

看護師および介護者の退院指導に関する考えや 受け取り方についての研究

山元由美子 下平唯子 味木由佳

【要旨】本研究では退院指導を実施している看護師と受けた介護者が退院指導をどのように考え受け止めているかを明らかにすることを目的とした。

研究対象は看護経験3年目以上の看護師とその指導を受けた介護者各7名。退院指導とその受け止め方について面接ガイドを用い1時間程度の半構造化面接を行い、面接内容を逐語録にし、質的統合法（KJ法）を用いて分析した。

分析の結果、看護師の退院指導は、【退院の条件：病状の安定、退院の意志、家族内の人間関係、外泊の効果など】、【退院指導内容：チームでの取り組みと介護者の個別に応じた指導】、【退院へ向けての協働：地域連携室の看護師と担当看護師、介護者とケアマネージャーとの連携】であった。これらは【看護経験による指導内容：20歳代看護師は指導を通し学び、ベテラン看護師は経験を活かした細やかな指導】と関係し、援助を通して【介護者・看護師の喜び：介護者の熱意と達成感が看護師の励み】となっていた。介護者は、【看護師の実態：マニュアルにプラスした退院指導と医師への橋渡し役】であり、【看護師への要望：早期の退院指導と病気から予測される事態への指導】であった。在宅での【介護の実態：高齢患者の介護は日常生活への援助と危険の予防】、【介護者の現状：介護者の手技の獲得の困難さと介護の疲れ】がみられた。しかし、【共に暮らす幸せ：介護サービスの支援による介護の軽減と回復の実感】を感じていた。

I. 研究の背景

医療費の高騰などから入院期間の短縮と在宅療養が推進されている。しかし、高齢者は疾病や入院に伴う機能低下や核家族化により在宅での療養に多くの課題があるのが現状である。また、厚生労働省医療統計（2005）によると、65歳以上の高齢者の退院時の状況は軽快もしくは不変が77.3%である。このうち73.7%（1073.2千人）は在宅療養である。このことは病気が治癒せずにケアの継続を要する療養者が在宅に移行していることを示している。退院に関する研究としては、退院支援体制の研究（森山ら、1999）、退院支援過程の評価に関する研究（伊藤ら、2003）、継続ケア（樋口らa, 2007）、在宅介護（山路ら、2003）（樋口らb, 2007）などに関する研究がある。在宅での援助内容では、健康管理・栄養・排泄・活動と睡眠、さらに、患者周辺環境への調整、社会資源の活用（飯塚ら、2003）となっている。看護師を対象とした退院指導計画の調査では退院指導の時期が遅いことを問題とし、他職種との連携と退院指導時間の不足、家族とのかかわりを困難だと感じ

ていることが明らかになっている（今泉ら、2006）。脳卒中の退院患者を対象とした調査では、困りごとの要因としてADLや心身の不自由・不具合があり、対象の患者は入院期間が3カ月以上、転院の患者が多く、退院指導や退院調整の担当者会議で困りごとの対処や問題点についての対応がなされて退院している患者であった（美ノ谷ら、2008）。退院後の調査から、病院での退院指導が活かされず、在宅で安心して介護ができていない現実が見える。

A市の報告（石山、2009）によると在宅退院患者の訪問看護で多い診療科は、呼吸器内科・神経内科・と整形外科で全診療科の48.4%を占めている。さらに、これらの患者で医療処置が必要な場合は56%を占めている。在宅医療を推進するA市においてはこのような患者への退院支援や退院調整を行ない、必要な患者には3カ月を限度に訪問看護を実施している。

そこで、在宅療養している患者を介護している介護者や退院指導をしている看護師の抱えている問題点・課題を明らかにすることで、介護者の負担の軽減はもとより、

患者が安心して在宅療養を送ることができ
る方策を考察する必要がある。

II. 研究の目的

本研究の目的は、退院後に在宅療養する
高齢者を看ている介護者、および退院指導
を行なった看護師が退院支援や調整をどの
ように考え、受け止めたかを明らかにし、
在宅での生活が安心して継続できる支援体
制を作るための基礎資料とすることである。

III. 研究方法

1) 対象者

①A病院を退院後に在宅療養している高
齢者で、入退院を繰り返している患者、あ
るいは、看護師が退院指導を困難と感じた
患者の退院指導を受けた介護者で、且つ、
主治医に紹介された患者の介護者

②在宅療法をする患者の家族に主に退院
指導を行った看護経験3年以上の看護師

③①～②の各対象者は本研究への参加に
あたり十分な説明を受けた後、本人自由意
志による文書での同意が得られた者

2) 調査の時期

2011年8月から2011年10月

3) 調査の内容

データ収集方法は、介護者に指導した受
け持ち看護師はプライバシーを保てる個室
で、介護者は自宅に訪問して1時間程、イ
ンタビューガイドを用いて半構造化面接を
行った。

(1)介護者の面接項目は、要介護者と介護
者の属性、心身の状況、在宅療養に移行し
た理由、健康状態、介護保険や福祉サービ
スの有無と種類、退院後の在宅療養での困
りごとや困難なこと、退院前の担当者会議
への参加の有無などであった。

(2)看護師の面接項目は、属性、退院指導
をした回数、在宅での療養者の看護をした
経験の有無、退院指導の内容や回数、手ご
たえ、在宅療養ができると判断した理由、
退院後に予測した問題とその解決方法、退
院支援体制のサポートの有無、担当者会議
への出席の有無などであった。

4) 分析方法

①個別分析

面接内容を逐語録にする。次に、山浦
(2008)の開発した質的統合法(KJ法)を用
いて分析する。各被験者の語りを一つの文
節ごとにラベル化する。類似するデータを
集め、表札を作る。同じ作業を繰り返し、
最後の表札が5～7枚くらいになるまでグル
ープ編成をする。最後の表札の関係性に注
目し内容の相互関係の配置となるように空
間配置をし、さらに図解化する。表札は、1
段階目は101、102・・・、2段階目以降は201
～、301～、401～・・・と100番台の通し
番号で(カード)管理をする。

②統合分析

統合分析はラベルの抽象化を防ぐために
介護者と看護師の個別分析した最終ラベル
の一つ前のラベルを元ラベルにし、それぞ
れに個別分析と同様に類似するデータを集
め、表札を作る。同じ作業を繰り返し、類
似性から最終的には関係性に注目し、カー
ドの内容間の理論的關係を発見する作業
(空間配置)を行う。集約された数個のデ
ータに内在する在宅療法や退院指導の実態
を明らかにする。

③分析の信頼性と妥当性

分析は複数の研究者で行い、信頼性と妥
当性の確保に努めた。

5) 倫理的配慮

調査対象の選択は、病院長・看護部長に
研究の趣旨を説明し、了解の得られた介護
者と看護師であった。研究対象者には研究
の意図を文章と口頭で説明した。調査の内
容は個人が特定されないこと、研究参加は
自由意志であること、調査の後でも取り消
すことができること、研究不参加であって
も不利益を被らないこと、結果は当研究以
外に用いないこと、ICレコーダーに録音す
ること、録音を含めてデータは研究終了後
破棄すること、調査の内容は研究論文とし
て発表することなどを説明し了解を得た。

なお、この調査は、東京女子医科大学倫
理委員会の承認を得た後に実施した。

IV. 研究結果

1. 対象の背景

研究の対象は、介護者・看護師それぞれ7名であった。看護師の年齢は20歳代と40歳代のいずれも女性で、20歳代の看護師は介護経験がなかったが、40歳代の看護師は両親などの介護の経験があった。介護者の年齢は40歳代から90歳代であり、性別は女性5名、男性2名であった。退院から在宅療養までの期間は、1か月から7カ月で、そのうち今回の入院前に在宅介護をしていたのは2名であった。退院時の状態は膀胱留置カテーテルの挿入7名、吸引4名、経管栄養5名であった。(表1)

2. 統合分析の結果

統合分析の結果、最終ラベルは介護者が53枚、看護師が68枚であった。最終ラベルにシンボルマークをつけた。なお、論文中には、シンボルマーク【 】, 最終ラベル《 》、グループ編成段階のラベル〔 〕、元ラベルは字体を変えて「 」で示した。

1) 看護師の退院指導への考えと実践

7名の看護師の退院指導に対する考えと実践のラベルは、32枚から85枚であった。統合ラベルの元ラベルは63枚で、最終ラベルは5段階に集約でき、5枚のラベルにまとめることができた。

まず、看護師は退院の時期は【退院の条件：病状の安定、退院の意志、家族内の人間関係、外泊の効果など】で判断し、退院指導を開始していた。退院指導の内容は、【退院指導内容：チームでの取り組み介護者の個別に応じた指導】であり、退院に向けての取り組みは、【退院へ向けての協働：地域連携室の看護師と担当看護師、介護者とケアマネージャーとの連携】であり、これは、【退院指導内容】と相互関係にあった。

以上のことは、看護師の経験の【看護経験による指導内容：20歳代看護師は指導を通し学び、ベテラン看護師は経験を活かした細やかな指導】と相互に関係していた。最後に、援助をすることを通して【介護者・看護師の喜び：介護者の熱意と達成が看護師の励み】となっていた(図1)。

表1 調査対象の背景と介護の状況

患者の背景				退院時の主な介護			介護者の背景			看護師の背景		
年齢	性別	膀胱留置カテーテル	吸引	経管栄養	年齢	主介護者	介護の経験	年齢	性別	家族介護の有無		
80歳代	女性	○		○	80歳代	夫		20歳代	女性			
70歳代	女性	○	○	○	40歳代	嫁	○*	40歳代	女性	○		
70歳代	男性	○	○	○	70歳代	妻	○*	40歳代	女性	○		
80歳代	男性	○	○	○	70歳代	妻		20歳代	女性			
80歳代	女性	○			90歳代	夫		40歳代	女性	○		
70歳代	男性	○	○	○	70歳代	妻		20歳代	女性			
90歳代	男性	○			50歳代	嫁		20歳代	女性			

*は在宅療養中の再入院

(1) 【退院の条件：病状の安定、退院の意志、家族内の人間関係、外泊の効果など】

看護師の【退院の条件】について《退院指導の時期は、家族の在宅療養の意志、病状の安定、家族内の人間関係、外泊での在宅療養の効果、要介護者との意志疎通の方法、介護者の介護の負担の軽減を加味して判断した》と捉えていた。退院指導の開始時期は3段階であった。

第1段階は病状の安定である。入院の患者は高齢者で、[全身状態が悪く、状態が落ち着いてから退院指導をして退院になった。退院後の再入院はなかった]。また、「要介

護者が苦痛なく自宅で過ごせるよう、ご家族の負担が大きくならないに援助しようと思った。今考えると、食べることがメインになってしまっていて日中の過ごし方への指導が不足してしまったかもしれない」「麻薬を使用して疼痛緩和をしている患者には、金額を示して入所か在宅かを決めてもらうようにしている。痛みのコントロールができるように内服の作用と副作用と内服の必要性について説明している(退院後の疼痛はコントロールされている)」などにより判断した。

第2段階は退院の意志である。「お父さんと一緒に長い時間を過ごしたいと考える家族の強い希望があって家に帰ることができた」「要介護者は腎機能低下による尿閉と神経性膀胱により膀胱留置カテーテルを挿入しての退院であった。本人が自宅に帰りたいと希望していた」「要介護者は自宅に帰る希望をもっていて、家族もそれを温かく受け入れていた」ように要介護者も介護者も在宅療法を希望していた。しかし、「主介護者の嫁はいつ帰ってもよいと考えていたが、夫の仕事の都合で退院に難色を示していた」という例もあったが、話し合いの結果退院となった。

第3段階は主介護者の手技の習得である。「主介護者の奥さんは介護を苦とせず、

工夫のできる人で積極的に退院指導を受けていた」「在宅療養の方は、“これなら自宅で看られる”という奥さんの発言からで、退院のきっかけは手技が“一人でできそう”という奥さんの発言からだった」「嫁は介護が初めてであった。陰部洗浄後これならやれそうと手ごたえを感じたので、膀胱留置カテーテルの管理、車椅子の操作について段階的に、3回実施し尿量の変化や混濁時は医師に相談するなどの注意事項を渡した。これはこの通りにしなくてもよいことを申し添えた」。外泊の効果の「2～3回外泊を繰り返すうちに家族は介護に自信がつき、Dさんも自宅では安定剤なしでよく眠られるという効果がみられた」などが退院指導を始める目安にしていた。

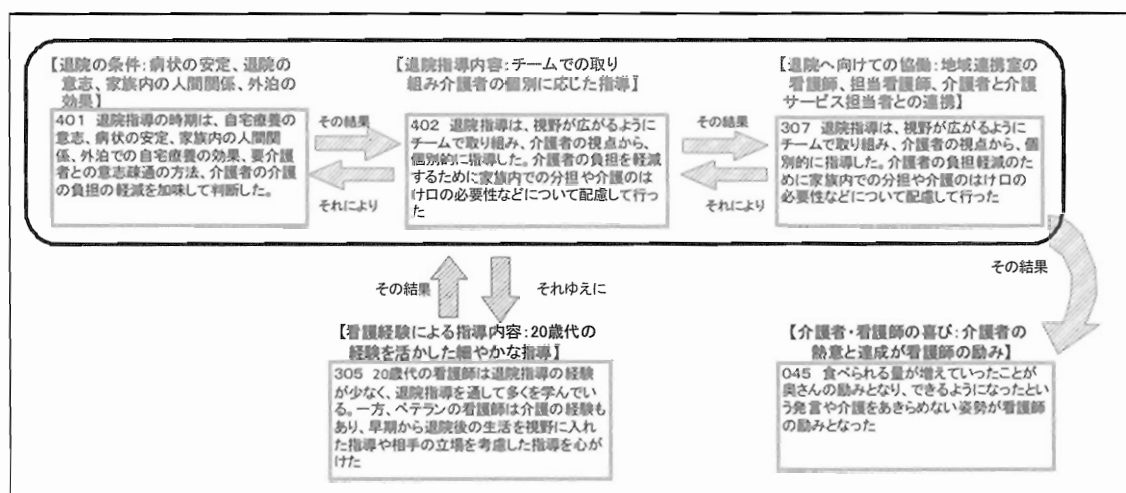


図1 看護士の退院指導に対する考えと指導の内容

(2) 【看護経験による指導内容：20歳代の看護士の学びとベテラン看護士の経験を活かした指導】

【看護者の指導内容】は、「20歳代の看護士は退院指導の経験が少なく、退院指導を通して多くを学んでいる。一方、ベテランの看護士は介護の経験もあり、早期から退院後の生活を視野に入れた指導や相手の立場を考慮した指導を心がけた」としている。[20歳代の看護士は在宅介護の経験はなく、退院指導の回数は少ないが指導することを通して学んだ]。一方、家族の介護経験をしたベテランの看護士は、「私は、義母、父・親せきの介護をしている。退院指導回

数は数えきれない。リハビリ病棟を中心に勤務し、退院後の生活を視野に入れた指導をしている」「私は、退院指導は数えきれない。在宅療法の受け入れが悪い介護者には、今は綿密な指導をするようになった。実父の介護経験で変わった部分は物事の判断や家族への接し方であった」「私は、退院指導の経験も多いが、3年前にお爺ちゃんが亡くなるまで自宅で介護した経験から、家族の気持ちを考えられるようになり指導に活かしている」と自分の経験を退院指導に活かした。また、若い看護士の指導について、「若い看護士は、指導に熱心すぎて看護士がしている手技を覚えてから退院さ

せたいとしているが、家族は素人なのでそこまで指導しなくてもよいと思う。そうすると家族は怖がりできなくなる」「家族は、素人なのであまり詰め込みすぎないで、負担にならない程度にし、吸引する人の楽にさせてあげたい気持ちを大切にしている。困ったら看護師に連絡するなどの危険への対処が判ればいい。患者さんは自宅に帰ることがうれしいのであって完璧な吸引を求めている」と考えていた。

（３）【退院指導の内容：チームでの取り組み介護者の個別に応じた指導】

【退院指導の内容】は、「退院指導は、視野が広がるようにチームで取り組み、介護者の視点から、個別的に指導した。介護者の負担を軽減するために家族内での分担や介護のはけ口の必要性などを配慮しながら行った」。チームで取り組む利点について、「退院の時期はチームで検討し家族の反応を見ながら納得できるような時期にした。チームで検討することで視野が広がった」。

介護者への具体的な指導内容は、「高齢の介護者は要介護者が嫌がったりもするので３歩進んで２歩下がるような手技の覚え方であるが、食事介助の上達は早かった」

「私は、お嫁さんが仕事を持っていたので負担にならないことを考えバルーンを留置し、お嫁さんの時間に合わせて短時間に指導をした。家族の希望で半固形タイプの注入物にしたが、覚えがよかったので指導回数も少なくて済んだ」「指導は看護師目線ではなく、旦那さんに分からない言葉がないか聞きながら、手技を簡条書きにしたチェックシートを共同製作した」などの個別に配慮した指導をしていた。また、介護者によってはスポット的な指導をした。例えば、「私は夜間の失禁などに対応できる技術を中心に、自宅での生活環境に合った指導を心がけた」などであった。

次は、介護者の気持ちに配慮した指導である。「主介護者の嫁は夫の仕事の都合と退院に不安を感じていたので気持ちが落ち着き介護に向かえるまでに時間を要したが、在宅の介護手技は段階的に指導したので特

に問題もなかった」「退院しても、大丈夫という判断はチームで行い、退院指導は家族の反応を見て家族が納得できるように気持ちを汲み取ることが大切である」と述べていた。

（４）【退院へ向けての協働：地域連携室の看護師と介護者と介護サービス担当者との連携】

【退院に向けての協働】については《介護保険導入前は在宅療法が困難な人もいたが、導入後は地域連携室の担当者と主介護者を含めた関係者とで話し合い、ケアマネージャーが退院後の生活について責任を持って調整した》と捉えていた。

退院が決定すると地域連携室の看護師と調整し、担当者会議を開催した。「地域連携室の担当者会議ではチームで問題を明確にしたのを持ち寄りケアマネージャーとの具体的な調整が出来て退院できた。退院後も元気とのことでチームでの取り組みにやりがいを感じる」「地域連携室の看護師は担当者会議では退院後生活の問題を明確にし、在宅に必要な具体的な用具やサービスをケアマネと連絡を取り調整している」。具体的な話し合いにより介護者は、「事前にケアマネージャーが、地域連携室、家族、看護師が必要と考えるサービスについて具体的に計画していたので、担当者会議で家族は退院後の生活をイメージできて安心した」。次に、訪問看護などの活用方法について「退院後、注入が上手にいかずに誤嚥性肺炎を心配し、色がおかしかったら注入はやめてケアマネージャーに相談するように情報提供した」「退院に日程が決定したら医療機関の調整し担当者会議を開催した。会議には主介護者の夫と家族全員が参加し、技術的に不慣れなことは訪問看護師と相談して欲しい」と指導した。

（５）【介護者と看護師の喜び：介護者の熱意と達成感が看護師の励み】

このラベルは１枚であり【介護者と看護師の喜び】は、《食べられる量が増えていっ

たことが奥さんの励みとなり、できるようになったという発言や介護をあきらめない姿勢が看護師の励みとなった》と述べていた。

2) 介護者が退院指導を受けたことの結果
個々の介護者の話した内容の元ラベルは37枚から96枚であった。統合分析の元ラベルは53枚で、5段階に集約でき5枚のラベルにまとめることができた。

介護者のとらえた内容から、看護師の実態は【看護師の実態：マニュアルにプラスした退院指導と医師への橋渡し役】であり、介護者は【看護師への要望：早期の退院指導と病気から予測される事態への指導】であった。主介護者は高齢に伴う介護手技の習得しにくさや長期にわたる介護で【介護者の現状：介護者の手技の獲得の困難さと介護の疲れ】が見られた。在宅での介護の実態は、【介護の実態：高齢患者の介護は日常生活への援助と危険の予防】であった。しかしながら介護者は、多くの助けを得ながら要介護者が回復する力を日々感じながら【共に暮らす幸せ：介護サービスの支援

による介護の軽減と回復の実感】を感じていた(図2)。

(1) 【看護師の実態：マニュアルにプラスした退院指導と医師への橋渡し役】

介護者は、退院に関わった看護師について、《看護師には忙しそうにしているが、質問には丁寧で、指導内容は自宅の都合に合わせてもよいこと、自分の考えをプラスして教えてくれた。さらに、医師への取り次ぎもしてくれる》と捉えていた。介護者は看護師の臨機応変な指導について「看護師に自宅の都合に合わせて介護するよう言われ気が楽になった。訪問看護師・ケアマネージャ・ヘルパーとの連携と協働で生活が整えられている」、「看護師はいつも忙しそうに聞くのが悪いと思うが、聞くと納得するまでよく教えてくれる。看護師はマニュアルに自分の考えをプラスして教えてくれる」。医師については、「医師は退院の日が決まっているのに、肺水腫の治療もしないし、質問にも答えてくれないが、看護師に依頼すると返事が返ってくる」と看護師への期待を話していた。

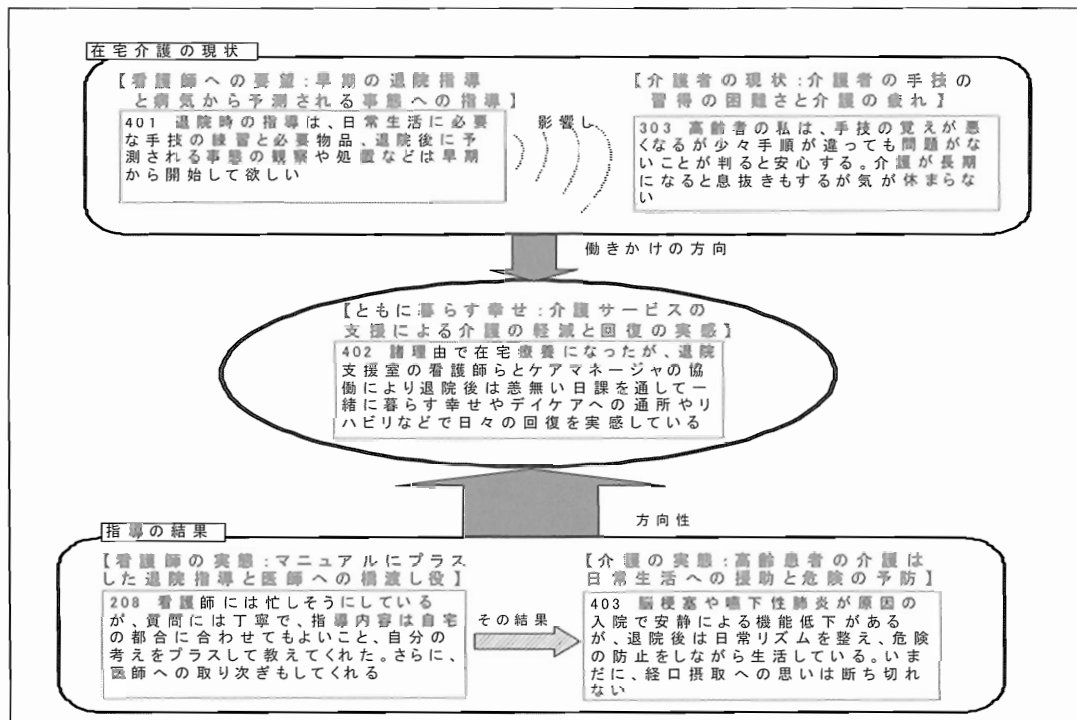


図2 介護者の捉えた介護と介護の実践

(2)【介護の実態：高齢患者の介護は日常生活への援助と危険の予防】

高齢患者の【介護の実態】について《脳梗塞や嚥下性肺炎が原因の入院で安静による機能低下があるが、退院後は日常リズムを整え、危険の防止をしながら生活している。いまだに、経口摂取への思いは断ち切れない》と述べていた。要介護者は主に70歳代～90歳代であり、脳梗塞後の誤嚥性肺炎、急なむくみなどのために入院したが、安静による筋力低下などを心配していた。そのために、「入院中もボケないように面会に毎日通い、退院後も昼夜逆転しないように仕事場に車椅子に乗せて行った」。危険防止として「足は冷たい。痛み止めのお陰で痛みはないが、副作用で幻覚が出ることもありベッド転落の予防でベッドの下に寝ている」など、退院後の機能低下や昼夜逆転の改善、ベッドからの転落への工夫や再脳梗塞の心配などをしながら日常を過ごしていた。

次に、経口的に食事ができない切なさについて、「夫は誤飲性肺炎で胃ろうになり、抱きかかえるときに重くなっているのが判る。しかし、いまでも、経口摂取ができればよいと思っている」と述べていた。

(3)【在宅でともに暮らす幸せ：介護サービスの支援による介護の軽減と回復の実感】

この最終ラベル数は22枚(42%)で最も多いラベル数であった。在宅で要介護者と暮らす介護者は《諸理由で在宅療養になったが、地域連携支援室の看護師らとケアマネジャーの協働により退院後はつづがない日課を通して一緒に暮らす幸せやデイケアへの通所やリハビリなどで日々の回復を実感している》と述べていた。退院の理由は、治療の限界、経済的な問題、介護者の複数の確保、介護手技への自信などであった。介護の手技について、「お父さんは右半身まひがあったが、入院中はリハビリも積極的でなかった。退院に必要なおむつ交換や着替えの練習をし、退院しても自宅で看ら

れると思った」とのことであった。家族の助けについては「娘の協力で自宅介護の決心をした。娘は看護師で在宅に必要な介護用品の準備から主治医との調整、発熱時の対処などをしている」「朝の洗面介助と痛み止めを朝夕飲ませること、ご飯は炊けるがおかずは嫁いだ娘や別居中の息子が準備してくれるのを食べさせている」など、複数の介護者の存在があった。

退院した後の生活について、「退院したのは、これ以上の治療がないこと、経済的理由、入院していると弱ってきたためである。自宅では娘やヘルパーの訪問で入浴や話し相手になるので心が落ち着き刺激にもなっている」「退院は、がんで予後が悪いこと、経済的なことなどから自宅療養がおばあさんにはストレスがないと考えた通りに、わがままに生活ができ驚くほどに回復した」。退院指導や地域連携支援室とケアマネジャーの協働について「退院指導はおむつ交換であったが、体験学習があればよかった。退院調整は地域連携支援室とケアマネジャーで調整し在宅で必要な用具の準備ができた」「仕事のために1ヶ月間退院を延期したが、その間に病状は安定した。しかし、主治医は肺炎を起こすことを心配し、往診した。訪問看護師とヘルパーに訪問してもらった」「ヘルパーは週6回訪問し、清拭・入浴、おむつ交換、浣腸、リハビリをしている」「前立腺のためにカテーテルを入れていたが、それも再挿入ができなくなり、おむつ管理で大丈夫になった。排便は週2回訪問看護師の訪問時に浣腸で調整している」「在宅では主治医、訪問看護し、ヘルパーにより医学的な管理や浣腸、清拭、おむつ交換、リハビリなど介護人の状況に応じて回数や内容を決めて訪問してもらっている」などヘルパーや訪問看護師による援助により日常生活を整えていた。また、介護支援を受けての日課は、「私は看護師にお父さんに必要な介護を習い、朝5時に起きておむつ交換、胃ろうへの食事の注入、下の世話、吸引、掃除などをして1日を過ごして夫も私も気持ち良く

眠れている」、「父さんは退院後、8時に起きて血圧を測り車いすで顔を洗って居間に行き、ご飯食べて歯を磨く生活をしているが、時々つじつまの合わないことを言っている」などであった。一緒に暮らすことの幸せについて、「私は夫と一緒にいると幸せを感じる。夫の存在が支えでもある。だから、一つ屋根の下で暮らそうと決心した」「お父さんは汗をかくので入浴がない時、看護師が足浴をしたら気持ち良くなり眠ってしまった。看護師は足浴後も汗を拭くので気持ちがよくなるようである」であった。

退院後の回復について「おばあさんは骨髄腫などで7カ月入院していたにもかかわらず、頭がしっかりしていたので退院後も生きたいという力が強いのか回復力も強く自律心も旺盛である」「病状が不安定だったので、膀胱留置カテーテルと経管栄養での退院であったが、膀胱留置カテーテルを抜いたら自分で排便・排尿ができ、さらに、鼻のチューブを抜いた途端に食欲が増した」「おじいさんは、難聴で入院前寝たきりでもあったので近所の人ともあまり話をしなかったが、退院後デイケアに通うようなことが刺激になり身なりを整えたり、入浴、リハビリをして歩けるようになり快適に過ごしている」など、退院後の生活に満足していた様子であった。

(4) 【介護者の現状：介護者の手技の獲得の困難さと介護の疲れ】

介護者も高齢者であることが多く、「高齢者の私は、手技の覚えが悪くなるが少々手順が違って問題がないことが判ると安心する。介護が長期になると息抜きもするが気が休まらない」と述べていた。特に手技については、80歳代後半の介護者は「経管栄養の注入方法の訓練を受けたがマニュアル通りに覚えられないが、要介護者は手順が違うと注意をしていた。手順が違ってても体調に影響しないので安心したし、自宅でも困ることはなかった」。70歳代の介護者は「5年前から大腿頸部骨折後寝たきりとなり、その後脳梗塞を起こし、デイケアに

通っていたが、機能低下を起こし退院後は在宅サービスを受けている。私は年で介護が辛くなった」。また、介護での気疲れについて「息子と3人で住んでおり昼間は二人になるので外出も2～3時間ですませる」

「2回目の脳出血後のから自宅で母を看ている。私は元来健康で、体調に応じて休養を取っているが、私は気が張っているのか外出をしても気が休まらない」と述べていた。

次に、経口的に食事ができない切なさについて、「夫は誤飲性肺炎で胃ろうになり、抱きかかえるときに重くなっているので栄養がいきわたっているのが判る。しかし、いまでも、経口摂取ができればよいと思っている」と述べていた。

(5) 【看護師への希望：早期の退院指導と病気から予測される事態への指導】

介護者の看護師への希望は《退院時の指導は、日常生活に必要な手技の練習と必要物品、退院後に予測される事態の観察や処置などは早期から開始して欲しい》と捉えていた。退院指導内容は、吸引、胃ろうからの注入、膀胱留置カテーテルの管理、おむつ交換などであった。〔困難であったことは、痰を取ることに、尿バックの尿を捨てることに難しかった〕。退院指導の希望について「退院指導で練習したのは、おむつ交換、胃ろうからの注入、鼻からの吸引であった。これらは早くから練習した方が良かった。特に1日1回の練習では困難であった」「退院後嘔吐や痙攣があったので、退院時に予測できることは指導があると観察や対処が落ち着いてできる」「退院準備のために食事のセット、吸引チューブ類、パジャマなどをそろえたが、生活してみると工夫の必要性や既存の寝間着で間に合った」と述べていた。

V. 考察

本研究では、在宅介護の支援体制を構築するために調査を行なった。調査結果から看護師の退院指導に対する考えや内容、現状の支援体制、介護者の退院指導の受け取りかたについて考察する。

1. 退院指導の判断の時期

看護師は、重症の高齢者を退院させる条件として、家族の自宅療養の意志、病状の安定、家族内の人間関係、医療処置の程度、介護者の介護手技の習得の程度、外泊での自宅療養の効果、要介護者との意思疎通の方法、介護者の介護の負担の度合いを加味して判断していた。これは川村(1994)の報告と類似した内容であった。一方、家族は介護施設への入所の経済的な理由や予後が悪く自宅で家族と過ごしたい、介護手技が習得できたこと、主介護者のほかに介護を分担できる存在があることであった。介護手技に関しては介護者がすべてを習得できたわけではなく、年齢や理解度により習得の困難な介護者もいた。その場合、担当看護師は必要最低限の指導をし、異常時の対応は訪問看護師やケアマネージャーに連絡するよう指導していた。

また、要介護者と家族との意思疎通については特に問題はないようであった。これは長年一緒に暮らしている家族にとっては、些細な表情の変化などで意思の疎通ができるためと思われる。

2. 指導内容と介護者の実践の状況

看護師が行った指導は、その対象により異なるが排泄に関する膀胱留置カテーテルの管理やおむつ交換、吸引、胃ろうへの注入、車椅子の操作などが主であった。介護者が困難と感じたことは、鼻腔からの吸引と膀胱留置カテーテルの排尿の処理であった。これらは毎日のことであり、特に、吸引は時間に関係なく実施しなければならないことから介護者の負担になったと思われる。樋口ら(2004)の調査からも「処置を行うことへのとまどい」は退院後3ヶ月ごろまであったと報告していることから、困難感を訴えていた介護者もその時期であった。また、斉藤ら(2002)の研究からも、在宅移行時に困ったこととして吸引するのが怖い、吸引するが取りきれないと報告がなされている。今回の対象は鼻腔からの吸引をするように指導されたが吸引しても取りきれない、あるいは嫌がって吸引ができないと話していた。また、膀胱留置カテーテルは意識状態や排尿障害があることや介護者の負担を軽減する目的などから挿入されている。しかし、介護者にはその管理について「簡単にやれると思ったがバックにある尿の処

理に困った」など、吸引や膀胱留置カテーテルなどの操作や手技の習得ができていない可能性がある。

介護者が助かったと話しているのは、「手順どおりでなく、看護師の考えをプラスして教えてもらえた」や「経管栄養の注入の時間や方法は手順通りでなく自宅の時間や状況に合わせていいと言われこれなら自宅でもできると気持ちが楽になった」と述べている。特に、「介護者の楽にしてあげたいという気持ちを大切にして、出来る部分を介護者に実施してもらおう」という気持ちで指導したことが、介護者の負担感の軽減になったと思われる。

家族介護が軌道に乗る時期は3ヶ月位と報告されている(樋口ら, 2004)。今回の調査結果からも、医療処置の多い介護者には病院内での訓練とともに、在宅介護になじむまでに3ヶ月位を要することの説明をすること、その間は訪問看護師などの訪問回数を多くする必要性などが示唆された。

3. 地域連携室との調整

退院の時期が決定すると地域連携室の看護師と病棟の担当者、介護者や家族、ケアマネージャーなど介護サービスの担当者との話し合いが開始になる。今回の調査では話し合いは数回であった。話し合うことで看護者は退院時のイメージはできたこと、在宅生活に必要な「ベッドや吸引器とそれに伴うチューブ類などが準備してあって助かった」と述べていた。特に医療処置や誤嚥性肺炎を起こす可能性のある患者には医師や訪問看護師による医療管理がなされていた。日常生活の介助はADLの程度や主介護者の介護の程度に応じてヘルパーの訪問回数が調整されており日常生活が円滑に送られていた。「週6日ヘルパーさんが来てくれるので助かる」「ヘルパーさんに着がえをしてもらえるのですぐに病院の受診ができる」など、介護サービスによって、介護負担の軽減がなされていた。

本道ら(2001)は、在宅に移行するときの判断として、利用者のセルフケア能力、ADLの自立度、退院後の住居環境、家族介護者への他者からの支援状況、社会資源利用への利用者および家族の希望、移送手段、家族の希望への調整が必要であると報告している。今回は地域連携室の看護師への調査をしなかったが、介護者や患者の健康状態

から判断すると地域連携室の看護師とケアマネージャーなどとの連携は、本道らの調査にあるような視点で実施され、必要な社会資源を活用できていたと推測できる。療養環境が整っていることは、お宅にインタビューに伺った筆者も確認できた。

4. 退院指導のあり方

介護者の状況から判断するとおおむね指導されたことを活かして介護していた。介護者は在宅での環境に応じて不便なことは訪問看護師やヘルパーに相談し、工夫していた。また、訪問看護師の介護の場面を見ながら要介護者に応じた介護手技の習得をしていた。在宅ではその場にあるものを応用してケアをするといわれているように、介護の実経験のある看護師は工夫しながら指導していた。退院指導にあたる看護師は、在宅の環境とは異なる院内の指導には、限界があることを念頭におく必要がある。

介護者の要望として、日常生活に必要な介護手技は早期から指導をして欲しい、また自宅で慌てないためにも疾病から予測される症状を知り、その対処方法については必ず指導して欲しいことが挙げられていた。また、看護師が忙しくしていると、介護者は質問することをためらってしまうので、指導時間の確保も不可欠である。

まとめ

今回の調査では、退院指導の開始条件と指導内容をチームで共有して介護者の指導に活かしていること、退院に向けて地域連携室との調整、介護サービス関係者と地域連携室の調整が介護者や患者の状況に応じて介護サービスの提供ができたことであった。それにより介護者の負担が軽減し、介護者は家族とともに暮らす幸せに結びついていた。

医療処置の必要な要介護者の家族は、早い時点からの疾病による合併症の観察や処置方法の習得を希望しており、個々のニーズに応じた指導の必要性が見いだされた。また、在宅移行期の介護者へのサポート体制の見直しが必要であることが示唆された。

本調査にご協力いただきました皆さまに心より感謝申し上げます。

文献リスト

今泉亜矢子, 結城美智子(2006):一般病院の看護師を対象とした退院計画に関する実態調査, The Journal of Japan Academy of Health Science, 8(4):201-209.

石山久子(2009):退院支援への取り組み, 掛川市立総合病院ホームページ(H23. 5. 24 閲覧)

<http://www.kakegawa-hsp.jp/renkei/chiiki.html>

伊藤まゆみ(2003):退院指導計画, Quality Nursing, 9(10):34-40

飯塚節子, 黒瀬智子, 湯浅朋子(2003):過去5年間の文献による退院指導内容の分析, 富山医科薬科大学看護学会誌:5(1), 73-79.

川村佐和子, 秋村純江, 秋山知他:各受療期における看護, 川村佐和子編著, 全・神経系難病の在宅看護, 日本プランニングセンター, 123-128.

厚生労働省医療統計(2005):退院後の行き先別にみた退院の事由別推計退院患者数の構成割合,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/04-05.html> (H23.5. 24 閲覧),

齊藤静代, 中添和代, 阿部美知子(2002):在宅療養移行時における家族指導の実態と課題, 日本看護学会論文集 地域看護;33:, 3-5.

樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子他(2007):大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院指導体制の検討(第2報)順天堂大学医療看護学部 医療看護学研究: 90-95.

樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子他(2007):患者家族が求める退院支援に関する研究-退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から-, 順天堂大学医療看護学部医療看護学研究:42-49.

本道子, 須藤直子, 川村佐和子(2001):退院調整における看護判断の課題に関する研究, 東京保健科学大学看護学会誌, 4(1), 12-21.

美ノ谷新子, 佐藤裕子, 宮近郁子他(2008):脳卒中指導患者からみた在宅療法生活開始時の現状と課題, 順天堂医学 54(1):73-81.

森山美知子, 岩本晋, 芳原達也(1999):急性期疾病治療病院に退院調整専門看護師を設置する効果の研究(その2), 病院管理, 33(2):23-31

山路聡子, 飯田早苗他(2003):医療依存度の高い状態で退院する療養者における病院からの訪問看護ステーションへの連携に関する実態調査, 群馬県立医療短期大学紀要; 10, 91-99.

山浦晴夫(2008)科学的な質的研究のための質的統合法(KJ)と考察法の理論と技術, 看護研究 41(1), 11-48.