

令和元年6月21日現在

機関番号：34606

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2018

課題番号：26463362

研究課題名(和文)脳卒中患者の家族介護者に対する在宅支援介入プログラムに関する研究

研究課題名(英文) Research on home-care transition intervention program for family caregivers of stroke patients

研究代表者

林 みよ子 (HAYASHI, MIYOKO)

天理医療大学・医療学部・教授

研究者番号：50362380

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,500,000円

研究成果の概要(和文)：文献検討と臨床看護師との意見交換から、脳卒中患者家族に対して急性期からそれぞれの時期に応じた在宅移行に向けた看護援助を明らかにした。急性期・亜急性期の脳卒中患者の家族を対象とした調査から、家族の不確かさを軽減できる病状説明と医療者の丁寧かつ親身なかかわりをその中に意図的に組み込む必要性が示唆された。また、在宅移行に向けた急性期・回復期の看護支援の実態調査から、在宅移行支援を効果的に実施するためには、看護師の先を見通す力と患者・家族の自宅での生活を判断する力が必須であることが示唆された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究は、今後ますます活発化される在宅移行支援において3つの意義があると考え、1)これまで注目されてこなかった急性期の在宅移行支援に注目し、急性期からの在宅移行支援の内容を明らかにした、2)これまで報告されている回復期の在宅移行支援における困難さの内容を明らかにし、より質の高い実践の手がかりを得た、3)急性期・亜急性期にある脳卒中患者の家族の抱く不確かさの内容・程度とその変化を明らかにし、発症後早期に家族が抱く不確かさに対する具体的な支援方法を示唆した。

研究成果の概要(英文)： By literature review and discussion with the clinical nurse, we identified effective transitional care during hospitalization for family caregivers of stroke patients. From our surveys about family caregivers of stroke patients in acute and sub-acute stages, it was suggested that explaining the patient's medical condition and caring intimate contact with them will contribute to reduce their uncertainty, and it is important to deliberately incorporate it into nursing interventions.

In addition, from our survey of nursing support in the acute and convalescent stages towards transition to home for family caregivers of stroke patients, in order to effectively implement transitional care, we argue that it is essential that nurses have the ability to predict the future outcome of patients and families and to consider their daily lives.

研究分野：看護学

キーワード：在宅移行支援 脳卒中患者 家族介護者 看護師 継続看護

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19、CK - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

脳卒中は、医療の進歩に伴う死亡率低下の一方で、要介護状態の原因疾患第1位である¹⁾。要介護状態にある患者の退院後の生活は、家族の支援に委ねられることが多く、早期から行われる多職種連携による退院調整・退院支援が行われている。この中で、家族は、発症後間もなく自宅介護をするか否かの判断を迫られ、最初は患者を不憫に思うばかりに自宅に連れ帰ることを希望するが、患者の状態を理解するにつれてこの状態では家には連れ帰れないと判断し、転院して施設内リハビリテーションを継続させようと考え²⁾、リハビリテーション状況から「これなら私にも自宅で介護できる」と思えるようになった時に患者を自宅に連れ帰っていた³⁾。また、在宅移行前の脳卒中患者の家族は、患者の身体的な介護をすること、外部からの必要なサービスを利用することはよく準備できているが、緊急時の対応と介護時のストレス対応、楽しく介護する方法についてはよく準備されておらず、在宅介護開始後の介護負担感の高まりが懸念された⁴⁾。海外では、脳卒中患者の家族介護者に対する介入研究が行われ、その効果が報告されている；退院後の電話や家庭訪問での問題解決セッションは問題解決技法を獲得させ、介護に関する不安・鬱・緊張を低下させる⁵⁾⁶⁾、支持的教育プログラムは介護緊張を低下させQOLを強化する⁷⁾、入院中の家族ニーズに沿った教育をして退院後に個別訪問を行うこと介護の準備性を高め退院ニーズを満足させる⁸⁾。つまり、在宅移行を効果的に支援するためには、看護師が入院時から退院後まで継続的にかかわる必要があると言える。

現在、早期在宅移行を目指して脳卒中地域連携クリニカルパスが導入され、患者の診療に関する情報の共有化によって自宅退院率の向上という成果を上げている⁹⁾。しかし、このパスは、診療内容や治療経過などの情報で構成される診療計画を医師が共有することが主たる目的で、家族の在宅介護に向けた心身の準備状態を支えるものではない。看護の視点で、在宅移行支援を行うための入院時から在宅まで継続する介入方法を検討する必要がある。

<文献>

1. 厚生労働統計協会 (2013). 厚生指増刊・国民衛生の動向.
2. 林みよ子・黒田裕子 (2010). 早期にリハビリテーション施設へ転院を選択した初発脳卒中患者の家族の在宅介護に対する認識. 日本クリティカルケア看護学会誌, 5(2), P.51-59.
3. 林みよ子・黒田裕子 (2009). 在宅介護を希望する初発軽症脳卒中患者の妻の在宅介護実現プロセス. 日本救急看護学会雑誌, 11(1), P.12-22.
4. 林みよ子 (2010). 在宅移行前における脳卒中患者の家族介護者の介護準備状態に向けた看護支援に関する研究 - 家族介護者の介護準備状態の仮説モデルの作成と検証 -. 北里大学大学院博士論文.
5. King RB, Hartke RJ, & Denby F. (2007). Problem-solving early intervention: a pilot study of stroke caregivers. Rehabilitation Nursing, 32(2), 68-76.
6. Perrin PB, Johnston A, Vogel B, et al. (2010) A culturally sensitive Transition Assistance Program for stroke caregivers: examining caregiver mental health and stroke rehabilitation. Journal of Rehabilitation Research Development, 47(7), 605-17.
7. Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. (2010). Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. Health Social Care Community, 18(1), 10-20.
8. Shyu Y.L, Maa S.H., Chen S.T., et al (2008). Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. Journal of Clinical Nursing, 18(16), 2320-2328.
9. 斎藤潤・永田智子・木佐俊郎・他 (2010). 急性期病院と回復期リハビリテーション病棟間の脳卒中地域連携パスと転帰に影響する因子の検討. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 47(7), 479-484.

2. 研究の目的

申請時の本研究の目的は、脳卒中患者の家族介護者の在宅移行に向けた急性期から在宅までの看護介入プログラムを開発し、その効果を検証することであった。

3. 研究の方法

文献検討から在宅移行支援プログラムを検討する中で、それを実践する看護師の能力・経験、在宅移行に関する認識が実践に影響している可能性があること、家族の将来への不確かさは先行研究で報告されているがその内容と程度が明らかではないことが問題点に挙がり、それらを調査した後介入プログラムの再検討をした。

1) 文献検討と実践家との意見交換

脳卒中患者を収容する急性期から在宅移行期までの各部署に勤務する看護師と、最近の臨床状況や患者・家族の反応の実際等と照らしながら、脳卒中患者の回復過程における支援、在宅移行期にある患者・家族の体験や支援に関する国内外の文献を抄読し、効果的な在宅移行支援や問題点を検討した。

2) 看護師の脳卒中患者の在宅移行に向けた看護実践に関する面接調査 (研究1)

脳卒中集中ケアユニット (Stroke Care Unit: SCU) と回復期リハビリテーション病棟 (回リハ) に勤務する臨床経験3年以上の看護師それぞれを対象として、在宅移行に向けた看護実践とその時の認識を面接法でデータ収集し質的記述的に分析した。

3) 脳卒中患者家族の発症後急性期から亜急性期の病気の不確かさの質問紙調査 (研究2)

脳卒中患者家族を対象として飯塚ら¹⁰⁾が開発した「家族の病気の不確かさ尺度日本語版 (MUIS-FM-J)」(31項目(11逆転項目含む)・5件法、得点範囲31-155点)で、得点が高いほど不確かさが大きい)を用いて急性期〔集中治療室入室後2-3日目〕(T1)と亜急性期〔一

般病棟への転棟 1 週間程度) (T2) を目処にしてデータ収集し 2 時点の得点を比較分析した。

<文献>

10. 飯塚麻紀・水野道代(2014)日本語版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member From (病気に
関する不確かさ尺度-家族用)の信頼性および妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 34, 245-254.

4) 結果の統合

上記 1) 2) 3) で見出された結果を統合して効果的な在宅移行支援を検討した。

4. 研究成果

1) 文献検討と実践家との意見交換

月 1 回 / 検討会に毎回 10 名前後の臨床看護師と本研究協力者が参加し、文献検討と意見交換を重ねた結果、以下の支援が必要であると考えられた：1) 入院後早い時期から将来介護者となる家族成員をケアに巻き込んで一緒に考える、2) 入院後早い時期から在宅介護を要する場合に介護者となる家族成員の情報ニーズに積極的に応じる、3) それぞれの問題に対する介入をタイムリーに提供する、4) 介護者となる家族成員の認知的評価やコーピング・性格傾向に注目して介入のスクリーニングを行う、5) 介護者となる家族成員の意思決定を促進し支持する、6) 介護者となる家族成員自身の生活の質やメンタルヘルスを良い状態に維持する。

また、脳卒中患者は、急性期から在宅移行期まで、病棟移転や転院を繰り返すことが多く、そのたびに部署・施設ごとの異なるケアを行われ、継続性がないと推測された。そこで、患者の発症から在宅までの時期ごとの患者や家族の心身の特徴を踏まえて、時期ごとの看護介入をまとめた(表 1)。臨床看護師の協力により、より実践的で現実的な介入が抽出できた。

表 1 脳卒中患者の家族介護者に対する急性期からの在宅移行支援介入(第 1 案)

患者の経過時期	患者及び家族への看護支援	
入院時 超急性期	患者	患者に最適な医療を提供する
		患者に最適な看護ケアを提供する
	家族	患者の状態、治療計画についての医師からの説明の理解度確認と補足説明をする
		家族員と積極的なかわりを持つ
		家族や他の家族成員の状態を確認し必要なケア・情報提供をする
		安楽に待機できる場や状況を提供する
	転棟を説明し、それに伴う思いを傾聴し必要な情報提供とケアを実施する	
急性期 亜急性期	患者	最適な医療を提供する
		患者に行われるリハビリの実施と二次障害予防を行う
	家族	脳卒中とは何か、予測される回復、治療計画と治療状況についての医師からの説明の理解度の確認と補足説明をする
		患者の清潔ケアなど簡単なケアを一緒に行う
		転棟を説明し、それに伴う思いを傾聴し必要な情報提供とケアを実施する
		(退院調整の説明後の) 家族の思いや疑問を確認し専門職者と調整する
	(在宅介護を考えている場合) 介護の実現可能性をする、清潔ケアや移送を家族と一緒にを行う	
回復期	患者	患者のADL自立度を高める
		患者の状態、治療計画についての医師からの説明の理解度確認と補足説明をする
	家族	リハ状況やADL自立度を説明する(可能な場合は実際場面を見せる)
		以下を説明する(説明内容や担当者は退院調整者と調整する) 退院に向けた計画、活用できる在宅ケアサービス
		(転棟した場合その後すぐに) 受け持ち看護師紹介、ケア計画・部署内施設の説明をする
		家族の心身の安定が患者に与える影響を説明し、実施可能な方法を話し合う
	(在宅介護を希望あるいは迷いがある場合) 介護者となることに対する思いを確認し、必要に応じてサポートをする	
	(在宅介護の意思が比較的明確な場合) 介護に必要なスキル指導を始め段階的に難易度を高める	
在宅移行期	患者	患者のADL自立度を高める
		介護スキルをトレーニングし、自宅で実施できる具体的な方法を一緒に検討する
	家族	脳卒中の再発予防方法や警告サイン・介護ストレスや鬱のマネジメント方法を説明する
		介護者のメンタルヘルス維持の方法を説明し、実施可能な方法を一緒に検討する
		リハビリや外来治療の継続の必要性と方法を説明する
		在宅介護におけるレスパイトの必要性を説明し、具体的な方法を一緒に検討する
		(必要な場合ケアマネジャーと協力し) 在宅介護開始後に導入する在宅ケアサービスを計画する
		介護を実施するにあたって気がかりなことを話し合う機会を持ち、必要な場合サポートを提供する
	自宅でのリハの管理、脳卒中病者のメンタルヘルス、予測されないこと管理(問題解決スキルなど)を指導する	
在宅実施期	家族	定期的に家族と面談し、患者の心身の状態及び在宅介護の実施状況を確認・助言・指導する
		家族の情報から利用中の在宅ケアサービスを再評価し、追加・変更する(ケアマネジャーと調整)
		介護を継続できるかを査定し、必要な場合、気分転換方法の見直し、ピアグループや家族会の紹介をする

2) 研究2の成果

(1) SCU 看護師対象の調査結果

SCU 看護師は、発症急性期で患者の身体状態も家族の心理状態も安定しないために「患者の救命」と「家族の心理状態の安定」を最優先にしながら、入院時から自宅退院を患者・家族の今後の選択肢の1つにできるかを探り、家族に今後のことを話題に持ち出すタイミングをはかりながら、患者と家族にこの時点でできることを行なう、つまり自宅退院の土壌づくりをしていた。集中治療室では患者の病状を最優先することが多いが、SCU が脳卒中ケアの専門部署であることで看護師の意識が高いと言える。加えて、今回の SCU 看護師は、全員が一般病棟での在宅移行期支援の看護経験があったために、患者の回復過程や予後を予測する力と、それに伴って必要となる在宅移行支援を判断する力を持っていたことがこの実践に関与していたと推測される。

(2) 回り八看護師対象の調査結果

回り八看護師は、常に患者と家族の間に立ち、「自宅退院に対する両者の思い・患者の ADL 状況・家族状況の総合的な判断」「患者の ADL 自立支援」「家族員の患者に対する現実的認知の促進」を同時に、患者・家族それぞれに応じた個別的方法で実施し、在院可能期間内に「家族皆が共に生きる当たり前の生活の実現」できることを目指した看護を実践していた。回り八病棟の在宅移行支援では、限られた在院期間内に患者や家族の準備性をどこまで高めることができるかが重要である。本調査は、先行研究で報告されてきた、これらの根底にある「看護師の家族の回復への期待と患者の現実的な状況とのギャップや患者と家族の意向のズレ」を埋める看護師の取り組みであると言える。そして、これを実践するためには、患者と家族が共に暮らす生活は当たり前のことであるという看護師の意識が基盤となると考えられる。

3) 研究2の成果

この調査では、T1 時点で 11 名、T2 時点で 12 名から質問紙が回収され、そのうちの 7 名が両時点で回答していた。脳卒中患者の家族は、入院後すぐの時期 (T1) は平均 85.5 / 155 点、一般病棟へ移動した時期 (T2) は平均 78.0 / 155 点で、2 時点ともに中等度の強さの不確かさを抱いていた。しかし、T1 時点と T2 時点の得点の差は有意ではなかった。類似する 2 時点で調査した先行研究¹⁰⁾では、2 時点の変化に有意差があり、対象者の発症形態や身体症状の重症度が不確かさに影響していることが考えられた。

また、不確かさ得点は、家族の年齢や患者との続柄・就業の有無によって差はなかった。T1 で不確かさが高かった項目とその変化は表 2、T1 で不確かさが低かった項目とその変化は表 3 に示すとおりである (表中の * 印の付いた項目は逆転項目)。

表 2 T1時点でMUIS-FM-J平均点上位5項目とT2との得点差

項目No	T1の得点	質問項目	T2の得点	T1-T2
29	4.43	必要時にはそこにいる看護師に私は頼ることができる (逆転)	3.57	-0.86
31	4.43	医師や看護師は日常的な言葉を使ってくれるので言っていることは理解できる (逆転)	3.57	-0.86
17	3.89	退院したらどのように私は家族の世話をしていくのが漠然としている	2.86	-1.03
9	3.71	私が説明を受けたことは全て理解している (逆転)	3.57	-0.14
18	3.57	家族に何が起こるのかははっきりしない	2.29	-1.28
8	3.29	症状は予測なく変化を続ける	2.71	-0.58
16	3.29	病気の経過は変化を続けている。調子の良い日もあれば悪い日もある	2.71	-0.58
30	3.29	病気の重さはすでに確定している (逆転)	3.00	-0.29

表 3 T1時点でMUIS-FM-J平均点下位5項目とT2との得点差

項目No	T1の得点	質問項目	T2の得点	T1-T2
5	1.71	家族について受けた説明に対する私の印象ははっきりしないというものだ	1.86	0.15
26	1.71	医師たちは特定の診断を下していない	2.14	0.43
1	1.86	何がどう悪いのかわからない	1.86	0.00
11	2.00	病がどれくらいで終わるのか予測できる (逆転)	2.29	0.29
20	2.00	検査結果は矛盾が多い	2.29	0.29
4	2.14	痛みがどう悪化していくのかははっきりしない	1.86	-0.28
12	2.29	治療は理解するにはあまりに複雑である	2.14	-0.15

つまり、急性期から亜急性期の家族は、医療者の存在・関わりについての不確かさは入院時に低いがその後は上昇傾向にある、患者の病状の変化やそれによる家族の変化についての不確かさは入院時に高いがその後は低下傾向にあるといえる。これらのことから、急性期から亜急性期にかけての脳卒中患者家族の不確かさに対する効果的なケアとして以下のケアが示唆された; 1) 入院して間もない時期の医療者からの病状説明や親身な姿勢は家族の不確かさを軽減する、2) 患者の病状変化は家族の不確かさを高めるため継続的に説明機会を持つ、3) 患者の病状変化は家族自身に降りかかる出来事への不確かさにつながるため入院時から病状説明後の家族の反応を捉える、4) 病状が安定し一般病棟に移転した後の家族に対して医療者が意図的に家族の近くに居てニーズを捉え家族の求める情報を提供する。

これまで突然発症し機能障害を有する患者の家族は不確かさを抱くことは報告されているが、その

不確かさの内容と程度にはほとんど言及されておらず、この結果は新しい知見である。しかし、急性期・亜急性期にある患者の家族の調査協力は得にくく、対象者数が少ないことが限界である。今後も継続して調査する必要がある。

4) 文献検討・研究結果の統合

先行文献の検討と臨床看護師との意見交換から継続的な看護援助を見出した。

研究1の結果からは、脳卒中患者・家族を支援する看護師は、患者の回復過程や患者・家族の自宅での生活がどうなるのかを予測し、今後を見据えて今すべき看護援助を判断することが求められており、“どのような”援助を提供するかどうかだけでなく、“どのように”援助を提供するかが重要であると考えられる。これらのことから、表1にまとめた発症後まもない時期からの脳卒中患者・家族への在宅移行支援を効果的に行うためには、各時期に焦点化して行う援助が示唆された。

(1) 急性期・亜急性期：患者や家族に関わる看護師には、患者・家族の心情を察して寄り添う能力、先を予測する能力、今すべき看護を判断する能力を備えていることが求められる。しかし、特に卒業後すぐに集中治療室に配属された看護師は、患者の回復過程やそこで生じる家族のニーズ・心身の変化を経験的に理解することは難しい。脳卒中患者の回復過程や地域での生活・社会資源などの在宅介護に知識を得るための学習会、退室後の患者の回復期看護を体験する他部署での短期研修などを行なって、能力を育成することが重要である。

(2) 回復期・在宅移行期：患者の主な入院目的はリハビリテーションである。看護師は、リハビリテーション状況や身体機能の回復状況を確認しながら、患者と家族の生活の取り戻しを実現する上での問題を見出し、その解決策を他の専門職と協働して検討できるよう、理学療法士らとは異なる看護の視点、つまり患者や家族を生活者と捉える視点を明確に持って支援する必要がある。

また、研究2の結果からは、患者の病状変化や家族に起こる出来事も予測しにくい急性期・亜急性期においては、家族に対して、患者の病状説明や丁寧に親身になって接することを継続することだけでも不確かさを軽減することにつながると推測され、看護師が患者や家族に関心を寄せる姿勢そのものが支援になりえると考えられ、表1の急性期・亜急性期の援助に組み込む必要がある。

本研究では、介入プログラム作成過程において、実践における複数の課題が見出されたために、まずそれらを調査し解決策を見出した。今後はこれらを用いた介入プログラムを完成させて効果を検証する必要がある。

5. 主な発表論文等

[雑誌論文](計2件)

1. 足立貴代美・臼井千春・重倉さおり・林みよ子・横山しのぶ. 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の在宅移行に向けた家族看護実践. 日本看護学会論文集:慢性期看護, 49, 83-86.

2. 臼井千春・重倉さおり・足立貴代美・林みよ子・横山しのぶ. Stroke Care Unit における脳卒中患者の在宅移行に向けた家族看護実践. 日本看護学会論文集:急性期看護, 49, 131-134.

[学会発表](計4件)

1. 林みよ子. 脳血管疾患患者家族の病気の不確かさの急性期から亜急性期の変化. 第15回日本クリティカルケア看護学会学術集会. 2019年6月15日-6月16日(大分県・別府国際コンベンションセンター).

2. 足立貴代美・臼井千春・重倉さおり・林みよ子・横山しのぶ. 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の在宅移行に向けた家族看護実践. 第49回日本看護学会:慢性期看護. 2018年9月27日-9月28日(静岡県・静岡県コンベンションアーツセンター)

3. 臼井千春・重倉さおり・足立貴代美・林みよ子・横山しのぶ. Stroke Care Unit における脳卒中患者の在宅移行に向けた家族看護実践. 日本看護学会:急性期看護. 2018年9月7日-9月8日(大分県・別府国際コンベンションセンター)

4. Miyoko HAYASHI・Rie MATSUI・Mayumi YAMAGUCHI・Tomomi MORI. Nursing practice for families of stroke patients from acute to sub-acute phase. 21th East Asian Forum of Nursing Scholars. 2018年1月11日-12日(Korea・Seoul Lotte Hotel World)

6. 研究組織

(1) 研究分担者

なし

(2) 研究協力者

松井 利江 (Rie MATSUI)

山口 真有美 (Mayumi YAMAGUCHI)

森 友美 (Tomomi MORI)

横山 しのぶ (Shinobu YOKOYAMA)
重倉 さおり (Saori SHIGEKURA)
足立 貴代美 (Kiyomi ADACHI)
臼井 千春 (Chiharu USUI)

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。