

# 老人入院患者の帰宅可能性のアセスメント

付 脳卒中患者の帰宅の可能性をつくり出すアプローチ

藤 田 和 夫\*  
菊 地 カ ナ\*\*  
小 船 憲 子\*\*  
木 本 友 子\*\*

\* 日本看護協会調査研究室  
\*\* 社会保険埼玉中央病院

## 老人入院患者の帰宅可能性のアセスメント

### はじめに

老人患者が退院後、入院前に住んでいた家に帰れず、特別養護老人施設や、老人病院等に入所する社会的入院は、高齢化社会を迎える我国にとって深刻な問題である。

この社会的入院に関する研究は、調査研究報告No.25でとりあげており、このまま何の手立ても施さなければその数は今後も増加するであろうという危惧から、長期入院患者を予防するためのアセスメントの一手段としてのアナムネーゼを提案した。今回の研究では、そのアセスメントの焦点をより明確にするために、どのような条件をそなえた老人及び家族であれば帰宅の可能性が高いかを、統計的手法によって明らかにしようとした。

### 1 研究方法

研究方法は、S県にある高機能病院の、外科、内科、脳神経外科、脳神経内科に入院し、昭和63年1月の時点で退院した老人の事例40ケースを対象とし、その看護記録から老人の退院先、本人と家族あるいは生活の状況についての情報をコンピューターに入力し、ピアソンの積率相関係数による分析を行なった。更に、帰宅できた老人と帰宅できなかった老人を従属変数として置き、それ以外の変数を独立変数（説明変数）として、多変量解析の1つである重回帰分析を行なった。

看護記録からの情報は、次にあげる分類をしてコンピューターに入力した。

- 1) 年齢 ①60歳代, ②70歳代, ③80歳代, ④90歳代
- 2) 退院時のADL（移動） ①一人で可能, ②要介助, ③一人では全く不可能
- 3) 退院時のADL（排泄） ①一人で可能, ②要介助, ③一人では全く不可能
- 4) 退院時のADL（食事） ①一人で可能, ②要介助
- 5) 入院日数 ①3か月未満, ②3か月以上
- 6) 退院先 ①入院前に住んでいた家, ②入院前に住んでいた家以外の家, ③老人病院, ④特別養護老人ホーム, ⑤その他
- 7) 老人患者に対する家族の介護意欲 ①低い, ②どちらともいえない, ③高い, ④介護者がいない（看護記録の中の、面会時の家族の様子についての記述を元に、藤田が判断した）

### 2 仮説の設定

臨床場面で、看護婦は家族から「せめて歩けるようになれば引き取る」という声をよく聞く。そして共同研究者（看護婦）にも、日常の退院指導の経験から、帰宅を可能にする要因として、患者が「一人で歩けるようになる」ということが重要と思われた。そこで、「一人で歩ける患者は、家に帰る可能性が高い」という仮説を設定し、その検証を試み

ることとした。上記の分類の中で、退院先が「入院前に住んでいた家」であることと、患者のADL（移動）が「一人で可能」なこととの相関をみて、相関関係が高ければ、仮説は実証されたことになる。

### 3 分析結果

退院先が「入院前に住んでいた家（帰宅できた）」という変数と、移動が「一人で可能」という変数との相関は低く（表1）一人で移動ができるという事が直接、帰宅可能な要因ではないことが明らかになった。また患者のADL 3項目の中では、帰宅できたこととの相関が最も高いのは、排泄が「一人で可能」という変数である（表1）。家族にとって、排泄の世話は、様々な介護の中でも、最も心理的・物理的負担の大きいものであることを考えると、要介護の程度が高いことが、退院を困難にしている要因であることがわかる。

次にADLだけが帰宅できる要因であろうかという疑問から、老人患者に対する家族の

介護意欲という変数を加え、移動、食事、排泄、介護意欲という4つの説明変数を用いて、老人患者の帰宅可能性について重回帰分析を行なった。

その結果、ADLよりも介護意欲という変数の方が帰宅可能性と深く関連していることがわかった（表2）。

更に、ADL、入院期間、介護意欲、年齢等の変数と帰宅可能性との直接的な関係をみるために、相関分析を行なった結果、帰宅可能性と直接関連している変数は、ADL（排泄）と介護意欲のみであった（表3）。

### 4 考察

今回得られた結果は、調査対象が少ないため多少の誤差が生じ得る可能性が有ることや、調査対象となった病院が1ヶ所であり、且つ高機能病院であるという調査対象の偏りがあり、この結果から帰宅を困難にしている要因を断言することには多少の抵抗がある。しかしこの結果から次のようなことが考えられる。

表1 帰宅可能性とADLの相関マトリックス

	一人で移動可能	一人で食事可能	一人で排泄可能
帰宅できた	.3433	.3433	.4243*
一人で移動可能		.8990**	.9510**
一人で食事可能			.8530**

有意水準 \* P<1%, \*\*P<0.1%

表2 帰宅可能性に関連する要因の回帰モデル

従属変数名「帰宅できた老人」

説明変数名	修正済重決定係数	F 値	r
一人で移動可能	0.09461	5.07531*	0.3433*
一人で食事可能	0.07674	2.62092	0.3433*
一人で排泄可能	0.15919	3.46122*	0.4332*
介護意欲が高い	0.46818	9.58341***	0.4445*

F\* p<1.0, \*\* p<0.1, \*\*\* p<0.01 r\* p<0.01, \*\* p<0.001

表3 帰宅可能性に関連する要因の相関マトリックス

	一人 移動可能	一人 食事可能	一人 排泄可能	入院期間	介護意欲	年令
帰宅できた	.3433	.3433	.4232*	-.2899	.4445*	-.2899
一人で移動可能		.8990**	.9510**	-.4453*	-.2929	.1985
一人で食事可能			.8503**	-.5525**	-.2929	.1985
一人で排泄可能				-.4088*	-.2465	.1256
入院期間					.1234	-.1396
介護意欲						-.1985

\* P&lt;1% \*\*P&lt;0.1%

前述した、家族が「せめて歩けるようになれば」という表現には、「介護が必要でなくなれば」という意味が込められているのではなかろうか。そのことは、患者のADLのうち排泄が自力で可能であることが、患者が帰宅できた事と最も関連性が強かったということでも、如実に示されている。他方、家族の介護意欲は、患者のADLにも増して、帰宅を可能にする大きな要因である。このことと考え合わせれば、「せめて歩けるようになれば引き取る」というのは、意欲のなさの表われと解することもできよう。

ところで、今回、帰宅可能という変数と関連が最も強いのは介護意欲であるという結果

が出たが、これには複雑な問題が含まれている。例えば、在宅看護を行なう可能性があっても具体的にどのように在宅看護を行なったらよいのかを知らず、家族介護が不可能であると思い込んでいる場合や、これまでの家族関係の集約された形として表れる、家族介護拒否反応を示す場合などがある。前者のようなケースであれば具体的な退院指導を行なうことにより退院することが可能であるが、後者のようなケースは、このような家族関係が長年にわたって作られたものであるが故に、自宅に帰ることになったとしても、それが本当に患者や家族のためになるとは言えない場合もある。

## 付 脳卒中患者の帰宅の可能性をつくり出すアプローチ

要介護の状態での退院する老人患者の帰宅については、特に問題のない家族もあれば本当に困難な状況下におかれている家族もある。そしてその問題点の発見が遅れたことにより取り返しのつかなくなった場合もあれば、最初から帰宅の可能性が全くない場合など様々である。

今回確認できた老人の帰宅可能性要因である、「家族の介護意欲」の背景に潜む複雑な家族関係は、なかなか顕在化してこないためその判断が難しく、日常の観察と入院時からの看護計画を綿密に立てる必要がある。それでは実際どのような方法を用いてアセスメントを行い、在宅療養にむけての働きかけをす

ればよいのであろうか。

脳卒中患者の場合、入院前はADLが自立して退院後要介護となり、家族にとっては、はじめての介護体験となるケースが多い。そのような患者と家族に対するアセスメントと働きかけについて、筆者の1人である小船が、自分の病棟の看護スタッフに示している指針を紹介しよう。

**I 救命期** 入院後一週間。リハビリ開始まで。この期間は重症度によって延長することが多い。

**看護目標** 病状の悪化、再発を予防し、救命を第一義とする。

**看護の視点**

- 1) 入院治療が継続できるか否かを確認し、もし経済的基盤が不安定な場合、入院治療が継続できるようにはたらきかける。
- 2) 発症に対する怒りや悲観などの精神的打撃を受けた患者の気持ちを汲み取り、自立への意欲を引き出す。
- 3) 障害の程度から介護の必要度を明確にする。
- 4) 退院に向けて、家族のキーパーソンを明らかにする。

入院当日は、在宅の可能性をつくり出していくための最も大切な時である。なぜならば入院当日は、患者を取り巻く家族が同伴する。その中に、患者を介護する人や家族内で実権を握っている人などがいるからである。

患者の突然の発症は、患者のみならず家族

も動転している場合が多い。そのときの不安な気持ちを汲み取り、支えながら家族の話をよく聞いていくことによって、家族の気持ちが変わる。その時、その家族のキーパーソンは誰か、そして家族の心の中に占める患者の存在の大きさや一家の経済状態はどうなっているのかという点に気をつけて観察し話を聞いていくと、これらの点が明らかになってくることもある。そして入院治療が継続でき、家族の生活も成り立つように必要に応じて医療保護、生活保護、高額医療費貸し出し制度等の紹介を行なう。福祉は申請したその日からの適用となるため、入院当日に申請に行ってもらえるケースもある。またこれらの福祉の適用状況から退院後の家庭経済を予測することができることから、在宅に向けての退院指導の際に改めて経済状況を聞かずに済むことと、より具体的な退院指導を行なうことができる。

また救命の可能性がはっきりしてきたら、CT所見、年齢、合併症、病前の生活等からゴールの予測を行い、退院後に家族が担う介護の必要度を家族に示す。このことは在宅への働きかけの方向性を見出すために必要不可欠な要因である。ことにADLの自立が困難であると予測される場合は尚更である。

家庭介護の可能性をつくりだす働きかけは、この時期から始めなければならない。なぜならば、家族は介護の手が必要なくなるまでが入院期間であると考えるのが一般的であり、退院後機能障害が残ることについての了解を得るためには、できるだけ長い時間患者と共に過ごしていただくことと同時に、機能障害

を残して退院するという現実があることを受け止めていただくよう、積極的に働きかけることが必要である。このことが計画的になされないと、退院の時期になって「まだ治っていないのに退院させられる」「追い出される」ということを患者家族が口にするようになり、なんとか病院に置いて欲しいと、看護婦や担当医に懇願するという結果を招くことになりやすい。

リハビリ開始までの間は、患者、家族の発症に対する怒りや悲観が十分表出できるような対応が必要である。患者も家族も発症前の生活を振り返り、それぞれに自責の念を持つ。それを他者に表出することで現状認識ができてくる場合がある。同時にこれからどうやって生きていったらよいかと次第に前向きの気持ちが出てくる。

医療者側はその間患者・家族の傷ついた感情の表出を受け止めながら、その人が困難な状況にぶつかったときの対処行動様式(Coping behavior)がどのようなものであるのかをアセスメントする。また面会の状況からも患者、家族関係やつながりの程度及び介護を行うことができそうな人や、主たる介護者を把握でき、退院に向けての計画案を立てる上で重要な参考資料となる。

Ⅱ リハビリ開始期 入院後 8 日から 1 ケ月

看護目標 残された機能の維持と向上を目指す

看護の視点

1) 家族の人間関係、介護力、経済面に

目を向け、家庭復帰の可能性を作り出していく。これらの視点を元に介護チームを編成する。

2) 家庭復帰が困難な場合(転院やホーム入所とならざるを得ないケース)でも、家族に介護技術が身につくよう働きかける。

リハビリテーションが開始されると、患者の現状認識(機能回復の程度や入院後の生活等)は更に深まっていく。この時期は家族も共に歩んでいただき、患者の気持ちと家族の気持ちとの間に開きがでないようにする必要がある。そのためには家族の面会時間に合わせて機能回復訓練をすることも必要となってくる。また入院前の患者、家族の生活についての情報を収集し患者、家族と共に退院後の生活のイメージづくりをする。このイメージづくりの過程で、在宅の可能性の有無が本音の部分で表面化してくる。

ここで在宅が困難であると医療者が判断した場合、在宅を目標にリハビリテーションに励んでいる患者の気持ちと、家では見られないと思っている家族の気持ちとのギャップをいかに近づけていくかという点に気をつけることが必要である。医療者側はとかく患者サイドにつきがちで、家族にたいして批判的あるいは否定的な見方をした場合、面会は遠のき患者と家族との間の溝がますます大きくなるという結果を招く恐れがある。それを防ぐためには何が在宅介護を困難な状況にしているかを見極め、その1つ1つについて患者と家族が話し合える場をつくるのも1つの方法

である。しかしこのような方法を用いなければならぬのはごくまれな例である。そしてこれはあくまでも患者と家族の問題であることをわきまえてアドバイスやサポートを行うことが大切である。

排泄が自立しており、杖や装具を使用しても歩行が可能な場合は、入院前に余程の家族関係の問題が無い限り自宅退院となっている。問題となるのは失禁状態であったり、寝たきりや起座がやっとできるような状態であったり、意識障害の回復の見込みの無い場合である。施設入所となる場合は、施設の見学や施設を選択する計画を行う。

Ⅲ 退院準備期 入院後1ヶ月から2ヶ月目

看護目標 機能回復のゴールが受容でき、退院後の生活設計ができる。

看護の視点

- 1) 患者、家族の求める目的に向い統一した考えで援助する。
- 2) 家庭内の人間関係、生活の調整を行い、家庭あるいは転院、転所先でのより良い家族関係が維持できるよう働きかける。
- 3) 家庭復帰に向けての問題解決、介護チーム維持の可能性、福祉制度の活用、家屋の状況の把握と患者の役割を明確化する。

この時期は、機能回復のゴールの受容と退院後の生活設計づくりが目標となる。食事、排泄、更衣、移動等、1日に行う介護が家族

だけでできるようきめ細やかな指導が計画される。同時に介護が家族の生活の一部として取り入れられていくような介護チームを編成する必要がある。この期間に、患者を家庭で見るのは無理と考えていた家族でも、介護技術を学んだり介護チームを持つことによって、在宅介護をしていこうという気持ちに変わっていくケースもある。

施設入所のケースに対しては、入所後の費用の捻出や医療体制の違い及び家族の役割等について話し合いが行なわれる。この場合、入院中の介護の経験が役立つことを期待し、施設入所の家族へも介護指導を行う。

在宅となるケースの場合は、家屋の構造を把握しPT、OTの協力も得て改造が必要な場合は、改造計画を行ったり、ベッドや車椅子、ポータブルトイレ等を備え、外泊の準備をする。また再発予防、日常の健康管理、内服薬管理、食事指導などを行う。

Ⅳ 退院可能期 入院後2ヶ月から3ヶ月目

看護目標 家庭での生活が受容でき必要な介護が家族だけでできる。

看護の視点

- 1) 外泊、院外散歩を計画実施し、社会性を回復する。
- 2) 退院後の経済と福祉制度の利用
- 3) 家庭生活を想定したADL訓練を行い外泊により新たに起こってくる問題を解決し、家庭生活が受容できるようにする。
- 4) 在宅療養ができるだけ長くできるよ

うに退院後起こりうる健康上の問題  
についての教育を行う。

- 5) 継続看護に向けて地域保健婦と連携  
をとる。
- 6) 社会資源の活用を図る

積極的に外出や外泊をすすめ、患者の社会  
性の回復を図る。家族は、家庭での介護を体

験し不安な点や指導不足な点を補う。この際、  
家族の生活に無理がないようアドバイスを行  
う。

退院後の経済と福祉の活用、地域保健婦と  
の連携もこの時期に行われる。外泊を繰り返  
して、いまひとつ患者、家族の決断がつか  
ない時は退院を延期する場合もある。