

論 文

一般病棟における長期入院に関する受け止め方  
—医師，看護婦，家族の考え方の相違について—

田知本みどり・本田信子・安念静枝・越阪部久恵  
(寺井病院)

Difference of Thinking on Long-Term Hospitalization  
in General Ward between Doctors, Nurses and Families

Midori Tachimoto, Nobuko Honda, Shizue Annen, Hisae Osakabe  
Terai Hospital

要 旨

長期入院患者に関わる介護者，看護婦，医師（以下三者）の考えや受け止め方にどのような違いがあるのかを明らかにすることを目的として調査を行い，長期入院に関するシステム作りを検討した。その結果，長期入院患者は高齢で重介護を要する患者であった。長期入院患者に関して三者の考えや受け止め方にはずれが見られた。家族は介護者の立場から介護困難による入院を必要としていた。医師は病状の安定から入院の必要性を低く判断していたが，看護婦の判断にはバラツキが見られた。

三者間のずれが生じる要因として，家族は介護困難を，医療者は患者の病状を中心に考えるという視点の相違が考えられ，さらに家族に関する医療者側の情報不足も考えられた。看護婦は多くの視点で入院の必要性を判断しており，自分達の経験から患者の介護を「これくらいは家族でも看れる」と考えやすいこともずれの要因と考えられた。

キーワード

長期入院，考え方の相違，家族，介護

Abstract

The difference of thinking on long-term hospitalization between doctors, nurses and families was studied. The patients we studied were elderly and seriously disabled and hospitalized for more than six months. Their families had difficulties in taking care of them because of poor manpower, anxiety, high responsibility and so on. The doctors judged the low necessity of hospitalization from the stable condition of patients. There were some differences in nurses' judgement. It seemed that the differences in the judgement between doctors, nurses and families were caused by different points of view and insufficient information on families. The nurses judged the necessity of hospitalization from many points of view. They were likely to think that families could take easy care of patients, depending on the nurses' experience. It is considered that early approach to families and regular conference between doctors, nurses and families are necessary to decrease the gap between them.

Key Words

long-term hospitalization, difference of thinking, family, home care

## はじめに

人口の高齢化に伴い、慢性疾患を持ちながら生活する人々、また、寝たきりや痴呆などで介護が必要な人々が増えている。高齢の病人を抱えた家族では、入院できたとしても病状が安定すると在宅療養や他の施設への転院を勧められることが多く、行き場を探すのに右往左往することが少なくない。一方、医療システムは医療、介護、福祉のサービスを受ける側のニーズに対して十分に対応しているとはいえない<sup>1,2)</sup>。このような状況の中で、病院では様々な理由で退院困難な患者が長期入院を余儀なくされている<sup>3)</sup>。今回、長期入院患者に関わる介護者(家族)、看護婦、医師(以下三者)の考えや受け止め方にどのような違いがあるのかを明らかにすることを目的として調査を行い、よりよい看護を行うためのシステム作りについて検討したので報告する。

## 対象と方法

### 1. 対象

在院6ヵ月以上を経過し、ターミナルでない入院患者8名、及びその介護者7名(患者A家族を除く)、ケアに携わる看護婦14名、患者の主治医2名を対象とした。

### 2. 方法

診療記録から、長期入院患者の個人的データを

収集した。介護者、看護婦の考えや受け止め方の主観的なデータを得るために、患者の医療依存度及びその理由、入院の必要度及びその理由、家族の状況、療養形態の可能性の内容からなる半構成的な面接を行い、承諾を得てテープに録音し、面接内容を逐語的に記述した。医師については自己記入及び聞き取り調査を行い、それぞれにどのような共通点と違いがあるかを比較検討した。

## 用語の定義

医療依存度：治療および管理の必要性の程度

医療ケア：医療行為の必要なケア

## 結果

### 1. 長期入院患者の概要

長期入院患者の概要は表1に示すように、年齢は56歳から92歳にわたり、80歳以上の後期高齢者が6名と多く、性別は男性2名、女性6名で女性が男性の3倍であった。主病名は脳血管疾患、パーキンソン病、脊椎狭窄症などで、既往合併症として肺炎、尿路感染、MRSA感染などの感染症が多く見られた。全員がIVHや胃ろう、バルーン管理、吸痰処置、褥創処置、インシュリン注射や内服管理など何らかの医療ケアを必要としており、ADLは全介助5名、一部介助3名で、全員が要介護者であった。精神活動として痴呆の程度は柄澤式の

表1 患者概要

事例	A男 92才	B女 86才	C女 86才	D女 86才	E男 56才	F女 63才	G女 81才	H女 82才
主病名	巨大 褥瘡, MRSA 胃癌	脳出血	脳出血	脊椎狭窄症 腰椎圧迫骨折	パーキンソン病 脳器質性精神障害	C型肝炎, DM パーキンソン病	脳梗塞後遺症	脳梗塞
既往疾患	肺炎, 尿路感染	肺炎, MRSA他	肺炎, MRSA他	尿路感染症他	褥瘡		肺炎, MRSA	
合併症	腎不全, 高血圧 前立腺肥大他	高血圧 褥瘡	心不全, 腎不全 高血圧	慢性気管支炎 甲状腺機能低下症		腰椎圧迫骨折 一部介助		洞不全症候群 (ペースメーカー)
ADL	全面介助	全面介助	全面介助	一部介助	一部介助		全面介助	全面介助
医療処置	IVH 吸痰処置 バルーン管理 褥瘡処置	IVH, 胃瘻管理 吸痰処置 バルーン管理 褥瘡処置	胃瘻管理 吸痰処置 バルーン管理	バルーン管理	内服管理	インシュリン注 内服管理 病状により変動	吸痰処置 胃瘻管理 バルーン管理	胃瘻管理
病状の安定	まあまあ安定	緊急の危険あり	まあまあ安定	安定	病状により変動		まあまあ安定	安定
痴呆の程度	中等度	最高度	最高度	軽度	中等度	軽度	最高度	中等度
感情・意思 表示の状況	うれしい、さみしい、痛い等簡単な表現可能。	呼名に対し開眼及び「はい」と返事のみある。意思表示不能。	重度意識障害 痛みや吸痰時に顔をしかめる程度。	言葉や表情でしっかりとできる。	病態が落ちついて いる時は、言葉も はっきり意思表示 できるが、悪いと きは無動で言葉に ならない。	肝性脳症の時つじ つまの合わない言 動がある。鬱傾向 気味で表情乏しい が意思表示は可能 である。	呼名にからうじて 反応する程度。	失語あり、言語的 表現出来ないが、 問いかけに対し、 顔の表情で答える 半言、失認あるが 促すと少し文字を 書けるようになった。
患者の思い	はっきりしないが「家に帰りたい」と言ったことがある。			妹や息子に負担かけたくない。リハビリして治して欲しい。	家が気になる。帰りたい。	親らしいことも出来ないし、息子に迷惑かける。日中1人で心配。		正確には把握出来ない。
サマリー	寝たきりで在宅医療を受けていたが巨大褥瘡治療のため入院。入院中出血性IV、誤嚥性肺炎、繰り返すMRSA感染、治りきらない褥瘡、胃腸のため胃瘻も作れず、IVH管理している全体として安定しているものの重症である。	脳出血にて入院。脳出血後遺症。誤嚥性肺炎繰り返す。痰量多く、頻回な吸引、体位交換が必要、発熱など不安定な状態で重症である。	脳出血にて入院。救命されるが意識回復せず。誤嚥性肺炎繰り返す。胃瘻による経管栄養重症。	腰痛、排尿障害にて入院。腰椎圧迫骨折による両下肢封麻痺、膀胱直腸障害。機能障害は改善せず、バルーン留置、車椅子生活。	原疾患の悪化により食事摂取量低下、褥瘡、脱水、意識状態低下により入院。また、脳器質性精神障害により、不眠、徘徊、無動状態が繰り返す。	原疾患にて他病院にて治療。在宅移行の目的で入院。病状の変動激しいDM発症し、インシュリン注射導入。パーキンソン、肝硬変ともに重症。	脳梗塞で寝たきりこれまでに種々の施設をめぐってきた。肺炎のため入院。肺炎治療のため嚥下障害のため誤嚥性肺炎、MRSA感染繰り返すため胃瘻による経管栄養に移行。常に痰量が多く、吸痰が必要。	家で救われ急入院意識回復したが重度機能障害残存。嚥下障害あり胃瘻にて経過良好。表情も豊かになってきた。

判定基準<sup>4)</sup>によると最高度3名で意志疎通は全くはかれず、中等度3名は意志疎通は可能だが不十分で、軽度は2名であった。

## 2. 家族の概要

家族の概要は表2に示すように家族構成は様々

だが、介護者が仕事を持っている場合が8名中6名と多く、介護者自身が自分の健康に不安を持っている場合が7名中3名で、介護の条件は厳しい状況であった。

表2 家族の概要

事例	A	B	C	D	E	F	G	H
家族構成	長男夫婦、孫夫婦、曾孫の6人家族	長男夫婦、孫1人の4人家族	長男夫婦、孫夫婦、曾孫の7人家族	長男夫婦、孫2人の5人家族	患者と母の2人暮らし、近所に患者の弟夫婦がいる。	患者と長男の2人暮らし	長男夫婦、孫夫婦の5人暮らし	患者と長男の嫁の2人暮らし(長男死亡、長男夫婦に子どもなし。近所に患者の子ども夫婦)
介護者の状況	嫁 60歳 自営業(元看護婦) 健康状態良好	嫁 48歳 フルタイム勤務 健康状態良好	嫁 60歳 主婦 健康状態良好	嫁 50歳 フルタイム勤務 健康に自信がない	母 82歳 変形性股関節、膝関節症による足の痛み、メニエル病	長男 32歳 フルタイム勤務 健康状態良好	嫁 48歳 自営業 健康に自信がない	嫁 57歳 自営業 健康状態良好
病気、治療について	インタビューなし	むつかしい、分からない。治ることはあきらめているよくやってくれている。	先生や病院におまかせ。感謝してる。	足の痛みのため週1回注射をうっている。治療はまだ必要。	難病で、年をとるに従って悪くなる病状に波がある。	薬飲んでいたらいいように思うけど調子の悪い時は点滴も必要。波がある。今は落ちついている。	今のレベル以上に良くならないと思っている。治療は先生に任せているよくしてもらっているありがたい。	良くなることはないとも聞いていたがとても良くなった治療については十分にしてもらっている。
入院について	インタビューなし	入れてもらってよかった。	こうして置いてもらえればありがたい。	症状がすっきりするまで入院は必要	入院させてもらっているおかげで精神安定剤みたいになって落ちついている。	まあまあ必要。薬飲み忘れたりするから。	長くいると病院に迷惑がかかる。病院に置いてもらえば安心。	ここに置いてもらえば十分。
自宅退院を困難とする家族の理由	インタビューなし	注射(IVH)をしている。病状が不安定。	風呂に入れるのが無理。今受けている介護の半分もできない。	介護の経験がないので想像つかない。家族の協力が必要	患者が正常な判断力に欠けるので難しい。介護者の足が悪く無理。	仕事と介護の両立がどんな風に行えるか。社会資源がうまく活用できればよい。	自営と介護の両立が無理。痰による窒息死の可能性もあると思うととても心配。	自分以外に代わって見てもらえる人がいないので、自宅に連れてくるのは問題。自宅で看られる人なのかと思う。

## 3. 医療依存度について

医師、看護婦が長期入院患者に対していただく医療依存度について表3に示した。

医師は患者Fのように原疾患の重症な場合、患者A、Bのように症状、医療処置の必要性が高い場合に依存度を高く、患者D、G、Hのように病状が安定している場合に低く判断していた。

看護婦は患者A、BのようにIVHなどの医療ケアがある場合、患者Bのように痰による窒息の危険や発熱などの症状、患者Fのように病気の重症さや変動性がある場合に高く、これらが無い場合や、病状の安定、「点滴もしていないし、胃ろうも十分に活用できて、後は管理だけ。吸痰ができれば在宅へもっていける。家族が在宅で吸痰を行っている人が大勢いらっしゃるの」などケア内容が家人でもできると考える場合に低く判断していた。看護婦の判断にはバラツキが見られた。

これに対して家族は治療について「感謝している。なかなか家だったら半分もできない」、「はじめ駄目かと思っていただけ、あれほどまでによくしてもらって」というように、殆どが治療については「十分によくしてもらっている」と思ってお

り、その必要性については「分からない」、「おまかせ」で、程度の判定はできなかった。

## 4. 入院の必要性について

医師、看護婦が長期入院患者に対していただく入院の必要性について表4に示した。

医師は患者A、BのようにIVHの管理、患者Bのように痰の管理を要する場合にやや高く、患者C、D、E、F、G、Hのように病状が「ほぼ安定」、「全く安定」と考えている場合に低く判断していた。

看護婦は表5に示すように、病状、医療ケアの存在、病気の変動性、家族の受け入れができていない場合に必要性をあげ、反対に病状の安定、医療ケアのなさ、「これくらいだったら家で看れる」、「現在しているケアは看護婦でなくてもできるもの」、「家庭復帰が可能だと思う。安定しているし、仕方さえ分かれば。それにそういうふうにして帰った人も現にいるし。それで今もずっと続けている人もいる。だから出来ないことはないと思う」というように、入院しなくても患者のケアや管理ができると考える場合、社会資源の活用ができる場合に必要性を低く判断していた。一方、看護婦は患者の幸せという観点からも入院の必要性を判断

表3 医師、看護婦から見た患者の医療依存度

患者	医療者	とても必要	まあまあ必要	必要	あまり必要でない	必要でない	小計
A	医師		○				7
	看護婦		2	4	1		
B	医師	○					10
	看護婦	5	3	1	1		
C	医師			○			7
	看護婦		2	1	3	1	
D	医師				○		7
	看護婦				6	1	
E	医師			○			2
	看護婦		1		1		
F	医師	○					4
	看護婦		3	1			
G	医師				○		3
	看護婦				2	1	
H	医師				○		3
	看護婦				1	2	

看護婦の数字は人数を表す。

表4 医師、看護婦から見た入院の必要性

患者	医療者	とても必要	まあまあ必要	必要	あまり必要でない	必要でない	小計
A	医師		○				7
	看護婦		1	3	2	1	
B	医師			○			10
	看護婦	3	5	1	1		
C	医師				○		7
	看護婦				3	1	
D	医師				○		7
	看護婦				4	3	
E	医師				○		2
	看護婦				2		
F	医師				○		4
	看護婦	1	1	1	1		
G	医師				○		3
	看護婦				2	1	
H	医師					○	3
	看護婦			1	1	1	

看護婦の数字は人数を表す。

表5 入院の必要度に対する各事例における看護婦の判断内容

程度	事例	A	B	C	D	E	F	G	H
とても必要			今は状態がよくない② 栄養管理が必要① 頻回な吸痰が必要①				DM、肝硬変、パーキンソンがある① 日中1人になり、緊急時対応不安① 内服管理ができるが① ひとたび何かがあると全部崩れる①		
まあまあ必要	褥瘡悪化① 家業が忙しそう①		痰の絡みがひどく窒息の可能性② 頻回な吸痰必要① 発熱原因が不明① 容態が変化しやすい① 褥瘡悪化可能性① IVH①				自分で管理できそうでない① 病状悪化したとき動けない①		
必要	家族の受け入れができていない① 褥瘡悪化しやすい① 栄養管理ができない、点滴が必要① IVH必要②		頻回な吸痰必要① IVHの管理① 褥瘡交換① 褥瘡交換、吸痰は家族でもできる①				内服をきちんとする必要あり①		訓練に関しては①
あまり必要でない	IVHは嫁が管理できる① これくらいだったら家で看れる① 燃せるんだったら今①		褥瘡がある①	吸痰できれば施設可能① 経管栄養でいける① 医療的なものは何も必要ない、ケア中心の看護①	貧血症も出てこなければ、在宅に入れば大丈夫① 老健に向けて働きかけている、リハビリ中① 病状落ちついているので在宅でも十分① 安定している①	病状に変動ある① 食事はセッティングのみで可能①	安定している①	胃瘻が安定① 他の合併症ない① 入院時よりレベルは落ちているが、安定している①	胃瘻が安定① 他の合併症ない①
必要でない	訪問看護を依頼し在宅でいける① 病室で点滴より家の方が患者にとって幸せ①		吸痰と経管栄養だけ、バルーンしており、在宅でもできる範囲① 点滴していない① 経管栄養は家でもできる① 褥瘡などが無い②		貧血症も今どうこうするわけではない① 排尿はバルーンで解決している①			今は吸痰だけ、家でも吸痰器あればできる① オムツ交換ほどの患者さんも同じ①	訓練だけだから①

○の数字は看護婦の人数を表す

しており、その判断にはバラツキが見られた。

これに対して家族は患者の入院を「させてもらってよかった」、「ありがたい」、「安心」と受け止め、入院は必要と考える場合が殆どで、必要性の程度は判断できなかった。

#### 5. 療養形態の可能性について

療養形態の可能性について医師、看護婦、家族の考えを表6に示した。

殆どの家族は療養形態を入院と考え、Dの家族は分からないとはいえ入院は必要と考えていた。Fの家族は、病状は重症で、家族は介護者が独身の息子一人という状況であるにも関わらず、社会資源がうまく活用できれば在宅で大丈夫だと考え、最終的に在宅療養になった。入院の理由は病状の不安定さ、医療処置の存在、介護の大変さ、残った障害への受け入れ困難があげられた。また、B、

C、G、H家族は以前に市や施設に問い合わせをしたことがあるが、障害が重度であることや経管栄養をしているなどの理由で断られたことがあった。

医師はIVHの管理、痰の管理を要する場合に入院とし、その管理ができ、病状が安定している場合に施設、介護力があれば在宅でもよいと考えていた。

看護婦は病状の悪さ、IVHや痰の管理の重要さがある場合に入院、医療ケアの存在、家族関係の困難、介護力の少なさ、介護者の負担の軽減、病状の安定している場合に施設を、治療のなさ、家族の受け入れや協力、社会資源を利用すればよいと考える場合に在宅療養をあげていた。看護婦は色々な観点から判断しており、その判断にはバラツキがみられた。

療養形態の可能性が三者でほぼ一致するのはB、Eの2件のみだった。

表 6 療養形態の可能性

患者	三者	入院	施設	在宅	施設または在宅	分からない	小計
A	医師 看護婦	○ 2	 2	 2		 1	 7
B	医師 看護婦 家族	○ 4 ○	又は ○ 3	 1	 1	 1	 10
C	医師 看護婦 家族		○ 1 又は ○	又は ○ 1	 3	 1	 6
D	医師 看護婦 家族		○ 1	又は ○ 4	 2	 ○	 7
E	医師 看護婦 家族		○ 2 ○ 又は ○				 2
F	医師 看護婦 家族		 3	○ 1 ○			 4
G	医師 看護婦 家族		○ 1 ○	又は ○ 1			 3
H	医師 看護婦 家族	○	○ ○	又は ○ 1	 2		 3

看護婦の数字は人数を表す。

## 考 察

### 1. 重介護の患者と家族の介護困難

患者自身の状態は今後改善の見込みが薄く、病状自体が重症と医師が判断した患者が8名中4名いた。家族の多くは患者の入院を必要としており、これは患者自身の状態が長い目で見ると合併症を繰り返すなど不安定であること、また、重介護を要すること、介護者が仕事を持っていることなどによる介護力の不足、患者の窒息という不安や責任など、介護者の立場からくる介護困難感によると考えられた。

### 2. 家族への情報提供不足と家族からの情報収集不足

病気の治療について家族は「分からない」、「おまかせ」、社会資源についても「分からない」という回答が出され、これは医療者側からの情報提供が不十分なことにも起因していると思われた。

一方、看護婦はすべての調査項目における判断

にバラツキがみられ、その原因として病状、医療ケアの存在、家族の介護力、患者の幸せなどの多くの視点で判断しているため、どこに重点を置くか、またどの程度重要と感ずるかで考えが異なることが考えられた。さらに「家族がどうなのか詳しく知らない」、「先生がどう考えているのか分からない」などの情報不足も見られ、患者に関して家族を交えた定期的な話し合いの場が少なかったなどの状況が一因とも考えられる。家族は入院がよいと考えている場合でも、医師、看護婦からみて患者の医療依存度や入院の必要性が高くない場合には、病院としての機能を十分に考慮し、患者にとってよい療養形態を考え直す必要があるだろう。今ある療養形態を変更するためには家族の決断が必要だが、そのための情報提供、助言が不足しており、また、医療者側は家族の状況に対する情報不足がめだつた。

### 3. 視点の違いについて

看護婦は自分達が行っている日々のケア、或いは以前 IVH しながら在宅療養に移行した症例などの過去の経験に基づいて「これくらいならできる」と判断する場面が多く見られた。看護婦はケアの中身の容易さや他患者との比較の面から考えており、家族は自分以外に代わって見る者がいないことや自分に責任がかかるなど介護者自身の負担や責任の重さから判断していた。またある家族は患者のゴールを「せめて排泄だけでも自分でできたら」という思いを持っていたが、医療者側は無理だと判断していた。介護用品のオムツの使用方法についても家族は費用の面からあまり多くを使って欲しくないと思ひ、看護婦はケアに要する労力の面から考えていた。このように様々な面で看護婦と家族の受け止めに違いがみられ、これは考える視点の相違、立場の違いによると思われた。

療養形態に関しては医療者の間では大きな違いは見られなかったが、家族と医療者の間では違っていた。三者の間で一致点のあるのは病状が重症な場合、また、介護力が全く期待できない場合であり、病状が安定し、医療者から見て、家族構成が大人数であったり、家族がよく患者のケアに関わるなど介護力が期待できそうに思われる場合に不一致が生じやすいように考えられた。

### 4. 研究の限界

今回の研究では普通に会話できる患者が2名、はっきりしないが思いを語ったことがある患者が2名で、「息子の迷惑になるので家に帰れない」、「嫁や息子に負担をかけたくない」というように家族への気兼ねや遠慮が3名に見られたが、意志表示ができない患者が多く、患者の思いについてはよく分からなかった。

また、調査したのが小規模病院の一般病棟における患者で、人数も少ないことから、この研究の一般化には限界があると考えられる。看護婦及び家族への面接は病棟とは直接関係のない看護婦が担当し、回答のアドバイスを最小限に抑えるようにつとめたが、面接のみによる解明効果の低さは否定できない。

### 5. 今後の展望と課題

看護婦は情報不足を解決し、家族とは視点や立場の違いがあることを認識し、介護者の立場への理解を十分に持つことが必要であろう。三者の考えや受け止め方のずれを少なくし、今後の展望を明らかにするためには意見の相違を十分に話し合い、お互いが納得したもとのケアにあたること

必要である。そのためには家族への早い時期からのアプローチが必要であり、定期的な話し合いの場の設定が大切である。さらに、患者の医療や介護の必要の程度に応じて、患者や家族が選べる施設や社会資源など地域の基盤整備が早急の課題であろう。

### まとめ

長期入院患者に関して三者の考えや受け止め方には、以下のようなずれが見られた。

1. 家族は介護者の立場から介護困難による入院を必要としていた。
2. 医師は病状の安定や IVH や吸痰処置が必要ないことから入院の必要性を低く判断していた。
3. 看護婦の判断にはバラツキが見られ、それは病状、医療ケアの存在、家族の介護力、患者の幸せなどの多くの視点での判断と、「これくらいは家族でも看れる」という看護慣れからくるであろう認識によると考えられた。

### 文 献

- 1) 黒田研二, 他: 在宅要介護老人, 病院長期入院老人, 特別養護老人ホーム入所者の特性に関する比較研究, 日本公衛誌, 39(4), 215-221, 1992
- 2) 高橋龍太郎, 他: 高齢長期入院患者の実態と分析, 日本老年医学会雑誌, 30(4), 301-307, 1993
- 3) 佐藤鈴子, 他: 長期入院患者の経過と ADL, 日本看護科学会誌, 15(3), 196, 1995
- 4) 中島紀恵子, 他: 系統看護学講座専門 No.19, 老人看護学, 医学書院, 343, 1997