

急性期病床から医療療養病床に移行した高齢患者への 転入時ケア実践モデルの開発

丸 山 優 (埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科)

本研究は、急性期病床から医療療養病床に移行した高齢患者に適用する「転入時ケア実践モデル」(以下“モデル”とする)の開発を目的とし、転入時ケア実践行動の抽出と関連する状況の整理、“モデル”草案作成、草案の検討に基づく修正の3段階からなる。調査は、関東圏内1ヶ所の医療療養病床において、高齢患者の急性期病床からの転入に関連して看護師や家族を対象としたインタビュー調査や転入した高齢患者の実態調査など5つの調査と作成した草案について老年看護の専門家および実践家へのインタビュー調査を実施した。

“モデル”の構成要素は、[円滑な療養生活開始に向けた環境・関わり方の準備]、[高齢患者・家族に関するリスクアセスメント]、[高齢患者のもつ運動機能・潜在機能の発揮を目指したケア]、[高齢患者・家族のコンフォートを目指したケア]の4つに集約された。その構造は、転入前からの準備に加え、転入後早急にリスクアセスメントを行い、高齢患者のもつ機能の発揮を目指したケアと高齢患者および家族のコンフォートを目指したケアが同時進行的に実施される構造を示した。

本研究で開発した“モデル”は、医療療養病床における急性期病床からの移行時のケアを明確に示し、高齢患者に対する先入観による不適切なケアの予防、意図的なケア実践、急性期病床と継続した支援の促進に寄与するものとする。

KEY WORDS : post-acute elderly patients, long-term care wards, care model, care transition

I. はじめに

医療の機能分化が進む社会の中で、急性期治療を受けた後の脆弱な高齢患者に対するケアへの需要が拡大することが予測される。急性期治療後の高齢患者の生活場所として、住み慣れた自宅への退院が推進されるとともに、継続した医療、ケアの提供が必要な高齢患者を受け入れる病床の役割が重要になっている¹⁾。中でも、医療療養病床は、長期療養施設である介護療養病床や介護老人保健施設、介護老人福祉施設と比較して急性期病床から医療依存度が高い患者を多く受け入れている²⁾。

急性期病床から他の施設への転院は、高齢患者にとって生活の場の移行を意味する。高齢患者の生活の場の移行は、新たな適応を要求される重大な転機であり、支援を要する機会として認識されている³⁾。急性期病床から継続療養施設へ転院する際のケアについては、高齢患者本人と家族が納得できる説明や転院先との調整が重要であり⁴⁾、海外文献では急性期治療からナーシングホームへの移行に関する課題⁵⁾が明示され、情報共有に関して不足による望ましくない結果⁶⁾や共有すべき情報⁷⁾が明示されているが、受け入れる側での継続したケアに

は言及されていない。急性期病床から医療療養病床などの継続療養施設に移行した高齢患者へのケアに焦点があたりにくい理由として、急性期病床から医療療養病床に転入する高齢患者は、疾患による身体の不調が残り、治療に伴う安静生活による生活機能の低下をきたし生活の見通しが立てにくいこと、衰退の過程をたどる高齢患者が含まれることや家族の状況を含めてケア方針を立てる必要があることで、ケアが複雑になりやすいことが影響していると考えられた。先行研究⁸⁾では、医療療養病床の看護師が、転入する高齢患者について様々な課題を抱えていた一方で、看護師が個々に対処し実践していることが報告されていた。この医療療養病床での実践から急性期病床から医療療養病床に転入する高齢患者を支援するケアを実践モデルとして示すことできないかと考えた。

実践モデルは、期待される変化または効果をもたらすためになければならない行動についての記述を図式化したものであり⁹⁾、構造化されたモデルは経験的知識としてその分野の人々と共有することができ、さらには科学的な有能性に基づく実践を可能にする¹⁰⁾とされる。本研究では、急性期治療を終えた高齢患者が移行した医療療養病床で日常的に経験している内容から導かれる知識を象徴的に表現するモデルの作成をめざす。急性期病床

から医療療養病床に転入する高齢者を支援するケアを
実践モデルとして示すことは、脆弱な高齢者に対する
移行時の安定したケアとその質の向上に寄与すると考
える。

II. 研究目的

本研究の目的は、急性期病床から医療療養病床に移
行した高齢者に適用する「転入時ケア実践モデル」(以
下、「モデル」とする)を開発することである。

III. 用語の定義

ケア実践……対象者のより良い状態を目指した明確な
目標をもった関わりに加え、関心を寄せる、思いやる、
励ます、安心させるなどの対象者との相互的な関係性を
含めた関わり合いの実践

ケア実践行動……ケアを具現化する行動

コンフォート……身体的、霊的、社会的、環境的にお
いて、緩和、安心、超越のニーズが満たされることによ
って強められる即時的な経験

コンフォートは、日本語では「安楽」と翻訳される
が、「comfort」と「安楽」の概念の比較¹¹⁾では「安楽」
の方がより看護技術に密着した内容であることが指摘さ
れている。本研究では、コンフォート理論の老年看護に
おけるケアの枠組み¹²⁾において、コンフォートの状態
であることが活動に従事するための能力の発揮の土台に
なること、活動に従事することで導かれるコンフォート
が示されていることに着目して、Kolcaba¹³⁾のコンフォ
ートの定義に即した内容とし、コンフォートとカタカナで
表記した。

IV. “モデル”の考案手順

“モデル”考案の過程はvan Meijelら¹⁴⁾の根拠に基づ
く看護介入を開発するプロセスを参照した。本研究の第
1段階で“モデル”の構成要素となるケア実践行動を抽
出し、第2段階で構成要素を構造化し、“モデル”草案
を作成した。第3段階で“モデル”草案の妥当性と、実
行可能性、汎用性を検討して修正した(図1)。

1. 第1段階：転入時のケア実践行動の抽出と影響する 状況の整理

ケア実践行動は様々な状況に影響されることが推測さ
れたため、単一病棟で調査を実施した。研究協力施設
は、高齢患者および家族を中心とする理念があり、理念
に基づいたケアを実践していることを基準とし、研究の
趣旨を理解し、多岐にわたる調査に協力が得られる施設
とした。関東圏内にある200床超の医療療養病床のみの

第1段階：転入時ケア実践行動の抽出と影響する 状況の整理

調査①インタビュー調査による看護師の高齢患者への
転入時ケア実践行動

調査②参加観察調査による看護師の高齢患者への転入時
ケア実践行動

調査③インタビュー調査による看護師以外の職種者の
高齢患者への転入時ケア実践行動および看護師との
関わり

調査④医療療養病床に転入した高齢患者の入院時の状
況と変化

調査⑤医療療養病床に転入した高齢患者の家族が認識
するケア実践および患者の変化



第2段階：“モデル”の草案作成



第3段階：“モデル”の修正

調査⑥専門家による経験的妥当性の検討

調査⑦医療療養病床で実践している看護師へのインタ
ビュー調査による実行可能性の検討

図1 “モデル”考案の過程

病院を選定した。この施設は、入院患者の約8割が同法
人の急性期病院からの転入で、平均在院日数は約250日、
入院患者の平均年齢は84歳、患者の転帰は約8割が死亡
退院であり、全国の医療療養病床の概況¹⁵⁾と近似する。
看護部長を通して研究協力病棟を募り、1病棟より協力の
承諾が得られた。

1) 調査対象者とデータ収集の方法

第1段階の調査における対象者と概要を表1に示す。

調査①は、看護師へのインタビュー調査である。対象
者は、病棟で高齢患者を受け入れた際のケア実践につい
て、具体的に行動として語るができる者を研究協力
病棟で募集し、5名の看護師より承諾が得られた。対
象者の看護師経験年数は、6年から30年(平均15.4年)、
医療療養病床経験年数は、3年から15年で(平均8.6年)
であった。データ収集は個別に半構造化面接法で行い、
インタビュー内容の逐語録をデータとした。

調査②は、看護師への参加観察調査であり、調査①の
対象者5名のうち2名から同意を得て、対象者とした。
対象者が研究協力の得られた高齢患者を担当する日に調
査を行った。研究者は対象者のケアに「参加者としての
観察者」として同行し、高齢患者への関わりおよび高齢
患者の様子をフィールドノートに記録した。また、適宜
関わり意図について研究者が対象者に尋ね、記録し、
これらの記録をデータとした。

表1 第1段階調査の対象者と概要

	内容	概要
調査①	インタビュー調査による看護師の高齢患者への転入時ケア実践行動調査	対象者 5名 看護師経験年数 6年から30年(平均15.4年) 医療療養病床経験年数 3年から15年(平均8.6年) インタビュー時間 約60分/1人
調査②	参加観察調査による看護師の高齢患者への転入時ケア実践行動	対象者 2名 *調査①の対象者のうち調査②への協力が得られた者 観察時間 3日間 計9時間 記録した場面数 7
調査③	インタビュー調査による看護師以外の職種者の高齢患者への転入時ケア実践行動および看護師との関わり	対象者 8名 職種 医師, 薬剤師, 管理栄養士, 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士, 医療ソーシャルワーカー, 介護福祉士 インタビュー時間 約30分/1人
調査④	医療療養病床に転入した高齢患者の入院時の状況と変化	対象者 12名(男性2名, 女性10名) 年齢 平均83.4歳(68-93) 転入時医療区分 3 11名 急性期病床平均入院期間 58.2日(25-100) 急性期病床入院の原因疾患 誤嚥性肺炎, 脳出血, くも膜下出血, 大腿骨頸部骨折, 橈骨骨折, 腸炎
調査⑤	医療療養病床に転入した高齢患者の家族が認識するケア実践および患者の変化	対象者 6名(続柄: 配偶者2名, 子3名, 子の配偶者1名) インタビュー時間 約30分/1人

調査③は看護師以外の職種者へのインタビュー調査である。対象者は、研究協力病棟に関わる医師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士、各1名、計8名であった。対象者に個別に急性期病床から医療療養病床に移行した高齢患者へのケア実践に関して半構造化面接法で行った。インタビュー内容の逐語録をデータとした。

調査④は、急性期病床から移行した高齢患者の実態調査である。対象者は、調査期間内に研究協力病棟に急性期病床での治療を経て移行した65歳以上の高齢患者とし、研究協力が得られた12名であった。調査内容は、対象者の属性、入院の原因となった疾患、生活機能および回復を妨げる要因¹⁶⁾、生活機能を反映する状態とした。対象となる高齢患者が活動性の低い要介護高齢者であることから、既存の尺度では微細な変化をとらえられない可能性があったため、調査項目はケアの効果を見出しにくい高齢者を対象としたケア評価に関する先行研究^{17)~19)}を基にして独自に設定した。入院時、2日後、1週間後、2週間後、3週間後の状況を当該日の受け持ち看護師に記載してもらい、データとした。

調査⑤は、家族へのインタビュー調査である。対象者は、調査④対象者の家族のうち入院3週間後にインタビュー調査の協力が得られた家族6名であった。続柄は、配偶者、子、子の配偶者であった。高齢患者の急性期病床入院前、入院中の状況と転入後の変化や受けているケアへの認識に焦点を当て、半構造化面接法によるインタビュー調査を行った。インタビュー内容を逐語録としてデータとした。

2) 分析方法

調査①の逐語録から高齢患者および家族へのケアについて、「どのような状況に対して、どのように考えて、何をするのか」を含む部分をテーマとして区切り、その中から「高齢患者の転入に関する状況」「看護師が行うこと」「時期」を整理した。「看護師が行うこと」と「看護師以外の職種者が行うこと」、「病棟で決まっている事柄」について、その意味内容を端的に表現し、各対象者のデータを見比べながら表現の妥当性を確認し、「ケア実践」として抽出した。調査②③のデータから「看護師が行うこと」を整理し、「ケア実践」に追加した。また、調査⑤から、家族からみた「看護師が行うこと」と「看護師以外の職種者が行うこと」を整理して、「ケア実践」に追加した。これらの「ケア実践」について、それに伴う行動が明確なものを「ケア実践行動」として取り上げるために行動を示す表現に修正し、伴う行動が不明確なものはリストから削除した。行動の主語が特定の職種を示しているものについて、その内容を吟味し、ケア提供者を主語にした表現に修正した。これは、モデルを作成する上で、表面に現れる行動の根底にある考えの道筋を示す原理²⁰⁾を明確にし、高齢患者のケアに関わるケア提供者が協働した実践の基盤とすることを目指すことを意図したためである。ただし、特定の職種が行うことに関しては、そのまま残した。

また、調査①から「実践に影響する事柄」を整理し、調査④⑤から「高齢患者の客観的な変化と家族がとらえた高齢患者の変化」を整理した。

2. 第2段階；“モデル”草案の作成

抽出された「ケア実践行動」について、その目的に着目して類似するものをグループ化し、構成要素とした。構成要素間の関係と「実践に影響する事柄」がどのように影響するか、「高齢患者の客観的な変化と家族がとらえた高齢患者の変化」をケアの効果として考慮しながら配置し、既存の知見や関連する理論をもとにデータを確認して構造化し、“モデル”草案とした。

3. 第3段階；作成した草案の妥当性、実行可能性、汎用性の検討に基づく“モデル”の修正

第3段階の調査対象者と概要を表2に示す。

調査⑥専門家による検討は、老年看護を専門とする研究者2名と老人看護専門看護師3名による専門家会議によって行った。研究者が作成した“モデル”草案について説明し、妥当性に関する意見を収集した。

調査⑦実践家による検討は、医療療養病床で勤務している老年看護に熟練した看護師4名への個別インタビュー調査によって行った。対象者の看護師経験年数は、6年から30年（平均19.0年）、医療療養病床経験年数は、6年から18年で（平均13.0年）であった。それぞれの対象者に妥当性と自分の勤務する病床での実践経験に基づいて実行可能性について意見を収集した。

調査⑥と⑦の結果を集約し、“モデル”草案を修正した。修正により、構成要素に包含されるケア実践行動の整合性が保持されるよう、分類、表現の妥当性を検討して修正した。

4. データ収集期間

データ収集期間は、平成27年6月から平成28年6月である。

5. 真実性の確保

一連の研究過程を通して、老年看護学の研究者2名のスーパーバイズを受けた。

IV. 倫理的配慮

全ての対象者に対して、研究者が文書と口頭で研究目的や具体的な協力内容、研究協力は自由意思であり参加や拒否することや中断する権利があること、拒否や中断

によって不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護等について説明し、文書で研究協力の同意を得た。対象者の選定にあたり、第1段階の高齢患者と家族を対象とした調査では、対象候補者が入院した際に研究協力病棟の管理者に文書と口頭で研究協力について紹介してもらい、了承が得られた場合に研究者が面会し、研究協力を依頼した。高齢患者の代諾人は、3親等以内の親族とした。第3段階の調査では、研究者のネットワークや他研究者からの推薦により、対象候補者として挙げ、研究協力を依頼した。

なお、本研究は順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認を受けて実施した。（承認番号：第27-4号）

V. 結果

1. 転入時のケア実践行動の抽出と影響する状況の整理

1) ケア実践行動の抽出

調査①から292、調査②から32、調査③から28、調査⑤から39の「ケア実践」が整理された。これらを整理し、263の「ケア実践行動」が抽出された。

2) ケア実践行動に影響する事柄

ケア実践行動に影響する事柄は、調査①から[急性期病床から伝達される情報の不足]、[事前情報と転入時の状況の相違]、[身体状態の多様さ]、[認知機能の低下した状態での転入]、[高齢患者の動きの予測の困難さ]、[急性期病床での身体拘束と転入後の解除]、[摂食嚥下機能の低下]、[多量の薬剤の持参]、[高齢患者の転入後の変化]、[急性期病床での継続療養場所の選択過程]、[家族の医療療養病床への期待と不安]の11が整理された。

3) 急性期病床から医療療養病床に転入した高齢患者の状況と変化

調査④の結果、高齢患者の平均年齢は83.4歳（68-93）、転入時の医療区分3の者が12名中11名であった。急性期病床への平均入院期間は、58.2日（25-100）で、急性期病床入院の原因疾患は、誤嚥性肺炎、脳出血、くも膜下出血、大腿骨頸部骨折、橈骨骨折、腸炎であっ

表2 第3段階調査の対象者と概要

	内容	概要
調査⑥	専門家による経験的妥当性の検討	対象者 5名（老年看護学の研究者2名、老人看護専門看護師3名） 専門家会議の時間 約2時間半
調査⑦	医療療養病床で実践している看護師へのインタビュー調査による実行可能性の検討	対象者 4名 看護師経験年数 6から30年（平均19.0年） 医療療養病床経験年数 6から18年（平均13.0年） インタビュー時間 約60分/1人

た。高齢患者の転入後3週間の変化は、身体機能が改善しADLが改善した者3名、活気などの精神機能の改善が認められた者4名、変化がなかった者4名、身体状態が悪化した者1名だった。調査⑤の家族へのインタビュー調査では、家族はわずかな高齢患者の変化を感じ取り、身体状態に変化がない状況でも「表情が落ち着いた」「手を振ってくれるようになった」と語るなど、表情や活気などの精神機能の変化を捉えていた。また、家族自身が安心したことや家族の安心が患者に影響していると感じていることがあった。

2. “モデル”の草案

明らかにした転入時ケア実践行動を分類し、“モデル”の草案の構成要素を【急性期病床からの情報授受による準備】、【対象理解に向けた情報収集】、【高齢患者のもつ機能の発揮を目指したケア】、【高齢患者・家族のコンフォートを目指したケア】とした。これらに影響する要因として「環境（物理的環境）」と「環境（人的・運営的環境）」を配置した。また、高齢患者の転帰と変化は、生活機能の回復と不変、身体状態の安定と悪化があったが、これを転入時ケアの帰結として「回復」とし、構成要素間の関係性と実践に影響する事柄の影響を考慮して配置した。草案では、急性期病床からの情報授受による準備を行った上で、対象理解に向けた情報収集を行い、それを基に高齢患者のもつ機能の発揮を目指したケアと高齢患者・家族のコンフォートを目指したケアが同時に行われ、継続した情報収集によって対象理解が深まることでケアが発展し、相互に影響し合うことを示した。また、ケア全体に「環境（物理的環境）」と「環境（人的・運営的環境）」が影響し、高齢患者に「回復」がもたらされることを示した。（図2）

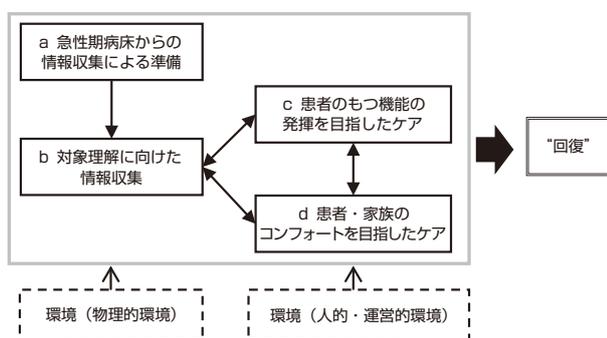


図2 “モデル”の草案

3. “モデル”草案の修正

“モデル”草案について、調査⑥⑦で専門家会議および実践家からは、構成要素の内容については現実に則し

て妥当であると評価された。高齢患者や家族の状況によって関わり方が異なるため、不足する視点を確認するように活用できることが期待できる等、“モデル”の意義が確認された。しかし構造の示し方は、矢印が何を示すのか不明確で構成要素間の関係が理解し難いこと、構成要素の表現が手順なのか目的なのか不明瞭であることが指摘された。また、ケア実践モデルとして活用するためには、構成要素内の構造や内容を示す必要があると指摘された。帰結として表現した「回復」について、一般的には身体機能の改善やADLの改善をイメージするため、調査④⑤でとらえた高齢患者の転入後の変化とはそぐわないこと、“モデル”を活用する上で誤解を招く可能性があるため一般的な回復と区別して本研究で開発する“モデル”の目指す姿として「回復」の定義をすべきと指摘を受けた。

以上の指摘を踏まえて、草案の修正を行った。構成要素の文言は、急性期治療後の高齢患者の転入時のケア実践行動について対象者の関心を再度確認し、行動の目的を明確に表現する文言へ修正した。それに伴い、構成要素に包含されるケア実践行動の分類および表現を点検して修正した。矢印の関係性はケアのつながりを示すようにし、ケア実践の内容を示す“モデル”とするために、草案では影響する要因として構造内に示した「環境」と高齢患者の帰結として表現した「回復」を削除した。「環境」を削除した理由は、ケア実践全体に影響する事柄であり“モデル”上に示すことで多様な解釈が可能になり、理解が複雑になると判断したためである。「回復」を削除した理由は、高齢患者の状態やケアの目的が多様であり、画一的な回復のイメージをもつことで、“モデル”が誤って理解される可能性が高いと判断したためである。

4. 開発した“モデル”

開発した“モデル”を図3に示す。構成要素は、〔円滑な療養生活開始に向けた環境・関わり方の準備〕、〔高齢患者・家族に関する転入時に生じるリスクアセスメント〕、〔高齢患者のもつ運動機能・潜在機能の発揮を目指したケア〕、〔高齢患者・家族のコンフォートを目指したケア〕の4つであった。“モデル”の構造は、転入前からの準備に加え、転入後早急にリスクアセスメントを行い、高齢患者のもつ機能の発揮を目指したケアと高齢患者および家族のコンフォートを目指したケアが同時進行的に実施される構造として示された。

1) 円滑な療養生活開始に向けた環境・関わり方の準備
〔円滑な療養生活開始に向けた環境・関わり方の準備〕は、転入が決まった時から急性期病床から提供された情

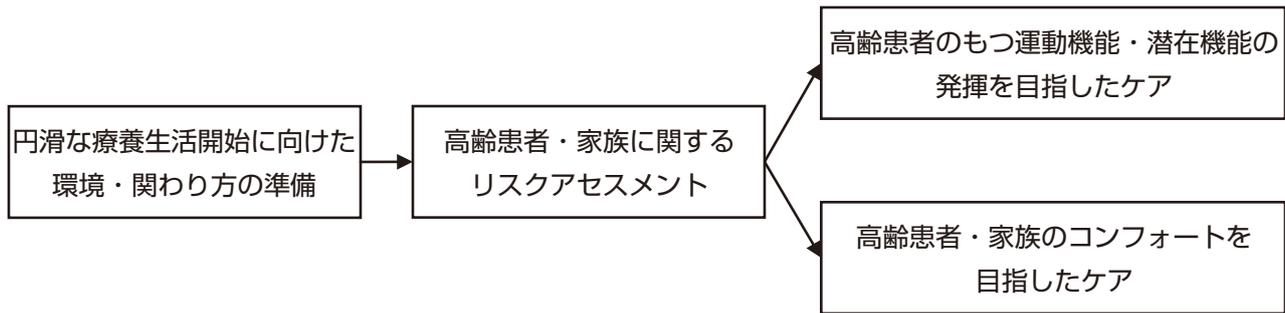


図3 開発した“モデル”

報を元に準備する内容で、高齢患者の転入前に情報を得て、転入日の事故予防、医療不足の予防、不快の予防に向けて準備し、家族に関連した問題が生じないように関わり始めようと準備することであった。

2) 高齢患者・家族に関する転入時に生じるリスクアセスメント

〔円滑な療養生活開始に向けた環境・関わり方の準備〕に基づき、あるいは同時に並行して〔高齢患者・家族に関するリスクアセスメント〕があった。これは、転入前に提供された情報を踏まえ、想像する高齢患者の状態と実際の状態には差異があることを想定して、早期にリスクを把握する内容であった。転入前に提供された情報は、情報提供から転入日までの間に身体状態が変化することや急性期病床との記録や表現の相違があるため、医療療養病床のケア提供者が自分の目で観察していた。また、このリスクの中には家族の現状理解に関するものが含まれ、家族がどのように理解しているのかを把握していた。

3) 高齢患者のもつ運動機能・潜在機能の発揮を目指したケア

〔高齢患者のもつ運動機能・潜在機能の発揮を目指したケア〕は、高齢患者が動くことができる可能性を探る姿勢で高齢患者の“動き”を観察し、可能な“動き”を誘導し、発見し、拡大しつつ、高齢患者が発揮できずにいる潜在的な機能を観察し、誘導し発見し、発揮できる機会をつくることで機能を引き出すアプローチであった。ここでの“動き”には、移動や体位変換の機能や目的をもった動作だけでなく、腕を挙上する、手を握るなど微細なものを含んだ。“動き”を引き出しつつ、身体拘束をせずに過ごす、できるだけ解除する行動があった。また、今回の調査で着目された潜在的な機能は、摂食嚥下、排泄、言語的・非言語的コミュニケーションであった。

4) 高齢患者・家族のコンフォートを旨としたケア

〔高齢患者・家族のコンフォートを旨としたケア〕は、

高齢患者および家族に人間対人間として対応し、高齢患者と家族が穏やかに感じられる環境を調整する内容であった。具体的には、安穏な物理的環境の中で、高齢患者に対しては身体状態を調整し、苦痛を緩和し予防する、心地よさを提供する関わりがあった。家族に対しては納得と安心に向けた説明と患者の病状を把握するための対応、家族の望みの把握と達成への支援があり、ケア提供者が家族と共に高齢患者の目標を見出せるように関わることであった。この構成要素に含まれる内容のうち、環境に関しては、医療療養病床のケア提供者らには特に意識されず、家族を対象とした調査から抽出された。

各構成要素に含まれる行動の目的とケア実践行動の一部を表3に示す。

VI. 考察

1. “モデル”の前提

本研究で作成した“モデル”は、実際に行われているケア実践に関する調査を基盤としており、施設やケア対象者の特徴および調査方法の影響を受けていると考えられる。そのため、“モデル”の活用に向けた前提を明確にすることが必要と考え、ケア対象者、家族の存在、適用期間の3点を検討した。

“モデル”を適用するケア対象者は、急性期病床を経て医療療養病床に転入した高齢患者である。本調査において、転入時のケア対象者は、急性疾患の治療は終了したが、生活機能が低下したままであることや、治療の経過中に新たに生活障害が発生したために元の生活場所への退院が叶わず、医療処置の継続と観察が必要とされる者であった。転入後の経過は、急性期治療の場で発揮できていなかった生活機能が回復する者、身体機能の改善に時間を要する者、重度の身体機能の障害があり改善が望めない者、徐々に衰退の過程をたどる者とさまざまであった。よって、“モデル”を活用するケア対象者は、転入後に機能向上や回復が可能な高齢患者に限定しない。

表3 各構成要素に含まれる目的とケア実践行動の一例およびデータソース

構成要素	目的と含まれるケア実践行動の一例	データソース
円滑な療養生活開始に向けた環境・関わり方の準備	<p>転入日から高齢患者へのケアを滞りなく始める 治療や処置に必要な物品を用意する／身体状態の悪い状況に対応できる治療環境を用意する</p> <p>転入日から家族に円滑に関わり始める 家族が転入を理解できているか把握する／配慮が必要な家族の情報を把握する</p>	調査 ①③
高齢患者・家族に関するリスクアセスメント	<p>高齢患者の身体状態の悪化を予測する 転入前情報と実際の身体状態は異なることがあると考えて観察する</p> <p>高齢患者の転倒やライン類の抜去につながる危険を予測する 高齢患者の動きをよく見て、動く可能性を見つける／高齢患者に関わった反応から動きに関連した危険の可能性を予測する</p> <p>家族に関連した問題状況の発生を予測する 家族が高齢患者の状態をよく理解していない可能性を考える／家族が高齢患者の転院をどのように理解しているのか把握する</p>	調査 ①②③
高齢患者のもつ運動機能・潜在機能の発揮を目指したケア	<p>高齢患者の動きを知る 動ける可能性があると考えて高齢患者の動きを観察する／身体拘束を解除して高齢患者の動きを観察する</p> <p>高齢患者の可能な動きを発見し、誘導し、拡大する 高齢患者に手足を動かすように言ってみる／高齢患者の手を動かしてみる／動き出した高齢患者を褒めて盛り上げる</p> <p>高齢患者の動きに関する危険を推測する 高齢患者と家族から急性期病床への入院前の状況を聞く／高齢患者のこれまでの経過から動けなくなった原因を推測する</p> <p>高齢患者の動きに関する危険を身体拘束せずに回避する手段をとる 昼間は身体拘束をせずに様子を見る／高齢患者にチューブを抜かないよう一生懸命訴えかける／転入前の情報に沿って転倒予防策を立てる／点滴ルートの配置を工夫する</p> <p>身体拘束が避けられない状況で最低限度の身体拘束で危険を回避する 身体拘束を行う場合に患者にとってできるだけ負担にならない方法を探る／看護師が病室にいる時は身体拘束を解除することを考える</p> <p>身体拘束が避けられない状況で段階的に解除する 高齢患者に関わりながら日々身体拘束を解除することを検討する／少しでも身体拘束を解除する時間をつくる／少しずつ身体拘束を解除する時間を増やす</p> <p>高齢患者のもつ機能の可能性を見つける 小さなことでもできることを捉える／離床を進める／機能訓練の機会を検討する</p> <p>摂食嚥下機能の改善を目指す 食べられるようになることをあきらめずに、経口摂取できそうな兆候を見つける／食事の場所、時間、内容を変えてみる</p> <p>排泄行動の改善を目指す 事前情報に関わらず高齢患者に尿意を尋ねる</p> <p>言語的非言語的コミュニケーションの改善を目指す 高齢患者の反応を引き出したいと思って、ゆっくりと話しかけて反応を待つ</p>	調査 ①②③⑤
高齢患者・家族のコンフォートを目指したケア	<p>高齢患者と家族に人間対人間として関わりをもつ 高齢患者に関わる時は必ず挨拶をする／高齢患者に処置をする時は声をかけ、見通しを伝える／家族に普通に挨拶する／家族と日常的な会話をする</p> <p>高齢患者と家族が穏やかに感じられる環境を調整する 高齢患者に感じられる人の気配と適度な刺激を保つ／病院および病室の清潔を保つ／病室を整理整頓する／病室の静穏を保持する／同室患者との相互の影響を配慮する</p> <p>高齢患者の苦痛を緩和し予防する 高齢患者の病態や経過から苦痛症状の出現を予測し、対処する／ケアや処置に伴う患者の負担を軽減する手順を整える</p> <p>高齢患者に心地よさを提供する 高齢患者の整容を保つ／高齢患者の安楽な姿勢を調整する／高齢患者との関わりの中で楽しい雰囲気をつくる</p> <p>家族の納得と安心を提供する 家族が医療療養病床での医療やケアを納得できるように説明する</p> <p>家族と共に今後の生活の目標を見出す 家族のもつ希望を把握する／高齢患者の状態を評価した上で家族と共に目標を立てる</p>	調査 ①⑤

家族について、今回の調査では調査協力の依頼の段階で3親等以内の親族がいる者に限定されたため、家族がいない者は含まれなかった。よって、“モデル”にはケア対象者のキーパーソンとして家族の存在が含まれる。家族はキーパーソンとして様々な決定を行う必要がある。また、高齢患者の表情や反応を感じ取り、それをケアの成果として捉え、高齢患者に実施されたケアを評価している。同時に、高齢患者の入院に際して、心を痛め、不安になるなど、高齢患者に対するさまざまな思いを抱く存在として位置づけられた。

高齢患者の転入後の変化は、転入直後から見られるものと3週間程度かけて徐々に表れるものがあった。一方で、それ以上の期間を経ると、身体状態やADLの変化より新たな課題が発生する高齢患者もいた。このことから、転入時として“モデル”を適用する期間は、転入日から概ね3週間程度とすることが妥当と考えられた。

2. 転入時からの目標の明確化

急性期病床での看護の目標は、治療や身体状態の回復であり、一般的な看護過程の展開では目標を明確にし、それに対する問題や課題を挙げて看護計画を立案するプロセスがある。しかし、医療療養病床に転入して継続療養が必要で機能改善の見込みが立ちにくい高齢患者では、ケア提供者にとっても家族にとってもケアの目標が見出しにくい。医療療養病床では、必ずしも転入当初から明確に高齢患者の目標を見据えてケアを提供するのではなく、日々の関わりでその時その時の最適な状態で過ごすことを累積していくのである。開発した“モデル”を活用することで、急性期病床から医療療養病床へ移行した高齢患者への転入時ケア実践は、円滑な療養環境の移行に向けた準備に基づき、リスク回避と機能の発揮とコンフォートという指針をもって実践することができ、さらに目標を明確にすることができる。このことから、“モデル”の構造にケア目標の明確化のプロセスが内包されていると言える。

3. 開発した“モデル”の実践での活用の示唆

“モデル”によって、医療療養病床でのケアが明確化されるため、日々の業務を高齢患者へのケアとして意味づけ、医療療養病床で意識されることなく実施されている内容が意図的、意欲的に行いやすくなるを考える。

また、“モデル”の活用により、高齢患者に対する先入観による不適切なケアの提供を予防できると考える。例えば、コンフォートのみを重視した関わりでは、高齢患者が本来もつ機能を発揮する機会を奪取する可能性がある。逆に機能の発揮や改善のみを重視してADLが改善したとしても、高齢患者にとっては生活の場でありな

がら、常に緊張を強いられる生活を送ることになる可能性もある。いずれの状況も、高齢患者の転入時で起こりやすい状況である。“モデル”を活用することにより、この両方を意識したケアを導くことができる。

転入時のリスクアセスメントに関連して、医療療養病床で迅速かつ適切に行えるよう急性期病床からの継続した支援を促進できると考える。具体的には、医療療養病床から急性期病床に事前準備として必要なことを提示して確実に伝達されるようになることや、医療療養病床への転入が決定した後に身体状態や処置の方法に変更が生じた場合に必要な内容が伝達されることに活用できると考えられる。

4. “モデル”の今後の課題

超高齢社会の進行による医療介護の複合化により、急性期以後の病床の役割が重要となり、医療療養病床を含む療養病床の在り方について議論が継続されている²¹⁾。地域包括ケアシステムの中で、地域特性や介護資源によって、各々の医療療養病床に転入する患者像や求められるケアには相違が生じる。本研究で開発した“モデル”は、転入時ケア実践の普遍的な内容を示し、急性期治療後に転入した高齢患者へのケア実践の基盤とできる可能性がある。しかし、高齢者の療養生活には、制度や施設の整備状況だけでなく、地域によって異なる高齢者自身の価値観や家族の高齢者観、介護観が影響する^{22), 23)}。本研究は関東圏主要都市近郊の1施設で実施したため、施設の特徴や地域性を反映している可能性があり、今後検討する必要がある。

“モデル”には家族の存在が含まれ、家族もケア対象者であり、ケア評価者として位置づける特徴が考えられた。意思決定を家族に委ねる高齢患者の現況を反映したものであると考える。一方、今回の調査は、調査協力依頼の段階で3親等以内の親族がいる者に限定されたものであり、家族のない高齢患者、家族以外の者がキーパーソンになる状況は検討できていない。“モデル”の前提とした家族の位置づけを検討する必要があるだろう。

本論文では、“モデル”の構成要素と構造を示し、ケアの全体像を把握することが可能となったが、スタッフの教育背景や職種、職歴が多様である医療療養病床における実践で活用するためには、構成要素に含まれる実践行動を構造的に示すことが有用と考えられ、現在、公表を準備している段階である。また、ケアを左右する外的要因と考えられる「環境」、およびケアの目標と位置付けられる「回復」について、今回の“モデル”では削除したが、今後検討する必要があると考えている。さらに、これらを検討することで急性期病床から転入する高

齢患者へのケア実践を意図的に実践することを目指した研修教材の開発が可能と考えられ、今後の課題としている。

謝 辞

本研究の調査にご協力くださいました皆様に心より感謝いたします。また、本研究をご指導いただきました順天堂大学大学院医療看護学研究科湯浅美千代教授、島田広美先任准教授に深く感謝申し上げます。

本論文は、順天堂大学大学院医療看護学研究科における博士学位論文の一部に加筆修正したものであり、内容の一部は千葉看護学会第22回学術集会で発表した。

本研究に係る利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 松田晋哉：データから見る回復期病棟・療養病床の役割、病院, 75(11)：846-850, 2016.
- 2) 全日本病院協会：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書、平成25年度老人保健事業推進費等補助金, 2014.
- 3) 小松美砂, 濱畑章子：高齢患者施設へのリロケーション時の適応課題を対処行動, 日本保健医療行動科学学会誌, 28(1)：82-92, 2013.
- 4) 柳澤愛子：急性期病床から長期療養病院・施設にケアをつなぐ—退院支援の看護師の立場から, 病院, 69(5)：349-355, 2010.
- 5) Coleman A. Eric: Falling through the cracks; Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs, Journal of American Geriatric Society, 51(4)：549-555, 2003.
- 6) King J. Barbara, Gilmore-Bykovskiy L. Andrea, et-al: The Consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility; A qualitative study, Journal of American Geriatric Society, 61(7)：1095-1102, 2013.
- 7) Jusela Cheryl, Struble Laura, Gallagher A. Nancy, et-al: Communication between acute care hospitals and skilled nursing facilities during care transitions; A retrospective chart review, Journal of Gerontological Nursing, 43(3)：19-28, 2017.
- 8) 丸山 優：高齢患者の急性期病床から療養病床への継続療養に関わる課題—療養病床の看護師が転入に関して困難を認識する状況と対処から—, 老年看護学, 21(1)：50-58, 2016.
- 9) Lorraine O. Walker, Kay C. Avant: Strategies for theory construction in nursing (Fourth Edition), 2005, 中木高夫, 川崎修一：看護における理論構築の方法（初版）, 32-50, 医学書院, 2008.
- 10) Peggy L. Chinn, Maeona K. Kramer: Integrated knowledge development in nursing (Sixth Edition), 2004, 川原由香里：看護学の総合的な知の構築に向けて（初版）, 79-122, エルゼビアジャパン, 2007.
- 11) 佐居由美：和文献にみる「安楽」と英文献にみる「comfort」の比較—Rogersの概念分析の方法を用いている日米2つの看護文献レビューから—, 聖路加看護大学紀要, 31：1-7, 2005.
- 12) Kolcaba K: The concept of comfort in environmental framework, Gerontological Nursing, 18(6)：33-38, 1991.
- 13) Kolcaba K: Comfort Theory and practice—A vision for holistic health care and research—, 2003, 太田喜久子監訳, コンフォート理論—理論の開発過程と実践への適用—, 第1版, 医学書院, 2008.
- 14) van Meijel B, Gamel C, van Swieten-Duijifjes B, et.al: The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations, Journal of Advanced Nursing, 48(1)：84-92, 2004.
- 15) 日本慢性期医療協会：病院退院高齢患者・老人保健施設退所者調査平成26年2月, 2014.
- 16) 池崎澄江, 森 智美, 池上直己：医療療養病棟におけるケアの質と記録の改善の取り組みから見えたこと, 病院, 69(5)：338-342, 2010.
- 17) 福山由美子：高齢入院患者に対するケアの効果をとらえる視点を見出す試み, 平成12年度千葉大学大学院看護学研究科修士論文, 2000.
- 18) 山地佳代, 竹崎久美子, 塩塚優子他：ケア効果としての痴呆性老人の変化の構造—痴呆棟で働く看護職への質問紙調査を通して—, 日本老年看護学会誌, 5(1)：107-114, 2000.
- 19) 湯浅美千代, 小川妙子：重度認知症高齢患者に対するケアの効果把握する指標の開発（第1報）—心地よさ“comfort”の概念をとり入れた指標の事例適用—, 千葉看護学会会誌, 13(2)：80-88, 2007.
- 20) 西條剛央：構造構成主義とは何か—一次世代人間科学の原理, 北大路書房, iii-v, 2007.
- 21) 厚生労働省：社会保障審議会（療養病床の在り方等に関する特別部会）. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=353786> (2017年6月29日)
- 22) 田淵六郎：高齢者扶養と家族責任：武川正吾編：福祉社会の価値意識—社会政策と社会意識の計量分析, 東京大学出版会, 121-148, 2006.
- 23) 中西泰子：老親扶養規範意識と地域特性；稲葉昭英, 保田時男編：第3回家族についての全国調査（NFRJ08）第2次報告書 第4巻：階層・ネットワーク, 99-110, 2011.

DEVELOPMENT OF A CARE PRACTICE MODEL FOR
POST-ACUTE ELDERLY PATIENTS TRANSFERRED TO LONG-TERM CARE WARDS

Yu Maruyama

Department of Nursing, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University

KEY WORDS :

post-acute elderly patients, long-term care wards, care model, care transition

The objective of this study was to develop a practical care model applicable to elderly patients transferring from acute care to long-term care wards. This study consisted of the following three stages: identification of behavior and arrangement of the relevant circumstances, creation of a draft model, and investigation-based revision of the draft model. The survey included five surveys covering the questioning of nurses and relatives involved in the transfer of elderly patients from acute care to a long-term care wards in the Kanto region and a fact-finding survey related to these patients. And also interview surveys with geriatric nursing specialists and practitioners about the draft model were conducted.

The model was consolidated into the following four components: preparation of an environment and interactions aimed at a smooth start to life under long-term care; risk assessment for the elderly patient and their family; care with the goal of maximizing motor and latent functional capabilities of the elderly patient; and care with the comfort of the elderly patient and their family in mind. In addition to preparations starting prior to transfer, this framework provided for immediate post-transfer risk assessment and simultaneous progress of care aiming to stimulate the patient's motor functions and latent faculties and care aiming to comfort the patients and their families.

The model developed in this study clearly indicates the care to be provided to elderly patients when they transfer from an acute care bed to a long-term care bed. This model contributes to the prevention of any inappropriate care arising from preconceptions about the patient concerned, the provision for practical implementation of intentional care, and the promotion of continuous support starting from the acute care phase.