

事例研究

退院困難な老人患者の在宅ケアへの可能性の検討

川島 和代・天津 栄子
(内灘温泉病院)

A Study on Possibility of Home care with the Aged
who cannot be cared at home

Kazuyo Kawashima, Eiko Amatsu
Uchinada Onsen Hospital

要 旨

退院困難な老人患者の在宅ケアが可能となる要因を抽出するために自宅へ退院した2事例の検討を行った。その結果をもとに仮説的に新たな2事例にかかわり在宅ケアが可能となった。4事例の看護プロセスより以下の結論を得た

1. 老人患者の在宅ケアを可能とするためには、患者の病状の安定やADLの向上、心の自立度の回復など患者が自分の人生を前向きに生きていく認識をつくり出せるよう看護者が意図的にかかわる。
2. 老人患者を受け入れようとする家族の前向きな認識を引き出すために、家族の思いに近づく取り組みを重ねながら、患者の良い変化の事実を提示していく。
3. 老人患者に退院をすすめ在宅ケアを可能とするためには、良いケアを介して、患者、家族、看護者三者間の信頼関係（相互浸透）を形成する一定の蓄積期間が必要である。

I. 目 的

病気が軽快し、自宅療養が可能となっても日常生活に多くの介助を要する場合、家族に自宅退院を拒まれる老人患者が少なくない。昨今行政サイドでは中間施設（老健施設）を増床して障害老人の在宅ケア推進の施策を打ち出している。しかし、条件の異なった個別の事例に1つ1つ丁寧に取り組み、患者、家族双方にとってよりよい状態に整えていく力を看護職が持たない限り、在宅ケアが可能となることはおぼつかないのが現状であろう。

我々は、今までに高齢で一人暮らし、近親者

から自宅への退院受け入れ拒否されている患者¹⁾、長期入院で介護負担量の多い患者²⁾と条件は異なるが自宅退院が困難と思われる事例に取り組み、退院を可能とした経験を持つ。今回この2事例から退院困難な老人患者の在宅ケアを可能とする要因を抜きだした。更に、その要因を基に結果の成功を予測する看護の方向性をまとめ、新たに2事例に取り組みだところ在宅ケアが可能となった。これらの看護プロセスより抜きだした看護の方向性を老人の退院への援助を考える指針といたく報告する。

II. 研究方法

1. 条件の異なる退院困難な老人患者 2 事例の看護プロセスより自宅退院を可能とした要因を抜きだす。

2. 抜きだした要因を基に結果の成功を予測する看護の方向性としてまとめる。

3. 新たな 2 事例に対して 2 でまとめた看護の方向性を使って実証を試みる。

1, 3 に使用した 4 事例の対象の背景は表 1 に示した。各事例の看護プロセスは、既存の資料（看護記録、診療録、リハビリ評価記録、かかわりのメモ）より抜きだし、事実在即して記述した。

尚、本稿で用いている退院困難とは、病状が安定し、入院治療の必要性がないにもかかわらず、本人あるいは家族の意志で退院しない状況をさすものである。

III. 結 果

1. 事例 1 : 1) I 氏の入院までの経過と看護プロセスの要約

当院転院 4 カ月前に妻の病状悪化のため近医へ共に入院した。2 カ月後、妻は肝臓癌で亡くなり、そのショックによる歩行障害、排尿障害を認め、バルンカテーテル留置にて転院してきた。転院は、入院先の病院と親戚の意向によって決められ本人の意志によって決められたものでなかった。

入院 12 日目に尿の性状を見てバルン抜去、自力での座位が可能となり、リハビリが開始された。尿意、便意ははっきりしており排便はトイレで可能となったが、オムツは決して外そうとしなかった。入院当初より再三「うちへ帰りたい。ハイヤー呼んで。」とナースコールがたえなかった。親戚の M 氏に連絡しても「世話するものがないのに歩けず、オムツしている者がどうして帰れる。病院にいるよう言い聞かせて下さい。」と帰宅を拒否された。しかし看護者は、まずは I 氏の強い帰宅願望に沿うことが、当面の気持ちの安定につながり、

次の打つ手が見えてくると考えた。そこで希望の実現に向け、身体状態の安定している時にスタッフ同行のもと自宅まで外出したところ、自宅ではスタスタと歩き、自分の衣類やお金を用意して帰院されその後は落ち着きをとれどされた。入院 2 カ月頃より杖歩行が可能となり入浴や更衣も自律してきたため、看護者も患者の残りの人生をその人の意志に沿った生き方ができるよう自宅退院を目標とした。看護者が M 氏に退院受入れにむけての相談の必要性を感じ、かかわったが難色を示された。そこで ADL 拡大の事実を M 氏に伝え「たとえ少ない月日でも本人の意志に沿って過ごさせてあげてほしい。」と話した。M 氏からも「今がチャンスかもしれない、親戚の者と相談してみます。」と返答があった。その後 M 氏より市役所へ行ってヘルパー派遣の手続きをしてきたと連絡が入った。

患者には退院に向けて服薬の自己管理、電話の対応、買物、調理実習など具体的な指導が行われていった。最後の課題であったオムツ外しも、パンツの使用時間を順次延長し、ついにオムツなしで生活できるようになった。

退院をひかえて看護者、OT、ケースワーカー同伴のもと再度自宅へ外出し、帰宅後の生活に支障をきたす部分の改善（居間を寝室に、トイレを洋式に）を行った。

1989年4月18日、M氏に伴われて自宅へ退院された。

2) 事例 1 より以下のことが抜きだされた。

①患者の退院への願いと看護者の間に対立が生じた場合、患者の今までの生活過程からつくられてきた認識をとらえかえし患者の意志に沿った取り組みを工夫すると、患者の前向きな判断を促し身体機能レベルアップへの行動が可能となる。

②患者の退院の願いと近親者（家族）の間に対立が生じた場合、家族に退院可能な患者側の事実を提示すると、家族は納得の方向に認識が変わり易い。

表 1. 対象の背景

	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4
年齢, 性別	81才, 男	69才, 男	74才, 男	76才, 女
健康障害種類	脳動脈硬化症, 貧血, 関節リウマチ	脳出血後遺症 (左片マヒ) 糖尿病	多発性脳梗塞 (再梗塞)	潰瘍性大腸炎 パーキンソン病
かつての職業	繊維関係の商売	看護士	警察官	専業主婦
入院時のADL自立度	食事以外は全面介助 (オムツ, バルン)	食事以外は全面介助 (車椅子, オムツ, バルン)	車椅子への移動が辛うじてできる, 排泄は紙オムツ, 尿器併用	車椅子移動に介助必要 排泄はポータブルトイレだが失禁多い
入院目的	前病院より退院すめられた妻に先立たれ介護者不在	妻に先立たれ介護者不在	リハビリ目的 (再入院)	前病院より退院すめられたリハビリ目的
入院中の身体状態	入院1ヵ月頃より安定	入院半年頃より安定 血糖コントロール必要	入院後は安定	入院1年後より安定
家族構成	一人	娘夫婦, 孫3人, 妻の父	妻, 長男夫婦, 孫2人	長男夫婦, 孫1人
キーパーソンと主たる介護者	なし (世話の中心は遠縁のM氏)	嫁いだ娘	長男, 妻	長男, 嫁
退院困難の原因	介護者不在, 近隣住人からの苦情	娘の育児の大変な時期 介護量が多い	妻に心臓の特病あり 自宅へ戻ると依存的になる	長男夫婦共働きで受け入れの心の準備がない
入院期間	4ヵ月 1988.12.16-1989.4.18	2年6ヵ月 1988.12.18-1991.6.9	10ヵ月 1990.11.16-1991.9.2	2年1ヵ月 1990.5.14-1992.6.14

2. 事例2：1) O氏の入院までの経過と看護プロセスの要約

57才の時、在職中に発症、リハビリにて杖歩行まで回復したものの、5カ所目の病院で転倒し、膝関節を痛め、以後車椅子生活となる。自宅での介護が受けられないまま当院を含めて6カ所(12年)の病院を転々と移り変わってきた。今回の転院は娘の自宅に近いということで、娘の意向によってすすめられたものである。

入院直後より喘鳴、咳嗽みられ、口渴のため飲水量増加、全身の浮腫、心肥大、心不全へと移行し、呼吸困難が生じ内科的な治療が始められた。6カ月後身体の安定とともにバルンカテーテルの抜去、点滴中止と身体を拘束するものがなくなり、患者の行動の自由度が高まった。リハビリ開始、行事への熱心な参加と動きのある生活をおくるようになっていた。オムツ内排泄だった患者がトイレでの排便処置をきっかけに食後のトイレ誘導が習慣化した。車椅子トランスファーの自立、いざり、短下肢装具や靴下の自力での着脱可能などADL拡大が徐々にみられた。娘さんの面会は1回/週程度だったが入院が2年に及ぶ頃、家族に病人が相次ぎしばらく面会が遠退いた。1991年2月、婦長が娘さんとの面談の機会を得、娘さんの気持ちの安定が図られていることを確認の上、入院が2年以上に及んでいること、ADLが拡大してきている事実、機能的には限界であること、長期の入院は患者の精神面にあきらめや寂しさなどマイナスの影響をもたらすこと、患者が家族を気に掛けていることを伝え退院の可能性を打診した。娘さんからは4月から末の子供が保育所に入り、それぞれの生活のペースができてくる1~2カ月後が時期として最適であること、夫の協力が一番なのでよく相談したいこと、一人では無理なので保健婦さんにも相談して力を貸してもらうことなど話された。その後、娘さんより退院の意向が伝えられ、具体的準備

がすすめられた。入浴用のイスの購入、紙オムツの補充、インスリン注射器の補充方法の確認、保健婦との連絡、ディケアの利用の手続きと家族側の準備もすすめられた。2回の試験外泊の結果、介助量の軽減、家族を呼ぶことの減少といった患者の変化に「これならやれる。」と家族の決意が固まったことを報告された。1991年6月9日退院となる。

退院を決意したきっかけについて、娘さんは病院のスタッフに一生懸命かかわってもらえたこと、オムツ交換が楽になったこと、夫の励まし、母親が亡くなる時「お父さんをよろしく」と言っていたことを挙げられた。

2) 事例2より以下のことが引きだされた。

①家族での介護が可能な身体状態、ADLの拡大(排泄の自立)の事実を示すと、家族の受入れへの不安感が整えられ退院への心の準備を可能とする。

②家族の認識や在宅ケアに必要な家族の物的、人的条件を見直し、家族が患者を引き受けられる可能性を査定できると、看護者の働きかけの方向性がみえやすくなる。

③患者へのよいかかわりの蓄積が、看護者と家族との信頼関係を生みだし、家族の患者受入れへの思いが支えられる。

3. 退院困難な老人患者の在宅ケアを可能とした要因より、次の事例に取り組む時の結果の成功を予測する看護の方向性をまとめてみた。

①患者の全体像をみながら患者の認識をより健康な自分のありように整えていけば、前向きな判断や行動が引き出され、もてる力の拡大につながる。

②家族に患者の身体状態の安定やADLの拡大の事実を示すと、家族の認識が受入れの方向にシフトしやすい。

③家族の認識や在宅看護に必要な家族の物的、人的条件を見直し、家族が患者を引き受けられる可能性を査定できると、看護者の働きかけの方向性がみえやすくなる。

④患者のケアを介して看護者と家族の間に信頼関係（相互浸透）を形成するかかわりを重ねていくと、家族の退院受入れを容易にする。

以下、事例3と4は退院困難な患者に対する看護の方向性を使ってかかわった。

4. 事例3：S氏の入院までの経過と看護プロセスの要約

S氏は当院へは2回目の入院である。1回目退院時は杖歩行可能であったが、冬期、戸外へ出て歩くことが出来なくなり徐々に筋力低下、生活の大半を妻に頼る依存的な生活になってきた矢先1990年11月14日小発作起こし、再入院となる。少しでもADL拡大させたい、自立した生活が出来るようにとの本人、家族双方の希望でリハビリ目的で入院となる。

入院時、車椅子に乗りベッドへのトランスファーが辛うじて可能。食事の時も食物をこぼし手指の巧緻性の低下や嚥下障害がみられた。早朝の便失禁が多く、毎朝、衣類の汚染がみられた。リハビリでは下肢筋力の増強と歩行練習を目標とし、精神面の賦活のためのグループワークにも出席し、徐々に移動がスムーズになった。喫煙のため車椅子にてロビーへ出かけ、車椅子走行が巧みとなり日常生活の行動範囲が拡大した。外泊時交互式歩行器を貸し出し、家庭でも使用可とのことで購入をすすめ、短い距離の移動は歩行器で可能となる。食事でも食堂で他患と一緒に食べるなど人と交流する機会も増えていき次第に依存的な様子がみられなくなった。排便は毎朝5時頃にトイレ誘導することでトイレ排泄が可能となった。

外泊は2カ月に1回の割りでなされていたが、退院について打診すると妻に不整脈、高血圧があること、自宅に戻ると依存的になり元に戻るのではないかという不安を述べられた。受け持ちナースから病院は長期入院が出来ないこと、生活の中心は在宅であることを伝え、家族だけで介護するのではなく、ディケアの利用や訪問看護をうけること等社会資

源の利用を勧めた。患者の長男が、「これからの我々の人生設計に、老いて病んだ親とどう生きていくかということを真剣に考えていかななくてはならないと思いました。是非力になってほしい。」との申し出をうけ、退院前にディケアへの申し込みをされ、2回/週主に入浴サービスを受けることを目的に通所することが家族から伝えられた。1991年9月2日退院の運びとなった。

5. 事例4：T氏の入院までの経過と看護プロセスの要約

72才頃より朝方の歩き方が不安定となってきていた。その後発熱、下痢のため近医入院するも歩行困難、褥創形成と改善なく2カ月後総合病院へ転院となる。ここで潰瘍性大腸炎、パーキンソン病と診断され、IVH、バルンカテーテル留置といった医療処置をうける。約1年経過、小康状態にて退院すすめられ、継続リハ目的にて当院へ転院。当院入院時、長期間の臥床による両膝関節の屈曲拘縮（廃用性筋萎縮）がみられた。

入院1カ月後、屈曲拘縮した両膝関節を伸展させるため重垂牽引を始めた。その後矯正装具使用。徐々に膝関節が伸展できるようになり装具使用時間を短縮、1年2カ月にて完全に離脱できた。この間、排泄の介助量の増加や、褥創、尿路感染、腰痛、下肢痛、不眠など患者の苦痛の増大がみられ、患者自身愚痴をこぼすことが多くなった。患者の前向きな認識を引き出すために牽引や装具の使用によって確実に膝関節の屈曲拘縮が改善していく事実を計測によって示した。装具使用中の排泄や移動は介助しながらも、除去しているときは自分でするよう促していった。途中で患者を交えてカンファレンスし共通の目標の確認をし、患者の前向きな認識を支え続けた。装具使用時間の短縮にあわせて小さな目標を設定し、介助浴から一般浴へ、ポータブルトイレから普通のトイレへ、サークル歩行から杖歩行へと1つずつクリアされていった。

約1年2カ月後患者が装具を全く使用せず
にすごせるようになった頃、受け持ちナース
中心に自宅退院に向けてのかかわりを始めた。
当初は、医師より患者の状態や変化について
家族へ説明して頂き、面会時や外泊時に排泄
が自立してきたこと、杖歩行が可能となって
きたこと等の患者のADL拡大の事実を家族に
見てもらうように努めた。その一方、家族か
らは季節的に寒いからとか、宗教の教祖の退
院指示がないからと受入れの気持ちの準備が
ないことを伝えられ看護スタッフと対立した。
患者自身も「家へは帰りたいがまだ早いと思
う」と述べている。看護スタッフ間では引き
続き外泊の機会と動的な生活を維持すること
で時期を待とうと再確認し、更に7カ月経過。
1992年の4月に再度面談し、自宅へ戻る可能
性を打診した。日昼のすごし方や入浴につい
ての心配が聞かれ、リハビリ指導、ディケア
の紹介で退院を決意され6月14日自宅退院と
なった。

IV. 考 察

1. 障害をもった老人の在宅ケアへの働きか けについて

老化や健康障害のため日常生活に何等かの
援助を要する老人にとって人生の終焉をどこ
で迎えるかの選択は大きな課題である。自宅
へ帰っても放置されたままの生活を継続する
事例³⁾も少なくない。また、家族との調和しが
たい対立を解決できず老いを迎えたり、配偶
者に先立たれたり、共働きなどで主たる介護
者を欠く老人患者も多い。こうした状況を考
えると、我々は老人患者が自宅へ帰ることが
必ずしも最良とは言い難いと考えている。在
宅ケアという選択を可能とするには、患者と
家族の間に決定的な対立がないことが優先的
な要素であろうと思われる。この対立を調和
的に解決する方向性が見えない限り早急な自
宅退院はかえってマイナスの結果を招くと考
える。

2. 在宅ケアが可能となった要因について

各事例より在宅ケア可能となった要因につ
いて考察する

1)事例1のI氏は、入院時食事以外はほとん
ど全面的に介助の手を要したケースであった。
しかし、入院まもなくより「家へ帰りたい、
ハイヤー呼んで。」とナースコールを押し続け
る行為を見た時に看護者の頭の中には、看護
者の立場からの判断である“無理なことを言
う患者”としてイメージされ、家へ帰りたい
思いで一杯のI氏の思いをみようとしていなか
った。この時に患者の全体像の意味をとらえな
おし、81才男性の一般のあり方から体力、気
力的な衰えは否定できないが長年培ってきた
自分の生き方を貫きたいという思いと、妻を
亡くし一人で自宅から遠く離れた病院に入院
させられ、帰りたいという希望がかなえられ
ない思いとには大きなくいちがいが想像され
た。妻の死を供養も出来ない状況、他者の意
志による転院、生活必需品の欠乏、誰もいな
い家等の客観的事実の意味をI氏の立場で考
えると納得できなかった彼の言動の根拠が「そ
うだろうな、一度は帰りたいだろうな」と了
解出来る様になった。そうすると、患者と看
護者のくいちがいと思っていたことが同一の
イメージとして像が重なり「帰れる方向へ、
がんばろう」という大きな目標が共有できた。
そこで患者の意志に沿って看護することが、
I氏の行動を前向きに変えていくであろうと予
測し、外出の実現への取り組みとなった。こ
の外出が患者の落ち着きを取り戻し、一層の
ADL拡大のきっかけとなった。つまりI氏が
目標に向って自分自身で歩み始めたのである。

I氏のADLの拡大の事実、そのままI氏
の世話の中心となっていたM氏の認識を肯定
的なものに変える要因となっていく。受け
入れを拒否する家族に対して患者の退院を働
きかける時に自宅で生活できる具体的な事実
の提示、情報の提供は家族の認識を変える大
きな力となる。

看護者がいわゆるその人と社会関係(家族)の対立を解決するためには、茂原⁴⁾の事例で示されるように対象の構造を見抜く力をつけることが重要であり、1つ1つの事例から丁寧に学ぶことが当面の我々の課題であろう。

2) 事例2のO氏は、妻がすでに他界し、患者が発症した後、結婚、出産された一人娘にしか介護を委ねることができない状況であった。その娘さんは3人の子供の育児に追われて当初はO氏の在宅ケアなど到底無理なものと我々は判断していた。こういった介護負担の大きい老人患者に遭遇すると、看護者は介助の大変さにとらわれて、家族の認識をみることを忘れがちである。O氏の娘さんは一人娘で両親に大切に育てられ、父親への愛情も深く、発症以来12年もの長きに渡って病院生活を余儀なくさせてきた苦しみも想像でき、家族の条件が整えば娘さんが自宅へO氏を受け入れることは十分可能なケースである。患者をとりまく家族(キーパーソン)の今までの生活過程を見直すことの重要性が示唆される。また、娘さんが病院スタッフの熱意に、自分もやらねばと思いついて退院を決意されたと述べられている。長期入院の老人患者に退院を勧告する時、本来対立しやすい家族と病院スタッフとの間に信頼関係がうみだされるよう意図的にかかわれる力量が要求される。つまり、スタッフと家族との間に患者のケアを介して相互浸透⁵⁾がおこると、家族の気持ちが前向きになり支えられている安定感を得ることができよう。1991年2月に娘さんの気持ちの安定(話を聞く心の準備状況)を確認のうえ、今O氏にとって必要なことが、娘さんにイメージしやすい形で伝えられ、家族の絆を再度確認できたように思われた。対象の条件を見極めつつ、イメージしやすい表現を工夫する技が大切となってこよう。また、高齢者の自宅退院に不安をもたらす要因⁶⁾に病気の悪化に対する対処と排泄、入浴が挙げられている。身体状況が不安定でADLが後退して入院してき

たO氏にとっては、ADLのレベルアップに2年余りの歳月を要している。機能低下の途上にある高齢期の患者が急速にADLの自立が進むとは考えにくく、一定の蓄積期間が必要となるのではないかと考えられた。この期間のナースの取り組みが娘さんの信頼を得る蓄積期間であったともいえよう。

試験外泊は実際の介護量の変化を確かめることができ、O氏、娘さんの認識を退院の方向に変えるより確かな取り組みになったといえよう。

3. 事例3のS氏、事例4のT氏は、事例1、2の経験を踏まえて意図的にかかわったケースである。

S氏は、当院へは2回目の入院である。前回退院時のADLレベルが維持できず再発作を起こして再入院となった。また直接介護する妻も心臓の持病がある。家族はS氏がレベル低下したのは、自宅では依存的となり動こうとしないため、持病のある妻がS氏の介護を続けることで共倒れになることを危惧されていた。この家族の認識を変えるためには、S氏が自宅に戻っても、動きのある生活が続けられるよう具体的なサポートシステムを紹介することが重要と考え、ディケアの利用をすすめた。併せて、S氏の心の自立度を回復するため、他患との交流の機会を増やし、出来ることは自分ですることがS氏自身と大切な奥さんにとってプラスになることを伝えS氏の努力を促していった。家族の面会の度に、S氏の変化や、問題となっていることを話し合う機会をもち、家族との信頼形成に心がけた。

退院後、週2回のディケアサービスと、訪問看護を利用され家族の介護負担の軽減や妻の休息に役立ち、日常生活レベルは維持されている。

事例4のT氏は長期臥床によって両膝関節の屈曲拘縮、下肢筋肉の廃用性萎縮を認めたケースであった。当院入院時、歩いて帰れることは予想だにできなかったが、患者の認識が

たえず前向きとなるよう患者の思いを想像しつつかわった。しかし、牽引や矯正の苦痛にたえきれず依存的になりがちな患者と、自立を焦るナースとは対立しがちであった。打開していくためにT氏を交じえてカンファレンスを開きお互いの思いを表出して目標を共有化する取り組みを行った。

老人患者にとってADL拡大にはゆっくりとした“時”の蓄積が必要であることを学んでいたため矯正装具が完全に離脱できる1年2カ月余り、自然の回復力が働くように日々の生活を支えながら待つことが可能となったと思える。

T氏の家族は共働きであり、発症以来2年以上、日常生活に介助の多い母親を見ると、とても受け入れる心の準備ができないと話されていた。ここでも我々は、家族の認識を変えるためには、家族の思いも受け止めながらT氏のADL拡大の事実を示しつつける一定期間が必要と考え“待つ”ことが選択できた。生活レベルを後退させないように配慮しながら、少しずつ量の積み重ねが、質に転化⁵⁾する日を待つことが老人看護にとって重要な視点であることが示唆された。

4. 家族への関わりについて

4つの事例の家族（キーパーソンと主たる介護者）に関わってみて、老人の退院を考えるときに受け入れを納得した家族の存在抜きには在宅ケアの可能性を査定することはできない。看護者は患者の状態を整えつつ一方で家族の状況について正確な情報を得、また家族の認識を早くに知る事が必要であろう。家族の健全な部分を刺激していくと家族の愛情を基盤に患者にとって必要なことが選択できていくと考える。

家族の思いを家族の側に立って（立場の転換）看護者が受け止め、家族の気持ちに近づくと本音が見えてくるので看護者としての働きかけの方向性が選択しやすくなる。つまり、ナイチンゲールの三重の関心⁷⁾は家族に対して

も有用であると考えられた。

こうした一貫した関わりの姿勢を持つためには、よりどころとなる看護の理論の支えをもつことなしには問題をかかえた患者や家族のために、よりよいケアを提供することはできないと考えられた。

V. まとめ

退院困難な老人患者の在宅ケアの可能性を検討するため、退院可能となった2事例より結果の成功を予測した看護の方向性を抽きだし、新たな2事例にかかわった看護プロセスより次のことが明らかになった。

1. 老人患者の在宅ケアを可能とするためには、患者の病状の安定やADLの向上、心の自立度の回復など患者が自分の人生を前向きに生きていく認識をつくり出せるよう看護者が意図的にかかわる。
2. 老人患者を受け入れようとする家族の前向きな認識を引き出すためには、家族の思いに近づく取り組みを重ねながら、患者の良い変化の事実を提示していく。
3. 老人患者に退院をすすめ在宅ケアを可能とするためには、良いケアを介して、患者、家族、看護者三者間の信頼関係（相互浸透）を形成する一定の蓄積期間が必要である。

文 献

- 1) 川島和代：退院困難な患者の自宅復帰への可能性の検討(その1), 第20回日本看護学会集録—老人看護—, p.36-39, 1989.
- 2) 川島和代：退院困難な老人患者の自宅復帰の可能性の検討(その2), 第7回石川看護研究会集録, p.32-36, 1991.
- 3) 日本看護協会調査研究室編：日本看護協会調査研究報告—病院における老人看護—, p.33-54, 1985.
- 4) 茂原好美：退院を拒否したNさんの自立への援助を通して学んだこと, 総合看護, p.23-50, 1989, 4.

- 5) 三浦つとむ：弁証法とはどういう科学か，講談社現代新書，1988.
- 6) 池上澄子他：何が高齢者を退院に対して消極的にさせてしまうのか，臨床看護研究の進歩，VOL. 2， p.156-161，1991.
- 7) 湯ます監修：病人を守る看護と健康を守る看護，ナイチンゲール著作集，第二巻， p.140，1983.