

病棟看護師による心不全患者への退院後在宅訪問の試み

高松赤十字病院 看護部

岡田 博子, 秋山ゆう子, 谷井 絵美

要 旨

退院後在宅訪問を通して病棟看護師が感じたことや知り得たことや心不全指導の課題と退院後在宅訪問の意義を明らかにすることを目的として、退院後在宅訪問を行った病棟看護師5名を対象に半構造的面接を行った。退院後在宅訪問での気づきでは2つのコアカテゴリー、6つのカテゴリー、32のサブカテゴリーを抽出した。心不全指導のあり方への気づきでは5つのカテゴリーと11のサブカテゴリーを抽出した。退院後在宅訪問の意義では5つのカテゴリーと22のサブカテゴリーを抽出した。病棟看護師による退院後在宅訪問は、患者や退院後の生活への理解が深まることが明らかとなった。心不全指導の課題として患者個々のヘルスリテラシーや生活に沿った指導の検討の必要性が明らかとなった。また退院後在宅訪問は患者と病棟看護師の関係の構築、及び患者の退院後フォローアップの機会になり得ると考える。

キーワード

退院後在宅訪問, 心不全, 病棟看護師

はじめに

A病棟は平成28年度より心不全患者の療養支援を目的とし、在宅で順応性自動制御換気(Adaptive Servo Ventilation: ASV)を使用している患者を対象に退院後在宅訪問を開始した。退院後在宅訪問ではASVの使用状況や退院後のセルフケア、セルフモニタリング状況を患者や患者家族から確認を行い、必要時心不全指導を実施している。先行研究では、「病棟看護師による退院後在宅訪問に関する報告は少なく、病棟看護師による退院後在宅訪問によって退院調整に関わる意識の向上が見られた¹⁾」という報告はなされていない。そこで、心不全患者に対する退院後在宅訪問を通して見えたことや知り得たこと、感じたことを分析し入院中の心不全指導の課題や病棟看護師による退院後在宅訪問を実施する意義を明らかにしたいと考えた。

対象・方法

1. 期間：平成29年8月～平成30年10月
2. 対象：ASV使用患者の退院後在宅訪問を行ったA病棟看護師5名
3. 方法：半構造的面接法
4. データ分析方法：質的記述的研究とし、面接内容から逐語録を作成し、意味のわかる範囲で文章を切り取り、文章を解釈しコード化を行い、類似した意味のものカテゴリー化を行う。
5. 倫理的配慮：看護部看護研究倫理審査委員会の承諾を得て規定に則り、対象者に研究目的と方法、得られた結果は本研究以外には使用しないことを説明し同意書を用いて同意を得た。

結 果

対象者5名の同意を得てインタビューを実施した。逐語録よりコードを作成し①退院後在宅訪問での気づき②心不全指導のあり方への気づき③退

院後在宅訪問の意義の3つの視点でカテゴリー化を行なった。以下コアカテゴリー【 】, カテゴリー《 》と表記する。

①退院後在宅訪問での気づき (表1)

退院後在宅訪問での気づきでは、2つのコアカテゴリーと6つのカテゴリー、32のサブカテゴリーを抽出した。【心不全患者を知る】では《心不全と共に生きる患者を知る》《生活者としての患者を知る》《患者本来の姿や秘めた力を知る》、【心不全患者の家族を知る】では《家族にとって患者の病気は大きな関心事である》《家族は患者

の疾病管理や心を支える》《家族は患者の生活を守り再編を試みる》が抽出された。

②心不全指導のあり方への気づき (表2)

心不全指導のあり方への気づきでは5つのカテゴリー、11のサブカテゴリーを抽出した。カテゴリーは《家族参画の心不全指導の必要性》《患者の理解度に合わせた心不全指導の必要性》《患者の生活に合わせた心不全指導の必要性》《患者の力と家族のサポートに沿った心不全指導の必要性》《退院後のフォローアップの必要性》が抽出された。

表1 退院後在宅訪問での気づき

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
心不全患者を知る	心不全と共に生きる患者を知る	家族に協力してもらい減塩に取り組んでいた 心臓に負担がかからないよう長風呂を控えたり疲労を感じると休息を取るようしていた ASVの使用時間を工夫しながら毎日装着できていた 毎日心不全手帳を書いて症状をモニタリングしていた 退院後も心不全症状と付き合い続けている 患者はセルフケアをしながら心不全を管理している 心不全と付き合い続けていく大変さを知った 心不全は治りきらない付き合い続けていかなければならない病気であると改めて感じた
	生活者としての患者を知る	地域の中での患者の役割を知った 患者一人一人の生活があることに気づいた 退院後は病気が主体ではなく生活が主体であると感じた 心不全の患者ではなく心不全を持っている生活者だと感じた
	患者本来の姿や秘めた力を知る	せん妄から脱した患者はセルフケア行動がきちんと取れる人だと知った 入院中はASVに拒否的だったが退院後は毎日装着・管理ができていた 入院中は心不全手帳の記載は看護師任せだったが退院後は自分で記載できていた 入院中は活動的でなかったが外出をしたり思っていた以上にアクティブだった 認知症がありASVの導入は難しいと思っていたが家族の協力で毎日装着できていた 入院中の姿が患者本来の姿だと思っていたがそれが全てではなかった 患者や家族の持っている力に改めて気づいた
心不全患者の家族を知る	家族にとって患者の病気は大きな関心事である	家族は患者以上に患者の体調を気遣っている 家族はどうすれば再入院を回避できるか心配している 患者の病気は患者だけでなく家族にとっても大事なことだと感じた
	家族は患者の疾病管理や心を支える	家族は心不全と付き合い続けていくことを理解し支援してくれる一番身近な存在 家族が理解・協力・応援してくれることで患者は頑張り続けられる 家族の支援が心不全の管理において鍵になり得る 家族が患者の病気に関心を持ち支えてくれることに患者は心強さを感じている 家族は心不全と付き合い続け孤独を感じる患者を身近で支え患者の心の拠り所になっている 家族の精神的支援があるため患者は日々のセルフケアを続けられる
	家族は患者の生活を守り再編を試みる	家族が心不全を理解し協力してくれるため自宅での生活が守られている 妻がいるから患者の生活が成り立っている 家族は患者と一緒に生活の再編を考えてくれる 家族の理解があるから生活の再編ができていく

③退院後在宅訪問の意義（表3）

退院後在宅訪問の意義では、5つのカテゴリと22のサブカテゴリを抽出した。カテゴリは《患者の理解が深まる》《心不全指導の評価・フォローアップができる》《患者理解が深まり今後の看護に活かせる》《受け持ち看護師としての自覚や患者への関心が高まる》《患者との関係がより親密になる》が抽出された。

考 察

1. 退院後在宅訪問を通して心不全患者の理解を深める

STRAUSSは「家庭訪問を行わない医療従事者は、特定の角度からしか病者を見ていないことを認識しなければならない²⁾」と述べている。退院後在宅訪問では、病棟での関わりでは十分に知り得ない心不全患者の生活者としての一面に直面し

表2 心不全指導のあり方への気づき

カテゴリ	サブカテゴリ
家族参画の心不全指導の必要性	難聴や理解力が悪い場合はキーパーソンとなる家族への心不全指導が必要 認知症がある患者はキーパーソンとなる家族への心不全指導が必要 高齢者の患者の場合キーパーソンとなる家族への心不全指導が必要 自立した患者の場合でも家族に対して患者や疾患を理解してもらうため心不全指導が必要
患者の理解度に合わせた心不全指導の必要性	患者がどこまで理解できているかの確認が必要 指導内容の何が理解できていないかを明らかにして理解できるように指導することが必要
患者の生活に合わせた心不全指導の必要性	患者の食習慣を心不全指導の時に聞き取りができていれば良かった 家の中の環境や患者の生活動線等の住環境について聞き取りをした方がいい
患者の力と家族のサポートに沿った心不全指導の必要性	どうということが患者自身ができ、どこを家族が補ってくれているのかを具体的に聞いておけば退院後の生活に役立つ指導ができたかもしれない
退院後のフォローアップの必要性	指導されたことがうまく実践できているか不安があると続けていくやる気に繋がらない 医療者が褒めて肯定することで患者はセルフケアを継続し続けられるのではないか

表3 退院後在宅訪問の意義

カテゴリ	サブカテゴリ
患者の理解が深まる	患者本来の姿が見える 生活者としての患者を知ることができる 患者の実際の生活を知ることができる 家族のサポートの実際がわかる 家の中の詳しい様子を知ることができる
心不全指導の評価・フォローアップができる	患者が行なっているセルフケアを評価することで患者の安心感に繋がる 患者ができていないセルフケアを確認し再指導できる 心不全指導が生かされているかどうかを確認できる 指導した内容や日々の関わりが間違っていなかったと感じた
患者理解が深まり今後の看護に活かせる	患者理解が深まり個別的な看護ケアに繋げることができる 今までの看護ケアに一工夫加えることができる 入院中から患者は生活者だという視点を持って関わられる 退院後の患者の生活のイメージが深まりそれを踏まえて心不全指導ができる
受け持ち看護師としての自覚や患者への関心が高まる	受け持ち看護師としての自覚が高まった 患者の生活者としての一面への関心が高まった より個別的な指導を心がけるようになった 入院中に家族とコンタクトを取るようになった 患者の退院後の様子が気になるようになった
患者との関係がより親密になる	患者との距離が縮まり関係性が深まったと感じる 患者は困ったことがあると訪問した看護師を尋ねようと思っていた 訪問した看護師を個人として認識してくれるようになった 患者が積極的に生活のことなどを教えてくれるようになった

ている。心不全患者が退院後に生活者として心不全と共に生きていることや、入院中には把握できていなかった患者本来の姿や秘めた力に気づきを得ている。また、心不全患者を支える家族は、心不全が患者家族にとっても大きな関心事であり、家族は患者の疾病管理や心を支え、心不全の疾病管理のために患者の生活を守り再編を試みていることに気づいている。病棟看護師が退院後在宅訪問を行うことで、入院中に見る心不全患者の姿だけでなく、在宅で療養する心不全患者を多角的に理解することができたと考える。

2. 入院中にいかに心不全患者の本来の姿や秘めた力を引き出すか

入院中から患者本来の姿や秘めた力を知り得ることができれば、より個別的な看護介入が可能となると考えられる。そのためには患者の思いや心不全と共に生きてきた中での様々な体験や、患者のこれまでの人生や価値概念の理解が必要だと考える。STRAUSSは「慢性疾患患者へのケアを改善するためにまずなさねばならないことは、患者の実際の生活史を把握する有効な方法を発達させることである」³⁾と述べており、そのためには、医療者が意図的に生活史を知るためにインタビューを行うことが重要であり、特に仕事をしながらのインタビューであるアクション・インタビューを推奨している⁴⁾。ケアをしながら患者を知ろうと会話を重ねていくことで患者の生活史への理解を深めていくと考えられる。さらには、意図的に介入しなければ気付くことができない患者本来の姿や秘めた力に気付くことができるのではないかと考える。高齢化に伴い、入院によるせん妄の発症や認知機能障害が見られる患者も少なくない。そのような場合は、患者だけでなく家族へのインタビューによって患者理解がより深められるのではないかと考える。

3. 心不全指導の課題

現在A病棟では、心不全患者に対して日本心不全学会監修の心不全手帳を患者に配布し、病棟独自の患者指導の手びきに沿って二日間で指導を行なっている。現状では入院期間の短期化に伴い、指導時間を確保することに精一杯となっている。しかし複雑な病棟業務の中で心不全指導を行なっている病棟看護師が、退院後在宅訪問を通じて患者の退院後の生活を深く知ることで、心不全

指導を更に充実化させる必要性を感じている。入院中の心不全指導をさらにより良いものとするには、指導への患者家族の参画並びに、画一的な指導ではなく患者のヘルスリテラシーや理解力を鑑みた指導方法の検討、個々の生活や介護力に合わせた指導内容の検討の必要性が示唆された。また退院後のフォローアップの必要性も挙げられている。ガイドライン⁵⁾においても、心不全の疾病管理では退院後の継続的なフォローアップが推奨されている。退院後の生活の中での不安や困り事への対応や、患者の自己効力感を高めセルフケアが継続できるような関わりが求められていると考える。

4. 病棟看護師による退院後在宅訪問の意義

病棟看護師が退院後在宅訪問を行うことで、病棟看護師の心不全患者の退院後の生活のイメージや患者の理解が深まっている。それに伴い受け持ち看護師としての自覚の高まりが得られていると考えられ、看護の専門性や質の向上に繋がっているのではないかと考える。

また退院後在宅訪問を通して、入院中の介入だけでなく退院後の生活を実際に見ることで、入院中の心不全指導の評価を行うことができ、現在の心不全指導の課題に気付くことができている。

また心不全は増悪と寛解を繰り返し、再入院率の高い慢性疾患であり、自ずと患者との付き合いは長いものとなる。ゆえに患者や家族が困った時には病棟看護師が頼られる存在となり得よう、患者との関係構築は心不全患者を支える上で重要な基軸であると考えられる。退院後在宅訪問では患者との関係がより親密に感じたという結果が出ており、病棟看護師と患者との関係構築の機会になっていることが考えられる。

おわりに

退院後在宅訪問を通じて、心不全患者や退院後の生活への理解を深め、心不全指導のあり方や課題を明らかにすることができた。今後は、患者のヘルスリテラシーや理解力、個々の生活に沿ったより個別的な指導方法や内容を検討していくことが課題である。また退院後在宅訪問は、病棟看護師と患者との関係性の構築の機会となり、さらには退院後フォローアップの機会になり得ると考える。

●文献

- 1) 各務祐佳：病棟看護師の退院後訪問看護研修～退院調整に関わる意識に焦点をあてて～，2006.
- 2) ANSELM L.STRAUSS：慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点：p248，医学書院，1987.
- 3) ANSELM L.STRAUSS：慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点：p250，医学書院，1987.
- 4) ANSELM L.STRAUSS：慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点：p251，医学書院，1987.
- 5) 日本循環器学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）