

〔報 告〕

大腿骨頸部骨折の高齢患者の家族への介入効果
—退院をめぐる家族面接を実施して—田中 道子¹⁾ 野本 ひさ²⁾

要 旨

本研究は、A病院整形外科病棟で大腿骨頸部骨折にて手術した高齢者の家族に家族面接を行ったことの報告である。面接は、①患者の生活状況、②リハビリ状況、③生活上の注意点(脱臼予防など)、④退院時のゴールについて家族支援チェックリストを用いて患者の状況を説明した。この面接を行うことにより、退院する過程において、家族に対し必要な援助が明らかとなった。以下、四事例から明らかになった家族面接の意義と方法を述べる。

1. 入院初期、家族は退院時の状況が具体的にイメージできず、医療者側の退院に対する提示を拒否したり、全面的に受け入れたりする。このような場合は面接をとおして家族に患者の状況を繰り返し説明していくことで、家族は患者の状況と自分達家族の力量を査定し、3回の面接の間には自ら退院についての考えを明らかにする事ができた。

2. 入院当初から、退院に対する考え方がはっきりしている家族の場合、その意向が患者の思いと一致しない場合もあり、看護者は面接の中で患者の思いも家族に代弁する役割がある。

3. 入院から退院まで3回の面接を行うことは、実際の看護の現場に即した方法として有効である。

キーワード：大腿骨頸部骨折、手術、高齢者、家族、面接

1. はじめに

近年の高齢化に伴い、高齢の入院患者が増えているということは言うまでもない。A病院整形外科病棟(以下S病棟と称す)においても例外ではなく、中でも大腿骨頸部骨折により手術を受けた高齢者は、手術後そして退院時も車椅子、歩行器や杖などを使用している者が多く、ADLの低下が様々な生活上の問題を引き起こす場合も少なくない。松岡ら¹⁾は、高齢者の大腿骨頸部骨折受傷前のADLと退院後のADLを比較した時、退院時のADL低下に問題性を指摘しており、さらに、ADLの変化から家族にも戸

惑いが生じ、患者の生活復帰を阻害する要因ともなりうると述べている。これらのことを考えると、大腿骨頸部骨折で手術を受ける高齢者に対して、看護者は、入院中から退院後の生活環境の調整を図る必要があるが、高齢者の入院について、森澤ら²⁾は高齢者の入院が長期化することが、退院を阻害する潜在的要因であることを指摘している。また同時に、患者と家族の相互理解の不足も問題となり得ると述べており、高齢者の退院調節において、患者のみでなく家族への看護介入は非常に重要な条件となる。このように、高齢者の家族に焦点を当てた研究では、入院後早い時期に患者の家族と関わる事が、退院に向けた行動できる動機づけとなり、退院のイメージに繋がりと述べており³⁾、また、面接を通し患者、家族が困っている事柄を導き出す関わりを紹介した事

¹⁾愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

²⁾愛媛大学医学部看護学科

例では、「退院調節のために早期介入は有効」と結論付けている⁴⁾。このように、より良い退院調整のために患者だけでなく、家族にも看護介入することが必要であることやその介入時期は早期である方が有効であることについて明らかにされている。そして、そのような家族への介入の実体として紹介されているものの中には、入院中5回の面接を実施し、家族の退院に対する思いを明らかにしているもの⁵⁾もあるが、面接の時期や回数に関する明確な結論には至っていない。さらに、面接の効果について追究した研究^{4)~6)}は、患者や家族の思いの変化に焦点を当てた事例研究であり、病棟での看護介入の効果を評価したものは見当たらない。また、面接回数が多いほど看護者と患者、家族の関わり合いに親密度が高まるのは当然であるが、家族、看護者双方における負担、たとえば時間的問題などについての検討はなされておらず、実際の看護の中に効果に対し、導入するための示唆は未だ得られていない。さらに、現実には患者本人と家族の退院に対する思いが異なり、入院が長期化する場合も往々にしてあり、患者と家族双方に対する介入が必要なことも経験上からも明らかである。

今回S病棟では入院中の高齢者で大腿骨頸部骨折の患者全てを対象に、入院時、離床時、退院時の家族面接を実施した。本研究では、この看護実践を振り返ることにより、大腿骨頸部骨折で手術を受けた高齢者及びその家族への面接を中心とした看護介入の効果を明らかにする。また、退院に対する患者・家族の思いを分析することにより、面接の中で退院調節に必要な情報提供ができているか、どうかを確認し、患者・家族が持つ退院へのイメージの変化を検討することを目的とする。

II. 方 法

研究場所：基幹病院S病棟。

研究対象：平成14年4月～平成15年3月までにS病棟に入院した、大腿骨頸部骨折患者のうち、

手術を受けた65歳以上の患者とその家族4組（図1）。

期間：平成15年4月～同年5月中旬。

データ作成：入院時、離床時、退院時それぞれに合った調査項目（図2）をもとに面接を行い、その面接内容と看護記録を基礎データとした。

分析方法：基礎データから、各面接ごとに看護者と家族の言動の基盤となる判断や考えが想起できるように要約し、さらに、入院期間全般を通しての患者・家族及び看護状況の推移を、入院から退院までの経過として整理した。

倫理的配慮：患者と家族のプライバシーの保護に配慮し、データは個人が特定できないように記号化して表記した。研究対象者に対しては、研究の趣旨・目的及び情報の取扱いやプライバシーの保護について、口頭及び文書の双方を用いて説明し、承諾を得るとともに、A病院研究倫理委員会の承諾を得た。

III. 結 果

<事例1> 85歳男性で、Y病院に糖尿病コントロールで入院中に転倒し、左大腿骨頸部骨折にて、人工骨頭置換術を施行した。骨折前より脳梗塞の後遺症で左半身麻痺があり、難聴、物忘れ程度の認知障害があった。患者の入院前の生活は、自宅で寝たり起きたりを繰り返した生活を送っていた。入院期間は、平成14年12月9日～平成15年2月の14日。家族構成は、妻、次男夫婦とその子どもの5人暮らしをしていた。

1回目面接（入院5日目、手術前）：キーパーソンは妻であり、妻への面接を行った。入院後の日常生活動作の支援内容を説明し、家族の協力を得られるよう同意を得た。退院時のゴールは、車椅子移動であることを説明した。家族は、手すりを持って少しでも歩けるぐらいになって欲しいと希望した（表1；場面1）。患者本人はベッド上で安静加療されており、その傍らで妻への面接を実施していた。

2回目面接（術後12日目、離床期）：妻、同居中

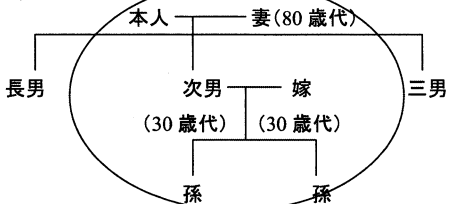
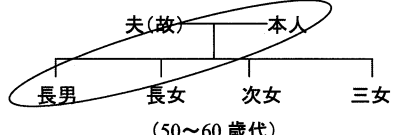
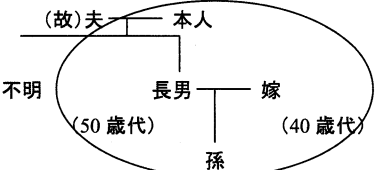
《事例1》 	入院の経過: O 病院に入院中(血糖コントロールにて)で、歩行中転倒し受傷。 入院時のキーパーソン: 妻 既往: 高血圧、糖尿病は内服コントロール中。脳梗塞後遺症により左半身麻痺あり。難聴、物忘れ程度の認知障害あり。 入院前の生活: 寝たり起きたりする生活で、日中ラジオ聞いたり、テレビを見ていた。歩行可能だが、短距離は支えや手すりを使って移動し、後は車椅子を使用。排泄は、ポータブルトイレを使用し自立。2回/週、次男がデイサービスで入浴し、衣類の着脱・洗いは介助を要した。 家族背景: 入院中ほぼ毎日妻の面会があった。事例1の身の回りの手伝いをしていた。次男は自宅で自営業を行っており、嫁もその手伝いをしている。次男夫婦の面会は、月に1回から2回程度。入院中、長男・三男の面会はなかった。妻ができないことは、次男夫婦が介入して調和を取っていた。
《事例2》 	入院の経過: 自宅の庭先で転倒受傷。 入院時のキーパーソン: 長男 既往: 乳がんの術後、高血圧・骨粗鬆症・慢性腎不全・めまい症は内服フォロー中。 入院前の生活: ADLは自立。室内から庭での雑用、散歩・買い物などを日中過ごしていた。 家族背景: 入院前は長女・次女・三女とは離れた場所で暮らしており、適宜、入院後は長男が面会に来ていた。術後、長女・次女・三女の面会があり、以後面接日には面接参加を希望された。長女・次女・三女はそれぞれが1~2回/月程度の面会があった。
《事例3》 	入院の経過: 散歩中、手押し車に腰掛けようと転倒受傷。 入院時のキーパーソン: 長男 既往: 高血圧は通院中。 入院前の生活: ADL自立。家事、室内や庭での雑用をして過ごしていた。 家族背景: 入院直後から、ほぼ毎日長男の嫁が面会に来ていた。長男の面会はごく稀にあった。入院時より、退院先は自宅を希望されており、退院後の生活イメージをつけてもらえるよう、日常生活動作時の注意点など本人と長男の嫁にも同様に指導し、受け入れも良好であった。
《事例4》 	入院の経過: 自転車で転倒受傷。 入院時のキーパーソン: 長男の嫁 既往: 糖尿病・高血圧は内服・食事療法中。 入院前の生活: 入浴介護サービスなどの訪問サービスの介護を受けながら、ADLはほぼ自立。犬と遊ぶのを楽しみに生活していた。 家族背景: 家庭では、長男の嫁が介護介入していた。しかし、入院してからは介護疲れから、長男が退院後の方針について決定権の握るなどキーパーソンの把握が困難に思えたが、入院中は長男夫婦が交代で面会に来ていた。

図1. 家族の概要

の息子(次男)と孫(次男の息子)に面接を行った。離床時の日常生活動作の支援内容を説明し、同意を得た。現在のリハビリテーション(以下リハビリと称す)状況の確認と、現在のゴール設定が車椅子移動であることを再確認した。そして、脱臼予防方法について説明した(表2;場面2)。

3回目面接(術後50日目、退院前):妻と次男夫婦へ面接を行った。リハビリの進行度について、家族と共に四支点杖歩行をしている患者を見学し、再度脱臼予防の必要性に対して家族へ確認した。退院後の方向性は、Y病院へ転院と決定しており(表3;場面3)、サマリーにより、継続看護が可能であることを説明した。

入院から退院までの経過:当初、医療者側は車椅子移乗ができるようになれば退院と考えていたが、家族は歩行できることを願っており、医療者側の考えと患者・家族の思いにズレが認められた。しかし、あえてズレを修正するような看護介入はせずに、今

後のリハビリ状況を確認してもらいながら、退院先について一緒に考えていく事にした。2回目の面接では、本人は介助下で車椅子乗車ができており、主治医が指定しているゴールに達していた。しかし、この時点でも家族は、端座位の自力保持、車椅子への自力移乗を強く希望された。同居している次男夫婦も面接に参加し、家庭での生活状況を詳しく話合うことで、車椅子で退院することは難しいと判断した。この時、家族の方から退院後の介護力を強化する為の情報欲しいとの発言も聞かれ、また再転倒に対する不安を抱いていることも明らかとなった。3回目の面接では、当初のゴール設定よりもADLが向上し、四支点杖歩行が可能となった状況下で行った。家族から、退院後の具体的な介護方法についても質問があり、その情報を踏まえた上で、現在の介護力では自宅退院は困難で不安があることから、転院する事を決めることができた。本事例では、初回面接の時から医療者側と患者家族の退院に対する考え方が異

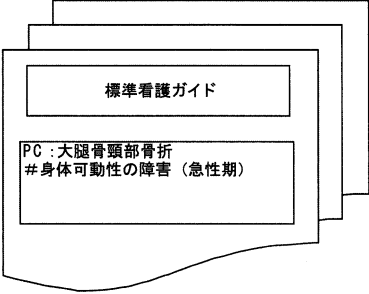
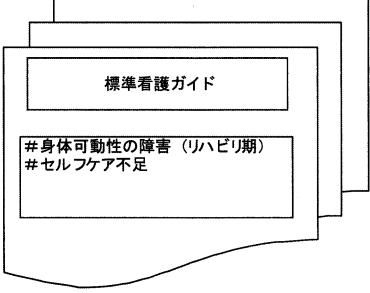
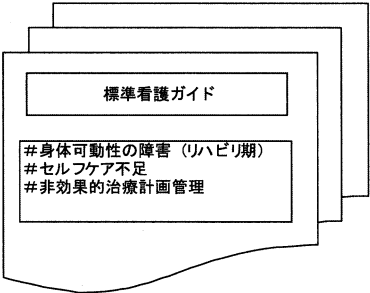
入院1週間以内 (手術まで)	1. 48時間以内に入院時アセスメント、初期計画の立案 2. キーパーソンの明確化、面接日の決定 3. 予定ゴールを主治医に確認 4. 病棟での床上運動指導 面接時… 5. 入院前の状況把握 6. 1・3について説明、同意を得る。 7. 入院後の生活動作支援内容について説明 8. 当院でのゴールについての理解度を再確認 9. 以後、状況に応じて面接を実施していくことに対する同意を得る。 10. 介護保険の申請の有無を確認 必要に応じて介護保険の申請について説明する。 11. 当院での医療相談員の役割について説明する。 
離床期 (車椅子許可後)	1. 身体状況のアセスメント 2. リハビリチェック…リハビリ棟での進行状況を確認 3. 術後、当院でのゴールを主治医に再確認 *術前と違っているようであれば主治医に患者・家族に説明を依頼 *今後、必要に応じて医療相談員の紹介を勧めてよいかを主治医に確認 4. 家族(キーパーソン)にコンタクトを取り、面接日を決定 5. 現在の日常生活動作における看護支援の状況を説明、2について説明し、同意を得る。 6. 入院前の生活における家屋状況について情報収集 ● 階段、段差の有無 ● トイレの状況(和式・洋式・手すり) ● 浴室の状況(腰掛けの有無・手すり) ● 寝具(布団・ベッド) 7. 3について理解度を確認 *退院後の希望を確認…自宅への退院、独居、介護支援を受ける、転院、施設への入所など 8. 介護支援の希望があれば医療相談員に相談できることを説明する。 9. 可能ならば次回の面談日の決定をする。 
退院前	1. リハビリチェック…リハビリ棟での進行状況を確認 2. 現在の日常生活動作における看護支援の状況を説明し、1について同意を得る。 3. 退院後の方向性の再確認。 4. 退院指導 面接日(/) *転院が決まっている場合にはサマリーにより、継続看護が可能であることを説明する。 

図2. 面接時調査項目

なっていたが、1回目、2回目とも面接ではあえて家族が考えているゴールを看護者側で修正することを行わずに経過した。面接を通して、患者のリハビリ状

況を家族が確認していくことで、家族の中に患者の退院後の生活にイメージがわき、したがって具体的な介護上の問題を解決していこうという姿勢につな

表1. <場面1>事例1:手術前の面接場面

患者の状況	家族の言動	看護の実際とアセスメント
入院時ベッド上,言語障害があり,自らの意思表示は少ない。	妻:自宅退院になったとしても以前のようにトイレ歩行はできるようになれば...	看護師:今後のリハビリ状況をみていきましょう。超早期リハビリの処方はなく,病棟で看護師指導にて床上運動をする事を説明し,同意を得る。また,入院前のADL状況を確認し,状況に応じて面接を行っていくよう承諾を得る。

表2. <場面2>事例1:リハビリテーションの状況を説明する場面

患者の状況	家族の言動	看護の実際とアセスメント
離床期,車椅子全介助で可,自力端座位15秒可。	家族:現在は脱臼や転倒の危険があり,介助でないと移動もできない状態である為,本人がある程度自立(端座位保持,車椅子移乗)できるまでは,病院や施設でみて欲しい。最終的には自宅で介護保険等利用して介護することも考えているが,自宅に帰る前にはもう一度専門のスタッフと自宅介護について相談したい。今後,転院となればY病院が受け入れてくれるかもしれないが,再度転倒の危険性もあり少し不安である。また,(主治医から)転院や退院の話が出たら今後について考えます。	看護師:現在,車椅子に安全に移乗できることを目標にしている。現在のリハビリ状態や手術後の合併症(脱臼)の予防方法について説明する。 リハビリの状況をふまえても,現在ではADLはほぼ介助が必要であり,安全に車椅子への移乗ができるという点では,まだ,リハビリを継続し患者の自立度を見ていく時期でもある為,当院でのゴール設定が車椅子であっても家族が退院できると考えてもらうには難しいと考える。しかし,今後転院または退院の方向性であることを家族は意味づけとして捉えられてのではないかと考える。 入院前の生活における家屋状況について情報収集をし,次回の面接日をしばらくリハビリを続けた年明けに決定する。

表3. <場面3>事例1:継続看護につなげる場面

患者の状況	家族の言動	看護の実際とアセスメント
四支点杖歩行可,見守り要。	家族:理解しています。 家族:今後はY病院へ転院する予定であるが,母親は介護疲れであり心配だ。Y病院へ行っても母親は本人の事が心配で介護を続けるだろう。私か妻は仕事があるので,なかなかみてあげられない。病院にいるうちは,母親が体調を崩しても病院のスタッフがみてくれるけれども,もし家に帰って母親がみるようになったら,食事やトイレの世話をするのが大変で自信がない。せめて,トイレの管理を自分でできるようにないって欲しい	看護師:リハビリ状況,ADLの自立の説明し,脱臼予防について再度説明・指導する。 当初車椅子が当院でのゴールであったが,ゴール設定以上に活動がアップしている。現在のリハビリ状況を理解してもらった上で,家族は退院状況についてどう捉えているか確認が必要。 看護師:現在は,排尿時介助下での尿器使用,オムツ交換をし,排便時はトイレ使用をしていることを伝え,今後排泄行動の自立に向けた援助をするよう伝えた。また,転院先でも排泄行動自立に向けた援助をし,今後も転倒に注意してもらうよう,看護要約書に継続看護を続けてもらうことを記入するよう伝えた。 高齢の妻がキーパーソンとなっているが,妻の精神的・肉体的疲労と妻以外の家族が抱える介護上の不安や介護方法についての問題が面接から明らかとなった。問題解決の一段階として看護要約書により,家族の抱える問題を転院先の病院に問題提示ができた。

がった。また,キーパーソン以外の家族とも話し合い,家族の問題を一つずつ解決することで,転院後の継続看護内容が具体的,実践的なものとなって充実化が図れた。

<事例2> 83歳女性。自宅の庭先で転倒し,左大腿骨頸部骨折にて,人工骨頭置換術を施行した。入院前の生活は,ADLは自立しており,室内から庭まで雑用をしたり,散歩・買い物などをしていた。入院期間は,平成14年12月16日~平成15年2月14日。家族構成は,長男と二人暮らしをしていた。

1回目面接(入院当日):キーパーソンは同居中の長男で,入院時面接を長男に行った。当院での退院時

のゴールは,歩行器での歩行または杖歩行であることを説明した。家族からは異存なかった。退院先の落ち着き先については,患者は自宅と考えており,長男は本人の意向に任せると希望された。

2回目面接(離床期):長男と別居の次女・三女が見舞いに訪れた日に,予定外ではあったが急きよ面接を行った。離床時の日常生活動作の支援状況を説明し,同意を得た。また,現在のリハビリでは,四支点歩行器で歩行練習中であることを説明し,了解を得た。術後,退院時のゴールは,現在歩行器歩行が安定している為,杖歩行から歩行器歩行に変更することを家族に説明し,理解状況を確認した。

表4. <場面4>事例2: 退院後の家族の状況について詳しく話し合い、自宅退院が施設退院へ変更された場面

患者の状況	家族の言動	看護の実際とアセスメント
退院前では、四支点杖歩行可、見守り要。	家族(娘):同居中の長男が仕事で日中留守をしている分、家事やその他のいろいろなことが心配。そして、布団での生活や玄関の段差(40cm)に対して生活のイメージが湧かない…今は、特別寒いし、帰って転びでもしたら大変なことになる。 結局、入院期間をもう少し(2月半ばまで)だけ延ばして欲しいと考えています。 長男:退院は自宅へ希望しているが、転院も考えられないことはない。	看護師:リハビリでは歩行器での歩行と、筋力増強運動訓練中であり、リハビリでのゴール設定は、杖歩行である。現在、病棟でも、歩行器で歩行練習を行い、車椅子移動によるトイレ使用している。入浴は、シャワー浴とし、ほぼ一人で可能であることを伝えた。 長男は、患者が希望されるように自宅への退院を承知していたが、別居中の家族より、現在の介護上の問題が提示された。自宅退院が困難であることが明らかであった。 看護師:近日中に主治医に報告し、今後の方針を確認していくように声をかける。 看護師:入院中退院後の生活をイメージしながら慣らすことのできる部分は、練習し慣らせていく様心掛けてもらう必要があります。 主治医:家人へ患者の現在の状況と退院後の落ち着き先について、説明と話し合いを行う。 K病院へ転院が決定する。

3回目面接(術後34日目、退院前):長男の他、別居中の長女・次女が面接に同席したいと希望あり、一緒に面接を行った。現在の日常生活動作の支援状況を説明し、同意を得る。リハビリでは、歩行器を購入し、歩行器で歩行練習をしていることを説明した。この時別居家族から、自宅の構造上の問題や日中の介護が得られないことを理由に、自宅退院への不安が述べられ、自宅退院を転院に変更することとなった(表4;場面4)。

入院から退院までの経過:1回目での面接では、主治医のゴール設定を説明し、患者・家族の退院後の落ち着き先は自宅であることが了解されていた。この時、入院時キーパーソンを同居中の長男と捉えていたが、2回目の面接以降から、別居中の家族の参加があり、患者と同居中の長男の生活を第三者的な立場からみた別居中の家族の思いや、現実的な介護上の問題が明らかとなり、自宅への退院は困難であることが判明した。

<事例3> 86歳女性。散歩中手押し車に腰かけようとし転倒し、右大腿骨頸部骨折にて、人工骨頭置換術を施行した。既往に高血圧症があり、通院中である。入院前の生活は、ADLは自立しており、家事、室内や庭での雑用をして過ごしていた。入院期間は、平成14年12月27日~平成15年2月16日。家族構成は、長男夫婦とその子ども2人の5人暮らしをしていた。

1回目面接(術後12日目、離床期):キーパーソン

は同居中の長男の妻(嫁)であり、嫁に面接を行った。退院時のADLは、片杖歩行となるであろうということを主治医に確認していた。退院後の落ち着き先として、患者は杖歩行で自宅へ、家族も自宅退院を希望していた。現在は、病棟で看護師が床上運動を指導し実施している事を説明した。

2回目の面接(術後38日目、離床時):離床時の日常生活動作の支援状況について説明し、同意された。現在のリハビリ状況は、平行棒にて徐々に全荷重へ拡大するよう歩行練習している事を確認し、説明した。現在のADLゴールは片杖歩行と変更がない事を再度説明し、了承を得ると共に、家族も入院時と同様の理解が得られた。家族より、退院に対する希望があり、入院前の生活における家屋状況についての情報収集をする(表5;場面5)。

3回目面接:数週間に渡り家族の来院がない為、電話連絡により、現在のADL状況を説明し、退院後の落ち着き先について確認した(表6;場面6)。

入院から退院までの経過:入院時より、退院後の生活状況のイメージができており、家族の受け入れ体制が整っていなかったが、突発的な家庭内の出来事によって、退院時期が延期された。この時、患者の退院への意識や家族の受け入れに対する意欲を損なわないよう電話連絡を行い、ほぼ予定通りの時期に、自宅への退院が可能となった。

<事例4> 87歳女性。自転車で転倒し受傷、左大腿骨頸部骨折にて、観血的整復固定術施行した。入

表5. <場面5>事例3:現在のADLの状況と、退院後自宅で～することを確認した場面

患者の状況	家族の言動	看護の実際とアセスメント
離床期, T字杖歩行自立, 階段昇降可.	患者・家族:(退院について) 自宅への退院を考えています. 又, 退院後の生活に向けて, シャワー用の椅子やベッドの購入等を検討していきます.	看護師: 自宅への退院へ向けて, リハビリを取り組んでいきましょう. 今後も引き続き問題となる脱臼に関しては, 危険肢位について説明し, 日常生活上において注意, 支援をして欲しい.
患者: 杖はもう大丈夫よ. 1日2回は病棟内を歩く練習しています.	家族: 分かりました.	看護師: トイレの行き帰りを杖で行うよう指導.
患者: これなら自分でトイレに行けそう.		

表6. <場面6>事例3: 家族の状況に急な変化があり, 退院の予定を変更する場面

患者の状況	家族の言動	看護の実際とアセスメント
退院直前, ADL 自立, T字杖歩行可.	長男: 従来通り自宅への退院を考えていますが, 今現在家族全員が風邪をひいている為, 迎えに行くことも困難であるし, 今自宅に戻ったところで風邪がうつってしまったら大変だからという理由で決定できなかった.	看護師: 退院の時期は過ぎており, 患者自身も自宅への退院に自信がついてきている. このまま時期が延びるようであれば, 主治医からも転院の方向で紹介状を書くと言われていくことを伝え, 早めに返事が欲しいことを電話で伝えた.
患者: 今日息子が来て, 退院日を早く決めないといけないことも言いよったんですが, 今嫁が風邪をひいて連れに帰れる状況ではないそうです. それで, できれば1週間ほど待ってもらえないかと...	長男: 家族で相談し早急にご連絡します.	看護師: 主治医と相談していきましょう. 家庭内の出来事が影響され, 電話での面接により退院日が決定される事となった例である.

院前の生活は, 入浴サービスの介護を受けながら, ADLはほぼ自立していた. 入院期間は, 平成15年2月26日~平成15年3月31日. 家族構成は, 長男夫婦と3人暮らしをしていた.

1回目面接(入院時): キーパーソンは同居中の長男であり, 入院時長男へ面接をした. 入院後の日常生活動作の支援状況を説明し, 家族の協力を得られるよう同意を得た. 家族は退院後, 入院を紹介されたI整形外科へ転院を希望されていた. 現在ベッド上安静であり, 病棟で看護師が床上運動を指導し実施している事を説明し, 了解を得る.

2回目面接(術後6日目, 離床時): 介助下でポータブルトイレを使用し, 車椅子移乗が可能となってきた時期に, 長男と面接を行った. 日常生活動作の支援状況を説明した. 現在のリハビリは, 患肢免荷で平行棒にて起立練習中であり, リハビリ状況を長男へ説明した(表7; 場面7).

3回目面接: 転院が決定したため, 面接は行わなかった.

入院から退院までの経過: 2回目の面接の中で家族から, 入院前より介護負担を抱えており, ADLがさらに低下した状況では自宅での介護はできない意向が明らかとなった. 患者自身は自宅退院を希望していたが, 家族の合意が得られなく, 転院となった例である. 離床時期の早い段階から家族は転院を決定していたので, 3回目の面接を行わなかった.

IV. 考 察

本研究に取り上げたA病院は, 地域の特定機能病院であり, 主に急性期の治療を中心として機能している. そのため, これまでは数ヶ月の入院期間を経て退院していた高齢者の患者も, 急性期治療の終了と同時期に退院あるいは転院することになり, このことが患者や家族に不安や混乱を招きかねない. 医療者側は, 早期から退院時期を設定した説明を行っているが, さらに患者や家族が十分に納得し, 自分達の思う形で退院・転院ができるように看護支援体制を

表7. <場面7>事例4: 自宅での生活は可能であるが、家族が介護する状況において自宅への退院を考え込んだ場面

患者の状況	家族の言動	看護の実際とアセスメント
離床期、介護下でポータブルトイレ、車椅子乗車可。	息子：(情報と同様、介護に疲労を感じており) とりあえずI整形へ戻る。 息子：分かりました。	看護師：自宅での介護者は息子一人で、息子は介護に疲労を感じているという事を情報より得られていた。退院後の落ち着き先を確認し、患者は自宅をゴールとしているので、家族の意向とくい違いがないか確認する必要がある。 看護師：患者へは、自宅をゴールとしてリハビリを励ましていくよう伝えた。
退院時、ADL ほぼ自立、T字杖歩行可。		今後リハビリを続け、容易に車椅子トランスファーができれば自宅退院も可能であることを話す。入院前の生活における家屋状況の情報収集をする。家族は、日ごろの介護の疲労感より、入院を通じて安らぎの時間を保ちたいと希望された。

整えようと試みたことが、この取り組みの動機である。以下、4事例の3回の面接の経過を通して、患者・家族の退院に対する思いを考察する。

まず、事例1では、初回の面接時には医療者側の考えている退院時の患者のイメージと、家族の考えている退院のイメージが異なっており、面接を重ねることで患者の身体状況と退院後の生活を想像することができるようになった。また、事例2では2回目の面接までは家族(長男)が受動的に医療者の説明を受け入れていたが、2回目、3回目の面接で別居家族も面接に加わったことにより、患者の状況が具体的に退院後の生活の中で想像できるようになり、退院に対する考えもより患者の状況に適した方向へと変わっていった。この2事例から、家族は治療の初期段階では、退院時の具体的イメージが想像しがたく、退院について考えることを頑なに拒否する場合(事例1)や、無条件に医療者から提示された退院を受け入れる場合(事例2)となることがわかる。初回面接では両極端の反応を示した家族であるが、2回目、3回目の面接で、自分達家族の力量を自ら査定し、退院するに当たっての問題点を見出している。このことは、看護者が面接時に患者の生活状況、リハビリ状況や生活上の注意点及びこの先どのような状況に至るかを説明することで、当初は「どうすればよいかかわからない」状況であった退院後のイメージを家族が具体化することができ、自分達の生活の中に患者の状況を組み込んで考えられるようになり、「それならば退院後はこんなことに困るだろう」と問題点の抽出ができるように変化していった。患者・家族と看護者の退院に対する認識について、看護者が指

導したと考えているほどは患者・家族は指導を受けたと捉えていないという報告⁸⁾にもあるように、患者・家族と医療者の認識には大きなズレがあることは重要な事実であり、面接の評価を行う際に、「何を説明したか」よりも「患者・家族はどのように認識しているか」、「患者・家族の認識がどのように変化しているか」を評価の視点とすることが重要であることが明らかとなった。

事例3、4は、面接の初期段階からの家族の意向が明確に示されている事例である。事例3では最初から自宅退院をしたいと、事例4では最初から自宅での介護はこれ以上無理とそれぞれの家族が意志表示している。いずれの場合も、家族が主体的に看護者に情報提供を求め、意志決定している。この2つの事例は、家族が退院を決めるにあたり混乱はないが、特に事例4では患者の思いとは異なった形の転院となり、看護者には「これでよかったのか?」とジレンマとなりがちである。患者と家族の意向が異なる場合、医療者が中立の立場を取ることはいうまでもないが、事例のように家庭内での力量が弱くなった高齢者の場合には往々にして自宅への退院を拒否する家族の意向を受け入れざるを得ないこともある。この事例を振り返り、今後は面接評価の視点に高齢者と家族の思いを調節することも取り入れなければならないと気づいた。

今回、退院までに3回の家族面接を行った事例を検討した結果、四事例とも3回目の面接時までは家族自らが退院に対する考え方を見出していた。家族面接が退院調節に対して有効であることはこれまでも述べられてきたが、その回数については未だ

統一した見解はない。もちろん、事例の状況に応じては個別に面接回数を増やすことが必要であろうが、今回の結果から、現実には稼働している病棟の看護活動の中で行われる家族面接としては3回が妥当な回数であると言えよう。

V. おわりに

本研究は四事例と事例が少ないこと、第三次医療の現場における事例であることにより結果の普遍化には限界がある。しかし、実際に行われている看護の結果を評価した取り組みとしては現実的な意義がある。今後事例を積み重ね更なる検討を加えることや、退院後の患者・家族の追跡調査を実施した上で、面接の効果を判断することも必要と考えている。

謝 辞

本研究にご協力くださいましたA病院の患者・家族の皆様方、A病院看護部の皆様に感謝いたします。

文 献

- 1) 松岡 篤, 田邊龍樹, 松元征徳, 他: 高齢者大腿骨頸部骨折における社会的背景とADLの推移についての検討, 整形外科と災害外科, 51 (1): 84—88, 2003
- 2) 森澤千佳, 中山真砂美, 堀紀陽美, 他: 高齢者の入院が長期になる潜在的要因—患者と介護者の両側からの検討—, 日本看護学会論文集第33回老年看護, 133—135, 2002
- 3) 礪山佳世子: 高齢者の退院調節への関わりと検討, 日本看護学会論文集第33回老年看護, 26—28, 2002
- 4) 牧田直子: 複雑な家族背景を持つ患者・家族への早期退院に向けての援助について検討する, 日本看護学会論文集第33回老年看護, 91—93, 2003
- 5) 古家成美: 家族の退院受け入れ過程における看護師の援助の検討—大腿骨頸部骨折患者の家族との面接を通して—, 整形外科看護, 8 (3): 242—248, 2003
- 6) 富久尾敬子: 高齢者大腿骨頸部・転子部骨折患者の退院に対する家族の考え方の検討—キーパーソンとの面接調査を通して—, 整形外科看護, 5 (8): 936—941, 2000
- 7) 乾かおり: 大腿骨頸部骨折で手術を受けた高齢者の退院に関する思い—家族への思いに焦点を当てて—, 日本看護学会論文集第33回老年看護, 29—31, 2002
- 8) 山本則子, 杉下知子: 神経疾患を持つ患者及び家族に対する退院指導—ナースと患者・家族の認識の比較—, 家族看護学研究, 5 (1): 3—7, 1999

(受付 '04. 4. 26)
(採用 '05. 12. 2)

Effects of interventions for family of aged patient has fractured cervix of femur
—on interview with family members over discharge—

Michiko Tanaka¹⁾, Hisa Nomoto²⁾

¹⁾Master of Nursing Science Ehime University Graduate School of Medicine

²⁾Faculty of Health Sciences Ehime University School of Medicine

Key words : fractured cervix of femur, aged patient, family, interview

This study is a report on interviews with families of elderly patients who had surgery for femoral neck fractures in an orthopedic surgery ward in A-hospital. Family Support Check List—1) daily life condition of patients, 2) rehabilitation condition, 3) advices on daily life (such as prevention against dislocation,) and 4) patients' goals at their release from the hospital— was used in interviews. They explained necessary support for family members on the process of discharge. The meaning and method of family interview developed from 4 cases are follows :

1. At the beginning of hospitalization, family members can not imagine concretely the condition at discharge ; therefore, they sometimes just refuse to receive proposal from medical staff about discharge or just accept it without any question. In such case, repeated explanations through interviews helped family members to assess the patient's condition and their own ability ; families could develop their own vision about discharge through three-time interviews.

2. In the case of the families who already have clear views on the discharge from the start of hospitalization, their minds are not always consistent with that of the patient, a situation which requires for nurses to represent the patients mind to the families in the interviews.

3. Three-time interviews from admission to discharge are effective and reasonable methods in the real nursing situations.
