

原著論文

急性期病院から回復期病院へ転院する高齢者の リロケーションを促進する看護介入の全体構造

Overall structure of nursing interventions to support relocation of elderly individuals being transferred from an acute care hospital to a convalescent hospital

渡邊美保 (Miho Watanabe)*¹ 野嶋佐由美 (Sayumi Nojima)*¹

要約

目的：本研究の目的は、高齢者のリロケーションを促進する看護介入を明らかにすることである。

方法：高齢者のリロケーションケアに関わったことのある看護師14名を対象に半構造化面接を行い、質的記述的分析を行った。本研究は、研究者の所属する倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果：分析の結果、高齢者のリロケーションを促進する看護ケアとして13の看護ケアと5つの看護介入が抽出された。看護師は、転院してきた高齢者に対して、【心地よい場づくり】に努め【生活思考への切り替え】に向けた看護介入を行っていた。また、これらの看護介入を実施するにあたり、看護師は転院という一時点に留まらず、過去・未来にも射程を広げ【先を見据えた時間軸の見定め】【希望と現実のすり合わせ】の看護介入を行っていた。さらに、看護師は高齢者が本来備えもつ力を発揮できるように【内包する力の拡張】に働きかける看護介入を実施していた。

結論：看護師は、高齢者にとってリロケーションが肯定的意味をもつようあらゆる看護ケアと看護介入を駆使し、介入していることが示唆された。

Abstract

Aim: The aim of this study was to clarify the nursing interventions to support the relocation of elderly individuals to a convalescent hospital.

Methods: We conducted semi-structured interviews of 14 nurses with experience in relocation care for the elderly individuals, and performed qualitative descriptive analysis. The study was conducted with the approval of the ethics board of the authors' affiliated institution.

Results: Through the analysis, we identified 13 types of nursing care and five nursing interventions to support the relocation of the elderly individuals. The nurses strove to 'prepare a comfortable place' for individuals being transferred, and implemented interventions aimed at 'adapting based on lifestyle'. In addition, these interventions were performed with a broad consideration of the past and future rather than merely focusing only on the time when the individuals were transferred, and 'determined a timeline in anticipation of the future' and 'reconciled hopes with reality'. Furthermore, the nurses implemented nursing interventions by working to 'expand intrinsic strength' so that the elderly individuals could exert the strength that they originally had.

Conclusion: Our results suggested that nurses use a wide variety of nursing care and nursing interventions so that relocation can have an affirmative meaning for the elderly individuals.

キーワード：高齢者 リロケーション 看護介入 回復期病院

*¹高知県立大学看護学部

I. 緒 言

人口の高齢化はグローバルな現象であり、80歳以上の人口は世界規模で2050年までに3倍以上、2100年までには7倍と予想されている (United Nations New York, 2015)。我が国においても高齢化率は年々増加しており、元気なうちに子どものところに引っ越す呼び寄せ移動やサービスの水準が高い自治体に移動する介護移住といった高齢者の移転 (以下、リロケーション) が注目を集めている。医療分野においても病院完結型から住み慣れた場所で安心して過ごせる地域完結型に向け、“治し支える医療” への転換が求められている。一方、高齢者は老年症候群を抱えており、加齢に伴う身体変化や認知機能、運動耐性を考慮し、転院することも多い。加えて、医療介護総合確保推進法の流れを受け医療機能分化に拍車がかかり、今後増々、高齢者のリロケーションは活発化することが予測される。

このような状況の中で、高齢者がどのような場で治療や療養を希望したいと考えているのか、病を抱え生活することに対しどのような思いを抱いているのか、十分話し合う間もなく、転院に至るケースもある。その中で、高齢者は徐々に自己の身体回復への揺らぎや人生の方向転換を迫られ (百田ら, 2009)、次の過程に前進する喜びと同時に複雑な思いを抱いている。

先行研究においても、リロケーションによって高齢者は脆弱性 (Meleis, 2000)、健康状態の変化、混乱 (Smith et al., 1975) を引き起こし、家族も挫折感や無力感を経験している (Ryan et al., 2000)。それゆえに、健康問題を抱えた高齢者が新たな生活の場で安心した生活を送ることができるよう、いかにリロケーションダメージを緩和するかは、高齢者の望む生活の場を左右するうえで、重要な鍵を握るといえよう。

リロケーションに関するケアでは生活環境の整備、訴えの傾聴と観察、他者との触れ合いの支援、ケア提供者自身が適応を左右することを自覚したうえでのかかわり (小松ら, 2013)、資源リストの準備、高齢者の好みのアセスメント (Hertz et al., 2007)、馴染みのある小物などの所有物の持ち込み (Nolan et al., 1996) が報告されている。

しかし、高齢者のリロケーションを促進する看

護介入の具体的方略は十分に明らかにされているとは言い難く、高齢者のリロケーションを促進する看護介入を集積し、構築していくことは喫緊の課題といえる。そこで、本研究では、高齢者のリロケーションを促進する看護介入を明らかにすることを目的とする。その結果から、高齢者のリロケーションダメージを緩和する看護介入について示唆を得る。

II. 用語の定義

本研究では、概念分析をもとにリロケーションを「生活・空間の変化、対人的環境の変化、自己の変化を伴うものであり、混乱に遭遇しつつ、安定した生活を獲得するために対処や立て直しを行うこと」と定義する (渡邊ら, 2014)。

III. 研究方法

リロケーションに関する既知の先行研究は少なく、リロケーションを促進する看護介入は十分確立されているとは言い難い。また、リロケーションは人、場所、環境変化といった様々な生活の多様性を含んでいるため、多面的視点から理解することが求められる。よって、本研究では質的記述的研究法を用いた。

1. 研究協力者

研究協力者は、高齢者のリロケーションに関わったことのある回復期病院の看護師を対象とした。選定条件として、①過去1～2年の間に高齢者のリロケーションに関わったことのある看護師であり、②高齢者のリロケーションに対し、豊かな経験を有する臨床経験5年以上の看護師とした。研究対象施設の看護部長に対し、研究依頼文書をもとに口頭および文書で説明を行った。次に、各施設の看護部長より選定条件を満たす研究協力候補者を紹介して頂き、研究依頼文書をもとに研究の趣旨、方法、参加の自由意思、匿名性の保護などについて説明し、研究協力に同意を得た者を研究協力者とした。

2. データ収集方法

データ収集は、選定条件を満たす看護師を対

象に半構造的面接を実施した。面接では急性期から転院してきた65歳以上の高齢者に対して、看護師が新たな生活環境や人的環境に適応できるよう働きかけたこと、その意図などとした。面接はプライバシーの確保できる個室で行い、研究協力者の許可を得て、面接内容をICレコーダーに録音し、メモをとった。

3. データ収集期間

平成27年12月17日から平成28年7月17日に実施した。

4. データ分析方法

面接終了後、ケースごとに研究協力者の語りを逐語録に起こし、データを注意深く繰り返し読み、各ケースの全体像を把握した。さらに、データを繰り返し読む中で、思い浮かぶ内容をメモに記載し、分析の段階で振り返ることにした。各ケースごとに高齢者のリロケーションを促進する看護介入を示している内容に注目し、意味のまとまりにし、コード化を行った。次に、コードの内容の類似性に着目し、研究協力者の視点や意味をコードに残したままでラベル名を付けた。さらに、全ケースを統合し、抽象度をあげて命名した。研究の信頼性を確保するために、質的研究者より、データの質と解釈についてフィードバックを得るピア・デブリーフィングを行った。最終的には、研究協力者にデータ解釈をフィードバックし、データと研究者の解釈についてコメントを求めるメンバー・チェックを行い、内的妥当性を高めるように配慮した。

5. 倫理的配慮

研究協力施設の責任者と研究協力者には、研究の目的、意義、方法、参加の自由意思と途中辞退の権利、個人情報保護の保護、匿名性の保障、情報の保管方法、結果の公表等について書面と口頭で説明した。なお、面接内容は看護介入に関する内容であるため、研究協力者に心理的負担がかからないよう個々の看護実践を評価したり、批判したりするものではないことを事前に説明した。本研究は、研究代表者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(看研倫14-47号)。

IV. 結 果

1. 研究協力者の背景

研究協力者は、30代前半～40代後半の看護師14名であった。面接時間は、平均56分(41～77分)であった。研究協力者が語った事例は、急性期病院から回復期病院へ転院した高齢者の事例であり、15ケースであった(表1)。

表1 研究協力者の語ったケースの概要

ケース	ケースの年代	性別	疾患名
A	70代後半	男性	がん
B	80代前半	男性	難病・イレウス
C	80代	女性	脳卒中 高次脳機能障害
D	80代	女性	認知症
E	70代後半	男性	脳梗塞
F	60代後半	男性	肺炎球菌性肺炎
G	60代後半	女性	乳がん 廃用症候群
H	90代	女性	大腸がん 回腸ストーマ増設
I	70代前半	女性	脳梗塞、失語症
J	80代	女性	脳梗塞
K	90代	男性	心不全
L	70代前半	女性	くも膜下出血 アルコール依存症
M	80代	女性	心原性脳塞栓症 軽度嚥下障害
N	80代	女性	脳出血 左上下肢麻痺
O	90代	男性	認知症

2. 高齢者のリロケーションを促進する看護行動と看護ケア

高齢者のリロケーションを促進する看護として語られた部分を各ケース毎に内容に注目しコード化を行ったところ、全ケースで302のコードが抽出され、コードの共通性・類似性に着目して分析した結果、30の看護行動と13の看護ケアが抽出された(表2)。

以下、看護介入は【 】、看護ケアは《 》、看護行動は< >、語りは斜体、語りの内容に対する補足は()で記した。

表2 高齢者のリロケーションを促進する看護ケアと看護行動

看護ケア	看護行動
ここに来てよかったという実感を高める	1つひとつの言動に敬意を払い存在価値に働きかける 些細な情報をもとに相手のニーズを丹念に汲み取る
自分好みの場に創造することを支える	行動に歯止めをかけず生活の自由度を保障する 型通りのやり方に縛られず融通を利かせる
余計な気をつかわない関係性を構築する	温かく出迎え一歩ずつ緊張を解きほぐす できる限り足を運び患者・看護師の垣根を低くする 本人しか測りえない思いに寄り添う
その人らしい生活の流れをつくる	複眼的情報を駆使しその人らしさの理解を深める 生活史を手掛かりに生活のつながりを模索する
当たり前と感じる生活を醸成する	馴染みのある生活との温度差を縮める 親しい人とのつながりの場を整える
治療から生活に向けた思考転換を促す	家庭的な話題を持ちかける 興味があることを手掛かりに心のゆとりをつくる
移り変わる先の道筋を映し出す	細心の査定をして今後の見通しをたてる 次の生活の着地点とその後の目標に対するイメージを広げる
起こりうるリスクを査定し未然に食い止める	環境変化によって起こりうる兆候を注意深くモニタリングする 事前情報の食い違いを見越して安全と譲渡できる境目を見定める
回復への期待と落胆を推し量る	病を患った後の物語に秘める思いを解き放つ 回復過程において一喜一憂する思いを汲み取る
現実に見合った方向に希望を修正する	事前情報のやり取りを重ね相互理解を深める 思い描く希望を把握し小まめに認識のズレを修正する
生活行動を起点に身体機能の回復を高める	さりげなく自分でできる仕掛けをつくる 方途を尽し食習慣に応じた栄養状態の底上げを図る 根気強く生活動作の積み重ねを促進する
病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける	複数の選択肢を提示し納得のいく落としどころを探る 病と付き合う術を問いかけ自己解決に導く
内在する力を見積もり引き出す	身体機能の伸び率をもとにその人の力量を慎重に見積もる 治療で施された付属品の必要性を見定める 手取り足取りやっつけまわずに長い眼で見守る 不確実な点を補い混沌とした状況を整理する

1) 《ここに来てよかったという実感を高める》

看護師は一方的な意見やケアの押し付けにならないように高齢者の表情や言動など些細な情報をもとに相手のニーズを丹念に汲み取る(る)より、<1つひとつの言動に敬意を払い存在価値に働きかけ(る)>《ここに来てよかったという実感を高める》看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Dは『『大事にされてるな』って、声掛け一つ、あとは体に触れるときに優しく触るとか、他の方の用事で来たんだけど必ず違うみんなに声を掛けるとか、何かご要望がないか聞くとか、本当に些細なことかもしれないけど、そういう一つひとつが『自分は大事にされてるんだな。ここにいていいんだな』って思ってもらえることが気持ちの回復につながる』と

語り、不安要素を減らし、《ここに来てよかったという実感を高める》丁寧な関わりを心掛けていた。

2) 《自分好みの場に創造することを支える》

看護師は長年培ってきた習慣や自然と身につけている病院文化など高齢者にとってスタンダードな前提と実際のケアをすり合わせ<型通りのやり方に縛られず融通を利かせ(る)><行動に歯止めをかけず生活の自由度を保障(する)>し、《自分好みの場に創造することを支える》看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Aは「前の(病院の)ルールは引きずっていたんですよ、前の看護師さんは菓をこうやって持ってきてくれたとか。そん

な問題も出てきたりするから、時間があるときに、前の入院のことを聞いて、(薬の配薬の)やり方も(内服)確認の仕方も違う、これは差があるって思ったら、すぐに(本人に)聞いて、やり方を変えていく」と語り、高齢者が好む場を創造する看護ケアを実践していた。

看護師Dは「100歳越えた方で。本当に睡眠リズムが整わなくて夜なんかも起きていらっしゃる方で。職員も夜勤帯にみるのは大変だけでも、できる範囲で危険がないように見ていき、日中のリズムを整えていったり。夜でもお腹すいたら何か(食べ物を)出してもらおうとか」と語り、新たな生活の場が高齢者にとって窮屈にならないよう看護ケアを実践していた。

3) <<余計な気をつかわない関係性を構築する>>

看護師は<温かく出迎え一歩ずつ緊張を解きほぐ(す)>し、タイミングを見計らうなかで<できる限り足を運び患者・看護師の垣根を低く(する)>し<本人しか測りえない思いに寄り添う>ことで、<<余計な気をつかわない関係性を構築する>>看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Kは「初対面だから、本当に向こうも構えていらっしゃると思うんですよ。なので、絶対そこで全部聞き出そうとせずにはこんなもんです、こういう役割で、あなたと一緒にやっていきたいという思いを初めに伝えるように。」と語っていた。また、看護師Oは「とにかく顔を見せて、自分が担当で自分が見ていますというのをアピールすることで、信頼してくれるように」と語っていた。このように、気兼ねのない関係づくりに努め<<余計な気をつかわない関係性を構築する>>看護ケアを実践していた。

4) <<その人らしい生活の流れをつくる>>

看護師は日常生活動作や言動の節々から本来の暮らしぶりを推察し、<複眼的情報を駆使しその人らしさの理解を深める>なかで<生活史を手掛かりに生活のつなぎを模索(する)>し、場の移り変わりによって、これまでの生活の土台が断裂しないよう<<その人らしい生活の流れをつくる>>看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Qは「脳関係の方が多いで

すけど。急性期(病院)から来られた時は大体1~2週間覚えていらっしゃるじゃないんですよ。なので、家族だったり、ケアマネジャーさんだったり。情報をどう仕入れて、次進めていくかっていうのは、やっぱり、最初のポイントですね。一緒に同居してたとかいう場合であれば家族に。『お元気な時はどうでしたか?』とか。『どんな病院にかかってましたか?』とか。あとは、急性期とは別にかかり付けの病院があったので、そちらからの情報もお聞きしました。』と語り、<複眼的情報を駆使しその人らしさの理解を深め(る)><<その人らしい生活の流れをつくる>>看護ケアを実践していた。

5) <<当たり前と感じる生活を醸成する>>

看護師は高齢者の本来の生活に近い食事・家具の配置・使い慣れた物を取り入れ<馴染みのある生活との温度差を縮め(る)><親しい人とのつながりの場を整える>ことで高齢者にとって<<当たり前と感じる生活を醸成する>>看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Mは「特に旦那さんのときは表情が豊かになる人だったので、検温とか、処置とか色々しないといけないことはあるけど、できるだけ(時間を)ずらして、(旦那さんが)来られているときは一緒にいてもらう時間をつくりました」と語り、<<当たり前と感じる生活を醸成する>>看護ケアを実践していた。

6) <<治療から生活に向けた思考転換を促す>>

看護師は治療の限界や寛解を迎えた高齢者に対し、<家庭的な話題を持ちかけ(る)><興味があることを手掛かりに心のゆとりをつくる(る)>り、病気に固執せず日々の楽しみへと思考枠を広げ<<治療から生活に向けた思考転換を促す>>看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Aは「(ベッドサイドにある写真をもとに)犬好きじゃないですかとかいいながら。そこで楽しそうだったらそこを広げっていう。だから治療っていうところで、いつも痛みはどうですかとか、食欲はありますかっていうところから外れて、痛みはあるけども犬だよねっていうところに。医療以外のところのひっぱりは果敢にアタックしています。」と語り、

《治療から生活に向けた思考転換を促す》看護ケアを実践していた。

7) 《移り変わる先の道筋を映し出す》

看護師は退院時期を見越して、高齢者のありたい姿や生活に近づくよう細心の査定をして今後の見通しをたて(る)＜次の生活の着地点とその後の目標に対するイメージを広げ(る)＞準備性を高め《移り変わる先の道筋を映し出す》看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Kは「『おうちに帰ってから何をしたいですか?』が一番大事なのです。その後が。それは施設に行ってからでも、そこ(施設)がゴールじゃなくて、こっちのほう(家に帰ってから後)が大事で、どういうふうにしたいか。自分で手を大きく振って歩きたい、そしてどこに行きたいとか、これをもう一回できるようになるとか。」と語り、今後の生活像を引き出し、《移り変わる先の道筋を映し出す》看護ケアを実践していた。

8) 《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》

看護師は＜環境変化によって起こりうる兆候を注意深くモニタリング(する)＞し、非定型的な疾患過程や些細な兆候が重篤な状態を引き起こすという高齢者特有の変化を見据えた上で＜事前情報の食い違いを見越して安全と譲渡できる境目を見定める＞など《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Mは急性期病院から送られてきた事前情報と実際の身体状態が異なることを予測し、「転院書で前の病院からの情報はもちろんありますが、やっぱり初日、入院3日目ぐらいまでは転倒対策はちょっと厳しめに。コールマットとか、離床センサーとか、最初の状態を把握するまではちょっと厳しめの転倒対策はいつもしています。」と語り、《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》看護ケアを実践していた。

9) 《回復への期待と落胆を押し量る》

看護師は＜病を患った後の物語に秘める思い

を解き放つ＞なかで身体回復の兆しに伴う新たな期待と一向に回復の兆しが見えない高齢者に対し＜回復過程において一喜一憂する思いを汲み取(る)＞り、《回復への期待と落胆を押し量る》看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Kは「一応(リハビリをすれば前と同じ身体に戻れるという)期待は膨らんでくるんです。反面、不安もだけど、ここ(回復期病院)に来たら何とかなる、何かできるだろう、リハビリをするからって。でも実際できない部分が正直、見えてくるんですね」と語り、そのなかで《回復への期待と落胆を押し量る》看護ケアを実践していた。

10) 《現実に見合った方向に希望を修正する》

看護師は高齢者と家族に対し、予測不可能な事態に遭遇することで生じる不調和を回避するために入院前の段階から＜事前情報のやり取りを重ね相互理解を深め(る)＞＜思い描く希望を把握し小まめに認識のズレを修正(する)＞し《現実に見合った方向に希望を修正する》看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Aは「うちの(病院の)限界をちゃんとお会いして話す必要があるなあって思って。お互いがちゃんと手を結べる距離にいるか、うちの病院の医療の提供できるその範囲とかを話をして」と語り、《現実に見合った方向に希望を修正する》看護ケアを実践していた。

11) 《生活行動を起点に身体機能の回復を高める》

看護師は＜方途を尽し食習慣に応じた栄養状態の底上げを図(る)＞り、やらされ感なく自然と本来の力を発揮できるよう＜さりげなく自分でできる仕掛けをつく(る)＞り、＜根気強く生活動作の積み重ねを促進(する)＞し《生活行動を起点に身体機能の回復を高める》看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Dは「『おいしいお茶いれたので、天気がいいから外見ながら一緒にお茶飲みませんか』って言って起きていただいたりとか。さり気なく。自然のうちにそれができている。トイレ誘導して戻って来たときに手を洗うのに車椅子に座っていると蛇口ちょっと遠いじゃないですか。で、こうして(体を伸ばして)や

らなきやいけなかつたりすると結構、大変なんですけれど、それも重要な動きで、親切と違ってやるのが能力を奪うことにならないように気をつけていかなきゃいけないなというのは思っています」と語り、「生活行動を起点に身体機能の回復を高める」看護ケアを実践していた。

12) 「病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける」

看護師は病や障害を補い、生きるための足掛かりに繋げるために、考え付く限りの複数の選択肢を提示し納得のいく落としどころを探(る)り、「病と付き合う術を問いかけ自己解決に導(く)き病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける」看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Aは「比較的生活に目を向けています。胃がんがあっても転移があっても、あって生きていくところから始まって、周りも含めて、背負いながら生きていくっていう。痛いんやね、お風呂入るのにどうしたらできる。できるだけ痛くなく入れる？ってそういう、生きていくところへのアプローチをする」と語り、「病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける」看護ケアを実践していた。

13) 「内在する力を見積もり引き出す」

看護師は侵襲的治療によって一時的に施されたカテーテルの挿入や入院による管理的状況下に置かれることで生じる二次的弊害を見据え、「身体機能の伸び率をもとにその人の力量を慎重に見積も(る)り、「治療で施された付属品の必要性を見定め(る)」、日常の些細なことでも「手取り足取りやっしまわらずに長い眼で見守(る)り、記憶の「不確実な点を補い混沌とした状況を整理する」ことで「内在する力を見積もり引き出す」看護ケアを実践していた。

例えば、看護師Dは「胃ろうとかマーゲンチューブしていても、本当に食べられないのか、急性期の状態から、充分回復してなくてこちらに来られる方もいますので、唾液は飲み込めてるかとか、呼吸安定してるかとか、あと、マーゲ

ンチューブなんか頻繁に抜いてしまうような方とかは抜くような元気があるんだから食べれるんじゃないとか、ひと口ふた口から試していったりとか」と語り、身体機能の回復レベルと照らし合わせ、「内在する力を見積もり引き出す」看護ケアを実践していた。

3. 高齢者のリロケーションを促進する看護介入

抽出された13の看護ケアをさらに内容の共通性・類似性に着目し、文脈や意味を解釈して5つの看護介入を特定化した(表3)。すなわち、高齢者のリロケーションを促進する看護介入として、【心地よい場づくり】【生活思考への切り替え】【先を見据えた時間軸の見定め】【希望と現実のすり合わせ】【内包する力の拡張】の看護介入を特定した。

表3 高齢者のリロケーションを促進する看護介入

看護介入	看護ケア
心地よい場づくり	ここに来てよかったという実感を高める
	自分好みの場に創造することを支える
	余計な気をつかわない関係性を構築する
生活思考への切り替え	その人らしい生活の流れをつくる
	当たり前と感じる生活を醸成する
	治療から生活に向けた思考転換を促す
先を見据えた時間軸の見定め	移り変わる先の道筋を映し出す
	起こりうるリスクを査定し未然に食い止める
希望と現実のすり合わせ	回復への期待と落胆を推し量る
	現実に見合った方向に希望を修正する
内包する力の拡張	生活行動を起点に身体機能の回復を高める
	病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける
	内在する力を見積もり引き出す

【心地よい場づくり】の看護介入とは、新たな生活の場に有意味性をもてるよう可能な限り高齢者主体の場の創造を助けることであり、「ここに来てよかったという実感を高める」「自分好みの場に創造することを支える」「余

計な気をつかわない関係性を構築する》が含まれていた。

【生活思考への切り替え】の看護介入とは、生活色を前面に出すなかで、自然と治療から生活に向かって進むための道筋をつくることであり、《その人らしい生活の流れをつくる》《当たり前と感じる生活を醸成する》《治療から生活に向けた思考転換を促す》が含まれていた。

【先を見据えた時間軸の見定め】の看護介入とは、療養生活に至るまでの背景を紐解き、過去－現在－未来に射程を広げるなかで次の着地点に向けた方向性を定めることであり、《移り変わる先の道筋を映し出す》《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》が含まれていた。

【希望と現実のすり合わせ】の看護介入とは、高齢者が本来の希望と別の状況に対峙した際、自ら予期せぬ不快や葛藤を乗り越えられるよう高齢者の希望を汲み取り、現実に見合った新たな打開策を見出すことであり、《回復への期待と落胆を押し量る》《現実に見合った方向に希望を修正する》が含まれていた。

【内包する力の拡張】の看護介入とは、加齢変化に伴う心身の変化や長い人生のなかで培ってきた本来の力を見積もり、生活に根差した身体の再起を促すことであり、《生活行動を起点

に身体機能の回復を高める》《病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける》《内在する力を見積もり引き出す》が含まれていた。

看護師は入院や転院といったリロケーションを行ってきた高齢者に対して、まずは、場の変化を最小限にするために高齢者にとっての当たり前を確かめ、折衷案を模索しつつ【心地よい場づくり】に努め、病や障害に支配されている高齢者の生活や日常性に注目して日常的な会話をもとに【生活思考への切り替え】を促していた。

看護師は転院という一時点に留まらず、過去・未来にも射程を広げ【先を見据えた時間軸の見定め】を行いつつ、この時間軸を高齢者とともに共有し、高齢者が想定している新たな生活の場と現実との間にズレがないか確かめ、事前情報（医療範囲や入院している患者層など）を提供することで【希望と現実のすり合わせ】に努めていた。

さらに、看護師はリロケーションしてきた高齢者に対して、高齢者が本来備え持つ力を自然と発揮できるように見守りの工夫を施し、高齢者の内包する力を育み強化できるように【内包する力の拡張】の看護介入を実践していた（図1）。

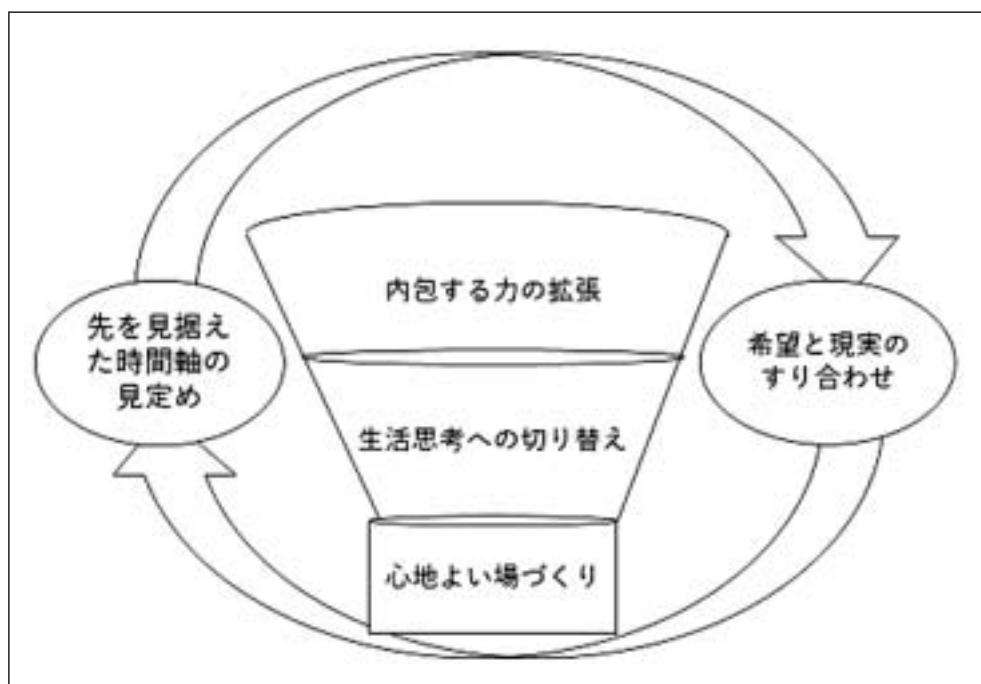


図1 高齢者のリロケーションを促進する看護介入の全体構造

V. 考 察

1. 高齢者のリロケーションを促進する看護介入の特徴

1) その人らしく居られる居場所を模索し探求すること

高齢者のリロケーションを促進する看護介入の基盤として、【心地よい場づくり】が抽出されたことは意義深い。リロケーションの特徴は、「生活・空間」「対人環境」の変化のなかで「自己」の変化を伴うものであり（渡邊ら, 2014）、高齢者にとっても看護者にとっても【心地よい場づくり】は重要な使命となる。そのため、高齢者がここに来てよかった、ここに居てもよいものだという安心感もてるよう【心地よい場づくり】を行うことは、自分の居場所や所属感を取り戻すためにも重要な意味をもつ。

これらは、先行研究で示されている新しい環境への歓迎（Ellis JM & Rawson H, 2015）、持参物を許可すること（Nolan et., al, 1996；丸山ら, 2010）と類似しており、自己の一貫性の獲得を促すための介入ともいえる。

一方、本研究では、生活空間の自由度を保障する働きかけが特徴的であった。生活空間の自由度は、快適性に影響を及ぼし、このような質の高い環境の動きは、安全性、清潔さ、プライバシーの満足、安堵感、食事準備や心配の軽減、家族の絆の促進をもたらすことが報告されている（Cleary., et al, 2009；Capezuti., et al, 2006；Lee., et al, 2002）。

すなわち、移り変わる生活の場に充実感を得て、その場所に対し、自己の連続性や価値を見出すことができれば、リロケーションは高齢者にとって肯定的意味をなすものといえるであろう。

2) 病い中心の生活からその人らしい日常性への復帰

リロケーションの特徴は、自己の変化が生じることである。中でも、【生活思考への切り替え】は、自己を生活者として受け入れ、生活の再構築を図るうえで重要な介入である。

特に、入院環境は日常生活とかけ離れているため、《その人らしい生活の流れをつくる（る）》

り、高齢者にとって《当たり前と感じる生活を醸成する》ことは、日常性を取り戻すうえで重要な働きかけともいえる。

高齢者は、他者とのつながりのなかで自分の位置を見出し（吉尾ら, 2010）、過去から自己の意味を引き出し、解釈し創造しなおすことで今を生きる活力を培っているといわれている（Sharon. R. Kaufman, 1988）。そして、そのような場は、ある特定の空間における様々な人やモノが織りなす関係性を意味している（三井ら, 2012）。

すなわち、転院により生活の場が移り変わることは、高齢者にとって人や物、生活空間の変化を伴う体験であるが、周囲の関わり次第で、待っている人の存在や帰る場所、家族や地域における自己の位置づけを再発見する機会となるであろう。

そのなかで、看護師は敢えて治療に関する話題を避け、＜興味があることを手掛かりに心のゆとりをつくる（る）＞り、＜家庭的な話題を持ちかけ（る）＞《治療から生活に向けて思考転換を促（す）》していた。病から一歩距離を置くことは、老年的超越における高齢者のケアガイドラインに含まれる身体との没頭を減らすこと、個々の成長を促進させる会話のトピックを選択することにも通じるものである（Wadensten B, 2005）。つまり、生活の視点を織り込んだケアは、高齢者が今後、一生付き合っていかなければならない病と向き合うための気持ちを蓄えるうえで、重要な時間になるといえるであろう。

3) 混乱状況での対応を定める際の参照枠

リロケーションの特徴は、「混乱」のなかで「対処」していくことである。リロケーションによって生じる混乱に対して高齢者は高齢者なりに対処しようとし、看護師は高齢者の対処能力の向上に向けて支援していた。本研究では、看護師として対応策を選択する際に、参照する枠として、「過去－現在－未来の時間軸」及び「希望－現実の軸」が存在することが明らかになった。

(1) 過去－現在－未来の時間軸

看護師は、高齢者の過去の生活と未来の生活像をもとに、望む生活の着地点に到達できるよ

う【先を見据えた時間軸の見定め】を意図して介入していた。すなわち、過去を基盤に現在の捉え直しを図り、未来への方向性を見出す連続性が特徴として見出された。

連続性は正常な加齢に伴う変化への適応に関連しており、高齢者が過去の経験に結び付け、選択することによって、内部、外部の構造を維持する (Atchley, 1989)。そして、看護者が全体論的に高齢者を捉え、連続性に考慮したケアを提供することは、個別性を踏まえたケアや (Onega LL., et al, 1997)、高齢者の機能的能力の向上、心理的健康といった生活の満足度に繋がる (Berglund Helene., et al, 2015)。つまり、病と共に闘ってきた高齢者の道のりを認め、人生において今回の出来事がどのような意味をもつのか引き出すことは、アイデンティティの確認とともに、新たな目標に向かう一助となるであろう。

特に、回復期は急性期と比較し入院期間は長いものの、入院時から【先を見据えた時間軸の見定め】を念頭に次の生活の場を見据えて関わらなければ非計画的なリロケーションによって生じる孤独、喪失、悲しみ (Wilson, 1997)、情報の欠如によるストレス (Jolley D., et al, 2011) を招く恐れがある。さらに、心理的回復に時間を要し、その後のリハビリ意欲や生活行動意欲の発動が遅れ、家族の介護不安の増強、家族への気兼ねなど複数の要因が重なり、高齢者が望む生活の場とは異なる場を選択せざるを得ない状況に陥る恐れがある。それゆえに、現在という一時点のみならず、現在から過去、未来から現在を見つめ直し、【先を見据えた時間軸の見定め】をもとにケアの道筋を模索していくことが求められる。

過去－現在－未来の時間軸には、＜継時的に些細な兆候を注意深くモニタリング(する)＞し、疾患の徴候や再発の早期発見に繋げる経時的モニタリングが含まれていた。高齢者の看護問題は入院後に増加すると言われ、早期にリロケーションのリスクをアセスメントすることが最初の重要なステップとも言われている (Hertz JE., et al, 2008)。本研究は、先行研究に類似する点もあるが、その人らしい生活の在り方を尊重しつつ、＜事前情報の食い違いを見越して安全

と譲渡できる境目を見定め(る)＞《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》ケアを展開していることが特徴的であった。これらは、疾病管理ありきではなく、その人らしい生活を中心に置くなかで、高齢者自身の心身の健康をいかに維持・向上するかといった高齢者主体のケアともいえる。

(2) 希望－現実の軸

高齢者の望む回復過程と現実のギャップがあるほど移行期の落差は大きくなる。そのため、看護師は《回復への期待と落胆を推し量(る)》りつつ、《現実に見合った方向に希望を修正(する)》し、【希望と現実のすり合わせ】を促していた。

リロケーションの適応要因には、本人の希望や自立度が関連しており (小松ら, 2013)、リロケーションに伴う不確実さを事前に軽減することは、不安を軽減し、肯定的な影響をもたらすといわれている (Kagan., et al, 2005)。また、高齢者と家族のリロケーションに対する認識、利点と欠点、高齢者や家族が抱える問題を看護者が把握することは重要であり (Ellis JM & Rawson H, 2015)、本研究結果とも共通する。

一方、本研究では、本人や家族が思い描く転院先のイメージと実際の状況に乖離が生じないよう、事前に提供可能な医療範囲やケア内容を説明していた。情報共有の食い違いは、高齢者や家族のなかで様々な疑念や抵抗を生み出すことに繋がりがねない。それゆえ、予め、移り変わる先がどのような場所であるか情報提供を行うことは、入院後のリロケーションダメージを緩和するうえで重要な意味をもつといえるであろう。

さらに、本研究では、高齢者と家族が抱く回復への希望や意向を尊重し、共に伴走しつづける看護師の姿勢が明らかとなった。病を抱え現在に至るまでのプロセスを語り直すことは、過去の未解決の葛藤や喪失、悲嘆経験の意味を再構成し、生きる力を生み出し、人生の意味をポジティブに変える力をもつといわれている (やまだ, 2008)。つまり、＜病を患った後の物語に秘める思いを解き放つ＞ことは、高齢者の気持ちの表出を助け、治療から生活に移行する際の心境の整理に通じるものといえる。

4) 高齢者の力量を査定し生活の立て直しに向けた自己コントロールを引き出す

リロケーションは、混乱に遭遇しつつ、安定した生活を獲得するために対処や立て直しに取り組んでいく、人々の営みでもある。本研究においても、高齢者の「立て直し」を支援する働きかけとして、【内包する力の拡張】が見出された。

看護師は侵襲的治療によって、急性期から持ち込まれたカテーテル類の必要性を検討し、《内在する力を見積もり引き出す》《生活行動を起点に身体機能の回復を高める》《病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける》ケアを駆使していた。

高齢になると身体機能の低下等により基本的欲求を満たすため他者の助けを借りなければならぬことが多くなり、自尊心の低下を招きやすいといわれている（日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会，2015）。つまり、良かれと思い、手を出しすぎることは、かえって高齢者の自発性や療養生活に対する前向きな気持ちを阻害することになりかねない。それゆえに、食事や活動を行うことに高齢者が使命感を感じることなく過ごせるよう、自然な生活活動の延長線上に楽しみを設け、行動を誘うことが求められる。

さらに、看護師は、待つ姿勢で高齢者と関わり、<根気強く生活動作の積み重ねを促進（する）>していた。人間の生活は様々な種類の身体的活動から成り立ち、朝起きて歯をみがき顔を洗い、食事をすることから始まり、夜床につくまで、意識の介入をほとんど必要としない身体的動作の連なりのなかに生きている（生田，2007）。つまり、高齢者の心身の状態を査定しながら、入浴や歯磨きなど生活上、欠かせない動作を本人に委ねることは、身体機能の維持や回復を促進するうえで重要な介入といえる。

また、看護師は高齢者の豊かな経験知をもとに<病と付き合う術を問いかけ自己解決に導く>していた。長期療養生活に順応するための戦略の1つには、これまでの挑戦的な生活イベントのなかでその人が打ち勝った出来事を尋ね、その人自身の回復力の指標を識別したり、対処する力の認識を促すことが含まれている

(Gloria., et al, 2012)。入院中は、ケアの手が行き届いているものの、生活期の段階に移行すると自ら生活の再構築を図っていかなければならず、他者の考えた方法は必ずしも実生活のなかで活かされるとは限らない。それゆえに、《病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける》ことは、高齢者が自ら納得できる方法を主体的に編み出すための手掛かりとなるであろう。

VI. 結 論

高齢者のリロケーションを促進する看護介入として13の看護ケアが抽出された。看護師は、入院や転院といったリロケーションを行ってきた高齢者に対して、【心地よい場づくり】の看護介入に努め【生活思考への切り替え】の看護介入を実践していた。また、これらの看護介入を実施するにあたり、看護師は転院という一時点に留まらず、過去・未来にも射程を広げ【先を見据えた時間軸の見定め】【希望と現実のすり合わせ】の看護介入を実践していた。さらに、看護師はリロケーションしてきた高齢者に対し、高齢者が本来備えもつ力を発揮できるように【内包する力の拡張】の看護介入を実践していた。すなわち、【心地よい場づくり】【生活思考への切り替え】【先を見据えた時間軸の見定め】【希望と現実のすり合わせ】【内包する力の拡張】の看護介入が存在していた。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は急性期から回復期に移り、順調に在宅復帰を辿った高齢者のケースを対象としていることから、急性期から回復期に転院後、体調が思わしくなく再発した高齢者に適応することは困難である。今後、施設と研究協力者を広げて比較検討を行い、高齢者のリロケーションを促進する看護介入の方略を洗練化することが課題である。

謝 辞：本研究にあたり、研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は科学研究費助成事業（科学研究費補助

金) 研究活動スタート支援 (課題番号26893242)、若手研究(B) (課題番号16K20831) の助成を受けた研究であり、深く感謝申し上げます。

利益相反: 本研究における利益相反は存在しない。

著者資格: MWは研究の着想およびデザイン、実施、分析、執筆のすべてを行った。SNは研究の着想および研究プロセス全体への助言を行った。すべての著者は最終原稿を読み、承認した。

付記: 本研究の一部は第23回日本老年看護学会学術集会において発表した。本研究は高知県立大学大学院看護学研究科に提出した博士論文に修正を加えたものである。

<引用文献>

Atchley RC (1989). A continuity theory of normal aging, *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.

Berglund Helene, Hasson Henna, Kjellgren, Karin, Wilhelmson Katarina (2015). Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study, *Journal of Clinical Nursing*, 24(7/8) :1079-1090.

Capezuti E, Boltz M, Renz S., et al. (2006). Nursing home involuntary relocation: clinical outcomes and perceptions of residents and families, *Journal of The American Medical Directors Association*, 7(8), 486-492.

Cleary M, Hunt G, Walter G (2009). A comparison of patient and staff satisfaction with services after relocating to a new purpose-built mental health facility, *Australas Psychiatry*, 17(3), 212-217.

Ellis JM; Rawson H (2015). Nurses' and personal care assistants' role in improving the relocation of older people into nursing homes, *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2005-2013.

Gloria L. Brandburg, Lene Symes, Beth Mastel-Smith, et al. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study, *Journal of Advanced*

Nursing, Apr; 69(4) :862-874.

Hertz JE, Rossetti J, Koren ME., et al. (2007). Evidence-based guideline: management of relocation in cognitively intact older adults, *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (11), 12-18.

百田武司, 宮腰由紀子, 片岡健 (2009). 脳卒中患者の回復期における体験 回復期リハビリテーション病棟入院期間中の縦断的研究. *日本脳神経看護研究学会会誌*, 31(2), 95-107.

生田久美子 (2007). わざから知る. 東京大学出版会, 新装版第1刷, 東京.

Kagan I, Kigli-Shemesh R(2005): Relocation into a new building and its effect on uncertainty and anxiety among psychiatric patients, *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(5), 603-606.

小松美砂, 濱畑章子, 佐藤光年 (2013). 認知症高齢者の施設へのリロケーション 適応に関連する要因と早期介入. *日本認知症ケア学会誌*, 12(2), 504-509.

Lee DTF, Woo J, Mackenzie AE (2002). A review of older people's experiences with residential care placement, *Journal of Advanced Nursing*, Jan, 37(1), 19-27.

丸山かおり, 高橋和代, 浅田こころ, 他 (2010). リロケーションダメージの軽減になじみの小物が与える効果について 聞き取り調査を通して. *認知症ケア事例ジャーナル*, 3(1), 38-42.

Meleis AI, Sawyer LM, Im EO., et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory, *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

三井さよ, 鈴木智之 (2012): ケアのリアリティー境界を問いなおす, 法政大学出版局, 初版第1刷, 東京, 13-45.

日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会 (2015). 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン, http://jnea.net/pdf/guideline_songen_2015.pdf (平成29年3月20日確認)

Nolan M, Walker G, Nolan J., et al. (1996). Entry

- to care : positive choice or fait accompli? developing a more proactive nursing response to the needs of older people and their carers, *Journal of Advanced Nursing* , 24(2), 265-274.
- Onega LL, Tripp-Reimer T (1997). Expanding the scope of continuity theory : application to gerontological nursing, *Journal of Gerontological Nursing*, 23(6), 29-35.
- Robert Sommer (著), 穂山貞登 (訳) (1977). 人間の空間—デザインの行動的研究, 鹿島出版会, 第5刷, 東京, 134.
- Ryan AA, Scullion HF (2000). Nursing home placement : an exploration of the experiences of family carers, *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1187-1195.
- Sharon.R.Kaufman (著), 幾島幸子 (訳) (1988). エイジレス・セルフ 老いの自己発見, 筑摩書房, 初版第1刷, 東京, 17.
- Smith RT, Brank FN (1975). Effects of enforced relocation on life adjustment in a nursing home, *International Journal of Aging & Human Development*, 6(3), 249-259.
- United Nations New York (2015). *World Population Prospects The 2015 Revision Key Findings and Advance Tables*, http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf (2016. 5. 15検索).
- Wadensten B (2005). Introducing older people to the theory of gerotranscendence, *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 381-388.
- 渡邊美保, 野嶋佐由美 (2014). リロケーションの概念分析. 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 2-12.
- Wilson SA (1997). The transition to nursing home life : a comparison of planned and unplanned admissions, *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 864-871.
- やまだようこ (2008). 老年期にライフストーリーを語る意味. 日本老年看護学会誌, 12(2), 10-15.
- 吉尾千世子, 三村洋美, 富田真佐子 (2010). 要介護高齢者の生きる力の構成要素. 日本在宅ケア学会誌, 14(1), 31-38.