

〔研究報告〕

COVID-19 拡大期の回復期リハビリテーション病棟における 患者と家族の退院後の生活の充実につながる看護

原田 めぐみ¹⁾ 斉木 良美²⁾ 柴田 万智子¹⁾ 古川 直美³⁾ 藤澤 まこと¹⁾
渡辺 るりえ⁴⁾ 野原 教行⁴⁾ 森 貴則⁴⁾ 安藤 弘乃⁴⁾ 角田 相模⁴⁾

Nursing for Enhancing the Post-Discharge Lives of Patients in a Convalescent Rehabilitation Ward and Their Families during the COVID-19 Pandemic

Megumi Harada¹⁾, Yoshimi Saiki²⁾, Machiko Shibata¹⁾, Naomi Furukawa³⁾, Makoto Fujisawa¹⁾, Rurie Watanabe⁴⁾,
Noriyuki Nohara⁴⁾, Takanori Mori⁴⁾, Hirono Ando⁴⁾ and Sagami Kakuda⁴⁾

要旨

本研究の目的は、COVID-19 拡大期に工夫した看護が、どのように患者と家族の退院後の生活の充実につながったのかを分析し、その看護の重要性と課題を検討することとした。

対象者は、A 回復期病棟に入院中の患者 3 名と家族 7 名、看護師 4 名であった。患者と家族への電話訪問によって、退院後の生活の現状を把握した。電話訪問を行った看護師 4 名に、入院中に実施した看護について半構成的面接を行った。

患者と家族の退院後の生活の充実につながった看護は、【退院後の生活や患者の状態に合わせた ADL の向上支援】【日常生活の中での認知機能の維持・向上支援】、【患者の状態と退院後の生活の変化の家族への説明】【退院後の生活に必要な社会資源のアセスメントと調整】等であった。自宅訪問できない中、家族に自宅の写真を撮影してもらい作成した家屋調査票を基に、自宅での生活状況を患者と家族から聞き取ることで、退院後の生活環境や生活の様子を把握した。面会制限がある中で、電話や荷物交換での来院時に家族に患者の様子を伝え、家族から自宅での生活等の情報を把握した。外出泊制限によって、入院中に自宅での動作確認等ができないため、退院直後から専門職による援助が継続できるように社会資源を調整するといった工夫を行っていた。

そして、COVID-19 により様々な制約が生じた中でも、看護師は一人ひとりの患者と家族の自宅での生活、家族との関係性、家庭内での役割、今後の生活の希望と価値観、回復への意欲や考えをもつ人であると捉えた。このように、患者と家族を生活者として捉える姿勢をもち、退院後の生活を把握する方法を工夫し、看護を行うことが、COVID-19 拡大期においても、患者と家族が退院後の生活を自分らしく営むことを可能にしたと考える。

課題として、退院後に生じる困りごとに対する看護、認知障害をもつ患者と家族への看護の質の向上が考えられた。

キーワード：回復期リハビリテーション病棟、COVID-19、退院支援

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 医療法人和光会 Medical Corporation Wakokai

3) 岐阜県立看護大学 成熟期看護学領域 Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

4) 医療法人和光会 山田病院 Medical Corporation Wakokai Yamada Hospital

I. はじめに

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟とする）は、急性期リハビリテーションの後、最長180日の入院期間でリハビリテーション（以下、リハビリとする）を担う。回復期はADLの向上が期待できる一方、患者・家族の期待と実際の機能回復・ADL能力の相違や将来の生活を考え、心理的に不安定になるなど心理的負担の大きい時期でもある（牧野ら, 2010）。また、退院直後も患者と家族にとっては不安定な時期であり、入院中は実施できていたことも、退院後1週間では体調管理やセルフケアなどの困りごとが生じると報告されている（高橋ら, 2019）。そのため回復期病棟看護師には、全身状態を安定させ、患者の身体・心理社会的変化と共に歩みながら、患者と家族とともに退院後の生活を具体的に描き患者の生活行動を拡大する役割がある。

しかし、2019年末から全世界に拡大した新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）の影響により、全国の回復期病棟でも面会や外出泊の制限が行われた。それにより、退院後の生活を捉えるために必要な、その人らしい生活の明確化（竹内ら, 2020）、入院中に家屋調査や外泊を実施して自宅で困った点の共有（井本, 2021）、家族介護力の把握や生活環境にあったリハビリ（清水ら, 2016）、家族の現実認知を促進する（足立ら, 2019）ために、これまで回復期病棟で通常行われてきた、入院中の外出泊、退院前自宅訪問、対面による家族とのコミュニケーション以外の方法の検討が必要な状況にある。そのため、家族から患者へのメッセージカードの運用（鈴木ら, 2022）、オンライン面会（平賀, 2023）等、様々な方法が実施された。

A回復期病棟でも同様に、面会や外出泊が制限された。看護師は家族に対して、荷物の受け渡し時に患者の状況を伝える、家族カンファレンス等で患者の病棟での日常を伝える、十数分に制限された面会時間の中での介護技術指導等を行った。

このように、COVID-19拡大期において、全国の回復期病棟やA回復期病棟では、面会や外出泊の制限に対して様々な看護が実施された。しかし、回復期病棟を退院した患者と家族の退院後の生活の状況や困りごと、入院中のどのような看護が患者と家族の生活の充実につながったのかは明らかにされていない。本研究でそれらを明らかにすることで、COVID-19拡大期に工夫した看護が、どのように患

者と家族の退院後の生活の充実につながったのかを確認し、その看護の重要性と課題を検討することができると考えた。

本研究の目的は、COVID-19拡大期に工夫した看護が、どのように患者と家族の退院後の生活の充実につながったのかを分析し、その看護の重要性と課題を検討することとした。

II. 方法

1. A病棟の概要

2021年4月現在、A病棟の病床数は56床で、看護職27名と介護職11名が所属している。看護職は2チームに分かれており、各チームのカンファレンスは毎日朝の申し送り後に行われ、入院7日目の患者を対象に、1日0～3の事例検討をしている。参加者はその日に勤務している看護職と介護職である。スタッフカンファレンスは、患者1名に対して毎月1回実施され、看護職と介護職の他に医師、リハビリ職、医療ソーシャルワーカーが参加している。

2. 研究体制

本研究はA病棟とB大学との共同研究として取り組んだ。A病棟看護職5名とB大学5名が研究者であった。A病棟の看護職全員が、B大学研究者から研究の説明を受けた。対象患者の選定は、研究説明を受け、同意した病棟看護師と病棟研究者で行った。

3. 研究期間

2021年10月から2022年1月であった。

4. 患者と家族への電話訪問による退院後の生活の現状の把握

1) 対象

2021年10月下旬から11月下旬に、A病棟から自宅退院した患者と家族を選定した。

2) データ収集方法

A病棟退院後4～9日目に、病棟研究者もしくは対象患者の受け持ち看護師、患者と家族の状態を把握している同じチームの看護師が、勤務時間内に病棟の固定電話から患者と家族へ電話訪問を行った。言語障害や認知機能障害等により、患者との電話での会話が難しい場合は、患者と家族から同意が得られた家族への電話訪問を行った。

電話訪問は、基本的に病棟研究者が行うが、勤務状況や対象患者と家族との日程調整が難しい場合は、研究参加に同意した看護職が行った。看護職は、電話訪問前にA病棟研究者と内容を確認したうえで電話訪問を行った。イン

インタビューガイドを用いて、現在の生活の状況、困っていることや入院中の援助が役立っていることを確認した。電話内容をICレコーダーに録音した。その録音内容をデータとして逐語録にした。

3) 分析方法

データは、現在の生活の状況と困っていること、入院中に行ったことが役立っていることが分かるように文脈単位で要約した。要約内容は、データの厳密性・信頼性を確保するために、大学研究者間で検討した。

5. 電話訪問を行った看護師へのインタビューによる入院中に実施した看護の把握

1) 対象

患者と家族に電話訪問を行うA病棟看護師を対象とした。電話訪問を行うのは、A病棟研究者もしくは対象事例の受け持ち看護師、対象事例を把握しているチームの看護師とした。

2) データ収集方法

筆頭筆者が、電話訪問を行った看護師に半構成的面接を行った。入院中に実施した看護と電話訪問により分かったことを聞いた。面接内容をICレコーダーに録音し、その内容を逐語化しデータとした。

3) 分析方法

データから、入院中に実施した看護を抽出し、文脈単位で要約した。対象者には病棟研究者が含まれた。そのため、データの厳密性・信頼性を確保するために、要約内容は、大学研究者間で検討した。

6. 患者と家族の退院後の生活の充実につながった看護と看護の課題の検討

1) データ収集方法

電話訪問で明らかになった退院後の生活の現状と、電話訪問を行った看護師への面接内容を検討会の資料として、研究者による検討会を行った。検討会では事例ごとに、入院中に実施した看護と電話訪問結果を共有し、患者と家族の退院後の生活の充実につながった看護と看護の課題を検討した。検討会内容をICレコーダーに録音し、その内容を逐語化しデータとした。

2) 分析方法

データから、退院後の生活の充実につながった看護、看護の課題を抽出し、文脈単位で要約した。要約したものは意味内容の類似性により分類した。要約・分類内容は、デー

タの厳密性・信頼性を確保するために、大学研究者間で検討した。

7. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理委員会（2021年7月：承認番号0285）と研究実施病院の倫理審査会の承認を得て実施した。

1) 患者と家族

研究への参加は個人の自由意思によるものとし、中止できること、研究への参加・不参加・中止が患者と家族の治療や援助に不利益の無いことを保障した。

2) 病棟看護師

研究への参加は個人の自由意思によるものとし、中止できること、研究への参加・不参加・中止によって、個人の評価に影響しないことを保証した。また、電話訪問は業務時間内に行い、業務上不利益を被ることがないことを保障した。

Ⅲ. 結果

1. 入院中に実施した看護と、患者と家族の退院後の生活の現状

1) 対象事例の概要

研究期間中に同意の得られた7事例を対象とした。7事例のうち、4事例は患者と家族から、3事例は家族のみから話を聞いた。家族は、7事例とも主たる介護者であった。対象事例の概要を、表1に示した。

2) 電話訪問を行った看護師の概要

電話訪問を行った看護師4名に半構成的面接を行った。看護師4名のうち2名は病棟研究者であった。もう2名は、対象事例を把握しているチームの看護師であった。

3) 入院中に実施した看護と患者と家族の退院後の生活の現状

事例ごとに、a. 入院中に実施した看護と、b. 患者と家族の退院後の生活の現状を示した。患者と家族に電話訪問を行うことができた事例A, B, F, Gについて、本文に記載した。事例C, D, Eは表2に示した。

①事例A

a. 入院中に実施した看護

A氏はADLが自立しており、他患者との会話もできた。看護師は、退院後の生活のアセスメントとして、薬の飲み忘れや着替え、歯磨きが難しいことを把握し、生活のリズムをつける看護を行った。高次脳機能障害によって、看護師と

表1 対象事例の概要

*は、家族のみに電話訪問を行った事例を示す

対象事例	対象患者 年齢・性別	主病名	既往歴	入院期間	同居家族	退院時日常生活自立度	電話訪問時間
A	60歳代・男性	脳梗塞	急性心筋梗塞 大動脈解離	約90日	妻と同居、長男家族と敷地内同居	A1	A氏：約4分 妻：約13分
B	80歳代・女性	腰椎圧迫骨折	統合失調症	約90日	夫	B1	B氏：約10分 夫：約8分
C*	70歳代・女性	小脳梗塞	間質性肺炎	約100日	夫と曾孫	B2	夫：約10分
D*	70歳代・女性	右大腿骨転子部骨折	関節リウマチ	約45日	夫	A2	夫：約24分
E*	80歳代・男性	心原性脳梗塞	認知症	約45日	妻、長男夫婦	A2	息子：約16分
F	90歳代・女性	右大腿骨転子部骨折	高血圧、胃癌	約60日	夫	B1	F氏：約3分 夫：約5分
G	80歳代・男性	左視床出血	高脂血症 高血圧症	約60日	妻	A2	G氏：約4分 妻：約7分

※回復期病棟の入院期間（回復期リハビリテーションを要する状態）は、算定開始日から起算して脳血管系疾患で150～180日以内、整形外科系疾患で60～90日以内と定められている（厚生労働省，2022）。

表2 入院中に実施した看護と患者と家族の退院後の生活の現状

事例	a. 入院中に実施した看護	b. 患者と家族の退院後の生活の現状
C	<p><退院後の生活のアセスメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 夫が曾孫の世話と炊事も行っている。C氏の排泄動作が自立することで夫の負担も軽減できる。 <p><排泄自立支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 離床を促し生活リズムを整え、トイレ誘導を続けることで、C氏のトイレに行く意欲を高めた。 <p><退院後のADL向上支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスで、C氏と夫に対して自主トレメニューを用いた運動方法の指導と、日中の過ごし方や排泄について指導書を用いた説明を行った。 	<p><生活状況></p> <ul style="list-style-type: none"> 思い出しながら話す。認知症が進行したのではないかと、転倒予防のために靴下を履かずに独歩する。朝、自分で起きてくるようになった。パンフレットの下肢の自主トレを続けている、友人の訪問がある。 <p><介護による体調悪化の不安（夫）></p> <ul style="list-style-type: none"> C氏を見守り、2時間に1回トイレ誘導する。一時期、疲れて体調が悪化し、10日ほど点滴を行った。最近はお飯が食べられるようになったが、デイサービスを利用しない土日は介護疲れが出ないか心配だ。 <p><入院中の援助への希望（夫）></p> <ul style="list-style-type: none"> コロナによる面会制限で、（C氏の）顔が見ることができなかった。あれだけは、自分の中では寂しかった。
D	<p><退院後の生活のアセスメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 身の回りのことは自分でしたいというD氏の希望に沿い自立度を高める。 <p><歩行訓練></p> <ul style="list-style-type: none"> 関節リウマチによる痛みをコントロールした。 車椅子から歩行器、独歩、紙パンツから布パンツと、D氏と相談して段階的に自立を促し自信をつけた。 <p><D氏の希望に沿った退院支援></p> <ul style="list-style-type: none"> D氏の希望である誕生日前に退院できるように、退院前カンファレンスを調整した。 退院後は担当ケアマネジャーに相談できると伝えた。 	<p><退院後の困りごと（本人・夫）></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院当日に殿部に激痛があり足が動かせなくなり、大変な思いをしている。動けないから受診やトイレに行けず、おむつを使用して夫が介助している。 退院後は夫婦でやりたいことを準備して楽しみにしていたが、がっかりしてしまった。 痛み止めは何を飲んでいいのか分からない。 ケアマネジャーには細かいことは話していない。 電話訪問した看護師から退院支援室看護師を通して担当ケアマネジャーに報告し、ケアマネジャーにより鎮痛剤内服等の対応がされた。
E	<p><退院後の生活のアセスメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院後は環境の変化に伴い、認知症の症状が悪化する可能性がある。入院中の進行予防と、同居家族が認知症の状況を理解するための説明が必要である。 <p><認知症の進行予防></p> <ul style="list-style-type: none"> 日中の活動を促し生活リズムを整えた。時間の感覚のずれの改善のため、リハビリを同時に設定した。 <p><家族支援（妻、息子）></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスでは、時間の感覚のずれと徘徊があること、環境の変化に伴い退院後も徘徊する恐れがあることを家族に説明した。 <p><社会資源の調整></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院前に社会資源の利用の調整ができるように、介護認定調査の必要性を家族に継続的に説明した。 	<p><介護の不安（妻）></p> <ul style="list-style-type: none"> E氏妻が入浴の見守り時、何かあったら怖いという思いがあり、今後デイサービスで入浴する。 <p><認知症の進行への不安と期待（息子）></p> <ul style="list-style-type: none"> 戸締り忘れや蛇口閉め忘れの頻度が多くなった。来客の1時間前から家で待たなくて外に出る。今後夜間徘徊が起きたらどうしているか分からない。 今後デイサービスを利用することで認知機能が回復し、時間の感覚も戻ることを期待している。 E氏が事実と違うことを言った時にそれを正していいのだろうか。電話訪問を行った看護師が助言した。

の短い会話はできたが、長文になると言葉が出にくくなることや曖昧な返事で終わってしまうことがあり、それに対する看護に看護師は悩んでいた。退院時には、起床後は自分で準備して食事をし、内服忘れもなく、病棟での生活には困りごとはない状態にまでADLが自立することができた。しかし、日中独居になることが多く、退院後もリハビリを継続し

たいというA氏と家族の希望を把握して、退院後は訪問リハビリと訪問看護を利用できるように、退院支援看護師と協働して入院中に調整した。

b. 患者と家族の退院後の生活の現状

A氏は、「体調はボチボチで、まあなんとかやっている。ちょっと疲れは出ますかね。左目が疲れますかね」と認識

していた。

妻はA氏について、「(妻が) 脈拍、酸素飽和度、体温を測っており、バイタルサインに変化はなく体調は安定し、薬カレンダーを利用して内服できている。しかし、動作に時間がかかる時とスムーズにできる時の差が大きく、話しかけてもボーっとしていることがある。表情が乏しく目をつぶり臥床していることもあり、目と脳が疲れたという感じがある」と認識していた。排泄動作は自立しているが排便があったかは分からず、家族が確認しないと食事を準備しても食べないこともあるという不安、入浴時のふらつきが心配であることが妻から語られた。一方、訪問リハビリでは、理学療法士とコンビニまで行き、歩行と会話を同時にできる調子のよい日もあること、訪問リハビリ以外でも、娘や息子の協力を得て、家の周りを散歩することを試みていることも語られた。入院中の援助への希望は、「入院中は面会ができず、電話で彼(A氏)と話をしても、(A氏が) うまく伝えられない中で、リハビリで何をしているのかわからない不安があった。家に帰ってきた時に、家族としてどんなリハビリができるのか、家族でできることはあるのか等もアドバイスがあったら嬉しかったと思う」であった。

②事例 B

a. 入院中に実施した看護

退院後の生活について、夫の足が不自由であること、B氏の骨折によりこれまでの夫婦の暮らしが変化する可能性があり、排泄を中心とした自立支援と夫への援助が必要であることをアセスメントした。B氏への排泄自立支援として、治療のためベッド上安静の制限時は尿取りパッド交換方法を指導し、制限が解除された後は、自宅を想定した手すり歩行練習とトイレでの排泄練習を行い、段階的に日中のトイレ排泄を自立することができた。

夫に対しては、電話や荷物交換での来院時に、意識的に夫の体調を確認しB氏の様子を伝えた。社会資源については、退院後にデイサービスと配食サービスが利用できるように、退院支援看護師と協働し、B氏と夫が相談して決められるように入院中に調整した。

b. 患者と家族の退院後の生活の現状

排泄について、病棟で練習した通りに、廊下の手すりやトイレの中の手すりを使用して、日中のトイレ排泄が自立していた。夜間はおむつを使用し、病棟で練習したように、自分で交換することができていた。食事については、まだ

十分回復しておらず、「料理をすることは難しいので弁当を注文しているけれど、これからは料理もやっていきたい」と考えていた。また、動いたほうがよいと思い、デイサービスで手足の運動をしていた。夫との関係について、「夫と喧嘩しないこと、仲良くすることが大事だね」と思っていることが分かった。

夫からは、退院後に整形外科の受診方法について疑問が出たため、電話訪問を行った看護師が受診方法を説明した。夫はB氏の状態について、声の張りや食欲があり元気だと感じており、負担感はないことが分かった。

③事例 F

a. 入院中に実施した看護

90歳代の高齢夫婦の二人暮らしであること、これまでF氏が家事を担当していたこと、夫が杖歩行であることを把握し、F氏が高齢で労作時に息切れする状態であることも配慮しながら、身の回りのことを自立できるようにすること、家事分担の調整の必要性をアセスメントした。F氏が自分で考えたスケジュールや自主トレ方法を尊重し、F氏のペースに合わせながら自主性を高められるように看護を行った。

夫に対しては、F氏がどこまで実施可能かを伝え、家事分担できるようにした。また、退院支援看護師と入院前からF氏を担当していたケアマネジャーと協働し、配食サービスを導入して家事負担を軽減しながら生活できるように調整した。

b. 患者と家族の退院後の生活の現状

F氏から、入院中の支援のおかげで自宅では歩行器を使用して歩行できていると思っていること、デイサービスは少し疲れたが、この調子で動けたらありがたいと思うこと、夫が家事を担ってくれており、夫に感謝していること、夫婦での生活に困りごとはないことが語られた。

夫は、「F氏が骨折した当初はどうなることかと思った。コロナで面会が難しい状況ではあったが、今は(F氏が) 自分のことは自分でやれている。本人と共に喜んでます」という状態であった。

④事例 G

a. 入院中に実施した看護

入院中に一度転倒をしているが、干渉されたくない性格に配慮して転倒予防しながら自立度を高める必要があるとアセスメントした。自立度を高める際には、干渉されることが嫌だというG氏を尊重しながら転倒防止ができるように、ベッドサイドではなく、歩行する動線上にセンサーマットを置く工

夫をした。また、脳出血の再発予防のためにも、内服管理、食事内容の改善が必要である。退院後の自宅での食生活改善のため、病院では減塩食と脂質コントロール食を摂取しており、炊事を担当する妻に対して栄養指導を行った。

b. 患者と家族の退院後の生活の現状

G氏は、退院後の生活について、疲れるためよく寝ていると認識していた。

妻からは、G氏は杖を使用せずに歩行し、妻と買い物に出かけることができていること、G氏が運動不足を自覚して歩き、内服もできていること、間食する時は洋菓子より和菓子の方がよいと助言し、減塩食を作っていることが語られた。退院後の妻の困りごとは、G氏が自由に間食してしまうことであった。また、面会制限の為、入院中の減塩食を見ることができなかったため、どこまで減塩すればよいか難しいと思っていることが分かった。

2. 患者と家族の退院後の生活の充実につながったと考えられた看護と看護の課題

共同研究者による検討会を2回実施した。平均検討時

間は約62分であった。分析結果は、本文中では分類を【】で、要約を「」で、()内は事例を示した。

1) 患者と家族の退院後の生活の充実につながったと考えられた看護

入院中と退院後に実施し、患者と家族の退院後の生活の充実につながったと考えられた看護は、【入院早期から退院まで多職種で生活を捉えた援助の検討】【退院後の生活や患者の状態に合わせたADLの向上支援】【患者に合った方法による転倒予防】【日常生活の中での認知機能の維持・向上支援】【退院後の生活に必要な社会資源のアセスメントと調整】【家族の介護負担の軽減】【患者の状態と退院後の生活の変化の家族への説明】【退院後に生じる困りごとの支援】の8に分類され、表3に示した。

A病棟では、入院患者全員に対して「入院1週間目に看護師、リハビリ職、退院支援看護師で援助計画の立案(全事例)」「毎月1回、多職種カンファレンスで自宅環境を踏まえて援助方法を検討する(全事例)」等、【入院早期から退院まで多職種で生活を捉えた援助の検討】を行っている。

表3 入院中と退院後に実施し、患者と家族の退院後の生活の充実につながったと考えられた看護

分類 ※ ()内は、件数を示す。	要約の一部 ※ ()内英字は、事例を示す。
入院早期から退院まで多職種で生活を捉えた援助の検討 (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に自宅の写真を撮影してもらい作成した家屋調査票を基に、自宅での生活状況を患者と家族から聞き取る (全事例) ・ 入院1週間目に看護師、リハビリ職、退院支援室看護師で援助計画の立案 (全事例) ・ 毎月1回、多職種カンファレンスで自宅環境を踏まえて援助方法を検討する (全事例) ・ 2週に1回、看護職とリハビリ職でFIM評価を行う (全事例)
退院後の生活や患者の状態に合わせたADLの向上支援 (13)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後の生活状況を踏まえてアセスメントしてADLを向上する (B,D,F) ・ 自分で行きたいという意欲を支えながら排泄自立を援助する (C) ・ 生活リズムを整えてADLを向上する (A,C) ・ 労作時に息切れする患者のペースに合わせて主体性を高める (F) ・ 痛みをコントロールしながら段階的に自立度を上げて自信をつける (D) ・ 活動制限に合わせて、段階的にトイレ動作を促す (B) ・ 退院後もADLを維持・向上できるように自主トレメニューを渡す (C)
患者に合った方法による転倒予防 (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 干渉されたくないという患者の思いを尊重しながら転倒予防を行う (G)
日常生活の中での認知機能の維持・向上支援 (6)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間の感覚のずれを改善するために、リハビリ時間を固定する (E) ・ せん妄と夜間徘徊改善のため、日中の活動を促し生活のリズムを整える (E)
退院後の生活に必要な社会資源のアセスメントと調整 (10)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 杖歩行の夫と二人暮らしであることから、社会資源を導入して家事負担を軽減する必要性をアセスメントし、配食サービス導入を調整する (F) ・ 夫と長らく二人暮らしで、夫が指示を出して患者が家事を行うという関係性を把握し、退院後の生活の調整が必要とアセスメントする (B) ・ 高次脳機能障害や認知症など、環境の変化に対する脆弱性やせん妄の強い方など、退院後すぐに医療職の介入があった方がいい方を判断して訪問看護を紹介する (A) ・ 受け持ち看護師と退院支援室看護師が協働して、退院後にSTリハビリを継続する必要性を理解してもらい、退院後に利用する訪問看護と訪問リハビリを調整する (A)
家族の介護負担の軽減 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の排泄動作を高めることで家族の介護負担を軽減する (B,C) ・ デイサービスを利用することで家族の介護負担を軽減する (B)
患者の状態と退院後の生活の変化の家族への説明 (4)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族への支援の必要性をアセスメントした上で、家族の体調を確認して患者の様子を伝える (B) ・ 家族に、患者の認知状態(せん妄と夜間徘徊)と気をつけることも説明する (E) ・ 夫が家事分担できるように、患者がどこまでできるのかを夫に伝える (F) ・ 入院中に、家族に対して栄養士による減塩食の栄養指導を行う (G)
退院後に生じる困りごとの支援 (4)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後の相談窓口は、入院前からの担当ケアマネジャーを案内する (D) ・ 電話訪問時に、認知症症状への対応の相談に応える (E)

それを基に、看護師は「自分で行きたいという意欲を支えながら排泄自立を援助する (C)」といった【退院後の生活や患者の状態に合わせたADLの向上支援】、「干渉されたくないという患者の思いを尊重しながら転倒予防を行う (G)」という【患者に合った方法による転倒予防】、「せん妄と夜間徘徊改善のため、日中の活動を促し生活のリズムを整える (E)」といった【日常生活の中での認知機能の維持・向上支援】を実施した。

また、退院支援として「高次脳機能障害や認知症など、環境の変化に対する脆弱性やせん妄の強い方など、退院後すぐに医療職の介入があった方がいい方を判断して訪問看護を紹介する (A)」といった【退院後の生活に必要な社会資源のアセスメントと調整】が実施された。

家族支援は、「デイサービスを利用することで家族の介護負担を軽減する (B)」といった【家族の介護負担の軽減】と、「家族に、患者の認知状態 (せん妄と夜間徘徊) と気をつけることも説明する (E)」「夫が家事分担できるように、患者がどこまでできるのかを夫に伝える (F)」といった【患者の状態と退院後の生活の変化の家族への説明】が実施された。

【退院後に生じる困りごとの支援】には、「退院後の相談窓口は、入院前からの担当ケアマネジャーを案内する (D)」「電話訪問時に、認知症症状への対応の相談に応える (E)」が含まれた。

2) 患者と家族の退院後の生活の充実における看護の課題
患者と家族の退院後の生活の充実における看護の課題は、【リハビリ職との協働の強化が必要】【高次脳機能障害患者の看護方法の強化が必要】【面会制限中の家族から自宅での生活を把握することが難しい】【面会制限中の家族への情報提供方法の工夫が必要】【面会制限により患者と家族が共に過ごす時間の確保が難しい】【退院後に思わぬ事態が起きた時の支援が必要】の6つが挙げられ、表4に示した。

患者への看護について、「自宅では独歩で買い物に行っていた。リハビリで独歩も訓練していることを把握して病棟での歩行に反映できるとよかったのではないかな (G)」といった【リハビリ職との協働の強化が必要】が挙げられた。また、病棟での生活に問題のなかったA氏の退院後の状況に、病棟看護師の多くが驚いたことが共有され、「入院生活には問題の無い高次脳機能障害患者に対し、もっと積極的な支援が必要 (A)」「退院による環境の変化に伴う、患者にとっての情報過多を予測して、患者と家族への助言や訪問看護への情報提供が必要 (A)」といった【高次脳機能障害患者の看護方法の強化が必要】が挙げられた。

次に、家族との関わり方について、「コロナ前は家族が面会に来るたびに受け持ち看護師やその日の担当看護師が家族と話し、家での生活を把握しやすかった。コロナ以降はそれが難しくなった (全事例)」「家屋調査に行けないため、写真のみで自宅環境をアセスメントすることが難しい

表4 COVID-19拡大期の回復期病棟における患者と家族の退院後の生活の充実における看護の課題

分類 ※ () 内は、件数を示す。	要約の一部 ※ () 内英字は、事例を示す。
リハビリ職との協働の強化が必要 (2)	・自宅では独歩で買い物に行っていた。リハビリで独歩も訓練していることを把握して病棟での歩行に反映できるとよかったのではないかな (G)
高次脳機能障害患者への看護方法の強化が必要 (3)	・STと協働し病棟での言語リハビリ導入を検討できるのではないかな (A) ・入院生活には問題の無い高次脳機能障害患者に対し、もっと積極的な支援が必要 (A) ・退院による環境の変化に伴う、患者にとっての情報過多を予測して、患者と家族への助言や訪問看護への情報提供が必要 (A)
面会制限中の家族から自宅での生活を把握することが難しい (6)	・家族のニーズの把握が必要ではないかな (A) ・コロナ前は家族が面会に来るたびに受け持ち看護師やその日の担当看護師が家族と話し、家での生活を把握しやすかった。コロナ以降はそれが難しくなった (全事例) ・家屋調査に行けないため、写真のみで自宅環境をアセスメントすることが難しい (D) ・入院中の外出泊で実際に困ったことを共有できるが、外出泊ができない状況でどうすればよいか (E)
面会制限中の家族への情報提供方法の工夫が必要 (4)	・栄養指導は受けられるが、面会制限により家族が患者の減塩食を見る機会がない (G) ・STとの連携による家族へのリハビリ内容の情報提供が必要だった (A) ・面会制限がある中で、荷物交換の電話や来院時に患者の状況を説明している。電話対応を増やし患者の状況を説明する必要があるのではないかな (A) ・徘徊の現状とともに、対策ももう少し情報提供できるとよかった (E)
面会制限により患者と家族が共に過ごす時間の確保が難しい (1)	・面会できないことで家族の不安・寂しが大きくなった。画面越しの面会の工夫ができたかもしれない (A,C)
退院後に思わぬ事態が起きた時の支援が必要 (2)	・自立度が高くても退院後の思わぬ事態のために電話訪問等での支援が必要 (D) ・具体的にどのような状態になれば相談していいのか理解できるような支援が必要 (D)

(D)」といった【面会制限中の家族から自宅での生活を把握することが難しい】が課題として上げられた。また、「栄養指導は受けられるが、面会制限により家族が患者の減塩食を見る機会がない(G)」といった【面会制限中の家族への情報提供方法の工夫が必要】が課題として挙げられた。そして、「面会できないことで家族の不安・寂しさが大きくなった。画面越しの面会の工夫ができたかもしれない(A,C)」といった【面会制限により患者と家族が共に過ごす時間の確保が難しい】が課題として挙げられた。

退院後に生じる困りごとについて、「自立度が高くても退院後の思わぬ事態のために電話訪問等での支援が必要(D)」 「具体的にどのような状態になれば相談していいのかわかるような支援が必要(D)」といった、【退院後に思わぬ事態が起きた時の支援が必要】が課題として挙げられた。

IV. 考察

本研究では、7事例への電話訪問によって、患者と家族の退院後の生活の現状を把握した。その上で入院中の看護を振り返り、患者と家族の退院後の生活の充実につながった看護と看護の課題を明らかにした。ここでは、COVID-19拡大期に回復期病棟で工夫した看護、患者と家族の退院後の生活の充実につながった看護の重要性と課題について述べる。

1. COVID-19 拡大期に回復期病棟で工夫した看護

A病棟看護師は、COVID-19拡大期に実施された面会制限、外出泊制限、自宅訪問制限の中、退院後の生活を把握する工夫をして、看護を行っていた。

自宅訪問ができない中で、全事例において「家族に自宅の写真を撮影してもらい作成した家屋調査票を基に、自宅での生活状況を患者と家族から聞き取る」ことで、退院後の生活環境や生活の様子を把握した。

面会制限がある中で、病棟から行う電話や荷物交換での来院時に家族に患者の様子を伝え、家族から自宅での生活等の情報を把握した。事例Bでは、夫の脚も不自由であり、B氏の骨折によりこれまでの夫婦の暮らしが変化する可能性を捉えた。それにより、面会制限があっても「病棟から行う電話や荷物交換での来院時に、意識的に夫の体調を確認しB氏の様子を伝えた」ことで、家族が患者の状況を把握できるようにし、看護師は家族の健康状態を含めた困りごとを把握した。それによって排泄動作の自立支援を

集中的に行った。さらに、B氏と夫が相談して決められるように、退院支援看護師と病棟看護師が協働して、配食サービスやデイサービスの利用を調整した。事例Cでは、夫が曾孫の世話と炊事も行っている状態で、C氏が退院した後の生活の変化や夫の介護負担の可能性を捉えた。

外出泊制限によって、入院中に自宅での動作確認等ができないため、退院直後から専門職による援助が継続できるように社会資源を調整した。事例Aにおいては、自宅では日中独居になることが多く、退院後もリハビリを継続したいというA氏と家族の希望を把握した。外出泊制限により、入院中に自宅での動作を確認できなくても、「受け持ち看護師と退院支援看護師が協働して、退院後にSTリハビリを継続する必要性を理解してもらい、退院後に利用する訪問看護と訪問リハビリを調整する(A)」ことによって、退院後に問題が生じた際に、専門職による援助を受けることで自宅での生活への移行がスムーズにできるように、退院後の生活を捉える工夫がされていた。これらが、訪問看護や訪問介護等の利用を調整するといった【退院後の生活に必要な社会資源のアセスメントと調整】につながった。

本研究では、家屋調査票を家族とともに作成することと、病棟から行う電話や荷物交換での来院時に家族から自宅での生活を把握することで、看護師は患者と家族の退院後の生活をアセスメントすることができた。家族は、病棟から行う電話や荷物交換での来院時に看護師から患者の情報を得たことで、入院中の患者の状況を理解することができた。それによって、退院後の生活に必要なことの準備を、看護師と患者、家族で進めることができた。つまり、面会制限、外出泊制限、自宅訪問制限の中での工夫は、退院後の生活のアセスメントを行うこと、家族が患者の状況を理解すること、退院後の生活に必要な準備を進めることにつながったという点で意義があったと考えられた。

2. COVID-19 拡大期の回復期病棟において、患者と家族の退院後の生活の充実につながる看護の重要性

看護師は、例えば事例Fについて、90歳代の高齢夫婦で暮らしていること、夫が杖歩行であり、F氏が労作時に息切れするという夫婦の健康状態、F氏が家事を担当しているという家庭内の役割があり、退院後は家事分担の調整の必要性があることを把握した。さらに、F氏が退院に向けて自分で生活のスケジュールや自主トレ方法を考えていること、自分のペースでそれを行おうと思っている人であることを

把握した。それが、F氏のペースを尊重し、主体性を高められる看護と【患者の状態と退院後の生活の変化の家族への説明】、退院後の家事役割の分担につながった。

A病棟では、長い入院期間の中で、家族が面会に来るたびに受け持ち看護師やその日の担当看護師が家族と話し、自宅での生活、家族間の関係性、家庭内での役割等を、時間をかけて把握してきた。だからこそ、COVID-19により生じた面会制限等の制約により、家族と関わる時間と機会を持つことが難しくなった中でも、A病棟看護師は、一人ひとりの患者と家族を、自宅での生活、家族との関係性、家庭内での役割、今後の生活の希望と価値観、患者と家族のリハビリへの意欲や考えをもつ人であると捉えることができたことを考える。

生活者とは、その人を取り巻く家族、地域社会との関わりや役割を持ち、その中で個人の生活習慣や信条をもちながら生活している人(吾郷ら, 2009)である。看護において「病衣を着た人」や「患者」と表現する時、そこには画一的な対象理解の姿勢がつきまとう。しかし「生活者」と表現する時、そこには「1人1人」であり、「それぞれ」である対象を捉えようとする姿勢がみられる(黒江ら, 2006)。面会制限等様々な制約が生じた中でも、看護師は一人ひとりの患者と家族を生活者として捉える姿勢をもち、退院後の生活を把握する工夫をした。

対象を生活者として捉え、退院後の生活を把握する工夫をして看護を行った結果、事例Bでは、病棟で練習した通りに自宅での排泄動作が自立でき、夫との関係を良好に保つことができていた。事例Fでは、自宅内を歩行でき、夫が家事を担うようになり、夫婦での生活に困りごとがない状態であった。事例Cでは、自主トレの意欲が継続し、事例Gでは、妻と歩いて買い物に行く生活を送っていた。事例Aでは、高次脳機能障害の影響により、退院直後に病棟でできていたことができなくなっているが、訪問看護と訪問リハビリを入院中に調整したことで、退院直後から専門職による援助が提供され、リハビリを続けたいというA氏と家族を継続的に支えることができた。A氏はリハビリ職と家族の援助によって、散歩もできるようになってきた。

このように、患者と家族を生活者として捉える姿勢をもち、退院後の生活を把握する工夫をし、看護を行うことが、COVID-19拡大期においても、患者と家族が退院後の生活を自分らしく営むことを可能にしたと考える。

3. COVID-19 拡大期の回復期病棟における患者と家族の退院後の生活の充実に向けた看護の課題

1) 退院後に生じる困りごとに対する看護

①入院中の看護

本研究では、事例A, D, E, Gに、退院後に困りごとが生じたことが分かった。また、様々な制限の中で退院後の生活を把握する工夫を行った一方、【面会制限中の家族への情報提供方法の工夫が必要】【面会制限中の家族から自宅での生活を把握することが難しい】という課題が示された。このことから、COVID-19による面会制限等により家族との接点が少なかったことで、困りごとを想定した情報提供が十分でなかったこと、生活の把握が十分でなく、困りごとを想定しにくい状況が少なからずあったと考えられた。そのため、家族との接点が少ない中で、想定される困りごとをどのように捉え、その対策をどのように情報提供するか、その内容と方法の工夫を検討することは看護の課題と考える。

そして、退院後には、事例Dのように不測の事態も起こりうる。そのため、看護師が退院後の生活を心配しているかに関わらず、困った時の相談先を提示することや、ケアマネジャー等の地域の支援者と連携を図るといった、入院中にできることを検討することも、看護の課題であると考え。

②退院後の看護

本研究では、工夫した看護の評価のために、電話訪問によって退院後の生活での困りごとを把握した。それにより、事例Dでは、看護師からの問いかけにより困りごとを伝え、退院支援看護師からケアマネジャーに報告して対応することにつながった。また、事例Eでは、認知症症状への対応がこれでよいのか確認したいという家族に、看護師が助言を行った。対象者によっては、これまで援助を行ってきた看護師から問いかけることで相談しやすい場合もあると思われた。つまり、退院後の実際の生活を把握することは、研究方法としてのみではなく、看護として継続することで、患者と家族の退院後の生活の充実につながる可能性が見出された。

退院後の実際の生活を把握することを看護として継続する場合、例えば事例Dのように看護師が退院後の生活を心配していない場合にも不測の事態が生じること、患者が通所介護等を利用して不在のこと、家族が仕事をしている場合もある。このように、自宅退院して初めて明らかになる困りごともある中で、その困りごとを把握すること自体が難しいことが考えられる。

本研究では、COVID-19により、自宅訪問ができないため、電話訪問という手段をとった。しかし、高次脳機能障害や認知症ではその特性から、相手の顔が見えない中での電話での会話や入院中の記憶を想起することが難しい場合もある。そのため、患者から話を聴く際には、電話訪問の方法や、自宅訪問、オンライン通話といった電話以外の方法の検討も必要と考えられる。このように、患者と家族の退院後の生活における困りごとを把握し、支援につなぐ方法を検討・実施することは、看護の課題であると考えられる。

2) 高次脳機能障害をもつ患者とその家族への看護

高次脳機能障害の当事者としての経験から、鈴木（2021）は、受傷後の脳の状態について「周囲の環境情報の処理だけで脳の情報処理容量をほぼ使い切ってしまうような状況」が起り、「真っ白けになって何も手につかなくなる」と表現している。そして処理すべき情報量や課題の複雑さから、退院後の方がはるかにその頻度は上がると報告されている。

高次脳機能障害をもつA氏は、自宅環境の変化にすぐに適応することが難しく、家族は対応への不安を実感したことが分かった。病棟での決まった生活リズムの中、長文のコミュニケーションが難しければ短文で対応してくれる看護師がおり、病棟での生活に困りごとのなかったA氏にも、退院後に前述の当事者と同様の状態が生じていたと考えられる。平常時でも環境の変化による影響が大きい中、COVID-19拡大期においては、外出泊や退院前訪問制限により、A氏にとっては、突然の環境の変化の認知機能への影響が特に大きかったと考えられる。そのため、A病棟のように、看護師と退院支援看護師が協働して、退院直後から訪問看護や訪問リハビリ等の専門職が支援できるように社会資源を調整することで、退院直後から、患者の認知機能の改善を支援、家族の不安を軽減することができる。それは、外出泊や退院前訪問の制限がされた中で、患者と家族にとって重要な看護であった。

しかし、例えばADLが完全に自立している高次脳機能障害患者では、退院に伴い社会資源を利用しない場合もある。それにより、退院後の生活の中で初めて生じる困りごとに対応できなくなる可能性がある。そのような患者に対して、どのように支援の必要性を把握するかを検討することは、看護の課題の一つであると考えられる。

謝辞

本研究にご理解をいただきご協力を賜りました対象の皆様、看護職の皆様、病院関係者の方々に深く感謝申し上げます。

本研究は、令和3年度岐阜県立看護大学共同研究事業の助成を受けて行った。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

- 足立貴代美, 白井千春, 重倉さおりほか. (2019). 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の在宅移行に向けた家族看護実践. 日本看護学会論文集 慢性期看護, 49, 83-86.
- 吾郷ゆかり, 吉川洋子, 松本玄智江ほか. (2009). 看護基礎教育における「生活者を理解する視点」—家庭訪問実習と病院実習後の自己評価より—. 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 3, 77-83.
- 平賀歩. (2023). 回復期リハビリテーション病棟における新型コロナウイルス感染症蔓延下での退院支援の工夫. 日本運動器看護学会誌, 18, 18-20.
- 井本万美子. (2021). 回復期リハ病棟の看護の基本自立支援. リハビリナース, 14(1), 13-14.
- 厚生労働省. (2022). 令和4年度診療報酬改定の概要入院II(回復期・慢性期入院医療). 2023-10-4. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 三宅薫ほか. (2006). 看護学における「生活者」という視点についての省察. 看護研究, 39(5), 3-9.
- 牧野健一郎, 蜂須賀研二. (2010). チーム医療と各専門職・看護師の役割. 鈴木倫保(編), 脳卒中看護の知識と実際(p.181). メディカ出版.
- 清水麻子, 永田千鶴, 堤雅恵. (2016). 認知症を有する大腿骨近位部骨折患者の在宅復帰に向けて: 回復期リハビリテーション病棟看護師が実施している看護の実態. 日本リハビリテーション看護学会誌, 6(1), 34-43.
- 鈴木大介. (2021). 脳に不具合を抱えた患者への看護. 看護管理, 31(10), 926-930.
- 鈴木眞智子, 澤邊綾子. (2022). メッセージカードとITの活用による患者家族とのよりよい関係づくり. Nursing Business, 16(1), 39-42.

高橋誓, 北野貞, 松村裕子ほか. (2019). 回復期リハビリテーション病棟から自宅退院した患者・家族が困っている事—退院1週間後における電話訪問内容の分析—. 日本看護学会論文集 慢性期看護, 49, 139-142.

竹内千夏, 黒島あゆみ, 谷芽実. (2020). 脳血管疾患をもつ高齢患者に対する生活者の視点に基づく退院支援の構造——回復期リハビリテーション病棟看護師に焦点を当てて——. 日本リハビリテーション看護学会誌, 10(1), 51-60.

(受稿日 令和5年8月24日)

(採用日 令和6年1月22日)

Nursing for Enhancing the Post-Discharge Lives of Patients in a Convalescent Rehabilitation Ward and Their Families during the COVID-19 Pandemic

Megumi Harada¹⁾, Yoshimi Saiki²⁾, Machiko Shibata¹⁾, Naomi Furukawa³⁾, Makoto Fujisawa¹⁾, Rurie Watanabe⁴⁾, Noriyuki Nohara⁴⁾, Takanori Mori⁴⁾, Hirono Ando⁴⁾ and Sagami Kakuda⁴⁾

1) Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) Medical Corporation Wakokai

3) Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

4) Medical Corporation Wakokai Yamada Hospital

Abstract

This study analysed how nursing care devised during the coronavirus (COVID-19) pandemic enriched patients and their families' lives after hospital discharge, and examined the importance and issues of such nursing care.

The subjects were three patients admitted to convalescent Ward A, seven family members, and four nurses. The current state of post-discharge life was assessed through phone interviews with patients and families. Semi-structured interviews on nursing, conducted while patients were hospitalised, were carried out with the four nurses via telephone interviews.

Nursing that contributed to the enhancement of patients' and families' lives after discharge included "support for improving activities of daily living (ADL) tailored to post-discharge life and the patient's condition," "support for maintaining and improving cognitive function in daily life," "explaining changes in the patient's condition and post-discharge life to the family," and "assessing and coordinating the necessary social resources for post-discharge life." To ascertain the patients' post-discharge life when home visits were restricted, family members were asked to take photos of their home. Based on the household survey form prepared by nurses, patients and family members were asked about their living conditions at home, which enabled us to ascertain the post-discharge living environment and daily life. Despite restrictions on visits, family members were informed about the patient's condition when they called or visited the hospital to exchange the patient's belongings (e.g., clothes), and information about what life is like at home was also ascertained from the family members. As the overnight stay restrictions prevented family members and nurses from checking the patients' movements at home before their full-discharge, efforts were made to coordinate social resources so that professional assistance could continue immediately after discharge.

Even amid various restrictions during COVID-19, nurses considered each patient and their family as people with respective lives, roles, and relationships within their homes, hopes and values for the future, and motivations for recovery. Using this approach and understanding patients and their families' lives enabled them to live normally post-discharge amidst the COVID-19 pandemic.

Further studies on the improvement of the quality of nursing care for patients with cognitive disabilities and their families, and problems that occur post-discharge are necessary.

Key words: recovery rehabilitation ward, COVID-19, discharge nursing