

看護がつなぐケアのかたち

学術集会長：石 橋 みゆき（千葉大学大学院看護学研究科）

座 長：秋 元 典 子（甲南女子大学看護リハビリテーション学部）

はじめに

私は、看護職は、医療モデルと生活モデルをつなぐ看護ができなくてはならないと考えている。これは単純に医療モデルから生活モデルへの一方向の移動ではなく、最近では、生活モデルにある人がいったん治療を求めて医療モデルを経由し、生活モデルに戻っていく循環型にシフトしてきている。そしてこれからの時代は、生活の場における予防環境モデルの発展というのが社会にとっては必要であり、そこで活躍できる看護職者が求められていると考える。

1. その人のLife＝人生をつなぐ

退院支援のためのアセスメントの特徴として、入院中に病棟の看護師が見ているのは、現在のその人であるが、退院後の生活を考えるためには、その人が入院前にどんな生活をしてきたのかという点をアセスメントする必要がある。この考えに至る根拠として、認知症高齢者の退院後の生活再構築の促進要因に関する研究結果がある¹⁾。基盤となる要因は、『高齢者がどこにしようとも関心を向け続けて、高齢者の現在に至る長い経過を整理し理解すること』であった。この関心を向け続ける主体は家族だけではなく、例えば長年高齢者を担当しているケアマネジャーがその長い歴史を理解していればうまくいく場合もあったし、デイケアのスタッフがそのような機能を果たしていることもあった。つまり、入院に至るまで高齢者の長い経過（生活）の様子が分かれば、入院中に今後の生き方の目標やケアの目標を定めて退院支援をしていくことができる。つまり、ケアをつないでいくためには、その人の昔を知って未来を見据えることが必要であり、この考え方は、国立長寿医療センターでも類似のことがいわれており、認知症高齢者の終末期の意思決定支援のためには、現在の高齢者の医学的判断と高齢者のライフレビューの内容を併せて描いていくという方法が示されている²⁾。

2. その人のLife＝生活と人生をつなぐ退院支援

私は、退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスにどのような違いがあるのかを研究してきた。研究の初期には、まず退院支援過程を整理し、そこで行われている退院調整看護師の判断と行動を整理した³⁾。

退院支援過程は、入院後にスクリーニングをし、情報収集をするということから始まり、次にアセスメントをして退院計画を立案するとともに、患者、家族、医療スタッフの意思統一を図っていく。その後、ケア計画に基づき、計画が実施できるようにチームを編成し連携する段階があり、退院後は、外来や、在宅の場での評価、モニタリングがあることが整理できた。

退院支援過程における、退院調整看護師の判断と行動をまとめたところ、多様なケアの要素があることが見えてきた。例えば、本人のセルフケア能力を上げていくことによって家族の負担が軽減し、本人の生活も豊かになるというセルフケア支援。そして、退院支援をする中で、本人の意向と家族の意向を一致させていくための家族看護。また、退院支援は看護師だけが実施するものではなく、例えば、私が勤務していた大学病院の状況に照らして考えても、退院調整看護師と同じ部署にソーシャルワーカーがおり、病棟の看護師、リハビリテーション部のセラピスト、医師、薬剤師、地域のケア提供者がおり、多職種連携と協働は欠かせない。そして、連携には、ケアマネジメントの視点も外せない。もちろん、意思決定支援というのは、非常に大きなウエイトを占める。

このように、退院支援に必要なケアの要素というのは非常に複雑に絡み合い、多様である。そこで、これらの状況を退院時の地域連携と多職種連携という視点で図示することを試みた⁴⁾。中心の円には患者による自己管理、その周りに家族による管理、そしてさらに地域の多職種チームによる療養生活支援を3重の円で示したものである。例えば糖尿病の患者さんがインスリンを導入するとき、ご自分でできるのが中心の円、ご家族がちょっと手伝えばできる場合が2重目の円で、この時看護師

は、退院指導・セルフケア支援という形で個別性にあわせて関わる。しかし、患者の認知機能が低下し、インシュリンの自己注射を打ったかどうか分からない状態や、さらに始終一緒に過ごす家族が少ない現状においては、家族による管理が期待できないことも多い。その場合には、3重目の円で示す、地域の多職種チームによる療養生活の支援を加えることになる。つまり、1重と2重の円で示す退院指導・セルフケア支援に加え、3重目の円であるケア調整を併せて行うことが「退院支援」と考える。

1) その人のLife = 生活をつなぐ セルフケア支援

博士論文の指導過程を振り返り、データ収集結果を報告した時に、野口美和子先生が、「これはセルフケアにとって大事な実践よね」とおっしゃったこと今でもよく記憶している。論文のテーマは、「在宅療養者の主体性を維持して行う看護援助」で、私は訪問看護師と同行訪問しながらケア提供し、訪問看護師がどのように在宅療養者の主体性を維持して看護援助しているのかということの詳細に記述し、それを分析するデータとした論文であった⁵⁾。

博士論文の研究で明らかになった、在宅療養者の主体性維持のプロセスがある。まず、療養者が自分の状態をしっかりと認識すること、それから家族介護者が療養者の状態を認識して、それが一致していると、療養生活に対する前向きな気持ちももたらされ、いろいろと本人は工夫するようになり、そして意思決定、すなわち療養生活方針の決定ができるというプロセスであった。

80歳代の後半の女性Aさんは、1年前に大腿骨頸上骨折し、その入院中に脳梗塞を発症した。Aさんは骨折したことは記憶しているが、脳梗塞の認識がない方であった。Aさんは要介護3で、90歳代の要介護5のご主人と2人暮らし、もともとAさんは夫の介護をしていたが、骨折と脳梗塞により自身も要介護状態となってからは、同じ集合住宅に住む60歳代の娘が毎日通って介護をしているという状況であった。

訪問看護を提供する立場で私は8カ月ほどこの方に関わった。Aさんは元々、「寝たきりにはなりたくない」とリハビリに積極的に取り組んでいたところ、転倒し健側の右手根部を骨折してしまった。歩行器や手すりを十分つかむことができなくなり、歩行訓練は一時中断し、筋力保持のための床上訓練に切り替えることとなった。Aさんの、そのときの思いは、「寝たきりだけにはなりたくないの、自分の足で歩きたいのにできない。」であった。一方、介護負担感が大きい娘は、「歩いて転ばれるよりも、車いすに乗ってくれていたほうが楽。歩行

することを止めさせたい。」であった。つまり両者の意向の不一致が生じていた。Aさんは、療養生活に対する前向きな気持ちが持てず、工夫もできず、ふさぎ込む、いわゆる社会的なフレイルに陥り、とうとう「私、ご飯食べたかしら」と言うようになり、認知機能が低下する事態になった。

そこで訪問看護師は、在宅療養者の主体性を維持して行う看護援助として「療養者による自己の状態に関する評価の側面を拡大する支援」と「家族介護者による療養者の状態に関する理解の側面を拡大する支援」を重点的に行った。例えば、Aさんがベッドサイドで立ち上がったたり座ったりする筋力維持のリハビリを行う際、訪問看護師は、わざと脳梗塞後遺症の左半身麻痺のため筋肉が収縮しない下肢の部位にAさんに触れてもらった。Aさんはこの援助によって「私の筋肉は、左側は少ない」と気づき、自ら「左側の足を引きずって歩くということは、転ぶ可能性も高い」と自己の状態を理解することができた。

一方、家族介護者による療養者の状態に関する理解の側面を拡大する支援として、訪問看護師は意図的に娘と話す時間を確保し「最近のお母さんどうですか」と尋ねたところ、娘は「もう大変です。歩きたがって」と介護負担感を訴えた。そこで訪問看護師は、「Aさんが骨折して歩けなくなってから、ご飯忘れちゃうとか、そういうこと増えてませんか。」と認知機能低下と活動性の低下の関連をそれとなく確認すると、娘は「あつ。例えば、歩かなくなってから、変なことを言うようになった」と気付く場面があった。

つまり、在宅療養者の主体性を維持して行う看護援助によって、療養者と家族介護者に気づき、意向の一致がもたらされ、Aさんは安全にリハビリを行う方法を自ら考案し、回復への意欲を継続することができ、前向きな気持ちももたらされた。Aさんは、最終的に「寝たきりにならないよう生活の中でリハビリテーションを継続する」と自身で療養生活方針を決定することができた。

このように、在宅療養者の主体性を維持して行なう看護援助によって、その人のセルフケア支援を行うことは、その人のより豊かな生を実現するための援助であるともいえる。

2) その人のLife = 生活をつなぐ 介護する家族への支援

私の家族への支援の考え方の原点は、1993年に行った在宅人工呼吸器療法を受けるALSのIさんを自宅で介護する妻の介護時間調査である。この調査結果を含めて「ヘルパー導入による介護負担軽減」という題目で修

士論文をまとめた。当時はまだ、人工呼吸器を装着する人の在宅での介護に要する時間数や内容等が不明な状況で、指導教員であった平山朝子先生、山岸春江先生が神経内科の医師と協力して介護時間調査を実施していた。私はIさんの自宅に、ビデオを持って24時間調査に入らせていただいた。録画した画像から、Iさんの妻の1日の介護の内容と時間を記録したところ、朝のIさんの介護記録に始まり、経管栄養の準備と実施、後片付けを1日に3回、その間、全身清拭、歯磨きと清潔ケアを行っており、一日のほとんどを介護に費やしているという状況が明らかになった。しかし、そのような状況でも妻は、Iさんに食事を味わってほしいと手作りの食材をすりつぶしてIさんに経口で与え（気管切開もして経鼻栄養もしているので、同時に吸引をしながら）、そして食事の最後にはIさんが大好きなウイスキーを味わってもらいたいと熱心に介護をしていた。Iさんが妻を見詰めるビデオの画面からは、声の出ないIさんがまるで妻に「ありがとう」と言っているように見えた。

このときIさんはALSで在宅療養開始し9年目であった（この後10年ほどIさんは在宅療養を続け亡くなった）。私は、妻が一人で在宅介護するのは、時間的拘束の面から見ても、負担が大きすぎるのではないかと考え、妻にヘルパーの活用を何度か勧めた。

ヘルパーを利用をしてしばらくたったある日、私は「ヘルパーさんに来てもらうようになって助かってますか」と妻に訊ねた。妻は、「はい、とっても。いままで手が回らなかったお部屋の掃除をしていただいています。おかげで主人の介護に専念できます。」とはっきりと明るく答えたのである（当時は、ホームヘルパー派遣事業として社会福祉協議会が市の委託を受けて訪問援助する制度であり、同居家族がいても家事援助は可能であった。）その妻の言葉を聞いたとき、ヘルパーを導入すれば妻の介護負担が軽減すると単純に考えていた私は、そのような家族介護者の思いがあることに驚くとともに、しかし、妻の生活時間を振り返ると一日のほとんどは介護時間であるし、自分の体をいたわる時間というものも必要ではないかと悩んだことを鮮明に覚えている。これらの状況を踏まえ、修士論文の考察では、看護職が介護負担軽減のために社会資源を導入する際に留意すべきことは、介護者の客観的な介護負担状況と主観的な介護負担感の双方を見極める必要があると述べた。

このIさんと妻との出会い以降、私は家族という存在が持つ二面性、退院支援するときにも、家族は、患者を支援する介護者でもある一方で、支援を必要とする対象でもあるということを常に考えてきた。

3. つなぐケアのひろがりとは可視化の可能性

「療養の場の移行支援構築に向けた退院支援に関わる看護技術の体系化」は、現在行っている研究である。退院支援という複雑な状況を構成する要素一つ一つを技術として可視化することを目指している。この研究では、退院支援の技術は、患者さんとその家族が選ぶ（望む）退院後の生活（状態）を実現するために、それに関わるすべての人、認識、実態、関係性、およびそれらを包含しているシステムを対象として、その対象に潜む法則性を意識的に退院支援の実践に適用したものである。つまり、意図と行為がセットで表れてくるものを「技術」としている。

今の研究に至るまでに2つの先行研究を行った。まず一つ目のソーシャルワーカーと退院調整看護師を対象とした研究から退院支援に係る16の技術と8つの意図が明らかになった。そして、退院調整看護師とソーシャルワーカーの専門性を反映した技術の性質や特徴として、「支援対象の捉え方」と、「多職種との関わり方」があると考察した⁶⁾。

退院調整看護師の支援対象の捉え方は、患者が安全に安心して次の療養の場に移行できるよう、患者の予測される状態を中心に据えて支援するというものであった。そして、患者と家族への支援は差が生じないようにそれぞれ個別に調整しつつ同時進行すると考えられた。

対して、ソーシャルワーカーは家族と本人の関係性に着目し、支援を必要とする家族とソーシャルワーカーとの関係が途切れることがないように対象の持つ関係性のすべてに着目し、患者と家族を一体的に支援対象として捉えていると考えられた。

多職種との関わり方に関しては、急性期病院を対象としたこともあり、退院調整看護師は退院支援の質向上を図るために院内の看護職者への教育的関与が非常に多くみられた。また、自ら得た患者情報を病院内外の専門職からの情報を得て、自ら再構成していくという多職種との関わり方が見えてきた。

これに対して、ソーシャルワーカーは、医療の専門職ではないことを明らかに自覚し、多職種の専門性や能力を尊重して、適宜それらをつなぎ合わせて支援方針を再構成していくということがデータから見えてきた。そして自己の役割や位置付けを社会資源の一つとして客観視していた。この点は看護師には見られなかった視点で、ソーシャルワーカーは、社会資源としてどんどん活用してくださいというメッセージを院内の医療職者に出しながら、多職種と関わっていくことが特徴として見えてきた。

もう一つの研究では、退院支援は個別支援だけではなく、体制づくりも必要と考え、退院支援に携わる看護師へインタビュー調査を実施した⁷⁾。その結果、看護師は退院支援に関する信念を持って、地域を見渡した上で、自身の役割や強みを認識をしつつ、院内の教育体制を構築し、そして退院支援の現状分析と改善を図ることによって、退院、多職種連携の理解と協働が相まってもらされ、この両側面から評価することで地域連携システム構築への展開が図られている様相があった。現在、この結果と一つ目の研究で見出した16の技術に組み込み、18の技術へと統合した段階である。

今後の検討課題として、退院に関わるセルフケア支援の技術を明らかにすること、退院調整看護師と病棟看護師など、異なる場にいる看護職同士の協働技術、住民目線で自病院の地域連携を考えていく地域との協働に関する看護技術などを考えている。

また、退院支援に関わる看護技術は同時に複数の技術が組み合わせられて駆使されていることも見えてきた。この点は、看護技術と看護の関係性と類似しており、いわゆるナイチンゲールが言う回復期看護と退院支援が類似していることと関係するのではないかと最近は考察しているところである。

文 献

- 1) 石橋みゆき, 諏訪さゆり, 島村敦子: 認知症高齢者の退院後の生活再構築を目標とした援助指針の作成, 医療の広場, 52(12): 13-16, 2012.
- 2) <http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/eol/3ishi.html> (国立長寿医療センターホームページ 人生の最終段階の支援を支える End-Of-Life Care Teamの活動 意思決定支援の3本の柱, 2018年2月7日検索)
- 3) 石橋みゆき他: 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴, 千葉看護学会誌, 17(2): 1-9, 2011.
- 4) 正木治恵, 真田弘美編: 看護学テキストNiCE 老年看護学概論 (改訂第2版), 第七章 高齢者の療養生活の支援, 第5節 地域連携における退院時の看護 (石橋みゆき分担執筆), 237-241, 南江堂, 2016.
- 5) 石橋みゆき: 在宅療養者の主体性を維持して行なう看護援助の構造, 千葉看護学会誌, 8(1): 22-29, 2002.
- 6) 石橋みゆき・吉田千文・両宮有子他: 退院支援過程において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術の特徴, 保健医療福祉連携, 10(1): 19-28, 2017.
- 7) Ishibashi M., Amamiya Y., Ito R., Marutani M.: How do discharge coordination nurses (DCNs) devise their own discharge systems?. 19th East Asia Forum of Nursing Scholars (EAFONS), 22: Chiba, 2016.