

# 高齢脳血管障害患者の退院援助における 「看護プロセス」に関する研究

松岡 千代<sup>1)</sup>

## 要 旨

高齢脳血管障害患者の退院援助は、近年の入院期間短縮という医療情勢の影響を受けて、高齢者ケアにおける重要な取組課題となっている。本研究の目的は、高齢脳血管障害患者に対する看護師の退院援助に焦点を当て、その過程の中で看護師はどのような観点から何を行っているのか、そのプロセスの全体像を質的帰納的に明らかにすることである。この目的を果たすために、優れた退院援助を行っている病院に勤務する看護師3名を対象とし、高齢脳血管障害患者の退院援助の事例について、看護師として実際に行ったこと、またその際に考えたことを中心にin-depthインタビューを実施し、それを逐語録としてデータ化した。データの分析は、修正版M-GTA(グラウンデッド・セオリー・アプローチ)法を用いて行い、その結果、1つのコアカテゴリーと6つのカテゴリー、21の概念を生成した。

看護師による高齢脳血管障害患者の退院援助プロセスとは、【生活鳥瞰図からの水先案内】をコアカテゴリーとした看護活動である。このコアカテゴリーは、【退院に向けての航行】、【航路(退院先)の確認】、【帰宅準備支援】の3カテゴリーから構成され、職種間の【潤滑油としてのコラボレーション】や、病院・周辺地域における【在宅への熱意】、そして【在院日数短縮の圧力】という3つのコンテキスト(カテゴリー)に支えられ、また影響を受けていることが明らかとなった。

キーワード：退院援助、高齢患者、脳血管障害、グラウンデッド・セオリー・アプローチ、質的研究

## I. はじめに

2000年度より介護保険制度が導入され、現在その見直しが行われるなど、高齢者を取り巻く保健・医療・福祉の様々なシステムは大きく変化している最中にある。こうした動きの中では、高齢者ケアにおいてもその影響は免れず、新しい実践方法が取り入れられることとなる。その代表的なものが、地域においては包括的サービス提供を意図した「ケアマネジメント」<sup>注1)</sup>であり、また病院内においては入院期間の短縮を意図した「退院援助」<sup>注2)</sup>であるといえる。

後者の退院援助は、病院におけるケアマネジメ

ントである<sup>1)</sup>とも言われ、後期高齢者がスクリーニング基準において退院援助の対象になる<sup>2)</sup>ことから、高齢者ケアにおいて必要不可欠なものであると考えられる。欧米では、その効果についての検証もされており<sup>3)</sup>、また退院援助における看護師の先導的な役割が期待されていることから<sup>4)</sup>、今後我が国においてより一層の広がりを持って展開されていくことが予測される。

以上のように、先行研究においてその効果が明らかになっており、また総論的・テキスト的な書籍<sup>1, 2, 5-7)</sup>も出版されていることから、退院援助に関わる知識の拡大は成されてきているといえよう。しかし、退院先や入院期間が退院援助のアウト

1) 兵庫県立大学 看護学部 老人看護学

トカム指標として用いられる一方で、実際の退院援助のプロセスにはほとんど関心が払われなかった<sup>8)</sup>と指摘されるように、退院援助に関する詳細なプロセス研究はほとんどないのが現状である。このような中で三毛<sup>9)</sup>は、大学病院のソーシャルワーカーが行う退院援助プロセスを詳細に明らかにし、実践可能なグラウンデッド・セオリーを構築しており、実践への大きな貢献を果たしている。

一方で、先に指摘したように看護師による退院援助のプロセス研究はまだ十分に蓄積されておらず、今後特にソーシャルワーカーが配置されていない病院において、看護師が退院援助の中心的な役割を担うことが期待されていることから、そのプロセスに関する研究が必要であると考えられた。また、本研究の動機付けの一端として、外部から見て優れた退院援助を行っている病院とその関連機関に所属する看護師に対し、何故うまくいっているのか、その秘訣は何かと尋ねても、「よくわからない」との返答があり、その内容について実践者が言語化できない現状を残念に感じたこともある。

そこで本研究では、高齢脳血管障害患者に対する看護師の退院援助に焦点を当て、その過程の中で看護師はどのような観点から何を行っているのか、そのプロセスの全体像を質的帰納的に明らかにすることを目的とした。こうした主題に絞った背景には、高齢脳血管障害患者が少なからず後遺症を抱えて退院することからその過程が複雑であることや、加えて退院においては患者だけではなく家族の意向が絡んでくることから、そのプロセスを分析、構築していくにおいて幅広い様々な事象が明らかになると考えたからである。

また、看護師の行う退院援助のプロセスを明らかにすることをとおして、様々な専門職が同時に関わる退院援助における看護(実践)の独自性、専門性についても言及していけるものと考えられた。特に、優れた退院援助のプロセスを分析することにより、看護師による退院援助のモデルの提示も可能であると思われる。

なお本研究は、看護師による退院援助プロセスの全容を明らかにするためのパイロットスタディと位置づけられ、本論文ではその中間報告として分析結果と考察の提示を行う。

## Ⅱ. 研究の対象と方法

### 1. 研究対象者

高齢脳血管障害患者に対して優れた退院援助を行っている病院に勤務する看護師を対象とした。具体的には、入院から在宅への退院への移行がスムーズに行われている地方のA基幹病院の看護管理者に研究の主旨を説明し、高齢脳血管障害患者の退院援助に関わった経験を一年以上もつ看護師3名の紹介を得た。看護師3名の経験年数は6年から8年で、現在神経内科病棟または回復期リハビリ病棟に勤務しており、高齢脳血管障害患者の退院援助に携わっていた。

### 2. 調査方法

#### (1)調査期間

調査期間は、平成16年1月から2月である。

#### (2)データ収集方法

上記3名の看護師に対し、高齢脳血管障害患者の退院援助の事例について、看護師として実際に行ったこと、またその際に考えたことなどを中心にin-depthインタビューを行った。

インタビュー1回あたりの時間は1時間半から2時間で、インタビューの内容は、対象者の許可を得た上でレコーダーに録音した。

#### (3)データ分析方法

インタビューの内容は逐語録として記録して分析データとした。データは、研究対象者一人あたりA4用紙(約1800字)16~22枚で、計58ページからなる。データ分析は、木下<sup>10)</sup>によって開発された修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、修正版M-GTAとする)を用いて行った。

グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下GTAとする)は、人間の社会的相互作用に関係した人間行動の予測に優れており、プロセス的特性を持っている現象を明らかにするのに適していることから、ヒューマンサービス領域の研究にその有効性を発揮するとされている<sup>11)</sup>。しかしながら、GTAと一口で言っても、我が国においては数種類の方法が紹介されている現状がある<sup>12)</sup>。

本研究において修正版M-GTAを採用した理由は、①従来GTAが限定的な研究領域の限定的なテーマの探索に適していること、②修正版M-GTAがデータの切片化を柔軟にとらえて現象の大きな流れやデータのまとまりや統合性を重視することから、プロセス的特性を強く持つ本研究のテーマに適していること、③分析手順が分析ワークシートと呼ばれる書式を用いてわかりやすく体系化されていることである。

#### (4) データ分析手順

データ分析は修正版M-GTAに基づき、まずインタビューデータ全体を熟読した上で、「高齢脳血管障害患者の看護師の退院援助プロセス」という分析テーマに関連した箇所に着目し、それを具体例(バリエーション)として抽出した。これらの具体例に関連して、他の類似具体例をデータから探索し、抽出された具体例について研究対象者の行為や認識に照らして解釈を行って定義し、説明できる概念を生成した。解釈の恣意性を防ぐために、理論的メモを活用して解釈の際に考えられた他の解釈を記録し、また類似例が豊富にあることを確認しながら比較検討を継続的に行った。

これら分析の経過は、「概念名」、「定義」、「バリエーション」、「理論的メモ」欄から構成される分析ワークシートを用いて、個々の概念毎に記録した。修正版M-GTAでは、このように生成された概念が最小の分析単位になる。

分析のスーパービジョンに関しては、初期の分析段階においては、木下のM-GTA<sup>13)</sup>(修正版M-GTAの前段階の方法論：修正ストラウス・グレー

ザー版)に習熟したスーパーバイザーの指導を受け、概念の全体像の構成に関してスーパービジョンを受けた。

その後、修正版M-GTAを採用することとし、修正版M-GTAの習熟者を中心とした研究会に参加してその手順を学び、それに準じながら筆者による解釈を中心として概念を生成した。概念生成からカテゴリーへの収束化の過程においては、先の研究会においてピア・スーパービジョンを受けている。

#### (5) 概念生成の例示

本研究で行った概念の生成過程について以下に例示する。退院援助における看護師の役割(文章中では「ウリ」)について、「情報とか意見とか、そういうのを集めて〈…〉、こういうところはこういう人をお願いした方がいいだとか、そういうのをどういうんですかね、仕切る役といたしますか、何か調整したりね、結局そういうふうな役割があるような気がしますけどね」という語りの部分について、筆者は高齢患者の様々な情報を収集してアセスメントを行い、その上で必要なケアについて割り振りをしていると解釈した。そこで、「生活背景と全体像を把握した上での必要なケアの調整と仕切り」と定義し、概念名を「ケアの交通整理」とした。他のバリエーション例では、必要なケアとして介護指導を看護師が直接始めたり、ソーシャルワーカーに在宅介護器具に関する情報提供の依頼を行ったりしていた。

### 3. 倫理的配慮

今回、研究協力機関の看護管理者への研究依頼をとおして研究協力者(対象者)の紹介を得たという経緯があり、そのために研究対象者に対して研究協力への強制力が働くことが考えられた。そこで、看護管理者に対して、研究協力は対象者の自由意思を前提としており、強制力が働かないよう十分な配慮してもらうことを説明した。

さらに、研究協力者に依頼する際にも強制力が

働いていないことを確認した上で、研究依頼書に基づいて研究の主旨と、研究への参加は自由意思によるものでありいつでも断ることができること、プライバシーの保護について個人と施設が特定されないよう配慮することについて説明し、研究協力の同意を得た。

### Ⅲ. 結果と考察

修正版M-GTAによる分析の結果、1つのコアカテゴリと6つのカテゴリ、21の概念を生成した。その関連性を示したものが図1である。以下、文章中では、カテゴリを【】、概念を『』で示し、研究対象者の叙述部分を「」、そのうち中略した部分を〈…〉として示す。

修正版M-GTAではデータの確認を継続的に行いながら解釈を確定することをプロセスとして進行していることから、結果には考察の要素が自動的に含まれる<sup>14)</sup>。そこで、結果の記述に関しては、データの解釈を含めた考察を含めて述べることにする。

#### 1. ストーリーライン

看護師による高齢脳血管障害患者の退院援助プロセスとは、【生活鳥瞰図からの水先案内】を中心とした看護活動である。看護師は、24時間という時間の流れの中で、患者・家族の今の入院生活に密着しながら生活背景を含めた生活の全体像を把握しつつ、【退院に向けての航行】、すなわち退院後の生活を見据えた上で必要とされるきめ細かい看護援助を行い、また他職種との関係の中では調整役となりながら、退院というゴールを目指して患者・家族の支援を行っている。退院までの過程においては、退院先を本人・家族の意思に沿いつつ確認し、カンファレンスを開催しながら【航路の確認】を行っており、自宅への退院が決まれば、【帰宅準備支援】を総力を挙げて実践する。

また、これらの看護師の退院援助プロセスを支えるコンテキストとして、関係する職種間に【潤

滑油としてのコラボレーション】や、病院・地域において【在宅への熱意】が存在していることが在宅への退院援助を可能にしている要因として働いている。一方で、今日の医療状況に応じて【在院日数短縮の圧力】も働いていることも否めず、そのことが退院援助を加速させているといえる。

以下に、明らかになったカテゴリと概念について、カテゴリ毎にまとめて提示しながら、それらの関係を含めて説明する。

#### 2. 【生活鳥瞰図からの水先案内】

このカテゴリは、高齢脳血管障害患者の退院援助における看護プロセスの中心となるカテゴリ、すなわちコア・カテゴリであると考えられた。それは、入院から退院までの過程の中で、看護師が一貫して持ち続ける姿勢として、現在の入院生活を基点としながら、患者・家族の入院中から退院後の生活という大海原（全体像）を鳥瞰図的な視点からとらえ、退院というゴールに向けて本人・家族そして他職種に対しての水先案内をしているからである。

このコアカテゴリは、3つのカテゴリと15の概念から構成される。以下、それらについて順に述べる。

##### (1) 【退院に向けての航行】

このカテゴリは、看護師が退院に向けて継続的に行うベーシックな援助を示しており、患者・家族に対して行われる直接的な援助と、他職種に対して行う間接的な援助の部分からなる。

##### ①患者・家族に対して

患者・家族に対する直接的な関わりとして、『細かいケアによる穴埋め』、『リハビリ訓練の「生活リハビリ」への変換』、『日常生活拡大上のリスク管理』、『精神面の見守り』という4概念を生成した。

看護師は、入院から退院までの間、24時間の生活に密着して継続的に援助をしており、患者・家

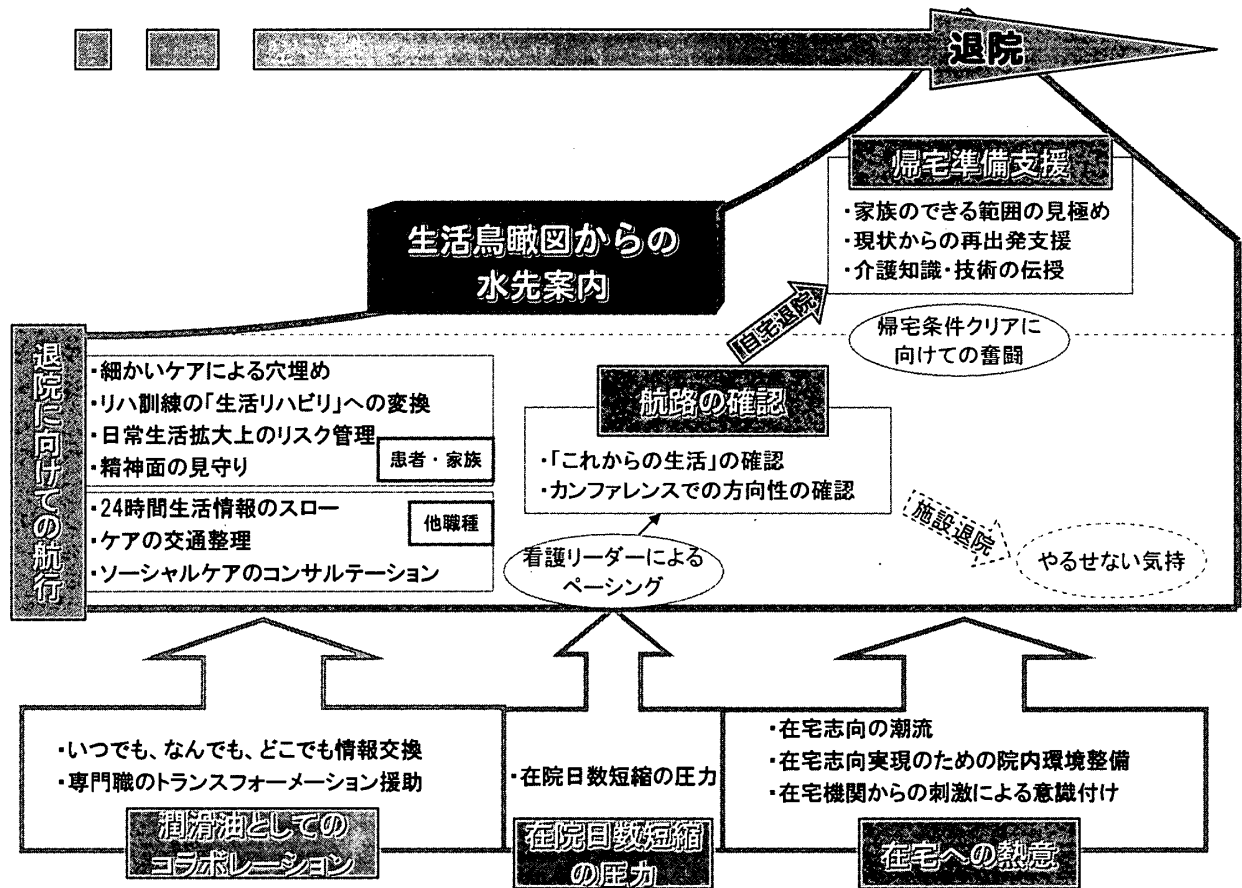


図1 高齢脳血管障害患者の退院援助における看護プロセス

族の状況やその変化を逐次とらえやすい状況にいるといえる。さらに看護師は、退院援助に当たって必要とされる通常のケアに加えて、患者・家族の状況に応じた見逃されやすい細かいケアを発見して穴埋めをする職種として存在しており、そのことから『細かいケアによる穴埋め』という概念を生成した。ある看護師は、「例えば食事ひとつにとっても〈…〉栄養指導っていうことも必要になってくるところをやっぱり伝えていってあげないと〈…〉、火の取り扱いとか、そういう細かなところ…」を見ていくのが看護師であると述べている。

また、脳血管障害患者に対する特有の援助としては、少なからず発生する後遺症(片麻痺などの障害)に対するリハビリテーション(以下、リハビリとする)を、従来の「訓練室で行う古典的なりハビリ」(以下、リハ訓練とする)ではなく、日常生活全般の中に「生活リハビリ」として継続的に取

り込んで実施しており、このことから『リハ訓練の「生活リハビリ」への変換』という概念を生成した。

この「生活リハビリ」への変換には、患者本人と家族の中にある「理学療法士、作業療法士の先生」によるリハ訓練こそが患者のためになるという意識を、普段の生活自体が訓練として重要であるという意識に時間をかけて変えていくことが含まれている。しかし、この意識の変革は、実は患者・家族だけではなく、それに先だって看護師を含めた専門職自身に必要なことも語られている。このことについてある看護師は、「セラピストさんの訓練っていうのが具体的によくなってきたら、今度はそれを退院時の生活、それで今普段の日常生活につなげるってところで、継続して訓練ってところをさしてもらっているんですよね」、「何かこう固定観念っていうのがあって、〈…〉やっぱり、すごい私たちもその意識の変革っていう

のをせんなんかったし」と話している。また看護師が回復期・リハビリ期の「生活リハビリ」の実施にあたって縁の下の力持ちの役割を果たしていることも述べられていた。

次に、退院に向けて日常生活を拡大していく際には、現状から予測されるリスクを管理する必要性が生じる。この中で看護師は、転倒骨折予防のためのセーフヒップ(下着状のサポーター)の購入をすすめたりしながら『日常生活拡大上のリスク管理』を行っていた。ある看護師は、他の職種(特に介護職)との違いについて「基本的なことはされてると思うけど、〈…〉そういうリスク管理とか、そういうところはやっぱり私たちが、責任もって主でやっていることですし」と語り、それが看護師としてのプライドにつながる部分だと述べている。

最後に、患者・家族に対する退院援助の中で、看護師は『精神面の見守り』という精神的援助を行っていた。これは、脳血管障害患者の場合、障害による喪失体験をしていることから、例えばリハビリの促進において、時には患者・家族の心情にあわせ、立ち止まって見守りつつタイミングを押し量って援助をしていくことを意味している。このことについてある看護師は、「でも、そういう字を書きたくないっていうときもあれば、〈…〉やっぱり温かく見守ってあげるっていうことがすごい大事やし、書きたくないっていうのを無理に書かすっていうのが、やっぱりね、時期っていうのがあるんで」と述べ、「そういう精神的な面っていうのが看護師が一番かかわるところやと思いますし」と語っていた。

以上のことをまとめると、看護師は患者・家族に対して、24時間という生活時間のスパンをとおして、細かいケアを行うことによってその漏れがないように穴埋めを行いつつ、退院に向けての「生活リハビリ」を実施し、その際には発生が予測されるリスクを管理して、患者・家族の心情に沿った精神面での支えながら退院援助を行っていることが浮かび上がってきた。

## ②他職種に対して

退院援助における他職種への関わりとして、『24時間生活情報のスロー』、『ケアの交通整理』、『ソーシャルケアのコンサルテーション』の3概念を生成した。

退院援助において看護師は、日常の入院生活を24時間トータルに見ているということから、患者・家族の細かな情報をキャッチして、患者・家族に対しては先に示した『細かいケアによる穴埋め』を行い、他職種に対しては退院援助上必要と思われる情報を提供している。このことについてある看護師は、「(ソーシャルワーカーは)普段の生活っていうところをやっぱり日中、夜間とおして見とられなので、そういう情報提供っていうところは具体的に私たちが伝えて〈…〉」と述べており、この普段の生活をトータルに見ることこそが看護師の強みであると語っている。また、「そういう細かい情報提供をしてそれぞれの専門のものが生かしていけるように、働き掛けるっていうところが看護師の大きな役割かな」とも語っていることから、看護師は『24時間生活情報のスロー』を行い、結果として他職種の退院援助がうまく行えるように他職種の側面的なサポートをしていることがわかった。

また、看護師は収集した様々な生活情報を他職種に提供するだけでなく、患者・家族の退院に向けて必要なケアをアセスメントし、誰に振り分けるのが適切かを判断してケアの調整を行っていた。ある看護師は、「やっぱり専門性がありますので、そういうところはこの職種の人に、このへんはもう全面的に依頼したほうがいいなとか、そういうのも判断しながらしていかないといけないと思いますね」と表現しており、また別の看護師は、退院援助のためには「そういう背景とか、やっぱり全体像をやっぱり看護師は把握していかないとあかんと思うし」と述べている。このように、看護師は、24時間の生活情報のみではなく、生活背景を視野に入れた全体像を把握した上で患者・家族にとって必要な『ケアの交通整理』を行ってい

ると考えられた。

その上で、退院後の生活の再構築に必要である介護認定やサービス利用や、また経済的な問題に関しては、ソーシャルワーカーやケアマネジャーに相談を依頼して退院援助を間接的に促進していた。ある看護師は、「やっぱりこう、経済状態とか、まあそういうことはなかなか看護師側では入っていけないところもありまして、そういうことなんかを（ソーシャルワーカーに）お願いしたりすることもあります」と述べており、これらのことから『ソーシャルケアのコンサルテーション』という概念を生成した。退院援助における他職種へのタイムリーな紹介(referral)は、その促進において重要であることが指摘されており<sup>15)</sup>、このことから看護師は『ソーシャルケアのコンサルテーション』によって退院援助を側面的に推進していると考えられた。

また先の看護師は、ソーシャルケアに関してソーシャルワーカーに任せている部分もあると述べており、その背景には、後述の【在宅への熱意】の中で説明するように、院内に力量のあるソーシャルワーカーが配置されていることが影響していると考えられた。

以上のことから、看護師は退院援助における他職種との関わりにおいて、24時間の生活の視点から細かい生活情報を提供し、生活背景を含めた患者・家族の全体像という視点から必要なケアの交通整理を行っていた。また退院後に求められるソーシャルケアに関しては、適切な職種にコンサルテーションを行わないつつ、他職種による退院援助が患者・家族にとって有効となるように間接的なサポートしていることが示唆された。

## (2) 【航路の確認】

看護師は、退院先がどこであれ入院から退院にかけて【生活鳥瞰図からの水先案内】という退院援助を行っているのであるが、ある時期を契機に退院の方向性を確認することとなる。このターニングポイントにあたるのが【航路の確認】である。

このカテゴリーは、『「これからの生活」の確認』と『カンファレンスでの方向性の確認』からなる。

『「これからの生活」の確認』とは、脳血管障害発生後、急性期の治療を終えてリハビリを継続していく中で、患者・家族が退院後の生活をどのように考えていくのかを、双方の本音を引き出しつつ、意思決定の確認をしていくことである。ここで重要なのが、あくまでも「これからの生活」を決めるのは患者・家族であって専門職ではないということである。

福島<sup>16)</sup>は、患者・家族の移行期(入院から退院)の問題は、生活史や人間関係、価値観、ライフスタイルなどが深く関わっており、個性が高いゆえに専門職の判断だけでは真のニーズが特定できないと述べている。このことについてある看護師は、「やっぱり看護師が決めれないことが多いので退院に関しては」と語り、また別の看護師は、「やっぱり本当の思いとかを聞き出して、本当にどうしてあげるのその人や家族に対して一番いいのかということを考えていけないといけないと思いますし。もう看護師だけの、私たちの思いだけでは、本当にその人が幸せなのかわからないですし…」と述べている。このように看護師は、患者・家族の思いや意見を基盤としてそれを尊重する中で退院援助を進めていることがわかった。

また、患者・家族の意向を確認すると同時並行して、『カンファレンスでの方向性の確認』が行われていた。この「カンファレンス」には、退院援助に関わる多職種が参加しており、限られた時間の中で情報交換を行って、援助の方向性を確認し、その後の援助につなげていた。例えば、「毎週、先生やソーシャルワーカー、薬局、リハビリ、そして看護師とカンファレンスをして、回診に回られるので、〈…〉それで結構積極的に動く形になりますかね」とある看護師は述べている。このように多職種が一堂に会するカンファレンスの場で援助の方向性が一度に確認できることで、その先の退院援助の方向性が職種によって異なるようなことが無く、統一した援助を行っていくことが

可能になっていると考えられた。

### (3) 【帰宅準備支援】

【航路の確認】により退院の方向性が自宅退院に決まったところで、【帰宅準備支援】が開始される。【帰宅準備支援】は、『家族のできる範囲の見極め』、『現状からの再出発支援』、『介護知識・技術の伝授』からなり、看護師は総力を挙げてその援助に取り組むこととなる。

この『家族のできる範囲の見極め』は、高齢脳血管障害患者の退院援助において特徴的に表れる概念であると考えられた。それは高齢患者が自宅に戻る場合、本人の機能回復程度に加えて、家族がどれくらい退院後の生活に関与し、それを支えていけるのかが重要になるからである。この見極めの中には、家族の介護意欲やその力量だけではなく、高齢患者と家族とのこれまでの関係や家族の健康状態、そして介護負担の予測も含まれており、家族が無理なくできる範囲を総合的に見極めて必要な援助の提供につなげていた。

ある看護師は、嫁姑関係の拗れのある家族に対して、「家族の方のそういう〈…〉長年の積み重ねってのはやっぱり私たちにはわからない部分もあるし、それを無理矢理に『面倒見てください』っていうのは押しつけになってしまうので、できる限り家族の方が苦にならないようなかかわり方がどこまでできるのかってところが引き出しとして援助するってことが大事ですかね」と述べている。退院援助においては、家族を資源として捉えるのではなく、「家族をケアする発想」が必要である<sup>16)</sup>。『家族のできる範囲の見極め』は、家族全体をアセスメントしつつ、中長期的な介護が継続できるように、家族を支援する援助であると考えられた。

『現状からの再出発支援』もまた、高齢脳血管障害患者への退院援助に特有な概念であると考えられた。高齢者は、加齢に伴う身体的な機能低下に加えて脳血管障害を患っており、その機能回復速度や到達レベルも、やはり成人期とは同じではな

い。しかしながら、家族はリハビリをすれば元の生活に戻れるとの過度の期待を患者によせてしまい、そのことが患者への精神的負担ともなりうる。

このような状況に対して看護師は、「やっぱり脳血管障害ってところを家族の方が理解されていないんだってところが〈…〉」、「そういう方にはやっぱり現状を伝えていってあげるということがすごく大事かなと」考え、希望と現実のギャップを埋めながら患者・家族の再出発の支援を行っていた。郷間<sup>17)</sup>は、脳梗塞発症後の高齢者の退院阻害要因について、家族の「退院に関する現実的状況認識の不足」を提示し、家族員各人の認識のアセスメントを踏まえた支援を行う必要性を指摘しており、このことは先の結果と一致していると考えられた。

【帰宅準備支援】における看護師の重要な役割として、『介護知識・技術の伝授』を実施していくことがある。脳血管疾患により様々な機能障害を持つ高齢者の介護において、家族が患者の健康状態と生活を維持していくための知識・技術を習得していくことは必須である。看護師は『家族のできる範囲の見極め』を行いながら、患者・家族の実状に合わせて必要な知識・技術を適切に伝えていこうとしていた。この療養上の知識・技術の伝授は、従来より退院後のアフターケアとして食事、服薬、生活の仕方などについて行われてきた退院指導<sup>18, 19)</sup>であると考えられる。

ある看護師は、「看護婦のほうは在宅での介護が、どういうことが必要かっていうのを考えて、一通り基本的なことは指導させていただいたり〈…〉、退院まではもうそれにかかります」、また「在宅に向けてやっぱり介護指導ですかね、一番関わるのは」と述べている。またこの概念のバリエーションが豊富なことから、看護師の退院援助における実際の活動として多く実践されていることが推測された。この介護知識・技術には、嚥下障害発症に伴う経管栄養の管理や吸引、排泄介助方法、認知障害のある一人暮らし高齢者の内服自己管理の支援方法などが多岐にわたって含まれ



ていた。

#### (4)その他の概念

【生活鳥瞰図からの水先案内】において、カテゴリーに含めることができず、かつ他のカテゴリーと概念との関係の中で説明力をもつ概念が幾つか生成された。以下、それらについて説明を加えたい。

まず、『看護リーダーによるペーシング』は、看護師長やチームリーダーが中心となって、患者・家族の状況や退院援助の進み具合を確認しつつ助言を行い、受持看護師の退院援助のサポートをすることである。その背景には、後述する【在院日数短縮の圧力】によって病棟管理上ベッドコントロールを意識せざるを得ず、そのことが【航路の確認】の実施に影響を及ぼし、退院援助のペースアップ要因として働いていると考えられた。ある看護師は、「師長の方も、ベッド数改善させるためにいろいろいわれるんですけども、〈…〉カンファレンスの時に見直してみたりとかして、この人がどうなるとるだろうって思ったら、やっぱりそのときにちょっと声掛けてみたりとか、師長の方もすごい情報をもっておられるので師長に相談してみたりとか〈…〉」と述べており、看護リーダーと共に退院援助を推し進めていることがわかった。

次に、【航路の確認】を行う中で、自宅に帰る条件として、患者の機能回復状態があるレベルに達していることが求められる場合がある。例えばある看護師は、「普段の入院生活の中では、トイレ一人でしてもらえるかな、日中、夜間とおしてどうかなってところやけれど、それができないと帰れないってところでは、この方は大変だった」と述べている。後述のように病院全体に【在宅への熱意】がある状況において、看護師は在宅での生活が可能であれば何とか自宅退院してもらいたいという強い気持ちを持っていた。そのため、自宅退院に向けて出された条件に対して、それを何とかクリアしようと懸命に援助していた。この

ようなことから『帰宅条件クリアに向けての奮闘』という概念を生成した。

一方、【航路の確認】において、他施設への退院が決まった場合、先の【在宅への熱意】の影響を受けて、本当に施設退院という結果でよかったのか、本人・家族の本音は十分引き出せたのか、何とかできなかったのかという『やるせない気持ち』に陥いることも分かった。ある看護師は、「もうちょっと話ができ、深いところのお気持ちが引き出せたら、また違う方向にいったんかもしれないなと思います」とか、「ご家族の方のこととかも考えてみたら、それは仕方ないのかなと思ったりもしました」と語り、「悲しいけどそういう現実になってしまう」とその気持を表現していた。

今回自宅退院事例を中心にインタビューを行ったことから、他施設への退院決定後の看護プロセスについては十分に明らかにすることができなかったが、この部分は、自宅退院例に対する対極例であるとも考えられ、今後理論的サンプリングを行って、プロセスの補充を行っていく必要がある。

以上、看護師の退院援助のプロセスのコアカテゴリーである【生活鳥瞰図からの水先案内】を説明してきたが、この鳥瞰図的な視点というのは看護師に特有のものではないかと考えられた。

三毛は、ソーシャルワーカーの退院援助における生活を捉える視点として「生活の視座」という概念を生成しており、それは退院直後のみならず中長期的な時間の流れの中で生活を捉えるという点にその特性があると述べている<sup>20)</sup>。すなわちソーシャルワーカーは、退院後に続く中長期的な生活から現在の入院生活を顧みて捉えつつ、その中で退院援助を行っていると考えられた。一方で、看護師は、現在の入院生活に援助の立脚点を置き、そこから退院先の生活を見越して援助を行っていると考えられた。このように両職種とも退院援助において、退院後の「生活」を捉えながら援助を行っているのであるが、その見方や捉え方の方向

性が異なっていることがわかる。この視点の違いこそが重要で、他職種とのコラボレーションが必要とされる根拠もここに存在すると思われた。

### 3. 看護師の退院援助を支えるコンテキスト

先述したように、看護師の退院援助、すなわち【生活鳥瞰図からの水先案内】は、このプロセスを支えて後押しする要因、すなわちいくつかのコンテキストの影響を受けている。これらのコンテキストとは、【潤滑油としてのコラボレーション】、【在宅への熱意】、【在院日数短縮の圧力】というカテゴリから構成される。以下、これらのカテゴリと概念について説明する。

#### (1) 【潤滑油としてのコラボレーション】

このカテゴリは、『いつでも、なんでも、どこでも情報交換』と、『専門職のトランスフォーメーション援助』の概念からなる。

『いつでも、なんでも、どこでも情報交換』とは、文字通り、患者・家族の退院援助に向けて、カンファレンスというフォーマルな場に限らず、ナースステーションや必要であれば患者のベッドサイド、また退院情報を記録する用紙を活用して、必要な情報をタイムリーに提供し合っていることである。この状況についてある看護師は、「すごいラックスして、密に話しあえる」雰囲気病棟に存在しており、「ざっくばらん話しをしているってところがうまくいく秘訣かなんかなあ」と語っている。それに加えて、話しにくい雰囲気の人が少なく、「何か一事例一事例ごとの、情報提供の中で、お互いの信頼関係がないといけませんしね」と、情報交換における職種間の信頼関係が必要であることも述べられていた。

この『いつでも、なんでも、どこでも情報交換』をベースとして展開されているのが、『専門職のトランスフォーメーション援助』である。多職種によるチームアプローチの形態として、マルチモデル(例：医師を頂点とした指示命令系統の元に行

われる援助)、インターモデル(例：多職種間の階層性はなく相互作用をしながら援助を展開)、トランスモデル(例：患者・家族を中心として巻き込みながら多職種による援助を行う)がある<sup>21)</sup>。ある看護師は、退院援助においてやはり家族の協力が必要であることを話した上で、「なのでやっぱり、家族の方とお話をして、先生も巻き込んでっていうところかな」と述べ、また他の看護師は「情報交換といえますか、〈…〉一緒に考えていくとか、協力して、みんなで一つの、一人の人のために力を合わせていくっていうのが大切ではないか」と話している。このようなことから、看護師を含めた専門職の間で、トランスモデルのチームアプローチによる援助が行われていると考えられ、そのことから先のように概念を命名した。

ただし、この『専門職のトランスフォーメーション援助』においては、「患者・家族がこの病院に入院してよかったと思えること」を共通目標とし、一人一人が責任を持って専門分野を生かしつつ役割分担を行いながら援助することなど、多様なプロセスや要素が含まれていることが推測された。しかし、今回の研究目的が退院援助プロセスを明らかにすることにあるので、この概念をそれを支える一要因として位置づけるに止めた。

以上のように、このカテゴリは、看護師の行う退院援助がスムーズに進むように下支えをしている重要な要因であると考えられた。Bowelsら<sup>22)</sup>は、複雑な退院援助過程を成功に導くためには、他職種とコミュニケーションを取る時間とそのためのスキルが必要であり、またコラボレートして情報を統合することが必要であると指摘している。このことから今回生成したこのカテゴリは、退院援助が“うまく”いっている感じられる背景要因として存在していると考えられた。

#### (2) 【在宅への熱意】

このカテゴリは、先の(1)のカテゴリと同様に、看護師の退院援助がスムーズに行える背景として存在していると考えられ、『在宅志向の潮流』、

『在宅志向実現のための院内環境整備』、『在宅機関からの刺激による意識付け』の3概念から構成される。

『在宅志向の潮流』とは、この病院全体に流れる在宅志向の雰囲気表現したもので、看護師はこのメインストリーム(潮流)の中で、自然な意識として自宅退院を目指した退院援助を行っている。ある看護師は、「やっぱり在宅に向けてっていうところはすごい大事な分野ではあるので、〈…〉多分そういうところは、この病院は働きかけてきはったのかな」と述べており、この雰囲気の中で育てられた看護師として、「退院援助に向けてしていかないといけないっていうのをこう、覚え込まされるっていうか、自然に〈…〉」と語っている。このような雰囲気が病院全体に存在する背景として、長年ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅支援を積極的に行って来た経緯があり、その取り組みの結果、専門職の意識改革も含めた病院全体の改革が行われてきたことがあると推測された。

しかし、『在宅志向の潮流』が存在するだけでは退院援助の実行可能性は乏しいと考えられ、この病院ではそれを実現するための環境も整えられていた。まず、自宅退院に向けての社会的支援を行う人材として、看護師が「ソーシャルワーカーが、すごい、この病院では大きいかなあと思う」と語るように、有能なソーシャルワーカーが配備され、そのことが刺激要因として働いていると考えられた。それに加えて、数年前に回復期リハビリ病棟が開設されたことで、患者は回復期においてリハビリを十分受けることができる環境が整っていることから、『在宅志向実現のための院内環境整備』という概念を生成した。

このことについて看護師は、「今は脳梗塞でも家に帰れる見込みとかがある方は、やっぱりリハビリを強化されて、〈…〉大体の方はここはリハビリ病棟ができたので、そちらの方に行って訓練されて帰られる」と述べている。森山は、退院援助のシステムを病院内で構築した経験から、それを

可能とする条件として病院内の経営陣や環境の変化に対するビジョンがあること、地域ケアセンターの存在があること等を指摘している<sup>23)</sup>。今回生成された概念はこれらの条件に合致していることから、退院援助が円滑に行われていることの裏付けとなると考えられた。

『在宅機関からの刺激による意識付け』は、主として併設されている訪問看護ステーションからの刺激を指している。この訪問看護ステーションは、先述したように、以前からALS患者の在宅支援に積極的に取り組んでおり、在宅支援に関する意識も高く経験も豊富である。また、訪問看護ステーションにはケアマネジャーの資格を持つ看護師もおり、自宅退院向けの情報交換の際にカンファレンスや在宅への引き継ぎ時に関わる機会が多い。

ある看護師は、「在宅の方が活発に動いておられて、そちらの方が影響があるというか、在宅の方からも『入院している病棟の方もしっかりしてもらわな困る』』と言われることから、退院援助の意識付けに関して、在宅支援機関からの影響が大きいと述べている。このような刺激は、他の訪問看護ステーションや在宅介護支援事業所、そして保健所や時には退院先施設とのやりとりの中でも起こっていた。これらのことから、退院後の生活を受ける在宅支援機関からの第三者的な評価の刺激は、院内の退院援助を向上する一つの要因となっていることが分かった。

以上のように、相互に関連し合っている3つの概念が生成されたことから【在宅への熱意】というカテゴリーを生成した。Biddington<sup>24)</sup>は、必要な支援サービスと共に自宅への退院をサポートするという熱意は良質な退院援助を生み出す要因の一つであることを示唆しており、この【在宅への熱意】は退院援助の質を高める要因として影響していると考えられた。

しかし、この強い【在宅への熱意】が存在するがゆえに、自宅退院ではなく他施設へ退院する場合、看護師は『やるせない気持ち』を持つのではな

いかと考えられた。ところが一方で、本人・家族双方が施設への退院を希望する場合や、自宅退院がベストではない場合も想定されるため、今後施設退院の場合のプロセスについて追加補充しながらその全体を充実していくことが求められる。

### (3) 【在院日数短縮の圧力】

自宅への退院を推進する先の2つのカテゴリーが存在する一方で、昨今の医療情勢を反映して『在院日数短縮の圧力』が存在することが明らかとなった。「退院日数のことがいろいろあって、もう早く退院させろ、早く退院させろって」というように、看護師には在院日数短縮への外的な圧力がかかっており、それは病院は治療の場であって「何も治療することがないのにおっくわけにはいかない」という意識によって補強されていた。また、それに加えて「師長の方も、ベッド数を改善させるためにいろいろいわれるんです」というように、この在院日数短縮の圧力が、看護師の退院援助における『看護リーダーによるペーシング』に影響を与えていた。

同様の概念は、大学病院ソーシャルワーカーの退院援助においても「カウントダウンのプロセス」として実証されており<sup>25)</sup>、このような状況の中で看護師は、単なる病院からの「追い出し屋」になるのではなく、退院後の生活を見据えながら【生活鳥瞰図からの水先案内】を実践し、本人・家族が納得できる退院援助を行っていると考えられた。

## 4. 本研究の限界

本研究では3名の看護師を対象として、高齢脳血管障害患者に対する看護師の退院援助プロセスを明らかにすることを目的として調査研究を行った。しかし、今回の結果は、同じ病院に勤務する看護師3名のインタビューの内容に限られた分析であり、その全容を追求するには至っていない。今後、インタビューの例数を増やし、今回得られた結果から推測される退院援助プロセスの不足部

分を補って拡充していくことが求められる。また、バリエーションが豊富とは言えない概念もあり、理論的サンプリングを重ねることで、その充実を図っていくことも必要である。

また、今回の分析では対極例の検討が十分に行えていないことも否めず、今後、対極例の比較検討が充分できるよう、データ数を増やして分析を行い、理論的飽和化に至るまで分析の精度を上げていきたいと考える。

## IV. まとめと今後の課題

本研究は、高齢脳血管障害患者への看護師による退院援助のプロセスを明らかにすることを目的として、看護師のインタビューの内容に基づいて概念を生成し、それらを構造化して全体像を明らかにした。看護師は、患者・家族の生活を鳥瞰図的視点から捉え、患者・家族に対しては退院に向けての直接的援助と、他職種に対しては退院援助が順調に運ぶように間接的に関わりながら退院援助を行っており、この退院援助プロセスは、病院全体に流れる在宅への熱意と、職種間のコラボレーションが機能していることにより支えられていることがわかった。しかし一方で、昨今の医療情勢の影響を受け、在院日数短縮の圧力も退院援助プロセスに影響を与えていることが示唆された。

以上のように、看護師の退院援助プロセスの概要が明らかにされたことは、本研究のパイロットスタディとしての一定の使命は果たし得たものと考えられる。しかし、考察の中でも述べたように、今回得られたデータの説明力には限定があることから、今後理論的サンプリングを重ねて、退院援助プロセスの全容解明に取り組んでいきたい。

さらには、今回退院援助が「うまくいっている」病院を対象として調査研究を行ったが、今後「うまくいっていない」病院の看護師に対する調査も行い、その結果を比較検討することをおして、退院援助の阻害プロセスについても明らかにしていきたい。また、本研究を基盤として継続的に研

究を行うことで、看護師の行う退院援助モデルの構築と洗練化を図り、実際の援助場面で活用できるようにしていきたいと考える。

本研究は、A病院の看護管理者を始め、インタビューにも快く応じて下さった看護師の方々の協力なしには実現しえないものでした。皆様のご協力に関し、深く感謝申し上げます。またデータ分析にあたって、スーパーバイズやご意見をいただきました皆様にも心からお礼を申し上げます。

なお、本研究は、平成15年度兵庫県立看護大学特別調整研究助成金の助成を受けて実施した。

注

1) 現在では「ケアマネジメント」が通称である

が、この方法論が米国から紹介された当初は「ケースマネジメント」と称されていた。その後介護保険の導入にあたって英国で用いられていた「ケアマネジメント」という呼称を採用することになり現在に至っていることから、本研究においても「ケースマネジメント」を「ケアマネジメント」として使用する。

2) 日本語の退院援助の原語はDischarge Planningであり、米国の取り組みが紹介された当初は「退院計画」と翻訳されていた。現在では「退院支援」、「退院援助」と様々な呼称がある一方で、その意味内容は定義されていない。そこで本研究では、退院に向けての看護師による援助という意味合いを込めて「退院援助」という用語を採用する。

## 引用文献

- 1) 森山美知子・済生会山口総合病院看護部. ナーシング・ケースマネジメント—退院計画とクリティカルパス. 東京, 医学書院, 1998, p48-49.
- 2) 京極高宣監修. 退院計画 (ディスチャージプランニング) 導入ガイド. 名古屋, 日総研出版, 2000, p28-69.
- 3) 千葉由美. 高齢者への退院計画とその効果. 阿部俊子編. 看護実践のためのEBN ベストエビデンスへの手引. 東京, 中央法規出版, 2001. p170-193.
- 4) Rudd, C.; Smith, J. Discharge Planning, Nursing Standard. 17(5), 2002, 33-27.
- 5) 大内尉義・村嶋幸代監修. 退院支援—東大病院医療社会福祉部の実践から—. 東京, 杏林書院, 2002.
- 6) 退院援助研究会編. 地域ケアと退院計画—地域生活を考える援助のあり方を探る. 東京, 萌文社, 2000.
- 7) 城谷光男監修. 退院支援実践ガイド. 東京, 医学芸術社, 2004.
- 8) Tyson, S.; Turner, G. Discharge and follow-up for people with stroke: what happens and why. Clinical Rehabilitation. 14, 2000, 381-392.
- 9) 三毛美予子. 生活再生に向けての支援と支援インフラ開発—グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み. 東京, 相川書房, 2003.
- 10) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 東京, 弘文堂, 2003.
- 11) 木下康仁. 2003. 前掲書. p89-91.
- 12) 三毛美予子. 2003. 前掲書. p38-45.
- 13) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—. 東京, 弘文堂.

1999.

- 14) 木下康仁. 2003. 前掲書. p238-239.
- 15) Shephard, E. When it's time to go home. *Nursing Times*, 97(34), 2001, 22-23.
- 16) 福島道子. 退院計画とは何か—地方都市の病院における実践に基づいて—. *Quality Nursing*, 9(10), 2003, 825-831.
- 17) 郷間悦子. 退院計画実施事例の分析における退院の阻害要因と支援内容. *Quality Nursing*, 9(10), 2003, 838-844.
- 18) 森山美知子・済生会山口総合病院看護部. 1998. 前掲書. p22-23.
- 19) 福島道子・河野順子. 実践 退院計画(ディスチャージプランニング導入ガイド). 愛知, 日総研出版, 2003, p11-12.
- 20) 三毛美予子. 2003. 前掲書. p98.
- 21) 松岡千代. 高齢者ケアにおける職種間連携. *MMP*. Apr, 2003. 20-23.
- 22) Bowels, K.H. et al. Hospital discharge referral decision making: A multidisciplinary perspective. *Applied Nursing Research*, 16(3), 2003, 134-143.
- 23) 森山美知子・済生会山口総合病院看護部. 1998. 前掲書. p62-65.
- 24) Biddington, W. Reviewing discharge planning process & promoting good practice, *Journal of Community Nursing*, 14(5), 2000, 4-6.
- 25) 三毛美代子. 2003. 前掲書. p 71-79.

# Nursing Process of Discharge Planning for Older Patients with Cerebrovascular Accidents

Chiyo MATSUOKA<sup>1)</sup>

## Abstract

Discharge planning for older patients with cerebrovascular accidents is a critical issue in the present situation of shortening lengths of hospital stay. The purpose of this study is to clarify the process of discharge planning by nurses for older patients. The Modified M-GTA (Modified Grounded-Theory-Approach), a qualitative analysis method, was used to identify this process. The data on three nurses were obtained by in-depth interviews.

In this data analysis, one core category consisted of three categories, another three categories and twenty-one concepts were identified. The *piloting from a bird's-eye view of the patient/family life* was the core category of the process of discharge planning by nurses for the patients. This core category consisted of three categories including *sailing for discharge*, *confirming sailing course* and *supporting for going home*. This core category had been backed up and affected from three categories of *collaboration of health professions as lubricating oil*, *enthusiasm for home care* and *pressure of shortening lengths of hospital stay*. These categories and concepts belong the process were interrelated and interactive.

Key Words: Discharge planning; Older patients; Cerebrovascular accidents; Grounded-Theory-Approach; Qualitative research

---

1) Gerontological Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo