

A 病棟から自宅退院した患者と主介護者の生活状況と思い

遠藤 いづみ Izumi ENDOU 山中 加代子 Kayoko YAMANAKA

北見赤十字病院 看護部

Nursing Department, Kitami Red Cross Hospital

要旨：【目的】A 病棟では、転院や施設に退院される患者が多いが、介護度が高くても自宅に退院している患者もいる。A 病棟看護師は、他職種と連携して患者・家族が困らないように退院調整したつもりではあるが、実際に退院後の生活を知る機会はなかった。その為、患者や家族が入院中の看護師の関わりで満足感が得られ、その後の生活で困っていないかを知りたい。実際に退院後の現状や思いを明らかにすることで、自宅退院を希望した患者や主介護者によりよい介入を考えることができるのではないかと考えた。【方法】退院された患者の自宅に看護研究概要を郵送、数日後電話で研究参加の意志を確認し同意を得られた参加者 3 家族に 60 分程度のインタビューを実施して、コード化及びカテゴリー化を行った。【結果】患者 3 名と主介護者 3 名の計 6 名にインタビューした。患者は、住み慣れた自宅に帰れたことで不安の表出や困っている事は殆どきかれなかった。主介護者は、退院前より不安が大きく精神的にも肉体的にも負担が多く休まる時間がない事がわかった。しかし、どの家族もケアマネージャーに相談することが出来ていて、ショートステイを利用するなどの対応ができていた。【結論】1. 看護師は、入院時から患者と主介護者の自宅退院に対する思いを意図的に情報収集し、患者や主介護者の不安要因を把握する。2. 看護師は、患者と主介護者が抱える不安要因を解決する為に、適切な看護知識と技術、更にその患者と主介護者に必要な社会資源の提供を行う。

キーワード：自宅退院 退院調整 生活状況

I. 序 論

A 病棟は、病状がある程度安定し、今後の療養の場を検討している患者が多く入院している一般病棟である。混合病棟であり疾患も多種多様である。その為、転院や施設へ退院していく患者が大半である。A 病棟の年間退院数が平均 250～300 人前後で、自宅退院される患者は年間平均 40～50 人程度である。その中でも年間 3 名程度の患者は介護度が高く自宅退院が困難であっても、退院調整を実施し自宅退院される方がい

る。それは、本人の希望が強かった場合や自宅で面倒を看たいという家族の思いなど様々な理由で退院されていった。

今日の日本において、老々介護や核家族化などが進む一方で介護力不足により自宅に帰ることができないという現実がある。実際に介護者がいない、不足しているなどの理由により病院や施設を探す家族が多い。又、医療者側もマンパワーの問題や介護負担、医療処置などを理由に、自宅退院は困難と判断する場合が多い。「介護認定を受けてからの自宅介護年数は 6.3 年土

4.5 年で、介護が長期にわたっていることがうかがえた。」と中越らは述べている(中越・武政・南場, 2014, p.868)。介護をしながら自分らしい生き方の研究もされており、「自宅介護する上で、心休まる時間や場所、介護者との距離感が継続した自宅介護をするうえで大切な事が明らかになっている」と横山らは述べている。(横山・西田, 2014, p.289)

これまで悪性疾患(がん)患者が自宅退院し、その後の生活をインタビューした看護研究はあったが、悪性疾患(がん)以外の主疾患を患う患者や家族に、焦点を当てた看護研究は見あたらなかった。その為、A病棟看護師(以下、看護師とする)は、今後の生活が困らないように他職種と共に退院調整したつもりではいるが、患者や主介護者はA病棟看護師の関わりで満足が得られ自宅退院し、その後の生活が困っていなかったのかは不明であった。

A病棟から退院された患者や主介護者の現在の状況や自宅退院後の思い聞く機会はなかったが、自宅に退院された患者や主介護者に自宅退院を決めた理由、退院を決めた時期、自宅退院を決めたときに何に不安を感じたか、退院後の生活で困ったことはどのようなことでどのように解決したのか、実際に退院後の現状や思いを明らかにすることで、自宅退院を希望した患者や主介護者によりよい介入を考えることができるのではないかと考えた。

II. 研究目的

自宅退院を決めた動機や退院後の生活を調査し、退院後の生活状況や自宅退院を希望した患者と主介護者の思いを明らかにする。

III. 用語の定義

本研究において退院支援、退院調整については藤沢(2012, p.57)の研究を参考に定めた。
退院支援：個々の患者・家族の療養生活上のニーズに応じて、退院後の療養生活を安定させるために、患者・

家族への教育・支援やサービスの適切な活用を促進すること。

退院調整：患者・家族の退院後の療養生活の継続に向けた調整活動すること。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：半構成的インタビュー方法を用いた質的研究
2. 研究参加施設：北見赤十字病院 A 病棟
3. 研究参加者：北見赤十字病院 A 病棟に 2013 年 2 月～2015 年 7 月まで入院していた患者のうち、自宅退院した患者と主介護者で、研究参加に同意して頂いた患者と主介護者
4. 研究収集期間：2015 年 11 月～2017 年 5 月
5. データ収集方法：自宅退院された患者の自宅に看護研究の概要を文章にしたものを郵送、数日後こちらから電話連絡にて研究参加・不参加の意思を確認した。同意の得られた参加者 3 名に、60 分程度のインタビューを実施。インタビュー内容は参加者の承諾を得て、IC レコーダーに録音した。インタビューは、患者の自宅で実施した。
6. データ分析方法：録音した IC レコーダーの内容から逐語録を作成。次に文脈ごとに、コード化及びカテゴリー化を行った。
7. 質問項目：自宅退院を決めた理由について、自宅退院を決めた時に何に不安を感じたか、退院後の生活で困った事や良かった事など思いを聞く。

V. 倫理的配慮

研究目的、方法を明記し、自由意思の尊重等を記載した依頼文書を郵送し、同意の意思を後日直接電話で確認する。参加は自由であり、参加しないことにより不利益を受けないこと、インタビュー内容は研究目的以外には使用しないこと、結果の公表に際し、プライバシーは保護し、個人が特定されるような記述はしないこと、研究終了後に記録物等はすべて破棄し、録音

データは全て消去すること、一度同意した場合であってもいつでも同意を撤回できることを文書に記載し、研究参加者へ郵送する。同意書・同意撤回書はインタビュー時に説明し、同意書にサインをもらう。撤回の場合の方法を説明する。本研究では IC レコーダーを使用するため IC レコーダーは鍵のかかる場所に保管し院外へは持ち出さない。

VI. 結 果

研究参加者は表 1 で示すように、患者 3 名と主介護者 3 名の合計 6 名であった。自宅退院した患者と主介護者の生活状況と思いを逐語録から分析した。質問項目は 5 つ【自宅退院を決めた理由】、【自宅退院を決めた時期】、【自宅退院を決めた時に何に不安を感じたか】、【退院後の生活で困った事】、【自宅退院後、困ったことをどのように解決したか】で、思いを語って頂いた。

	事例1	事例2	事例3
性別	男性	女性	女性
年齢	70歳代	70歳代	90歳代
主な疾患	脊髄損傷	せん妄	左脳梗塞
その他疾患	便秘症	脳梗塞	高血圧症
	仙骨褥瘡	S状結腸がん/メクス	骨粗鬆症
キーパーソン	妻	息子	娘
介護度（退院時）	要介護3	要介護5	要介護1
サービス継続先	B病院指定居宅事業所介護支援	C訪問看護ステーション	Dケアプラン相談センター

表 1. 研究参加者の属性

1. 【自宅退院を決めた理由】は、表 2 に示すように 4 つのカテゴリーから成り立っていた。3 患者が共通して述べられていたことは、住み慣れた自宅に帰りたという強い思いであった。自宅に帰るために、リハビリに意欲的に取り組んだ結果、身体の回復に伴い自宅へ帰れるという自信がつき、自宅退院を望む思いが強くなっていった。一方、家族の思いは、3 家族中、2 家族は疾患を抱えながらも自宅で生活することは難しいと感じながら、患者の願望に添うような形で自宅退院を決めていた。3 家族とも、患者の思いを尊重した結果自宅退院という選択をしていた。

カテゴリー	サブカテゴリー
患者が強く自宅での生活を望み、自宅が最高の環境である	患者はADLが低下した状態ではあるが、どうしても自宅に帰りたかった
	患者は自宅が最高の環境である
	家族は患者が強く自宅退院を望み、その思いを叶えた
リハビリを受けて自宅での生活に自信がついた	患者はリハビリを受けて自宅での生活に自信がついた
病院より退院後の療養の場を確認された時に、主介護者も自宅を選択した	家族は自宅か施設かの選択になった時に自宅を選択した
	家族は患者が入院という環境の変化によってせん妄になっていた為、今回は自宅に連れて帰ろうと思った
転院予定であったが、転院期間が長くなる理由で、自宅退院を勧められた	リハビリ転院する予定であったが、転院先に空きがなく、転院に時間がかかるという理由で、急に病院から自宅退院を勧められて決めた

表 2. 自宅退院を決めた理由

2. 【自宅退院を決めた時期】は、表 3 に示すように 3 家族とも時期は様々であった。

カテゴリー	サブカテゴリー
受傷後入院してすぐの急性期	受傷してすぐの時から
医師より退院の話が出た寛解期	医師より退院の話が出た時
	今後の療養の場を、病院か施設のどちらにするかの話があった時
車椅子での生活が可能になった回復期	リハビリを続けていく中で、移乗や車椅子での生活が可能になってきた時

表 3. 自宅退院を決めた時期

3. 【自宅退院を決めた時に、何に不安を感じたか】は、表 4 で示すように 3 つのカテゴリーから成り立っていた。主介護者の思いがほとんどであり、患者は、日常生活全般に何らかの介護や援助が必要で、主介護者は介護技術に対する不安、自身の健康の不安、いつまで続くかわからない自宅介護への不安などが聞かれていた。

カテゴリー	サブカテゴリー
主介護者の健康の不安や途方もない介護負担	主介護者である自分も脳梗塞の後遺症があり、麻痺のある夫が自宅退院となると介護が多く、自分の健康も心配
	退院したら全てにおいて介護が必要なので、本当にできるのかが心配
	何もかも、すべてにおいて不安
症状が緩和されていないことによる対処方法	症状が緩和されていないことによる対処方法への不安、自宅での対処の困難さに困惑
食事の形態も入院前とは違い、家でできるのかが心配	食事の形態も入院前とは違い、家でできるのかが心配

表 4. 自宅退院を決めた時に、何に不安を感じたか

4. 【退院後の生活で困った事】は表 5 に示すように、9 つのカテゴリーで成り立っていた。自宅退院をして

みて、実際に困ったことに直面した事が挙げられていた。日常生活を送っていくなかでの困った事、患者の体調不良時の対応・対処方法の事、患者に危険が及ばないように、いつも患者を見守っていないといけないという負担感や、介護に対する、身体的・精神的負担感が大きいなど、主介護者の思いが多く聞かれた。

カテゴリー	サブカテゴリー
排便コントロールができるような、バランスの良い食生活にすること	排便コントロールができるような、バランスの良い食生活にすることが大変
何を食べさせ、どのような食形態にしたら良いのかが慣れてくるまでは大変	どれくらいの食形態で、何を食べさせたら良いか慣れてくるまでは大変
精神的にも肉体的にも介護負担があり、身体が休まらない	精神的にも肉体的にも休まる時がない
	介護にもものすごく負担を感じている自分の体調不良時、介護することが大変だと感じる
退院前に準備した福祉用具が、実際は生活に適さない	退院時、身体に合わせて車椅子を作ったが、実際には家のテーブルなどに高さが合わず生活しにくい
排便コントロールや下痢した時の対処	排便コントロールが家族では対処できない 介護経験不足で、便失禁、特に下痢をした後の対処が大変
疼痛時、鎮痛剤で緩和されない時の対処や沢山の内服薬の管理	疼痛出現時、鎮痛剤で緩和されない時の対処方法に困惑
	退院時、薬が沢山あって管理が大変
病院休診日の緊急時対応	病院休診日に体調不良になると、家族では対処が困難
常に目を離せないという負担感	家族が見ていない時に動いてしまう。転倒の心配がつきない

表 5. 退院後の生活で困ったこと

5. 【自宅退院後、困った事をどのように解決したか】
は、1つのカテゴリーで成り立っていた。いずれも困ったことに対しケアマネージャーに相談しており、サービスの見直しや調整を行うことで解決できていた。

カテゴリー	サブカテゴリー
排泄習慣や休息、生活様式に困り、社会資源を活用	排便コントロールに困っているが、訪問看護を利用している為、利用回数を増やしたりして対応していた
	家族は夜間の休息や、気分転換が必要な為、デイサービスやショートステイを定期的に利用することにした
	住宅改修をして「して車椅子で外出できるようにした

表 6. 自宅退院後、困った事をどのように解決したか

Ⅶ. 考 察

患者は、住み慣れた自宅に帰りたい思いが強く、又主介護者は、患者の願いを叶えてあげたいという思いがある一方で、介護負担の問題や自身の健康状態の心

配などがあり、本当に自宅退院で大丈夫なのだろうかという強い不安や葛藤を持っていることが明らかになった。「介護認定を受けてからの自宅介護年数は6.3年±4.5年で、介護が長期にわたっていることがうかがえた。」と中越らは述べている（中越・武政・南場，2014，p.868）。

先の見えない介護で、主介護者の精神的、肉体的負担は大きく、1人で抱え込まないことが、自宅で療養する1つの要素であることがわかった。インタビューした主介護者3名の内2名は、「なんとかなるさ」、「やってみないとわからない」などと深く考え込まず、まずはやってみようという前向きな捉え方ができていた。

退院を自宅に決めた時期は、3人の患者中、1人は初期から自宅に帰ろうとの思いがあり、他の2人は、後半の回復期や寛解期であった。家族側も医師より、退院の話が出てから自宅に連れて帰ろうと決断しているようであった。自宅退院するにあたり不安要素は家族側に多くみられ、自身の健康や実際行ったことのない介護への不安や、食事の心配、又は何もかもが不安であったとの話が聞かれた。退院しても、下痢になったり、便秘になったり排便コントロールに困った家族が多く、下痢で全身便だらけになった排便後の後処理などに困っていた。また、患者が疼痛などを訴えた時の対処も、鎮痛剤で効果がない時どうして良いかわからなかった。体調の変化が、必ず病院休診日の土日にあり、対処に困ったなどの話しも聞かれた。

渡辺らは、「在宅で介護を行っている家族は、状態の悪化に対する不安や、将来に対する不確さ、介護のあり方への迷い、介護環境への迷い、病者と関わる中で様々な迷いや困惑、不安などの心理的揺らぎを抱えている。在宅看護と育児を比較して、介護はゴールが見えない不確かな道のりである」と述べている。（渡辺裕子，2001，pp131-138）入院中から予測可能な問題には、家族指導がもっと必要であった事がわかった。

今回インタビューに応じた患者と主介護者が利用したサービスは、表1で示すように訪問看護、デイサービスであり介護休息時間のとれるショートステイは利用していなかった。患者は、住み慣れた自宅で生活で

きる喜びが大きく、不安の訴えはほとんど聞かれなかった。一方、主介護者は、精神的にも、肉体的にも休まる時がない、介護にもものすごく負担を感じていると返答しており、主介護者の介護休息時間が不十分であることが明らかになった。

これらのことから、患者がショートステイなどの社会資源の活用をすることで、主介護者が夜間ゆっくり休息出来、時間を気にしないで気分転換を図ることができるような介入が必要であると考えられる。今後看護師は、自宅退院する患者を入院時から、患者と主介護者の退院後の生活をアセスメントし、患者と主介護者が安心して自宅退院出来るような看護介入が必要である。そのためには、自宅退院する患者や主介護者に、必要な社会資源を伝えられるように知識習得と活用が必要であり、退院支援課やリハビリなど他職種と連携を密にしていくことも重要となる。

VIII. 結 論

1. 看護師は、入院時から患者と主介護者の自宅退院に対する思いを意図的に情報収集し、患者や主介護者の不安要因を把握する。
2. 看護師は、患者と主介護者が抱える不安要因を解決するために、適切な介護知識と技術、更に、その患者と主介護者に必要な社会資源の提供を行う。

IX. 研究の限界と今後の展望

今回の研究では、患者の年齢や疾患、家族背景などが異なり、対象者が3家族6名と少なく、自宅退院した患者と主介護者の生活状況と思いを明らかにするには限界があった。今後は、自宅退院する患者と主介護者の生活状況と思いを入院時から捉え、その思いを尊重した上でより現実的で具体的な介入と支援をしていく事が大切である。

X. 謝 辞

本研究にあたりご協力頂きました患者と主介護者ならびに、北中師長、部川師長はじめ当病棟師長に心より感謝申し上げます。

文 献

- 中越龍馬・武政誠一・南場芳文・森岡寛文・雄山正宗・中山可奈子 (2014). 介護保険制度の利用における家族介護者の満足度と家族介護者の経済状況. 理学療法科学 29, 867-868.
- 藤澤まこと (2012). 医療機関の退院支援の向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部) -医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化-. 岐阜県立看護大学紀要, 12 (1), 57.
- 渡辺裕子 (2001). 家族看護学を基盤とした在宅看護論 I (概論編), 日本看護協会出版会. 東京, 2001. pp. 131-138
- 横山慎一郎・西田佳世 (2014). 認知症高齢者の在宅介護をしている家族介護者の自分らしい生き方を支える要因. Hospice and Home Care, 22 (3), 282-289.