

回復期リハビリテーション病棟に勤務する

看護師の退院支援における役割認識

かがわ総合リハビリテーション病院 看護・療育部 回復期リハビリテーション病棟

看護師 井口 可奈子、鳥山 牧希子、矢野 靖人、大林 善美、秋友 ミカ

キーワード：退院支援、役割認識、多職種連携、看護師

要 旨

回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師がどのような意識で退院支援を行っているかを明らかにすることを目的に、インタビューガイドに基づいて半構成的面接を行った。結果は74のコード、25のサブカテゴリー、[患者・家族の意向をくみ取り調整する役割]、[退院後の生活をイメージ出来るような支援]、[発症前の生活を知ることが大事]、[患者・家族との信頼関係の構築]、[病識の理解と再発予防への指導]、[家族の生活の質の担保]、[本人・家族への情報提供]、[多職種連携が必要だという認識]、[出来る限りのADL、QOLの向上を目指す関わり]の9カテゴリーが導き出された。

看護師は、思いに沿った支援を行うために(患者の一番近い存在であるという認識)を持ち、(本人・家族の意向をくみ取る)ための関わりを重要視し発症前の生活に近づけるために多職種の連携が必要であると認識していた。

1. はじめに

回復期リハビリテーション病棟(以下、回リハ病棟)では、限られた入院期間で障害を持つ患者と家族のケアを行いながら、退院後の生活を再構築する退院支援が重要性を増している¹⁾。

当病院では回リハ入院料1を取得しており、在宅復帰が重視され看護師は患者や家族にとってその人らしい生活を再び送れるように支援する使命がある²⁾。また、当病院で行われた退院後の電話調査の結果、患者・家族へのアプローチや介護計画・指導の不足を感じ、退院支援が出来る看護師の育成が必要であることが明らかになった。しかし、その教育の体系化が出来ていない現状がある。

まず、回リハ病棟に勤務する看護師(以下、回リハ看護師)は、何を意識し退院支援を行っているか関心を持った。先行研究として回リハ看護師の役割³⁾、熟練看護師を対象とした回リハ病棟の看護実践⁴⁾は明らかになっている。しかし、経験年数を問わない看護師の退院支援の意識調査の先行研究は見当たらない。そこで、退院支援に対する意識を明らかにすることで今後の退院支援に活かせるのではないかと考えた。

2. 目的

本研究は回リハ看護師の退院支援における役割認識を明らかにする。

3. 方法

(1)研究デザイン：質的帰納的研究

(2)調査期間：令和2年7月～10月

(3)研究対象者：回リハ病棟に勤務する退院支援の実施経験のある看護師14名

(4)調査方法：プライバシーが確保される個室で、看護師一人に対し15分から40分の半構造化面接を行った。インタビューガイドに基づきインタビューを実施、同意を得て録音し逐語録化した。内容は「回リハ看護師として、退院支援で重要視していること」、「回リハ病棟の看護師の役割とは」とし語ってもらった。

(5)分析方法：作成した逐語録から退院支援における役割認識について語られた文脈を抽出しデータとした。類似性や相違性を確認し、コード、サブカテゴリー、カテゴリー化した。分析は研究者間で話し合いを重ね、信頼性と妥当性を確保した。

4. 倫理的配慮

参加者に研究の目的、方法、個人情報保護、参加を断っても不利益がなく、データは本研究以外には使用しないこと、学会で発表する予定があることを説明し、書面にて同意を得た。また、かがわ総合リハビリテーションセンター倫理委員会で審査を受け承認を得た。(承認番号 20006)

5. 結果

(1) 研究参加者の概要

参加者は計14名で、男性2名、女性12名。臨床経験年数は1年7ヵ月～30年、回リハ病棟での経験年数は1年5ヵ月～7年。

(2) 回リハ看護師の退院支援に対する意識の構成要素

回リハ看護師が退院支援において意識していることは、[患者・家族の意向をくみ取り調整する役割]、[退院後の生活をイメージ出来るような支援]、[発症前の生活を知ることが大事]、[患者・家族との信頼関係の構築]、[病識の理解と再発予防への指導]、[家族の生活の質の担保]、[本人・家族への情報提供]、[多職種連携が必要だという認識]、[出来る限りのADL、QOLの向上を目指す関わり]の9カテゴリーと25のサブカテゴリー、74のコードに分類された。

① [患者・家族の意向をくみ取り調整する役割]

＜入院時に患者の目標を聞き＞、(本人の目標を一番に考え、退院後の生活を支援できるように家族と話し合う)ことを前提とし、＜コミュニケーション手段を確立しながら意向を聞く＞など(本人・家族の意向をくみ取る)ことを意識していた。また(患者と家族の意向の違いを擦り合わせ話し合いをする)ことが必要で、＜介護力を把握し、双方の希望を擦り合わせる＞、＜経済面の擦り合わせ＞といった介護力や協力体制、社会サービスを検討し調整する役割を認識していた。

② [退院後の生活をイメージ出来るような支援が必要だという認識]

＜転倒のリスクを予測し環境調整を提案、患者・家族で考えてもらう＞など(自宅退院後の転倒リスクを予測した環境調整を提案する)ことを重要視していた。また高次脳機能障害に関して家族も安心して生活出来るように＜相談できるところの情報提供＞や＜高次の会などで他者の失敗を聞き、入院生活

との違いを体感してもらう＞など(高次脳機能障害の患者と家族がパニックを起こさないような環境調整を提案する)ことが必要だと語った。さらに、施設への退院でも＜退院後の環境とスケジュールを計画し、それに応じた生活をする＞ことでスムーズに移行できると考えていた。

③ [発症前の生活を知ることが大事だという認識]

＜病前の生活スタイルを知ったうえで、病気で出来なくなったことを考える＞など発症前の生活や人生を理解し、(人としての人生歴を重要視する)(発症前の生活に近づけるために必要なサービスを考える)、＜復職を考えた作業スペースや余暇スペースを設定する＞など(復職に対する介入)についても語った。

④ [患者・家族との信頼関係の構築が必要]

看護師は＜患者と関わる時間が一番多いので、話を聞きやすい＞、＜自分が一番患者のことを知っていると思う＞など(患者の一番近い存在であるという認識)を持っていた。＜本人が訴えられるような環境や関係づくりが大事＞と感じており、(話しやすくなるような環境づくり)にも配慮し、(不安を解消する)ことがより良い退院支援に繋がると考えていた。

⑤ [病識の理解と再発予防への指導をする]

＜再発防止のための生活習慣の改善を理解できるような関わり＞を行うために＜患者の健康認識を理解し、看護計画を見直し実践する＞など(患者に健康管理への意識付けをしてもらうための指導)を行っていた。そして内服管理が出来るように＜本人の内服管理能力と家族の協力度合いによる配薬管理方法を提案する＞、＜見慣れているもので管理することで、患者が受け入れやすく間違いにくい＞工夫をするなど(患者に応じた内服管理)を考えていた。

⑥ [家族の生活の質の保護]

患者の生活を、長く支えるためには＜家族の生活も崩さず、いつまでも介護出来る支援を考える＞必要があると語った。そのために＜退院後の生活を具体的にイメージし、家族の協力がどれだけ得られるか情報収集する＞ことで(家族の介護力を把握する)。そして＜患者・家族の思いを擦り合わせて、一番看やすい方法を探す＞ことが(家族のQOLの確保)にも繋がりに重要である。

⑦ [本人・家族への情報提供]

生活を具体的にイメージしてもらうために＜現状

をみて、今後の生活を踏まえた情報を家族に伝える
>、その<家族への情報提供は看護師の役割である
>と認識していた。<家庭内での役割が果たせなくな
った場合は、役割変更や社会資源の活用を検討す
る>必要がある。

⑧ 【多職種連携が必要だという認識】

<多職種との連携により様々な視点での情報が増
える>ことや、<他のスタッフからの情報があるこ
とで自分が介入出来ることは何か探せるようにな
った>など(多職種との情報共有の重要性)を語った。
また<患者の意見を汲んで多職種に発信する>(患
者と多職種との橋渡しの役割)であると認識をして
いた。そして<職種による視点の違いを退院後の環
境設定に活かす>こと、<自分だけでは気付かなか
った患者の気持ちに気付けた>など(多職種である
ことの強み)を感じていた。

⑨ 【出来る限りのADL、QOLの向上を目指す関 わり】

退院先に捉われず<常日頃から最大限能力を上げ
ることを意識して援助することが大事>とし、患者
を(可能性のある人としての関わりをする)姿勢が重
要だと考えていた。また、ADLやQOLを上げる
ためには<患者のモチベーションに応じた関わりを
行う>ことが効果的であると語った。

6. 考察

回りハ病棟に入院する患者は、脳血管疾患や脊損
疾患、骨折など整形疾患患者が主であり、退院後も
何らかの障害を持ちながら地域で生活する方が多い。
そのため、回りハ病棟の看護師は、障害を持ちなが
らもその人らしい生活を送れるような支援を行う必
要がある。病院と地域を繋げ、退院後も持続可能な
生活環境や習慣を整えることが重要である。

患者がリハビリやその後の生活を継続するため
には、患者本人が目標を持つことが重要であると考
える。看護師は(入院時に患者の目標を聞き)、やる
気を引き出すような個別性のある関わり方をするこ
とが必要だと感じていた。

患者を一番近くで支えてくれる家族の意向も大
切であるとする。患者と家族の意向に違いがあ
れば擦り合わせるために情報提供を行い、看護師
が代弁者となることで<患者・家族の意向をくみ
取り調整する役割>をし(本人の目標を一番に考
え、退院後の生活を支援できるように家族と話し

合う)必要があると認識していた。長嶋は⁵⁾、退
院後の準備に家族を巻き込むことが出来ず、家族
と話し合うことが出来ないことと退院後に安全な生活
が送れないと述べており、看護師は(患者が話し
やすくなる環境づくり)を意識し、傾聴する時間
を持ちたいと考えている。

しかし、実際は<自分だけでは気付けなかった
患者の行動の裏側にある気持ちに気付けた>な
ど、リハビリ中に本音を話す患者も多い。患者の
思いを聞く役割は必ずしも看護師だけの役割では
なく、他職種の専門性を理解し、チームで意向を
汲み取ることが重要だと考える。

また患者が退院後の生活にスムーズに移行でき
るために、[発症前の生活を知ることが大事]であり
(人としての人生歴を重要視する)ことも大切であ
ると感じていた。桶田はその人にどんな歴史があ
り、どんな道を選択し、何を求めて今の「生活」が
出来上がってきたのか。その人にとって何が重要
で、何が価値のないものなのか。それらを紐解い
ていく中でおのずと援助の方向性が見えてくる⁷⁾、と
述べている。患者にはそれぞれの人生があり、退
院後に望む生活は個々で違う。患者の全体像をとら
え援助を考える事で、生活をより豊かなものに出来
るのではないかと考える。そして生活習慣の影響で
発症しているケースも多く、生活習慣の改善など(患
者に健康管理への意識付けをしてもらうための指
導)も必要であるとする。

さらに、復職を目指す患者に対して、<復職を考
えた作業スペースや余暇スペースを設定する>と語
っていた。これは、復職を目指している壮年期であ
るため、業務内容を情報収集し、それらに応じた介
入を行うことも重要な退院支援であるとする。

また、高次脳機能障害の患者に対しては<相談で
きるところの情報提供>や<高次の会などで他者の
失敗を聞き、入院生活との違いを体感してもらう>
と語っていた。これは症状が周囲に理解されず、対
応困難時の対策に繋がると考えているからである。

そして、入院中に転倒の場面に遭遇している看護
師は(転倒リスクを予測した環境調整を提案する)
というリスク回避に重きを置いている。それは転倒
することでADLとQOLの低下を招くことを経験
しているからである。これらを防ぐために、環境調
整やリスク管理に対する説明を患者・家族にしてい
る。

山下は、情報交換の頻度を高めることで情報量や質が向上し、効果的・効率的なカンファレンスに繋がると述べている⁶⁾。よって患者の生活を再構築するためには、身体的な機能面の回復だけでなく、患者の精神状態、家族介護力の把握や人生歴など、多角的な視点から考える必要がある。そのため<多職種との連携により様々な視点での情報が増える>ことが、有意義なカンファレンスに繋がると考える。

7. 結論

回リハ病棟で退院支援の経験のある看護師は、
(1)患者・家族を巻き込み、意向をくみ取り、違いを擦り合わせ調整する。
(2)患者の人生歴を重要視することで、発症前の生活を知り豊かな生活に繋げる。
(3)多職種の専門性を理解したうえで情報共有し、退院後の生活をイメージ出来る支援をすることが役割だと認識していた。

【出典先】

令和3年度かがわ総合リハビリテーションセンター
研究年報

【引用文献】

- 1) 山本さやか・百瀬由美子：回復期リハビリテーション病棟の看護師による退院支援の質評価指標作成の試み,愛知県立大学看護学部紀要,vol.25,P109-117,2019.
- 2) 角田賢：回復期リハ病棟の患者さんって？,リハビリナース vol13,メディカ出版, P16-20,2020.
- 3) 南知芳：回復期リハ病棟の多職種協働,リハビリナース vol13,メディカ出版,P42-45,2020.
- 4) 長嶋祐子：回復期リハビリテーション病棟の看護実践,昭和学士会誌,第77巻 第1号,P33-39,2017.
- 5) 上記掲載
- 6) 山下真由子：多職種協働カンファレンス, リハビリナース vol14, メディカ出版, P57-58, 2021.
- 7) 桶田玲子：看護にとっての「生活」とは“優先すべき指標”,実践者の語りで理解する「生活を支える看護」,日本看護協会出版会,P109-116, 2019.