

原著論文

高齢者のリロケーションを促進する看護介入の再構成
— 個別事例の統合による検証と看護ケア・看護行動の拡張 —

**Re-examination of Nursing Interventions that Promote
Relocation of the Elderly
— Verification by Integration of Individual Cases and
Expansion of Nursing Care and Nursing Behavior —**

渡邊美保 (Miho Watanabe)*¹ 野嶋佐由美 (Sayumi Nojima)*²

要 約

本研究の目的は、第一段階の研究である高齢者のリロケーションを促進する5つの看護介入について再構成し、妥当性を検証すること、高齢者のリロケーションを促進する看護ケア行動の充実を図ることを目的とした。看護師14名に半構造的面接を行った。得られた結果は個別分析を行い、先行研究と統合して看護介入の再検討を行った。その結果、新たに7つの看護ケアが抽出され、先行研究と同様に5つの看護介入に分類できた。具体的な看護行動や看護ケアの内容は対象者や対象者の置かれた状況によって異なるが、より包括的な看護介入は一貫しているといえる。高齢者のリロケーションを促進する看護ケアの共通項には、新たな生活環境への円滑な移行支援、起こりうる心身の不調に対する予測と対処力の促進、生活期を見据えた次のリロケーションへの準備があげられる。それらの看護ケアの根底には、時間軸のなかで次のリロケーションの場を見据えて、家族の協力を得て、高齢者の持てる力を引き出し、ケアの修正を積み重ね、適応を促す支援が含まれていた。

Abstract

The purpose of this study was to verify the re-examination and validity of five nursing interventions that promote relocation of the elderly, which is the first stage of research, and to enhance nursing care behavior that promotes relocation of the elderly. To this end, we conducted a semi-structured interview with 14 nurses. The results were analyzed individually and integrated with previous studies to reexamine the nursing interventions. As a result, seven new nursing cares were extracted and classified into five nursing interventions as in the previous study. Specific nursing behaviors and nursing care contents vary depending on the subject and the situation in which the subject is placed, but more comprehensive nursing interventions can be said to be consistent. Common areas of nursing care that promote relocation of the elderly include support for a smooth transition to a new living environment, promotion of the ability to predict and cope with possible mental and physical disorders, and preparation for the next relocation with a focus on the life period. The basis of this kind of nursing care included support for the elderly to develop their ability to adapt and accumulate the modification of care with the cooperation of their families and looking forward to the next place of relocation in the time axis.

キーワード：高齢者 リロケーション 看護介入 看護ケア

*¹ 第一薬科大学看護学部

*² 高知県立大学看護学部

I. 緒 言

2025年の必要病床数は、高度急性期13.1万床(22%減)、急性期40.1万床(32%減)、慢性期28.4万床(20%減)と減少傾向である一方、回復期は37.5万床(約3倍)と推計されている。回復期リハビリテーション病棟における患者の平均年齢は76.6歳であり、患者の約7割が発症後平均30日以下(1か月以内)で入棟している(回復期リハビリテーション病棟協会, 2020)。つまり、急性期の治療を終えた高齢者の多くは、早い段階で回復期病院に転院し、自宅あるいは施設等に移転(以下、リロケーション)することが予測される。

リロケーションは虚弱な高齢者にとってストレスが大きく、離脱行動、セルフケア不足、体重減少、転倒を引き起こす要因となる(Lander SM; Brazill AL; Ladriagan PM, 1997)。

こうした高齢者の特徴と予後予測を踏まえ、早期からリロケーションケアの充実を図ることは、高齢者のリロケーションダメージの緩和および高齢者や家族の目指す療養場所への円滑な移行を促進するうえで重要な看護実践である。

リロケーションに関する看護ケアとして、意思決定プロセスへ的高齢者の参加を支援し方向性を提供すること(Abir K Bekhet; Jaclene A Zauszniewski, 2013)、施設間のリロケーションの前に高齢者を巻き込み、情報提供をもとに準備性を高めること(Hanna Falk; Helle Wijk; Lars-Olof Persson, 2011)などが推奨されている。しかし、高齢者のリロケーションを促進するケアは体系化されているとは言い難く、看護師の力量に委ねられている。医療機関の機能分化により、高齢者のリロケーションはますます拡大することが予測されるなか、高齢者のリロケーションを促進するケアモデルの開発は、高齢者や家族のリロケーションダメージの緩和およびケアの質の向上を図るうえで急務といえる。

本研究者は、ケアモデルの開発に向けた第一段階として、回復期病院の看護師を対象に半構造化面接を実施した。その結果、高齢者のリロケーションを促進する看護介入として、看護ケアと【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5つの看護介入を抽出した(渡邊ら, 2018)。本研究者は上記の結果を確認し、看護ケア内容を有用にすることが必要であるとの思いから、新たな対象者を追加して、第二段階の研究を計画した。すなわち、第一段階の研究である高齢者のリロケーションを促進する5つの看護介入の再構成および妥当性を検証すること、高齢者のリロケーションを促進する看護ケア行動(渡邊ら, 2018)の充実を図ることを目的とした。

II. 用語の定義

リロケーションとは、「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」とする(渡邊ら, 2014)。

看護介入分類(NIC)(Horward K, et al, 2018)および看護にかかわる主要な用語の解説(日本看護協会, 2007)をもとに以下の通り定めた。

看護介入：看護師が患者の成果を高めるために行う臨床判断と知識に基づいたもの。

看護ケア：看護の専門的サービスのエッセンスあるいは看護業務や看護実践の中核部分を表すもの。

看護行動：看護介入を実践するために看護師が行う特定の行為や行動であり、具体的なレベルの行動。

III. 研究方法

本研究では、臨床家から意見を集積し、先行研究(渡邊ら, 2018)から導かれた看護ケアの充実を図るため、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携わる臨床経験5年以上の看護師とした。まず初めに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、研究協力を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、臨床における実践状況および介入事例を自由に語っていただいた。そのなかで、先行研究結果（渡邊ら，2018）に含まれていない新たな看護ケアについては、より具体的に詳細に介入事例について聴取した。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. データ収集方法

2018年1月15日～2018年5月22日に実施した。

4. データ分析方法

面接終了後、研究協力者ごとに、各看護ケアについて語っていただいた実践例を逐語録に起こした。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。分析の第一段階として、各研究協力者が看護ケアごとに語って頂いた内容に注目し、意味のまとまりにし、コード化を行った。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。全てのラベルを統合し、抽象度をあげ、先行研究（渡邊ら，2018）の結果と統合し、命名した。個々で抽出した内容を、看護介入、看護ケア、看護行動として分析を行った。

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のフィードバックし、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、内容妥当性を高める配慮を行った。

第二段階として、第一段階のデータ分析結果である個々で抽出した結果を、先行研究で明ら

かとなった看護介入、看護ケア、看護行動と比較、統合した。

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、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、研究協力者の心理的負担を考慮し、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、高知県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（看研倫17-46）。

IV. 結 果

1. 研究協力者の背景

研究協力者は、回復期リハビリテーション病院に勤務する30代前半～50代前半の看護師14名であった。そのうち、地域連携室で勤務する看護師は3名、病棟で勤務する看護師は11名であった。面接時間は、平均76分（49～105分）であった。

2. 高齢者のリロケーションを促進する看護ケアの看護介入、看護行動

1) 高齢者のリロケーションを促進する5つの看護介入

研究協力者から新たに得られた看護行動と看護ケアについて分析したところ、全部で1,127のコードが抽出され、コードの共通性・類似性に着目してさらに分析を進めたところ、新たに44個の看護行動が抽出された。先行研究と統合すると75個の看護行動となった。75個の看護行動を分析・分類したところ、先行研究と同様に5つの看護介入に分類された。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は、【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】との結果を得た。

2) 高齢者のリロケーションを促進する看護ケア

今回のデータから抽出された44個の看護行動

と先行研究を統合した結果、75個の看護行動となった。この75個の看護行動をもとに、看護ケアを抽出したところ、19個の看護ケアとなった(表1)。19個の看護ケアのなかには、先行研究では抽出することができなかった、7個の看護ケアが新たに抽出された(表1)。

ここでは、新たに抽出された《新たな場に溶け込むことを助ける》《やり取りを重ね認識のず

れを回避する》《希望の再獲得を支える》《リハビリ意欲を引き出す》《回復過程に合わせて自立度を引き上げる》《生活歴を手掛かりに先の準備性を高める》《生活期に向けてケアの形を再考する》の看護ケアを中心に述べる。

以下、看護ケアは《 》、看護行動は〈 〉、語りは斜線、語りの内容に対する補足は()で記した。

表1 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

看護介入	看護ケア (*:新たに追加された看護ケア)	看護行動 (*:新たに追加された看護行動)		
心地よい場づくり	新たな場に溶け込むことを助ける*	温かく出迎え一歩ずつ緊張を解きほぐす		
		入院初日の慌ただしさを解消する*		
		患者同士の交流を広げる*		
	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		
	余計な気をつかわない関係性を構築する	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		
生活思考への切り替え	その人らしい生活の流れを引き継ぐ	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ぎを模索する 訓練以外の時間の過ごし方を尊重する*		
		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 馴染みのある生活空間に近づける 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 興味を手掛かりに心のゆとりをつくる		
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	病を患い入院に至るまでの思いを解き放つ 障害受容の段階を見極め対応する* 回復過程において一喜一憂する思いを汲み取る 訓練に気が進まない理由を推察する*		
		現実に見合った方向に希望を修正する	現実的な情報を会話に織り込む* 思い描く希望を把握し小まめに認識のズレを修正する 実体験をもとに自己理解を促す* 回復への期待値を緩める* 目先のことに捉われず将来に視野を広げる* 今まで通りの方法が通用しないことを説明する*	
			やり取りを重ね認識のずれを回避する*	譲歩できる部分を探り折り合いをつける* 事前情報のやり取りを重ね相互理解を深める 常に相手の立ち位置を確かめる* 患者と家族間の方向性を確かめ共有する* 患者と医療者の意見をすり合わせる*
				希望の再獲得を支える*

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	さりげなく自分でできる仕掛けをつくる
		生活の一部にリハビリを組み込む*
		方途を尽し食習慣に応じた栄養状態の底上げを図る
	病を抱えつつ自分でできるという自信に働きかける	根気強く生活動作の積み重ねを促進する
		病と付き合う術を問いかけ自己解決に導く
	リハビリ意欲を引き出す*	成功体験を積み重ねる*
		入院の目的を再確認する*
		性格に応じて関わり方を工夫する*
		ありたい姿を回復の原動力に据える*
	起こりうるリスクを査定し未然に食い止める	訓練による効果を共有する*
		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
		行動範囲の拡大とともに生じるリスクに注意を払う*
		本人の協力を得て転倒リスクを軽減する*
		任せきりにせず必要に応じて介助する*
		頑張りすぎることによって生じる体調不良を防ぐ*
		危険予測に基づき予防策を講じる*
		安全に配慮し行動範囲を拡大する*
使いやすさと安全面から家具を検討する*		
昼夜の状態を比較し転倒リスクを査定する*		
内在する力を見積もり引き出す	治療で施された付属品の必要性を見定める	
	一動作ごとに身体機能を評価する*	
	身体機能の伸び率をもとにその人の力を慎重に見積もる	
	手取り足取りやっつけず長い眼で見守る	
回復過程に合わせて自立度を引き上げる*	不確実な点を補い混沌とした状況を整理する	
	多職種と小まめに状態を評価する*	
	目標の達成度に応じてケア設定を見直す*	
先を見据えた時間軸の見定め	チームで訓練内容の統一を図る*	
	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立てる
		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
	生活歴を手掛かりに先の準備性を高める*	転院受け入れに必要なものを事前に手配する
		再発予防に向け自己管理の習慣づけを図る*
		身体機能と自宅環境の溝を埋める*
		退院後のサポート体制を整える*
		家庭内の役割調整を図る
	生活期に向けてケアの形を再考する*	介護力を見定め自立を促す*
		一人でも実施可能な方法を編み出す*
		本人の慣れているやり方を活かす*
		実生活に連動したやり方に調整する*
		一時帰宅の情報から今後の課題を把握する*

(1) 《新たな場に溶け込むことを助ける》

《新たな場に溶け込むことを助ける》とは、入院初日の疲労感を軽減し、新しい環境に馴染めるように他患や医療者間の橋渡しを行うことである。

入院初日は急性期病院から回復期病院の移動に加え、病棟内オリエンテーションや検査など

が続くこともあるため、看護師は高齢者や家族が一息つけるように医療スタッフの訪問頻度を調整し、＜入院初日の慌ただしさを解消（する）＞していた。また、食堂のテーブル配置を工夫し＜患者同士の交流を広げ（る）＞《新たな場に溶け込むことを助ける》看護ケアを実践していた。

「入院時は医師も看護師もケースワーカーも、色々なスタッフが関わらるんですね。全部来て、名前なんて覚えられないはずなので。どこかで休憩できるような時間をつくってあげたり。訓練が続きそうだったら、セラピストに『検査が終わったばかりだから』と伝えて。」(看護師D)

そして、共有スペースを通じて<患者同士の交流を広げ(る)>コミュニティの形成を図っていた。

「夕食後も(消灯時間まで)時間が長いので。食堂で一緒にテレビを見て、歌を歌ったりとかされているので、(入院してきた患者さんを)一緒に誘ってもらったりとか。男性は、それなりに会話は少ないけど話はされるので、将棋ができるのであれば、一緒にしてもらったり。地域生活とは違う病院の中ですけど、そういうコミュニティができればと思って。」(看護師H)

(2) 《やり取りを重ね認識のずれを回避する》看護ケア

《やり取りを重ね認識のずれを回避する》とは、入院による生活環境の変化や病気の発症に伴う困惑・不安の渦中にあるなかで、相手の立ち位置に合わせて納得のいく方向性に進んでいけるように話し合いを重ねることである。

看護師は、入院に伴うストレスを最小限に留めるために<事前情報のやり取りを重ね相互理解を深める>とともに、<譲歩できる部分を探り折り合いをつけ(る)>ていた。

例えば、手すりを使用しなくても一人で歩ける、人に迷惑をかけたくないという本人の思いを尊重し、安全でその人らしい生活を維持するためにはどの部分を補えばよいか<譲歩できる部分を探り折り合いをつけ(る)>ていた。

「70、80ぐらいの男性の方は大黒柱、亭主関白という世代なので、家族の前で弱った自分を見せたくなくて、『手すりなんてまだ要らない、できる。』って言われるんですよ。そして、その時だけ無理してやられてできるんです。なので、逆にその自信というより、『膝が痛いし腰も手術されているので、そこを傷めてしまうと、また動けなくなるので古傷を大事にするためにも、ここに1本(手すりが)あったほうがいいですよ。予防的にも(手すりを)つけておきましょう』と。」(看護師C)

さらに、障害受容の過程を見定め<常に相手の立ち位置を確かめる>とともに<患者と医療者の意見をすり合わせ(る)><患者と家族間の方向性を確かめ共有する>といった《やり取りを重ね認識のずれを回避する》看護ケアを実践していた。

そのなかで、病状説明の際は高齢者と家族の表情を細かく観察し、回復の期待と現実との狭間で、今どの段階にいるのか<常に相手の立ち位置を確かめ(る)>ていた。

「期待をもって(回復期病院)に来ている部分もあるんですよ。あと良くなりたいてって反面、不安もある。だから、すごく何か力んでおっしゃっているとか。ちょっと自分にはっばかけたこと言っているなど。でも、それも本音だと受け止め、言葉の裏にあることを考えつつ。(中略)ある程度、わかっているけど期待もあるから。個人差はあるけど入院時にしっかりとどういう気持ちでこの言葉を発しているのか聞くように。」(看護師B)

そして、時には、患者と医師のクッション役として医師からの説明をどのように捉えているか面談後に確認し、<患者と医療者の意見をすり合わせ(る)>ていた。

「その場では先生に『はいはい、わかりました』って言って面談終わるんですけど、患者さんと家族はわからないまま流れているのもあって。その辺の不安要素、わからない部分を補ってあげないと、疑問のまま進んで余計不安になると思うので。面談後は様子を伺いに行くようにしています。」(看護師J)

(3) 《希望の再獲得を支える》看護ケア

《希望の再獲得を支える》とは、望む姿に近づくために周囲の支援や代替方法を提案し、高齢者と家族と共に実現可能な形を編み出していくことである。

看護師は、高齢者とともに将来の希望や回復像を具現化するなかで<回復の可能性を広げ(る)><希望の実現に向け伴走(する)>していた。さらに、回復の見込めない場合には<代替手段をもとに別の形で身体機能を補う>など<目標共有を積み重ね実現に向け取り組む>といった《希望の再獲得を支える》看護ケアを実践していた。

「他の同じような患者さんでも、ここまで改善して

いるんですよっていう例を挙げて話をしたり。あとは、同じ病室やデイルーム、リハビリの時など似たような患者さん同士で話してもらう環境を。『前はあんな感じだったけど、ああやって歩けるようになったんだよ』っていうのを。間近で見たり、話を聞いたりして、患者さん同士で共感し合えるところもあるので。『自分も頑張ったらあそこまでなれるかな』っていう言葉は聞けるので。」(看護師E)

そして、退院後も入院前の畑仕事を継続できるように＜代替手段をもとに別の形で身体機能を補(う)＞っていた。

「畑のところ椅子を準備してもらって、おうちの人が手伝ってくれるんだったら、何か苗を植えて育てたりとか。草引きとかはできるので、『水やりとかしてみたらどうですか』っていう提案はします。」(看護師I)

そのなかで、時に家族の協力を得て＜目標共有を積み重ね実現に向け取り組(む)＞んでいた。

「セルフケア能力を高める力を持っているのに依存的な方には、家族に『家に帰るために頑張らなきゃいけないから、頑張ってよ』と声を掛けていただいたり。(中略) 家族にも現状を理解してもらい、知ってもらって、今後のことも考えてもらい、一緒に目標達成に参加してもらって。」(看護師I)

(4) 《リハビリ意欲を引き出す》看護ケア

《リハビリ意欲を引き出す》とは、今までの生活を振り返るなかで、ありたい姿を明確化し、主体性を引き出すことである。

看護師は、症状と照らし合わせ＜入院の目的を再確認する＞とともに＜性格に応じて関わり方を工夫(する)＞し、訓練への主体性を高めていた。さらに、高齢者とともに入院前の生活について回想するなかで＜ありたい姿を回復の原動力に据え(る)＞＜訓練による効果を共有(する)＞し《リハビリ意欲を引き出(す)》看護ケアを実践していた。

例えば、実生活の場面をもとに、その人の目標がどこにあるのか探り＜ありたい姿を回復の原動力に据え(る)＞ていた。

「(入院前)『どうやって出かけていました』って確認して。『自転車に荷物をのせることになった場合、今の状態でバランスは取れそうですか』って、話をもっていくとか。ある程度、その人の目標がどこな

のか、生活の話をする目途が立ちやすいので。」(看護師D)

(5) 《回復過程に合わせて自立度を引き上げる》看護ケア

《回復過程に合わせて自立度を引き上げる》とは、多職種と意見を交え、ケアの評価と介入を繰り返し、段階的に回復を支援することである。

看護師は、＜多職種と小まめに状態を評価(する)＞し、＜チームで訓練内容の統一を図(る)＞り、＜目標の達成度に応じてケア設定を見直す＞といった《回復過程に合わせて自立度を引き上げる》看護ケアを実践していた。

例えば、実際に行っている看護ケアは今のその人の状態に適したケアか、おのおのが観察した視点をもとに意見を交わし＜多職種と小まめに状態を評価(する)＞していた。

「ベッド上では寝ているけどリハビリでは歩いているとか。ベッドから起き上がるタイミングも、今こうだね、ああだねって(多職種間で)言いながら、少しここアップできそうとか。保清も寝てから拭くんじゃなくて座って拭くとか。一部立てできるとか。チームカンファレンスはもちろんのこと、カンファレンス以外も、結構毎日(多職種と意見交換を)行っています。」(看護師B)

そして、評価と介入を繰り返し、目標設定の段階を確認しながら、＜目標の達成度に応じてケア設定を見直(す)＞していた。

「まずは、完全にお食事が3食になるまで言語聴覚士が介入し、お昼の時間帯の様子を見ながら、それで問題がなければ、夜も食事を提供するというように徐々に段階を上げています。また、嚥下造影検査をもう一度行い、評価しています。」(看護師J)

(6) 《生活歴を手掛かりに先の準備性を高める》看護ケア

《生活歴を手掛かりに先の準備性を高める》とは、今に至るまでの生活をヒントに次の移行先に向けて調整し、高齢者や家族の心積もりを高めることである。

看護師は、入院に伴う食生活の改善や訓練によって、どの程度、血圧や血糖値が改善したか具体的な数値をもとに説明し＜再発予防に向け自己管理の習慣づけを図(る)＞っていた。また、

家族の〈介護力を見定め自立を促す〉とともに〈家庭内の役割調整を図(る)〉り、〈退院後のサポート体制を整え(る)〉ていた。そして、自宅改修を施すことにより〈身体機能と自宅環境の溝を埋め(る)〉《生活歴を手掛かりに先の準備性を高める》看護ケアを実践していた。

「具体的に血圧の値を言って、今までこれだけの種類の薬を飲んでいたのに、薬の数が減りましたねとか。血糖コントロールをしている方だったら、朝昼晩、血糖を測っていたのが、『週何回になりましたね』とか。」(看護師K)

なお、次の生活の場と身体機能の回復を見据えて、本人と家族が余力を残して安定した療養生活をおくれるように〈退院後のサポート体制を整え(る)〉ていた。

「入院中に減塩指導ができない場合はおうちに帰ってから関わるケアマネジャの方や、通所サービスで食事の提供が可能か確認するなど、本人が無理しなくてもどこかで少し対応できる部分を残しておく。」(看護師A)

(7) 《生活期に向けてケアの形を再考する》看護ケア

《生活期に向けてケアの形を再考する》とは、在宅や療養施設の場に移行することを見据えて、本人と家族と共に実生活に見合ったケアを構築することである。

看護師は、〈本人の慣れているやり方を活か(す)〉し、保持している身体機能や介護力をもとに〈一人でも実施可能な方法を編み出(す)〉していた。そして、〈一時帰宅の情報から今後の課題を把握(する)〉し、〈実生活に連動したやり方に調整する〉ことで《生活期に向けてケアの形を再考する》看護ケアを実践していた。

例えば、訓練で学んだ生活動作が病棟に戻ると自ずと自己流になることを捉えたうえで、長年の身体感覚に基づく生活動作を起点に〈本人の慣れているやり方を活か(す)〉し、環境調整を行っていた。

「危険なくやる方法をスタッフが教えたとしても、長年生きてきた自分の癖があるので、そこを見極めて、どこで折り合いをつけたらいいのかを考えて。(中略) こういう癖があるならば、環境面でどうにかならないか、ポータブルトイレの配置や環境調整を行

うというように。」(看護師C)

さらに、その人の手段的日常生活動作(IADL)や家族の介護力をもとに〈一人でも実践可能な方法を編み出(す)〉し、オムツの履き方に工夫を施していた。

「夜間の尿取りパッドの当て方も、手の動きが悪いので、大きい夜間の高吸収のパッドを自分でリハビリパンツの中にセットすることができなくて。ただ、パッドをセットしたものを丸ごと履き替えるのであればその人にもできる方法だったので。それは、本人さんにとって夜ゆっくり休めて、ご主人の手を煩わせなくても済んだのかと。」(看護師H)

3) 高齢者のリロケーションを促進する看護ケアに内包される新たな看護行動

今回のデータから抽出された44個の看護行動と、先行研究を統合すると75個の看護行動となった。そのなかで、先行研究で抽出された《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》看護ケアには新たに8つの看護行動が抽出された。

〈行動範囲の拡大とともに生じるリスクに注意を払う〉看護行動には、個々の身体機能や認知機能に応じて、見守りの距離感を調整するケアが含まれていた。

「チームで見守りが必要なことを分かっていたら、周りも集中して見守りのサポートしてくれるので。転倒リスクが高いとか、徘徊リスクが高い方に関しては、近くの距離で一緒にいる。誰かを見たら攻撃的になる場合は、車椅子の座位が安定しているとか、歩行が安定しているとか、こけても骨折などの重症にならないという人であれば、もう少し距離を置いて見守る。遠くから、目は離さないように、気付かれないように見守ると。近くにいない分、少しはストレスも軽減され、ぐるぐる回るだけでも落ち着かれる場合もあるので、あえて制止をかけずに、今、あの辺にいるなと思って見守るように。」(看護師E)

また、転倒リスクがある高齢者には、どの部分に介入が必要か見定め〈安全に配慮し行動範囲を拡大する〉看護行動を実践していた。

「リハビリって、ベッドから起きて行動する時期なので、転倒が付き物になってくるんです。その方がベッドから起きるときに、動きをキャッチしないと危ない方なのか、それとも、ベッドに端座位になって、そこから立ち始める時に気を付けないといけない人

V. 考 察

なのか。そういうことでも、行動抑制や環境設定の違いもあるし。スタッフを呼ばずに、自分だけで動くのは危ないですが、本人の持っている動きを活かしながら、もし、ふらつくのであれば、介助バーを使ってみるとか。あとは、空間が広くあり過ぎると危ない方だと、ベッドと床頭台の位置をちょっと狭めてみて、伝い歩きができる環境にするとか。」(看護師K)

さらに、頑張りすぎる人には、訓練を詰め込むことによる症状悪化を防ぐため、敢えて力を抜く方法を伝授し<頑張りすぎることで生じる体調不良を防(ぐ)>いでいた。

「リハビリで歩く練習をして、次に病棟でも歩く練習をし始めて。(中略)いきなり『1日歩きましょう』ではしんどいと思うので、ちょっとずつ勤めるようにしています。やっぱり、体に負担が掛かり過ぎると緊張が高くなったりとか。あと、杖とか歩行器とか、手で押さえるもの場合は肩とか、変なところに力が入り、具合が悪くなってしまう方とかもいるので様子を見ながら、具合が悪くなったら一旦中止して、また前の通りに戻したり。」(看護師N)

「結構、頑張り屋さんが多くて。自主訓練し過ぎて具合悪くなる人とかいるので。ひたすら歩いて、まめ作って、足腫れてとかあるので、自主練習をし過ぎないように頑張り屋さんにはさぼる方法を教えるっていう。」(看護師G)

一方、活動意欲が低下している人には、一緒に動作の手順を確認しながら<任せきりにせず必要に応じて介助(する)>していた。

「メンタルが弱い方であれば、『できないところは私がお手伝いするので、できるところまでやってみましょう』と声掛けをして。(中略)たまには、ちょっと疲れているのかなって思ったら、『今日だけは私が全部するので、次は自分でしてくださいね』って声掛けして。」(看護師E)

「基本的には、全部一回確認しようと。ここ持てますかとか、立てますかとか。あとは、移乗動作にしても一回、まず真っすぐ立ちましょかって。その日によって、今日できない日、できる日もあるので、その辺の判断として動作の確認と、認知症とか精神的なところの判断もみて。」(看護師G)

1. 高齢者のリロケーションを促進する看護介入の再構成

本研究では、第一段階の研究である高齢者のリロケーションを促進する看護介入(渡邊ら, 2018)をもとに看護介入の再構成および妥当性を検証した。その結果、先行研究と同様に5つの看護介入に分類できた。具体的な看護行動や看護ケアの内容は対象者や対象者の置かれた状況によって異なるが、より包括的な看護介入は一貫しているといえよう。

2. 個別事例の統合による検証と看護ケアの拡張

本研究では、先行研究(渡邊ら, 2018)を基盤に個別事例を統合した。その結果、新たに7つの看護ケアが抽出された。これらの看護ケアは、看護介入の具体的なケアの方略を示すものとする。

1) 【心地よい場づくり】

【心地よい場づくり】の看護介入には、《新たな場に溶け込むことを助ける》看護ケアが抽出され、先行研究と統合すると3つの看護ケアとなった。

今回抽出された《新たな場に溶け込むことを助ける》看護ケアには、高齢者や家族-医療者間のつながりに加え、他患や多職種へコミュニティの幅を拡大し、自然と打ち解けられる関係性を構築する支援が含まれていた。

施設間のリロケーションの適応には、レクリエーション活動への参加や施設生活を楽しむ対処行動(小松ら, 2013; 2015)に加えて、他患との新しい関係性の構築およびスタッフとの関わりが報告されており(Tanya E Davison; Vera Camões-Costa; Anna Clark, 2019)、本研究結果とも一致する。

他患との交流は、ケアの相互作用を生み出すことが予測され、ケアを通して他の諸価値や諸活動を位置づけ、基本的な安定感や落ち着く場所にいるという実感にも通じる(Milton Mayeroff, 2005)。つまり、リロケーションによって生じる多様な変化のなかで、他患や多職種も

含め、コミュニティの再構築を支援することは、その場にいることの意味を捉えなおし、新たな生活基盤を整えるうえで重要な支援と考える。

2) 【希望と現実のすり合わせ】

【希望と現実のすり合わせ】の看護介入には、新たに《やり取りを重ね認識のずれを回避する》《希望の再獲得を支える》看護ケアが加わり、先行研究と統合すると4つの看護ケアとなった。

急性期病院から回復期リハビリテーション病棟への転院は、患者にとって素晴らしい医療を受けることの喜びとともに回復への揺らぎや壁にぶつかる体験に遭遇する時期といわれている(百武ら, 2009)。リロケーションに適応していくには、場によって異なる生活様式やケア内容、新しい日課やルールを受け入れられるように支援し(Thomasma M; Yeaworth RC; McCabe BW, 1990)、不確実な部分に対して事実に基づいた情報を与え選択肢をつくることが強調されている(Dickinson D, 1996)。

他方で、《やり取りを重ね認識のずれを回避する》看護ケアには、現実的な情報から現状理解を促すことに加え、障害受容の段階や言動の意図を推察し、方向性をすり合わせるといった合意形成の過程が含まれていた。これらのケアは、高齢者や家族の想像する入院環境やケア内容、将来の方向性に向けた共通理解を図る機会になると考える。

次に、《希望の再獲得を支える》看護ケアには、完全に希望通りにいかないとしても、その人がよしとする自己決定ができるよう代替案を提案し、自己決定を促す支援が含まれていた。回復が見えない状況は、時に高齢者の気持ちを打ちのめし、リハビリ意欲の低下を招く恐れがある。他方で、人は生涯にわたってそれぞれの経験を積み重ねていくのではなく、常にこれまでの経験を現在に引き付けて理解しなおし、再構築し、過去は現在から将来の自分に統合されていく過程においてその時その時に生きている(南ら, 1995)。特に、老いることは偉大な特権であり、長い人生を振り返り、振り返りつつその人生を追体験できることに加え(Erik. H. Erikson & Joan M. Erikson, 2013)、今まで生きてきた人生と調和するために人生観の評価と修正

の過程から独自の価値観や信念が現れると言われている(Erik. H. Erikson他, 2002)。それゆえに、回復の期待値を高く見積もるといふより、今に至るまでの歩みを回想するなかで、病を抱えた後の人生がより豊かになるように高齢者の強みを活かした《希望の再獲得を支える》看護ケアの重要性が示唆された。

3) 【内包する力の拡張】

【内包する力の拡張】の看護介入には、新たに《リハビリ意欲を引き出す》《回復過程に合わせて自立度を引き上げる》看護ケアが加わり、先行研究と統合すると6つの看護ケアとなった。

《リハビリ意欲を引き出す》《回復過程に合わせて自立度を引き上げる》看護ケアには、多職種と小まめに状態を評価し、実生活を想起する中で本人の目指すゴールを明確化し、自発的行動を引き出す支援が含まれていた。

高齢者は、運動耐性が低いため、短期的および集中的に負荷の高い訓練を実施することが難しく、疾患そのものの回復も遅延する傾向にある(飯島, 2018)。そのような状況下の中、《回復過程に合わせて自立度を引き上げる》ことは、回復状況に適した関わりを行うことによる信頼関係の構築や回復意欲の向上をもたらすことが報告されている(新藤ら, 2019)。これらのことから、負荷の高い訓練を実施するなかで、《リハビリ意欲を引き出す》ことは、高齢者が回復を実感し、今行っているケアや訓練の有意味性を見出すうえで重要な支援と考える。

4) 【先を見据えた時間軸の見定め】

【先を見据えた時間軸の見定め】の看護介入には、新たに《生活歴を手掛かりに先の準備性を高める》《生活期に向けてケアの形を再考する》看護ケアが加わり、先行研究と統合すると3つの看護ケアとなった。

《生活歴を手掛かりに先の準備性を高める》《生活期に向けてケアの形を再考する》看護ケアには、本人と家族と医療者が対話を重ね、将来の生活の場に適したケア方法を一緒に模索し、役割の再調整を促すという支援が含まれていた。

役割を遂行するためには、その人の自我が役割の社会的境界を単位として感知することや、

重要他者がその人に期待する役割行動の種類について明確な考えおよび補完的役割における相互期待への気づきが必要になると言われている (Afaf Ibrahim Meleis, 2019)。つまり、《生活歴を手掛かりに先の準備性を高める》《生活期に向けてケアの形を再考する》看護ケアは、今までの生活と比較し、生活や役割変化の気づきを得る支援ともいえる。

特に、リロケーションは本人のみならず家族も影響を受け、挫折感や無力感を経験することが報告されている (Ryan et al., 2000)。そのため、次の生活の場を見据えて実生活に馴染む方法を一緒に模索することは高齢者のみならず、家族にとっても不安材料の軽減につながることを期待される。加えて、《生活期に向けてケアの形を再考する》看護ケアを通して高齢者や家族とこまめに目標共有を積み重ねていくことは、家族の将来像を描き、今後起こりうる変化の予測性を高めるうえで重要な支援といえる。

3. 個別事例の統合による看護行動の拡張

本研究結果から、新たに44個の看護行動が抽出された。なかでも《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》看護ケアには、8個の看護行動が加わった。

抽出された看護行動には、過度な介入や行動制限によって高齢者が見張られているという思いを抱かないよう個々の身体機能や持ち味、動作の癖を把握し、細やかな観察のなかでどこに転倒リスクが潜んでいるのか見定め、黒子のように見守るといったケアの技や、多職種とともにチームで体調変化や転倒予防に注意を傾けるといった特徴が含まれていた。高齢者の生き方や価値観、自尊感情に考慮し、その人の経験から最適のケアを創造することは、これまで通りの自己のあるべき姿を保とうとする高齢者の尊厳を守るケアといえる。

特に、転院後の行動制限はストレスが高く (中向, 2011)、安全面を重要視しすぎることは、高齢者にとって自尊心の低下や活動量の減少を招くことが危惧される。すなわち、その人自身の心身機能やニーズを見極め、《起こりうるリスクを査定し未然に食い止める》ことは、リロケーションに伴うストレスを軽減し、自然な生活動

作の下、回復力を引き出す支援ともいえる。

VI. 結 論

高齢者のリロケーションを促進する看護介入の再構成および妥当性を検証した結果、先行研究と同様に5つの看護介入に内包されたことから、包括的な看護介入は一貫していた。さらに、個別事例と先行研究を統合した結果、新たに7つの看護ケアが抽出され、看護ケアと看護行動の充実が図られた。

先行研究と個別事例の統合により、高齢者のリロケーションを促進する看護ケアの共通項として、新たな生活環境への円滑な移行支援、起こりうる心身の不調に対する予測と対処力の促進、生活期を見据えた次のリロケーションへの準備があげられる。それらの看護ケアの根底には、時間軸のなかで次のリロケーションの場を見据えて、高齢者のもてる力と家族の協力を得て、ケアの修正を積み重ねリロケーションの変化に対し、適応を促す支援が含まれていた。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、質的アプローチを用いて、高齢者のリロケーションを促進する看護介入に含まれる看護ケアの内容妥当性を検討した。今後、量的アプローチを併用し、構成概念妥当性と有用性 (適応範囲) を検証していく必要がある。

謝 辞：研究にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS KAKENHI Grant Number JP 16K20831の助成を受けて実施した研究の一部である。

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、執筆の全てを行った。SNは、研究の着想および研究プロセス全体の助言を行った。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、The 6th International

Research Conference of World Academy of Nursing Scienceにおいて発表した。

文 献

- Afaf Ibrahim Meleis (2019) : 移行理論と看護－実践、研究、教育－, 学習メディカル秀潤社, 初版第1刷, pp.25, 東京.
- Abir K Bekhet, Jaclene A Zauszniewski (2013). Resourcefulness, positive cognitions, relocation controllability and relocation adjustment among older people: a cross-sectional study of cultural differences, *International Journal of Older People Nursing*, Sep; 8(3): 244-252.
- Dickinson D (1996). Can elderly residents with memory problems be prepared for relocation?, *Journal of Clinical Nursing*, Mar; 5(2): 99-104.
- Erik H. Erikson & Joan M. Erikson (2013) : ライフサイクル、その完結＜増補版＞, みすず書房, 第11刷, pp.188, 東京.
- Erik .H. Erikson, Joan M. Erikson, Helen Q. Kivnick (2002) : 老年期 生き生きしたかかわりあい, みすず書房, 新装版第4刷, pp.148, 東京.
- Hanna Falk, Helle Wijk, Lars-Olof Persson (2011). Frail older persons' experiences of interinstitutional relocation, *Geriatric Nursing*, Jul-Aug; 32(4): 245-256.
- Howard K Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, 監訳: 黒田裕子ほか(2018). 看護介入分類(NIC)原著第7版, エルゼビア・ジャパン, pp.xix (用語の定義), 東京.
- 百武武司, 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誌*, 31(2), 95-107.
- 飯島節 (2018) : 【老年医学(下)－基礎・臨床研究の最新動向－】高齢者のリハビリテーション 高齢者のリハビリテーションの特徴, *日本臨床*, 76巻増刊7, 671-675.
- 回復期リハビリテーション病棟協会 (2020) : 2019年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, pp.29, 34, 東京.
- 小松美砂, 濱畑章子 (2015) : 日本における施設移転後の高齢者の適応, *日本保健医療行動科学会雑誌*, 29(2), 50-59.
- 小松美砂, 濱畑章子 (2013) : 高齢者施設へのリロケーション時の適応課題と対処行動, *日本保健医療行動科学会雑誌*, 28(1), 82-92.
- Lander SM, Brazill AL, Ladrigan PM (1997). Intrainstitutional relocation: effects on residents' behavior and psychosocial functioning, *Journal of Gerontological Nursing*, 23(4), 35-41.
- Milton Mayeroff (著) 田村真 (訳), 向野宣之 (訳) (2005) : ケアの本質－生きることの意味, ゆみる出版, 第13刷, pp.15, 東京.
- 南博文, やまだようこ (1995) : 講座生涯発達心理学 (5) 老いることの意味, 金子書房, 192, 東京.
- 日本看護協会 (2007) : 看護にかかわる主要な用語の解説－概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈－, 社団法人日本看護協会, pp.13, 東京.
- Ryan AA, Scullion HF (2000). Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers, *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1187-1195.
- Tanya E Davison, Vera Camões-Costa, Anna Clark (2019). Adjusting to life in a residential aged care facility: Perspectives of people with dementia, family members and facility care staff, *Journal of Clinical Nursing*, Nov; 28(21-22): 3901-3913.
- Thomasma M, Yeaworth RC, McCabe BW (1990). Moving day: relocation and anxiety in institutionalized elderly, *Journal of Gerontological Nursing*, 16(7), 18-25.
- 中向弥生 (2011) : 転院後の行動制限にストレスを感じている患者の看護 Aguileraの危機モデルを用いての分析, *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録23回*, 84-86.
- 新藤裕治, 中村美知子 (2019) : 急性期から回復期における脳卒中患者の回復意欲と看護師への信頼との関連, *日本ニューロサイエンス看護学会誌*, 6(1), 31-40.
- 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.
- 渡邊美保, 野嶋佐由美 (2018) : 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

ンを促進する看護介入の全体構造, 高知女子

大学看護学会誌44(1) 81-93.