

テーマ ディスチャージプラン充実のための教育システムの開発

その1.現状での問題の明確化と実情に即した教育プログラムの作成

申請者 松沼瑠美子 職名 看護師
所属 アイナース

所属機関所在地 練馬区光が丘 6-1-3-1401
電話番号 03-3976-6401

提出年月日 2002年10月31日

はじめに

A 問題の背景

わが国は、近年、これまで経験したことのない不況の波に襲われ、医療界もその影響を大きく受けている。病院を訪れる場合、また、在宅でのケアを受ける場合、保険の種類に関係なく、自らの受診日・利用日を前もって計算し、負担額が生活を圧迫しないよう、計算するようになった。当然、利用者だけの問題ではなく、病院、施設の経営にも大きな変化が生じており、今後ますます入院期間の短縮化、ベッドの回転率の向上、収益に直結する医療依存度の高いケースの獲得に向けての動きが活発化するだろう。一方、社会の変化は相変わらず、老人の独居を増やし、老人世帯、核家族が植えている。少子化対策も考えられてはいるが、まだ、効果が出ているという報告は聞いていない。在宅での生活様式も、ますます多様化、個別化しており、さらに不況の波は、生活費の削減を余儀なくされ、医療にかかる費用も削減せざるを得ない家庭も少なくない。入院期間が少ないということは、退院後の生活について、相談したり、学習したりする期間が短縮することにもなる。療養費を削減しようとするれば、退院後の訪問サービスを減らすことになる。しかし、一方で医療の高度化はとどまることはない。医療職として、社会的責任を果たそうとする時、今後、ますます、効果的なディスチャージプランを作成し、療養者・家族が無理なく、できるだけ短期間で退院後の療養生活への導入ができ、不安を少なくして、退院できるよう、内容を充実させ、質を確保できるよう努力する必要がある。また、看護職は、存在する組織の違いで、看護の内容を分断することなく、入院から退院、在宅での療養生活へと、療養者・家族の本来の生活が混乱・動揺することの被害を最小限に留めながら、自分たちらしい生活が継続していけるよう、連続的に、継続しながら必要な分だけ提供できるよう努力すべきである。真の意味での、継続看護の実践が今こそ、求められているのであり、そこに商品としての、利用者に望まれる看護の価値が存在しているように思うのである。

B 問題の所在

ディスチャージプラン、退院指導、家族指導と、言葉を変えて、さまざまな研究がなされている。今回も過去 5 年間に絞り、500 以上の文献の中から、指導についての評価が添えてあるものを検索し、読み込んでいったが、やはり、多くの問題の中でも、でてくるキーワードは、施設間・関係者間の連携不足、また、療養者・家族の個別性への対応不足、ナースと本人・家族の認識のずれ、である。

本人・家族の声は、多くの場合、直接、当事者には届きにくい。病院で働くナースが直接、退院時に、退院指導の評価を受けることは難しい。外来受診時は、病棟ナースに評価を届けに行くゆとりもなく、問題点は外来ナースに愚痴のような形で訴えられ、そこでと

どまるか、あるいは、外来看護の課題として、受け止められ、病棟看護に、評価として届けられるか、すべて、組織、個人、その時の接した人にカギが預けられている状況が多い。

本来、看護は個人のニーズに基づいて提供されるのだが、施設の特徴や、上司の看護観、ナース個人の看護観に左右され、微妙にニーズの捉え方、それに基づく看護ケアの内容については違いがでてしまう実情がある。療養者・家族が満足と感ずるためには、どこまで、自分たちのことが理解してもらえたか、また、自己決定権が尊重されていると感じ、納得の上での選択ができたかどうかということが重要になる。さらにその後の評価が加わり、より、客観性が高まっていくと考えられる。

直接、療養者・家族の声が反映されたディスチャージプランが作成され、さらに、評価され、充実していける、フィードバック機構をもった、教育プログラムが必要とされていると考える。

C 本研究の目的

本研究においては、時期を継続看護、特に、病院から在宅への移行期（退院指導開始時期から退院直後）にポイントを定め、有効且つ有意義な継続看護の内容に関する事柄を種々の方法を用いて多角的に分析・検討し、看護婦一人一人が、自らの専門職としての自覚と責任に基づき、実際に行動できるようになるために必要な専門的知識・技術・態度を明確にし、さらに現場の事例を活かしながら、学びとその成果を実感できるような効果的な教育方法を見出すことにより、実践に即した利用者に還元できる看護教育システムを開発することを目的とした。

そこで、全体を以下の3つの段階に分けた。

第一段階 現状での問題の明確化と実情に即した教育プログラムの作成

第二段階 教育現場の開拓と教育プログラムに即した教育の実践

第三段階 妥当なディスチャージプランと教育システムの構築

今回は、第一段階までの報告となる。

第一段階の目的は、これまでの先行研究の成果を土台にししながら、現在の問題点を明確にし、特に、サービスの利用者である、療養者・家族の声を土台に、ディスチャージプランをさらに充実できるための、看護職に向けての教育プログラムを作成することにある。

研究方法（第一段階）

A. ディスチャージプラン作成・実施に関して看護職が抱える問題の明確化

過去、5年間の研究論文、学会集録集、雑誌等から、退院指導・ディスチャージプラン・

家族指導・評価をキーワードとして文献を探索、問題を抽出した。

ターミナル期にあるケースに関しては、病院側も、家族側も、特殊な状況下での対応となることが多く、他の慢性的な状況での退院とは異なるため、この研究の対象からは除外した。

B. 退院直後に療養者・家族が抱える問題の明確化

病院を退院直後に訪問看護を要望したケースの中から、初回訪問及び数回の訪問の中で、家族・本人から聴取できた内容を、記録から抽出し、退院直後に抱えている療養者・家族の問題を明確にした。対象者は、1999年11月15日、在宅看護研究センター付属訪問看護ステーションが設立された時から、現在までの研究者が初回訪問を担当したケース全員のなかから、時期の分類表から第 期に属するものを選択した。(時期の分類については資料を参照)

C. A. B.の結果を踏まえて、実際の退院直後のケースの、病院側、在宅受け入れ側、療養者・家族へのインタビューの実施による、現状の再確認

この内容については、研究者の不手際で、この段階での実施が途中で困難となり、実践できていない。報告の後になるが、引き続き、結果を追加していきたいと考えている。

D. 退院指導の実態・それぞれが抱える問題を明確化することにより、看護職が克服すべき知識、技術、態度を明らかにした。

E. 明らかになった知識、技術、態度を組み込み、教育プログラムを作成した

結果

A. ディスチャージプラン作成・実施に関して看護職が抱える問題の明確化

検索文献500以上の中から、家族指導、退院指導、評価のキーワードから56文献に絞り、さらに、専門誌等で、退院指導や、在宅看護に焦点を当てた記事を追加し、読み込み、検討を加えた。

また、「訪問看護の将来予測に即応した教育システムの開発研究その2」で村松静子が明らかにした、病院と在宅間での連携や移行の不適切事項(日本)(報告書ページ60)については、そのままの実態が文献から明らかになった。

以下、看護職が抱える問題点をあげると次のようにまとめられる。

1. 退院指導の受け手である療養者・家族の個別性への対応ができていない
マニュアルがあっても、使い方が十分ではない
2. 病院の生活から、在宅での生活そのものが見えてこない
3. 退院が決定してからの退院指導では間に合わない（退院の決定権が医師にある）
4. クリティカルパスの導入で、退院までの必要項目が意識されても、実際の看護現場での実施には業務内容の改善が必要である
5. 家族の面会の時間にあわせて退院指導を行う体制ができていない
6. 組織的に、介護者の宿泊研修や、退院前訪問の体制が整えられているところもあるが、必要なケースにいつもできるとは限らない
7. 退院の決定に、本人や家族の意志が反映されず、追い出されたという思いで退院を迎えるケースもある
8. 在宅でのサービスがどのようになされるのかについての情報が少ない

これらの問題に対応するために必要な知識・技能・態度は以下のようにまとめられる

問題	知識	技能	態度
1	(1) 学習の意味と能力の個人差 (2) 社会・環境の中の複合的存在としての人間の意味 (3) 家庭の意味と価値 (4) 個人差とパーソナリティ (5) マインド重視の看護のプロセス (6) 療養者・家族の危機的状況と対応策 (7) 態度分析と発言分析 (8) 在宅でのリスクマネジメント	(1) 看護問題の認識と実践評価 (2) コミュニケーション・カウンセリング的かわり方 (3) マインドを重視した看護実践 (4) 自己評価 (5) 専門職が発する言葉とその責任	(1) 向かい合う姿勢 (2) 療養者・家族の思いを理解し、支援しようとする態度 (3) 相手から学ぶ姿勢 (4) 関係者との信頼関係を醸成しようとする姿勢 (5) 自己の言動を評価し、向上し続けようとする姿勢 (6) 自己の限界を認識し助言を依頼する態度 (7) 専門職としての社会責任と自覚
2	(2)(3)(4)(5)(6)(7) (9) 在宅療養の現状と問題点 (10) 在宅支援システムの現状と問題点	(2)(3)(4)	(1)(2)(3)(4)(5)(6)
3	(5)(6)(7)(8) (11) 関連職種間での連携の重要性とシステム及びそれらの問題点	(2)(4)(5) (6) 問題解決プロセスにそった行動	(1)(3)(4)(5)(6)(7)

4	(1)(2)(3)(4)(5)(6) (7)(8)(9) (12)病院内での看護の役割と 責任	(1)(2)(3)(4)(5) (6)	(1)(2)(3)(4)(5) (6)(7)
5	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) (8)(9)(11)(12)	(1)(2)(3)(4)(5) (6)	(1)(2)(3)(4)(5) (6)(7)
6	(1)(2)(3)(4)(5)(6) (7)(8)(9)(11)(12)	(1)(2)(3)(4)(5) (6)	(1)(2)(3)(4)(5) (6)(7)
7	(2)(4)(5)(6)(12)	(2)(3)(4)(5)	(1)(2)(3)(4)(5) (6)(7)
8	(8)(9)(10)(11)(12)	(1)(2)(4)(5)(6)	(1)(3)(4)(5)(6) (7)

B.退院直後に療養者・家族が抱える問題の明確化

ケースの主な情報は表1に示したとおりである。

退院直後の各ケースの状況を整理すると以下ようになる。

1. 退院の予定、意思決定については17ケース中8ケースは本人・家族の要望がきっかけになっていた。他9例は病院からの勧告であるが、特に強い拒否は示していない。
2. 退院指導が無かったと認識しているケースは5例であった。
3. 全く不安を感じずに退院をしたケースは無かった。具体的な行動で不安を示す場合と、どうなるのかが予測できず、とにかく帰って見なければわからないと、漠然とした不安を感じていたケースもある。
4. 病院内で信頼できる相談相手と出会えなかったという声があった。
5. 病院に入院する前と、退院する時の状況が変化している場合は、具体的に今までとの違いがあり、退院時に家族が確認することができている。
6. 複数の病院に入院した経験のある家族からは、介護方法が病院により決まっていて、入院する病院により、指導内容が違う。もっと、これまでの家族のやり方を尊重して欲しいという意見があった。

問題点を整理すると次のようになる。

1. 退院に関して、意思決定のきっかけが病院からの勧告、自らの選択どちらの場合であっても、何らかの不安を抱えて退院している。
2. 不安の内容は、明確なものから、漠然としたものまでさまざまである。
3. 入院期間内に信頼できる相談相手に出会えなかったというケースがある。
4. 介護経験をしている家族には、ある程度決まった方法があり、指導内容が異なると混乱を生じる場合がある。家族にとって、方法が変わることは、簡単には受け入れがたいことである。
5. 退院について、入院当初から担当ナースと相談しながら進めたケースはなかった。

これらの問題に対応するための知識・技能・態度は以下のようにまとめられる

問題	知識	技能	態度
1	(13)入院・退院に伴う、本人・ 家族の心理 (14)意思決定に必要な支援	(2)(3)(4)(5)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)
2	(15)退院直後に感じる療養者・ 家族の不安	(1)(2)(3)(4) (5)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)
3	(13)	(1)(2)(3)(4) (5)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)
4	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) (11)(12)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)	(1)(3)(4)(5) (6)(7)
5	(16)退院指導に関する知識の再 認識	(1)(2)(3)(4) (5)(6)	(1)(3)(4)(5) (6)(7)

D.退院指導に必要な看護の知識・技能・態度

A.Bの結果をまとめると次のようになる。

知識	技能	態度
(1)学習の意味と能力の個人差 (2)社会・環境の中の複合的存在としての人間の意味 (3)家庭の意味と価値 (4)個人差とパーソナリティ (5)マインド重視の看護のプロセス (6)療養者・家族の危機的状況と対応策 (7)態度分析と発言分析 (8)在宅でのリスクマネジメント (9)在宅療養の現状と問題点 (10)在宅支援システムの現状と問題点 (11)関連職種間での連携の重要性とシステム及びそれらの問題点 (12)病院内での看護の役割と責任 (13)入院・退院に伴う、本人・家族の心理 (14)意思決定に必要な支援 (15)退院直後に感じる療養者・家族の不安 (16)退院指導に関する知識の再認識	(1)看護問題の認識と実践評価 (2)コミュニケーション・カウンセリング的かわり方 (3)マインドを重視した看護実践 (4)自己評価 (5)専門職が発する言葉とその責任 (6)問題解決プロセスにそった行動	(1)向かい合う姿勢 (2)療養者・家族の思いを理解し、支援しようとする態度 (3)相手から学ぶ姿勢 (4)関係者との信頼関係を醸成しようとする姿勢 (5)自己の言動を評価し、向上し続けようとする姿勢 (6)自己の限界を認識し助言を依頼する態度 (7)専門職としての社会責任と自覚

E . 教育プログラムの作成

Dで明らかにした知識・技能・態度から 授業科目及び科目目標を設定した。

授業科目	科目目標
入院・退院に伴う療養者・家族の心理	入院・退院に伴う療養者・家族の心理について、再認識する
療養者・家族の危機的状況と対応	入院中、在宅療養中に起こりうる危機的状況を再認識し、看護的危機介入について自らのこれまでの実践を評価しながら、考察する
療養者・家族を支える看護のわざと心	マインドを重視した看護の問題抽出、解決プロセスの過程と、具体的な看護ケアの本質について、自らの実践を評価しながら熟考する
理想的なディスチャージプランと、現実のギャップ	理想的なディスチャージプランが現実の中で実践できない理由を考察し、今後の課題を明確にする
在宅療養の現状と問題点	在宅療養の実態を知り、在宅看護との連携に役立てる
専門職としての連携のあり方と責任	院内・院外を問わず、療養者・家族の生活を支えるために、多くの職種間での意見交換、調整、相談、報告、連携の必要性、重要性を再認識し、自らの実践を評価しながら、実践力を高める
退院指導の実践・評価	実際に担当ケースを受け持ち、学習した事柄を、実践、評価する

授業科目に対応する知識・技能・態度は以下ようになる

授業科目	知識	技能	態度
入院・退院に伴う療養者・家族の心理	(2)(3)(4)(5) (13)(14)(15) (16)	(1)(2)(3)(5)	(1)(2)(3)(4) (5)
療養者・家族の危機的状況と対応	(1)(2)(4)(6) (7) (8)(9)(10)(11) (12)(13)(14) (15)	(1)(2)(3)(5) (6)	(1)(2)(3)(4) (5) (6)
療養者・家族を支える看護のわざと心	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)(8) (9)(10)(11)(14) (15)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)

理想的なディスチャージプランと、現実のギャップ	(1)(2)(3)(4) (6)(8)(9)(10) (11)(12)(13) (14)(15)(16)	(1)(3)(4)(6)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)
在宅療養の現状と問題点	(2)(3)(4)(6) (8)(9)(10)(11) (14) (15)	(1)(4)(6)	(5)(6)(7)
専門職としての連携のあり方と責任	(4)(5)(11)(12) (13)(14)(15) (16)	(2)(3)(4)(5) (6)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)
退院指導の実践・評価	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)(8) (9)(10)(11) (12)(13) (14)(15)(16)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)	(1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)

授業の時間割及び進行方法について

「訪問看護の将来予測に即応した教育システムの開発研究 その1」の中で、村松は、苦手領域を組み入れたプログラム構成の必要性と、その実践のための実践上の工夫点について述べている（報告書ページ47）。さらに、効果的な学習者の行動変容を引き起こすための動機づけについて、学習者のタイプ別に効果的であった方法を示している（報告書ページ55）。今回作成したこの教育プログラムを実施していくためには、受講者の準備性、苦手意識、必要な動機づけをどのように把握し、必要な工夫点を、効果的にプログラムに組み入れていく必要がある。

授業の進行方法は、受講者が決定した時点で、上記のことを条件に加え、具体的に考えていけることが理想である。

この内容については、第二段階の教育現場の開拓と教育プログラムに即した教育の実践で明らかにしていきたい。

考察

今回の作成した教育プログラムは、文献検索、研究者が実施した初回訪問の記録の分析結果からの作成となり、最も実施したかった、聞き取り調査が、途中になってしまったことが、大きな反省である。したがって、研究報告としては、甚だ不十分な形となってしまった。ディスチャージプランに重点をおいたため、一般に看護にとって不可欠な、全

身状態のアセスメント、起きている現象の捉え方や変化の捉え方、より客観的な伝達の仕方等、看護の基礎知識に関する確認は除外して考えている。この考え方で十分な教育となりうるのか、最低必要な基礎知識の確認をどの範囲で行うべきか、プログラムの中にいれずに、受講者の準備性の確認や、関連知識の範囲で、想起してもらいながら確認する程度が良いのか、第二段階の実践に向けて準備し、評価することで明らかにしていきたい。

終わりに

今回の研究に取り組みはじめた時期は、まだ、看護コンサルタントに所属していました。実践の合間を縫いながらの研究の実践が、これほど大変であるということは、恥ずかしいことですが、やって見て、初めて感じることができました。単なる経験を科学的に述べていくまでにはまだまだ遠い道のりを感じますが、今後も研鑽をつんでいきたいと思えます。

今回の研究で残っている課題をできるだけ早く実施し、再度まとめをしていきたいと思えます。そして、さらに第二段階、三段階までのまとめは是非仕上げたいと考えています。引き続き、学習を積み重ねていくことの大切さを改めて教えていただく機会をおあたえくださったことに深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

引用・参考文献一覧

1. 日本在宅看護システム株式会社：訪問看護の将来予測に即応した教育システムの開発研究その1 報告書，1996
2. 日本在宅看護システム株式会社：訪問看護の将来予測に即応した教育システムの開発研究その2 報告書，1997
3. 大場正己他編集：新しいがん看護，ブレーン出版，1999
4. 赤間真知子・千々輪香織，皆でつくる退院計画 フローチャートを作成して，nursing tday, 1999-6
5. 坪田由紀子，行き場を失った重症患者たち，nursing tday, 1999-8
6. 鷲田由香里他，KOMI チャートを活用したディスチャージプランを含めた在宅ケアプラン，nurse date, vol.20 no.10, 1999
7. 桐月順子，早期退院を意識したシステム作りと病棟マネジメント，nurse date, vol.20no.2, 1999
8. 伊藤満子，退院調整とクリティカルパス，nurse date, vol.20no.2, 1999

9. 平田美紀, 一人暮らしをしていた患者の在宅生活に向けての看護, 第 27 回日本看護学会集録 (地域看護) p140-142, 1996
10. 中川富慈美, 人工呼吸器を装着した患者の病室に家族を宿泊させて行う退院指導の評価, 第 27 回日本看護学会集録 (地域看護) p137-139, 1996
11. 堀内成子, 看護ケアの質を評価する尺度開発に関する, 日本看護科学会誌, vol. 16, No. 3, p30-39, 1996
12. 大島康子, 臨床看護婦が在宅介護に向けて行った退院指導の評価, 第 28 回日本看護学会集録 (地域看護) p118-120, 1997
13. 本道和子, 神経難病患者の在宅療養環境整備における医療連携室看護担当の役割, 第 28 回日本看護学会集録 (地域看護) p121-124, 1997
14. 萬田悦子, 医療依存度の高い神経難病患者の在宅療養支援, 第 28 回日本看護学会集録 (地域看護) p125-127, 1997
15. 土取洋子, NICU 退院後の母子への継続ケアに関する研究 (), 第 31 回日本看護学会集録 (小児看護) p 130-132
16. 林裕子, 腎移植患者の退院後のセルフケアの経時的変化, 第 29 回日本看護学会集録 (成人看護) p 3-5, 1998
17. 笠原弘子, 高齢要介護者の退院先を決定するアセスメントシートの作成, 第 29 回日本看護学会集録 (成人看護) p 52-54, 1998
18. 本田佳子, クリティカルパスの効果と課題, 第 29 回日本看護学会集録 (看護管理) p 252-254, 1998
19. 北原けさ美, 要介護高齢者の在宅生活アセスメント枠組みの作成, 第 30 回日本看護学会集録 (地域看護) p 26-28, 1999
20. 遠又すみ恵, 在宅療養患者を受け入れる家族への指導, 第 30 回日本看護学会集録 (地域看護) p 74-76, 1999
21. 立部巴, 「マニュアル」活用事例による継続看護の評価と課題, 第 30 回日本看護学会集録 (地域看護) p 110-112, 1999
22. 本道和子, 退院に対する家族の意思決定過程の分析, 第 30 回日本看護学会集録 (地域看護) p 113-115, 1999
23. 金城文子, 訪問看護婦 7 名のインタビューから分析した在宅療養移行時の看護の現状, 第 30 回日本看護学会集録 (地域看護) p 68-70, 1999
24. 織田幸子, 自宅退院における退院前訪問の有効性, 第 30 回日本看護学会集録 (地域看護) p 71-73, 1999
25. 山本則子, 退院指導と退院後の問題発生予測の評価, 日本看護科学会誌, vol. 20, No. 2, p21-28, 2000
26. 成田信子, 医療依存度の高い患者の在宅移行をスムーズに行うための看護相談室の役割, 第 32 回日本看護学会集録 (地域看護) p 44-46, 2001

27. 阿部美知子,在宅ケアにおける家族の介護負担の実態と課題,第32回日本看護学会集録
(地域看護) p59-61,2001
28. 竹林利江子,看護婦の退院に対する意識と有効な退院指導成立に関する検討,第32回日
本看護学会集録(地域看護) p97-99,2001
29. 千田みゆき,病院から在宅へつなぐ看護,臨床看護,24(1):9-17,1998
30. 渡辺千春,病院から在宅に移行するときの訪問看護婦の役割,
臨床看護,24(1):34-43,1998
31. 柴野清子,退院を調整する専門家としての看護婦の役割,臨床看護,24(1):59-63,1998
32. 渡辺睦子,ディスチャージ・プランニングの考え方とすすめ方,
臨床看護,24(1):50-58,1998

	年齢・性別 病名	医療行為の 継続の有無	退院指導の 有無	退院時より引き続 いた不安	退院の意思決定
1	83歳 女性 大腿骨頸部骨折 術後 老人性痴呆	尿管挿入 浣腸	なし 強引につれ て帰ってき た	リハビリの方法が わからない 尿管の管理につ いては考えてい なかった	家族介護者の強い 要望。入院中にど んどん母親が元 気をなくしてい く。
2	87歳 男性 TB術後、心不 全、呼吸不全	在宅酸素	酸素療法を 受ける人の ノートの書 き方	寒くて、風邪を引 かないためにど うするか 酸素の機械の取 り扱い方	病院からの勧告。 入院の必要がな くなったから
3	76歳 女性 TB術後、心不全 後	在宅酸素	機械の取 り扱い方、	食事の内容、作り 方、活動範囲の 広げ方 一人で生活して いけるのか	病院からの勧告。 入院の必要性が なくなったから
4	84歳 男性 多発性脳梗塞、 誤嚥性肺炎	PEG 吸引 浣腸	PEGの取 り扱い、吸 引の方法	誤嚥性肺炎の再 発 高齢の妻の介護 負担 24時間付き添 いの安定	本人が強く家に 帰りたいたと要 望、妻が入院中 の夫を見て、し ゃべらなくなり 、かわいそうと 感じて
5	80歳 男性 高血圧症、小 脳梗塞、痴呆	なし	なし 病院ですべ てのケア、 リハビリ拒 否	着替え、保清ケ ア、リハビリ、 本人からの要 望以外全く拒 否、皮膚トラ ブル、全身状 態の管理がで きない	病院から、退 院勧告、「何も できない」
6	89歳 男性 パーキンソン 症候群、大腿 骨頸部骨折術 後	なし	特になし	入浴をどうす るか（家族で は安心できな い） このまま動け なくなったら どうしよう	病院からの勧 告。骨折後の 治療が終了 したので、退 院が当然。
7	78歳 女性 肺がん術後 うつ病	浣腸、ガス 排気	特になし	このまま、寝 たきりになっ て欲しくない	本人が家に帰 りたいと切望
8	71歳 男性 喉頭がん、永 久気管ろう造 設	浣腸	食事の工夫 について	一人では動 かない、食 事をしない 水分を飲ま ない、本当 に家で大丈 夫か	転院や家に 帰れないか もしれない という話題 が出ると、 極端に落ち 込む

9	79歳 男性 進行性核状性麻痺	気管切開 PEG	吸引方法 PEGの管理方法について一日だけ、指導の時間をとってもらえた。	窒息の危険 肺炎の危険 生命維持の保障は大丈夫か 妻は介護負担に絶えられるか	本人が帰りたいと言う意志を示したため、何とか実現したいと娘が切望。
10	80歳 男性 糖尿病、直腸がん人工肛門造設、	人工肛門尿管挿入	人工肛門の管理	これ以上良くなれないといわれたが、リハビリを続けたい 尿管のことが介護者にはわからない 感染予防の方法がわからない	本人は入院生活がいやになってしまった。帰りたいと切望した。
11	89歳 女性 脳梗塞	なし	食事の内容	少しずつでも、入院前の生活に近づけたい 食べさせ方がわからない 本人が拒否した時にどうしていいかわからない	病院からの勧告。病院での治療は終了した。
12	90歳 女性 老衰 全身循環不全	尿管挿入	尿管の管理	オムツの交換の方法がわからない 皮膚トラブルが発生したときの対処の方法がわからない	本人が帰りたいがっているのを息子が感じた。難聴が強く、病院でのコミュニケーションがうまく行かない。
13	78歳 男性 脳梗塞、尿閉	尿管挿入	尿管の管理	リハビリをしたい 病弱な妻に、身の回りの世話が続けられるか	病院からの勧告。治療は終わった。
14	77歳 女性 脳梗塞 腎機能障害	尿管挿入 経鼻経管栄養 褥創処置	尿管の管理 栄養の管理 褥創の管理 体位変換の方法	家族でみれるか心配 褥創が悪化するのではないか心配	病院からの勧告。治療は終わった。

15	歳 男性 脳動脈瘤術後	なし	生活上の注 意点 リハビリ	また、発作をおこ したらどうしよう このまま、動けな くならどうし よう 介護者が疲れて動 けなくなったらど うしよう	病院からの勧告。
16	87歳 男性 心不全	なし	なし	妻の言うことは聞 かない。 清潔のための援助 は妻にはできな い。妻が病弱。	病院からの勧告。 本人も病院はい や。好きなように 自分のペースで生 活をしたいと切 望。
17	78歳 男性 脳梗塞、糖尿病 遷延性意識障害	経鼻経管栄 養 吸引 褥創処置	栄養管理 吸引	吸引や、胃管など、 生命維持に直接か かわっていると感 じられる事柄に は、恐怖心が先立 って、さわれない。	妻が強く希望。自 分がこれまでやっ てきた介護の体験 を尊重して欲しい ため、病院ではム リと考えた。

	年齢・性別 病名	医療行為の 継続の有無	退院指導の 有無	退院時より引き続 いた不安	退院の意思決定
1	83歳 女性 大腿骨頸部骨折 術後 老人性痴呆	尿管挿入 浣腸	なし 強引につれ て帰ってき た	リハビリの方法が わからない 尿管の管理につ いては考えてい なかった	家族介護者の強い 要望。入院中にど んどん母親が元 気をなくしてい く。
2	87歳 男性 TB術後、心不 全、呼吸不全	在宅酸素	酸素療法を 受ける人の ノートの書 き方	寒くて、風邪を引 かないためにど うするか 酸素の機械の取 り扱い方	病院からの勧告。 入院の必要がな くなったから
3	76歳 女性 TB術後、心不全 後	在宅酸素	機械の取り 扱い方、	食事の内容、作り 方、活動範囲の広 げ方 一人で生活してい けるのか	病院からの勧告。 入院の必要性が なくなったから
4	84歳 男性 多発性脳梗塞、 誤嚥性肺炎	PEG 吸引 浣腸	PEGの取 り扱い、吸 引の方法	誤嚥性肺炎の再発 高齢の妻の介護負 担 24時間付き添いの 安定	本人が強く家に帰 りたいと要望、妻 が入院中の夫を見 て、しゃべらな くなり、かわいそ うと感じて
5	80歳 男性 高血圧症、小脳 梗塞、痴呆	なし	なし 病院ですべ てのケア、 リハビリ拒 否	着替え、保清ケア、 リハビリ、本人か らの要望以外全 く拒否、皮膚トラ ブル、全身状態の 管理ができない	病院から、退院勧 告、「何もできな い」

6	89歳 男性 パーキンソン症候群、大腿骨頸部骨折術後	なし	特になし	入浴をどうするか (家族では安心できない) このまま動けなくなったらどうしよう	病院からの勧告。 骨折後の治療が終了したので、退院が当然。
7	78歳 女性 肺がん術後 うつ病	浣腸、ガス排気	特になし	このまま、寝たきりになって欲しくない	本人が家に帰りた いと切望
8	71歳 男性 喉頭がん、永久気管ろう造設	浣腸	食事の工夫について	一人では動かない、食事をしない 水分を飲まない、 本当に家で大丈夫か	転院や家に帰れない いかもしれないと いう話題が出る と、極端に落ち込む
9	79歳 男性 進行性核状性麻痺	気管切開 PEG	吸引方法 PEGの管理方法について一日だけ、指導の時間をとってもらえた。	窒息の危険 肺炎の危険 生命維持の保障は 大丈夫か 妻は介護負担に絶 えられるか	本人が帰りた いと言 う意志を示した ため、何とか実現 したいと娘が切 望。
10	80歳 男性 糖尿病、直腸がん人工肛門造設、	人工肛門尿管挿入	人工肛門の管理	これ以上良くな らないといわれた が、リハビリを続 けたい 尿管のことが介護 者にはわからない 感染予防の方法が わからない	本人は入院生活が いやになってしま った。帰りた いと切望した。

11	89歳 女性 脳梗塞	なし	食事の内容	少しずつでも、入院前の生活に近づきたい 食べさせ方がわからない 本人が拒否した時にどうしていいかわからない	病院からの勧告。 病院での治療は終了した。
12	90歳 女性 老衰 全身循環不全	尿管挿入	尿管の管理	オムツの交換の方法がわからない 皮膚トラブルが発生したときの対処の方法がわからない	本人が帰りたがっているのを息子が感じた。 難聴が強く、病院でのコミュニケーションがうまく行かない。
13	78歳 男性 脳梗塞、尿閉	尿管挿入	尿管の管理	リハビリをしたい 病弱な妻に、身の回りの世話が続けられるか	病院からの勧告。 治療は終わった。
14	77歳 女性 脳梗塞 腎機能障害	尿管挿入 経鼻経管栄養 褥創処置	尿管の管理 栄養の管理 褥創の管理 体位変換の方法	家族でみれるか心配 褥創が悪化するのではないか心配	病院からの勧告。 治療は終わった。
15	歳 男性 脳動脈瘤術後	なし	生活上の注意点 リハビリ	また、発作をおこしたらどうしよう このまま、動けなくなったらどうしよう 介護者が疲れて動けなくなったらどうしよう	病院からの勧告。

16	87歳 男性 心不全	なし	なし	妻の言うことは聞かない。 清潔のための援助は妻にはできない。妻が病弱。	病院からの勧告。本人も病院はいや。好きなように自分のペースで生活したいと切望。
17	78歳 男性 脳梗塞、糖尿病 遷延性意識障害	経鼻経管栄養 吸引 褥創処置	栄養管理 吸引	吸引や、胃管など、生命維持に直接かかわっていると感じられる事柄には、恐怖心が先立って、さわれない。	妻が強く希望。自分がこれまでやってきた介護の体験を尊重して欲しいため、病院ではムリと考えた。