交渉力や情報の収集・分析力を身につける。また、共通点や相違点を認め、自己の位置を見つける力が必要である。
 - (4) 自分を変えて相手に良い影響を与える。
 - (5) 否定的な表現は避けましょう。革新的なアイデアを覚えておく。
- 4) ビジョン(概念思考を磨く)を確立し、実践する。
- 5) その他の必要要素
 - (1) 変化エージェント
 - (2) 明確なビジョンと短期目標(成果目標)
 - (3) コミュニケーション(説明会・情報交換会)

言葉と行動

- (4) モチベーション (障害物の除去)
- (5) 対人関係スキル
- (6) 交渉力
- (7) 成果の浸透 など

エピローグ

看護管理者の皆様へ

看護はヘルスケア・システムの一部であることの声明が、アメリカ看護協会から出ている。その米国のヘルスケアにおいては、医療も市場経済の一部である。患者さんはある種の市場におけるサービスの消費者であり、サービスの提供者である国や医療機関は、医療費高騰に頭をかかえ、コスト削減に取り組んでいる。

さらに医療の専門職は「質を追求する」という使命と、この経済的問題の間に生じたジレンマと戦っている。

職業は社会との関係で成立している事を認識すると、この関係の中での努力が必然的ともいえる。看護は学問的専門職であり、その職に有るものはその責任と役割を果たす義務がある。アメリカの看護職の社会的地位に比較して、日本の看護職の地位は低い。それは我々看護職自身にも責任があり、また日本の文化的背景から生じた結果かもしれない。例えば、看護の独自性と自律、生涯学習の不足、そして男尊女卑といった点を考える。

昨今はこの状況下においても、看護職能団体あるいはその他の組織集団のリーダーシップのもとに、理想の状態を求めて変化を進めている。なぜならば、社会的な変化の中においては、看護師が高度な専門職としての地位を確立する大きなチャンスであるからである。変化を一つのチャレンジと受け止めた看護職の団体や専門組織の活動による影響力は強く、またヘルスケアサービス提供の場においては、看護職一人一人の努力がこれをさらに前進させ、看護の専門性の発揮とその実績(成果)を社会に示すことが可能となるのである。

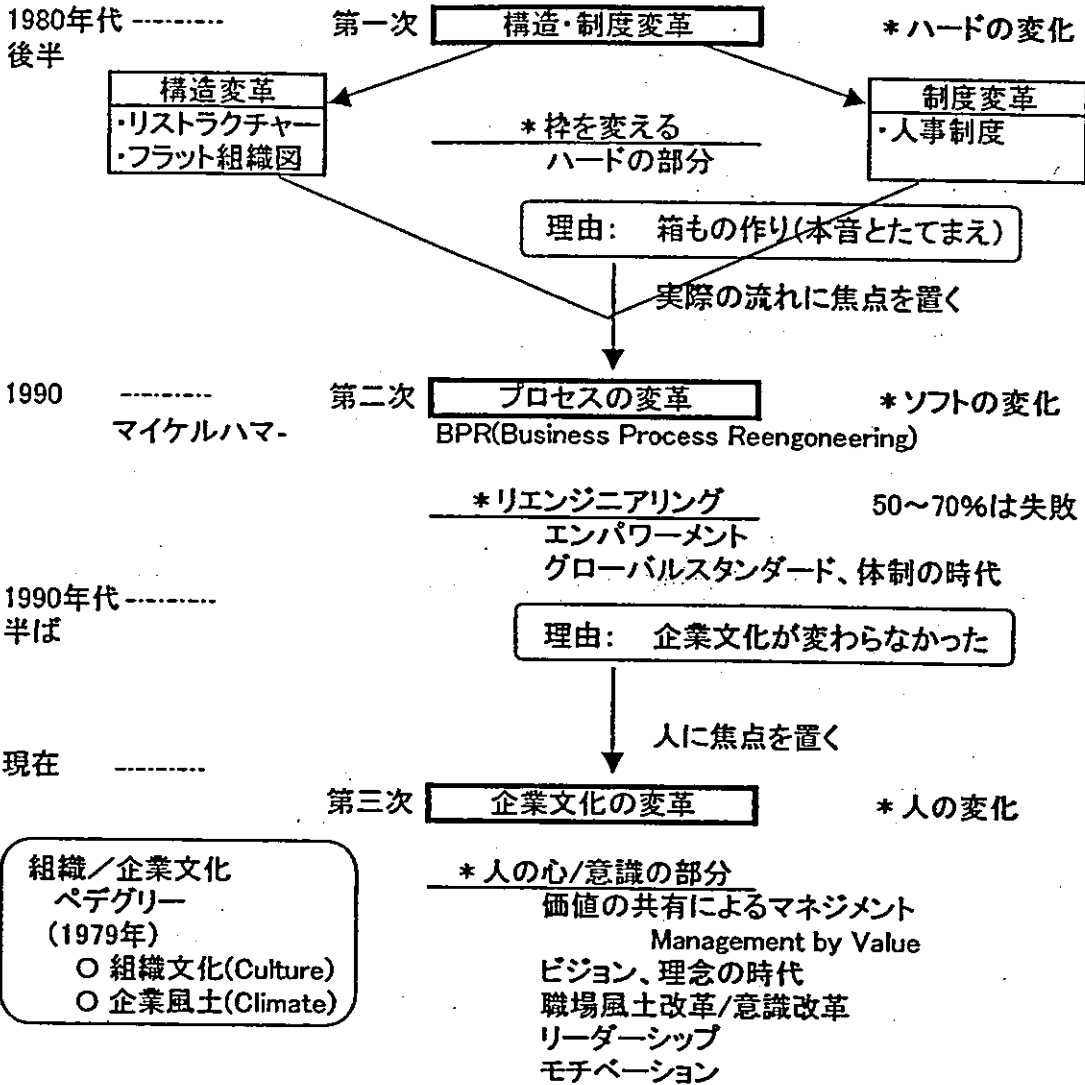
看護の専門職者は生涯学習を通じてキャリア開発を実践している。医療機関の全ての管理者が管理職の生涯学習を実践しているかは、疑問であるが、少なくとも看護管理者においては、マネジメントのプロである為に、生涯学習を通してマネジメントスキルを洗練させ、ヘルスケアシステムのマネジメントを実践していると信じている。ヘルスケアを必要としている対象者をより良く理解できる職種が看護職である。そして、看護のパワーを組織の中で証明させるのが、看護管理者である。尊敬と威厳、そして忍耐とセルフコントロール、さらには革新と不屈の精神をもって、一步一步前進する。これからもこれまで同様に、またそれ以上に組織目標の実現と、人間としての自己実現、さらには看護職の地位向上に向けて努力を続けてください。

永池京子

組織経営と変革の推移

考え方

組織レベル
↓
個人レベル



Q 組織は機械か?

○古くなったら/壊れたら取り替える

Q 組織は生き物か?

○養分を与えて育てる

企業の突然変異はまれであり、行動を変えながら変化する(組織が学習する)

○新しい知識

○新しい意識

○新しい行動

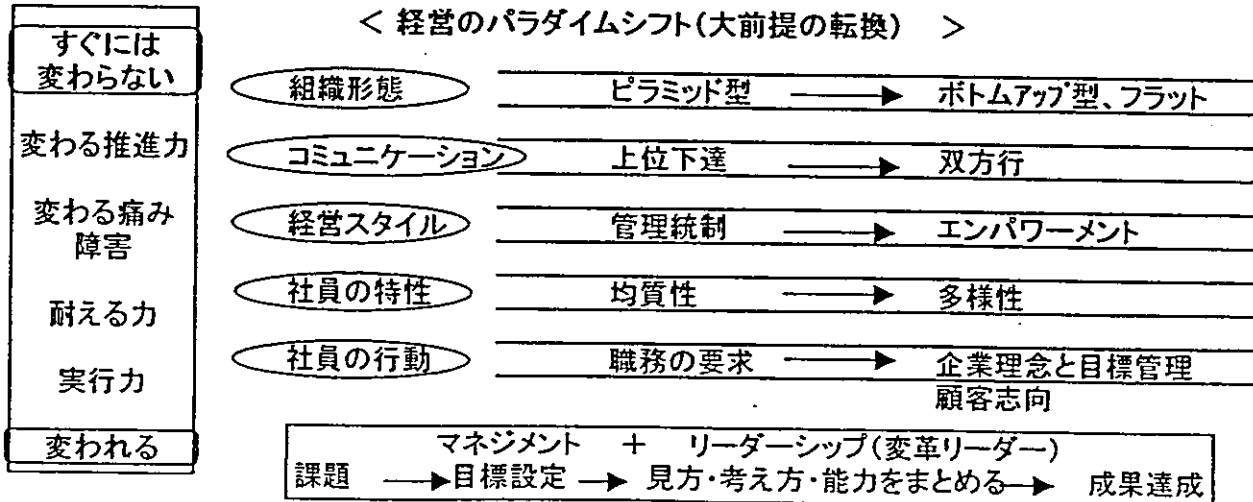
判断力

実行力

中州のキャンプ場における事故

キーワード

< 経営のパラダイムシフト(大前提の転換) >



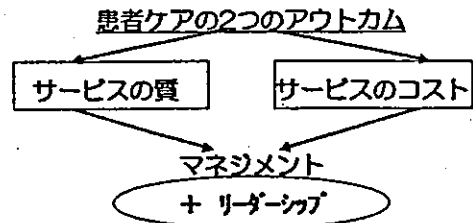
リーダーシップ

過程 (プロセス)	組織化された特定の集団の目的を達成する為に、リーダーが非強制的影響力を用いて、その集団のメンバーの活動を監督し調整する過程
特質 (プロパティ)	その過程において集団が持つ特性を有効にいかすリーダーの特質



利用者が病院を選ぶ時代へ

サービスの視点・少子高齢社会・テクノロジーの進歩
 (人の価値観) ・医療費高騰問題
 (疾病構造) ・有効性と効率性



誠心誠意の非強制的な関わり

- ・管理する → ・指導する
- ・命令する → ・提案を受け入れる
- ・規則を守らせる → ・規則を修正する
- ・競争する → ・協働する
- ・強固に対応する → ・柔軟に対応する
- ・自分を認めさせる → ・理解してもらう
- ・一方的に会話する → ・双方向に对话する
- ・立場を主張する → ・違いを認める

誠心誠意の非強制的な関わり

- ・弱点を攻める → ・共に課題を見つける
- ・説得させる → ・学ぶ為に聴く
- ・指示を与える → ・情報を共有する
- ・報・連・相を期待する → ・活動を確認する
- ・個人へ働きかける → ・集団機能を活用する
- ・問題を黙認する → ・課題を見つける
- ・変化を嫌う → ・変化をマネジメントする
- ・リスクを嫌う → ・リスクを知り、回避する

新しいコミュニケーションフロー

組織構造に従う画一的な指揮命令系統と協働に必要なコミュニケーションスタイル

