

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 9 月 3 日現在

機関番号：32620

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2012～2016

課題番号：24792467

研究課題名(和文)慢性疾患患者及びその家族員が退院後に直面するセルフケア困難と退院支援のあり方

研究課題名(英文)The self-care difficulty that a chronic illness patient and each family member faces after discharge from hospital, and examination of ways to support of it

研究代表者

堺 恭子(SAKAI, Kyoko)

順天堂大学・医療看護学部・助教

研究者番号：30624001

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,100,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では慢性疾患患者とその家族員が退院後の生活のなかで遭遇する困難を明らかにし、その支援方法を検討した。退院支援の対象となる割合の高い脳血管疾患、合併症を伴う糖尿病、がんの終末期で医療処置を伴う慢性疾患患者21名に質問紙調査を行った。看護師から医療処置に関する説明を受けた群は看護師が医師の説明を補足したり、理解が深まるように支援したと認識していた。また療養上の困難として家族の介護負担があり、家族以外の支援者がいる群は家族の体力や健康上の不安が低かった。他者へ支援を求めることや療養継続に関する意思決定など新たなセルフケア能力獲得に向けた支援が必要であることが示唆された。

研究成果の概要(英文)：The propose of this study is to clarify difficulty what a chronic illness patient and family encounter in their life and the ways to support them was considered. Illness that gain high percentage to be subject of support after discharge from hospital are Cerebral Disease, Diabetes with complications, and later stage of cancer. The group that receives the explanation about the medical treatment from a nurse They recognized that a nurse complements the doctor's explanation and support to deeper understanding. In addition, difficulty what a chronic illness patient and family member faces encounter in their life was nursing burden. The group that receive supports from others recognizes that anxiety of their family's physical strength and health were low. It is suggested that there is a need of support for new self-care ability acquisition such as requesting support from other people, and making decisions related to how to medical treatment and care.

研究分野：臨床看護

キーワード：退院支援 セルフケア 慢性疾患 療養上の困難

## 1. 研究開始当初の背景

現代社会は医学の発展に伴い、病気を持ちながらもその人らしく生きることが求められるようになった。慢性疾患は生活習慣のセルフケアが症状コントロールの良し悪しに直結(ドロセア E. オレム, 2005)し、その疾患を持つ人の Quality of life (QOL) に影響を及ぼす(田崎, 1997)。このような慢性疾患をもつ患者は、入院治療により症状の自己管理、生活様式の変更を求められる(Zanocchi M, 2006)。つまり患者は病気と共に生きていく生き方が求められ、セルフケアする積極的な態度が期待される。しかし、退院後のセルフケアがうまくいかずに疾患が憎悪し、再入院を繰り返す患者は少なくない。研究者の訪問看護師としての経験から家族環境や生活様式によっては、入院中に指導された日常生活の留意点をそのまま行うのは難しいこともある。また再入院した患者、家族に面接をすると、試行錯誤しながら対処方法を見出す努力をしているため援助を求めて求めない例や患者の状態や家族のサポート状況が変化し、セルフケアの変容が必要であるのに看護師がそれに気づかず、適時に対応されていない患者、家族がいることを度々経験していた。しかし煩雑な外来診察時に患者の不安に気づき、対応することは現状において決して容易なことではない。これまで慢性疾患患者に関する多くの研究がなされており、特にセルフケアの継続に関して、糖尿病患者としての有能性や感情や思いの表現が示す自己モニタリングに着目した研究がある。退院後は家族の協力が患者の健康管理を促進するが、必ずしも家族が協力できる体制にあるとはいえない場合もある。また患者も家族もがんと違って生命が脅かされるという認識が乏しく、病識の不十分さや症状コントロールのための行動変容に対する困難を抱えるため、患者の中には急性憎悪に繰り返し直面する者がある。患者や家族員の健康観や人生観も影響要因として考えられる。しかし、退院後に直面する困難をセルフケアの視点から慢性疾患患者と家族の両者に調査したものは見当たらない(日本訪問看護財団, 2010)。退院後の患者、家族が抱える困難を明確にし、必要となるケアを予測して介入することによって患者の生活の自立を促進することができる。さらに退院後に慢性疾患患者と家族が直面する困難は、時間の経過によって変化するため、退院直後だけに焦点をあてた支援では不十分である。そこで本研究において生活の変化によるセルフケア行動に着目し、横断的、縦断的に患者及びその家族員と看護師の立場からそれぞれ実態調査を行い、継続看護についてのケアの認識を明らかにすることは、現実に即した継続看護を提供する上で意義があり、退院支援の体制と看護提供方法についての指針を得られると考える。

## 2. 研究の目的

本研究ではセルフケアの視点から患者が退院後の生活のなかで遭遇する困難を明らかにし、慢性疾患患者の看護介入に有用な看護支援モデルを構築していくうえでの具体的な介入方法を明確にする基礎資料を得る

【調査 1】セルフケアに関わる身体状況や生活状況の実態を横断的に把握する。

【調査 2】退院後のセルフケアに関わる身体状況や生活状況の体験を縦断的に把握する

【調査 3】退院後の慢性疾患患者と家族に対する退院支援チームメンバーの継続看護・ケアについての認識を明らかにする。

## 3. 研究の方法

### 【調査 1】

目的: セルフケアに関わる身体状況や生活状況の実態を横断的に把握する。

対象: 介護保険の制定している 16 の特定疾病の中から退院支援の対象となる割合の多い脳血管疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、がん末期の患者。かつ医療処置を伴う成人の慢性疾患患者とその家族員で、調査の同意の得られた者。

調査項目: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health): 国際生活機能分類は生活機能を環境との相互作用として捉え、セルフケアを「活動と参加」の枠組みのひとつに位置付けている。セルフケアに関わる関連要因を ICF の「心身機能・身体構造」、「活動と参加」の 3 要素と「環境因子」、「個人因子」2 分野から考慮して質問紙を作成した。「心身機能・身体構造」、「個人因子」である年齢、性別、病名、既往歴、医療処置の種類、入院期間などを基本的属性として 11 項目挙げた。また「活動と参加」ではセルフケア行動として ADL・IADL の調査項目と治療や療養生活への参加として退院指導による生活のイメージの有無や退院指導の内容、治療方針の確認や補足説明など意思決定支援についての項目を追加した。そして「環境因子」では生活を支える社会福祉制度と家族に関する項目を挙げた。認識の違いを明らかにするために患者、家族の両方に調査する。医療処置に関する説明の有無を目的変数とし、意思決定に関する質問項目について二乗、t 検定、一元分散分析により検討した。

対象者は首都圏の A 大学病院に入院し、医療処置を有する成人の慢性疾患患者である。そのなかで介護保険の制定している 16 の特定疾病のなかから退院支援が必要となる可能性の高い慢性閉塞性肺疾患、脳血管疾患パーキンソン病、多系統萎縮症患者、合併症を伴う糖尿病患者、終末期のがん患者とその家族員に対し、退院前日にアンケート調査を実施した。対象者には研究の目的と内容、個人情報保護とその方法、参加しなくても一切不利益を受けないこと等について口頭と書面にて説明した。本研究は、研究代表者の所属施設の倫理委員会にて承認を得て、実施した。

【調査 2】退院後のセルフケアに関わる身体状況や生活状況の体験を縦断的に把握する。

対象：慢性疾患で入院治療を受けた患者とその家族員の両方に退院後 1 か月、3 か月、6 か月後の計 3 回インタビュー調査を行う。インタビュー内容は調査 1 で得られた結果をもとに、半構成的面接法を用いた質的研究を実施した。インタビューは各調査時期の活動やセルフケアの変化、退院後の生活で困難と感じたことなどの心理・精神的状況で構成し、プライバシーの保つことのできる場所で行った。得られたデータに対して分析的コーディングを行い、コードの意味内容の類似性を比較しながら分類し、カテゴリーを生成した。

#### 【調査 3】

退院後の慢性疾患患者と家族に対する退院支援チームメンバーの継続看護・ケアについての認識を明らかにする。

対象：退院支援チームの退院調整看護師、病棟の担当看護師、訪問看護師、医師、在宅医、介護支援専門員、介護福祉士、理学療法士、栄養士を対象にインタビュー調査を行う。対象とする候補者の選択は年齢、性別、専門領域が様々な異なる構成内容になるよう行う。インタビュー内容は調査 1 及び 2 で得られた結果をもとに、半構成的面接法を用いた質的研究を実施した。

調査内容：インタビューは退院後の患者や家族との関わり、自宅で生活するひとへの継続的な支援についての思いや考え、セルフケアを支援することへの困難などで構成した。得られたデータに対して分析的コーディングを行い、コードの意味内容の類似性を比較しながら分類し、カテゴリーを生成した。

#### 4. 研究成果

##### 【調査 1】

質問紙配布者 25 名のうち、回答が得られた 21 名を分析対象とした。(回答率 84%)

対象者は男性 11 名、女性 10 名(平均年齢 70.3 歳)であった。介護認定を受けているものは 6 名であった。医療処置の種類は、入院期間は 1 か月以内であった。セルフケア行動の実施の割合が高い項目は、「内服」「更衣」であった。セルフケア支援が必要な項目は「入浴」「階段昇降」であった。医師から現在の病状や今後予想される症状や治療方針について 12 人(63%)が説明を受けていた。自分で治療や療養生活の方法を選択するというセルフケア行動の実施の割合が高い項目は、意思決定能力に関わる「看護師の説明により退院後の生活をイメージできる」15 名(89%)、「医療処置に必要な物品の調達方法や費用を明確にする」8 名(42%)、「緊急連絡先について確認する」8 名(42%)であった。看護師から医療処置に関する説明を受けた群は「看護師が医師の説明を補足したり、理解が深まるように支援した」( $p < 0.05$ )が高くなっていた。また療養上の困難の認知では、「家族が介護する時間の確保」「家族の体力

や健康上の不安」を困難としていた。家族以外の介護者がいる群は「家族の体力や健康上の不安」が低くなっていた。( $p < 0.05$ )また、家族は患者よりも社会資源の有無について認識が高かった。患者と家族について療養上の困難について、認識の差はなかった。

【考察】医療処置があっても介護保険を申請している患者は少なかったが、入浴と階段昇降に介助が必要であった。また患者は長期的な療養が必要となるが、介護保険や高額療養費などの社会資源についての申請方法が不明であった。これらのことからすぐに支援は必要ないが、支援のタイミングを見極めて、情報を提供する必要があると考えられた。また、療養上の困難として、家族が患者を介護する時間を確保することや介護による健康上の不安を抱えていた。医療処置のある患者の療養生活には、家族の介護負担があったことから、時間の経過とともに変化する介護力を見極めて、家族の介護負担を軽減するケア計画を立案することや、家族以外の支援者の協力を求めるセルフケア能力獲得への支援の必要性が示唆された。また入院をきっかけに治療方針が変更となったり、セルフケアする力が低下し、今後の療養法を継続、変更するなど意思決定する力が求められることがある。看護師から医療処置に関する説明を受けた群は看護師が医師の説明を補足したり、理解が深まるように支援したと認識している傾向があることから、新たなセルフケア能力獲得への支援の必要性が示唆された。これらの結果から、今後の治療や生活について選択する、他者から協力を得るというセルフケア項目について再度、検討し、今後は対象者を拡大し、調査を進める予定である。

##### 【調査 2】

退院後 1 か月、3 か月後に患者 2 名、家族 2 名にインタビュー調査を実施した。しかし、大学病院という特徴から、通院を近医へ変更することや患者本人の全身状態の悪化から、患者・家族の両者にインタビュー調査を実施することはできなかった。退院後 1 か月の生活状況は、新しい生活に慣れるのを待つ、医師から言われたことを守る、などの<外来受診まで待つ>であった。また、入浴や段差、排泄などの日常生活にちょっとした不便があるなどの<療養場所の変化に慣れる>であった。

退院後 3 か月後の生活状況は症状が出現したときにどのように薬剤を調整したらよいかかわからない、病状の安定につながる食べ物や生活習慣について情報がほしい、気分が落ち込んでいるが誰に相談したらよいかかわからないなどの<自分なりの対処法を実践する>であった。家族は、患者の都合に合わせて自分の予定を調整する、外来受診は大変だが、ずっとこの病院でみてほしいから仕方ない、など<現状維持のために患者中心の生活を送る>であった。

【考察】退院後 1 ヶ月、3 ヶ月では、ケアマ

ネジャーや訪問看護師など他者に支援を求めることなく、療養環境の変化に対応しようとしていた。試行錯誤しながら自分の生活の再編成を行っており、患者自身が療養上の困難として認識していない可能性があることが示されたため、外来時に看護師による意図的なセルフケア行動の確認が必要であると考えられる。

#### 【調査 3】

退院後の慢性疾患患者と家族に対する退院支援チームの継続看護についての認識を明らかにするために、病院内の医師、理学療法士、地域のケアマネジャー、介護福祉士、訪問看護師に対してここにインタビュー調査を実施した。対象者は全員、退院支援カンファレンスの実施経験があった。バックグラウンドが福祉職のケアマネジャーの退院支援に関する認識は、医療処置があることによる不安や恐怖心がある、医療者へ積極的に尋ねることへ躊躇する、などの「医療職との連携が不十分」であった。訪問看護師の退院支援に関する認識は、退院後にそのひとに合った処置方法にアレンジする、療養場所の移行に伴う環境調整をおこなうなどの「医療処置を生活の一部になじませる」であった。また退院後に在宅での医療処置の方法について確認するなど、病院の看護師との情報共有や意見交換が必要、療養環境の整備には患者、家族の精神的、経済的情報が必要、など「病棟看護師との密な連携」を必要としていた。医師同士の連携はそれぞれの立場や考えから複雑であると感じていた。在宅医の退院支援に関する認識は、今後の治療方針の共有、急変時の対応方法の確認など「担当医と今後の方針の確認」と、在宅医導入の目的を説明、家族へ役割の説明などの「在宅医導入に関する患者、家族の理解を確認する」であった。

#### 【考察】

ケアマネジャーのバックグラウンドの 85% は介護職であるが、医療処置のある患者は急変や終末期へ移行することもある。日常生活を送るための工夫や段取りについて利用者に即したケアプランを提供することができる一方で、医療に関する知識の補足、対応の方法などは、生活と医療の両方を見ることのできる看護師がケアマネジャーを支援する必要がある。また、ケアマネジャーが連携しやすい雰囲気作りも必要である。

訪問看護師は、自宅での生活に合わせたケア方法を退院後に確認したり、病院看護師が感じた患者、家族の医療や治療に関する思いやずれを把握することにより、患者、家族と早期に信頼関係が構築することにつながるということがあったと認識していた。そのため、退院時だけでなく訪問看護師が必要なときにはいつでも連携できる関係作りが必要である。

在宅医は、調査 2 の結果からも、患者や家族は退院してもずっと同じ病院でみてほしいと願っていることから患者、家族同席のもと

で担当医と今後の方針の確認、在宅医導入の目的や役割を説明することが、患者、家族との早期の信頼関係の構築ひいては、療養生活の安定や継続につながると認識していた。在宅療養の移行には、患者の地域の医療体制を患者自身が理解することも必要であると考えられ、患者教育、市民教育の促進が必要であると考えられた。研究代表者は 5 年以上の経験を有する看護師に退院支援に関する研修を継続的に行っている。意思決定支援や他職種連携などについて研修を行っているが、今後は対象者を患者や地域住民に拡大し、市民教育を行う必要があると考えられた。他職種連携や今回は職種ごとの退院支援の認識に限定したため、今後はグループフォーカスインタビューを実施する。

#### 【引用文献】

- 1) ドロセア E. オレム. オレム看護論 看護実践における基本概念第 4 版. 医学書院. 2005.
- 2) 田崎美弥子, 中根允文. WHO QOL の手引. 金子書房. 1997.
- 3) 中西美春, 長江弘子, 永田智子, 服部啓子, 新野由子. 病院における高齢者への退院支援の実施状況の調査 在宅ケア事業所への関与に注目して 日本公衆衛生雑誌. 55(7). 456-463. 2008.
- 4) Zanocchi M, Maero B, Martinelli E, et al. Early rehospitalization of elderly people discharged from a geriatric ward. Aging Clinical and Experimental Research ;18(1):63-69. 2006.
- 5) 日本訪問看護振興財団. 平成 22 年度 社団法人日本看護協会委託事業 退院調整看護師に関する実態調査. 1-100. 2010.
- 6) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実, 黒江ゆり子, 平山朝子, 河合恵理子. 退院調整看護師の活動と退院支援における課題. 岐阜県立看護大学紀要. 6(2). 35-41. 2008.
- 7) 大蔵美紀, 石原ゆきえ, 山内真恵, 安部節美. 東京都内の病院の退院調整部署に関する調査. 医療マネジメント学会雑誌. 11(4). 251-25. 2011.

#### 5. 主な発表論文等

##### 〔雑誌論文〕(計 1 件)

堺恭子: 糖尿病をもつ人への支援をつなぐ医療機関と地域とのリンケージ, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 18(1), 70-71, 2014.

##### 〔学会発表〕(計 5 件)

慢性疾患看護専門看護師の退院支援に向けた倫理的調整, 第 8 回医療看護研究会, 2012.3.9.23 (浦安市)

病院と地域をつなぐ退院調整部門の役割とその活用, 第 18 回日本糖尿病教育・看護学会, 2013.9.23. (横浜市)

堺恭子: 糖尿病を持つ人への支援をつなぐ医療機関と地域との連携, 第 34 回糖尿病ケア研究会, 2014.11.15. (金沢市)

堺恭子: CNS の役割 チーム医療におけ

る CNS のアプローチ,第 25 回呼吸ケア・リハビリテーション学会,2015.10.15(浦安市)

堺恭子:糖尿病をもちながら生活する人への支援 生活者としての視点から見た関わり 第 10 回北陸糖尿病看護研究会,2017.3.12.(金沢市)

〔図書〕(計 1 件)

ナーシングビジネス 現場でできる「看護倫理」教育・実践マニュアル 第 5 章 倫理的実践における CNS の MC メディカ出版,136-145,2015.

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

堺 恭子 (SAKAI, Kyoko)

順天堂大学・医療看護学部・助教

研究者番号: 30624001