



Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

卒業研究抄録集(看護学科) (2018.12) 平成30年度:3-4.

再入院した心不全患者の家族を含めた退院指導に関する文献検討-自宅での食事管理について-

岡林 瑛里, 関 春菜

再入院した心不全患者の家族を含めた退院指導に関する

文献検討—自宅での食事管理について—

岡林瑛里 関春菜

(指導：荒 ひとみ)

緒言

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2018)によると、心不全は、増悪と寛解を繰り返し、徐々に心臓の機能が低下していくが、食事、運動などの生活習慣の管理に加えて、心不全の危険因子に対する適切な治療、無症候群性心不全例に対する投薬など多方面からの介入により、発症・進行(増悪)・再発を予防できるとある。再入院する患者の中でも、水分・塩分管理ができていなかった患者が半数以上を超える状況であった(中島・神田, 2016)ことが報告されている。中島, 神田(2016)によると、再入院患者は、疾病の自己管理が難しい独居患者が多いと予想されたが、実際は同居者がいる患者が7割であり、家族への支援の重要性が示唆されたと報告している。しかし、現段階では家族への食事指導の具体的な看護援助についての文献が少ない。そこで私たちは、心不全患者の再入院の要因を文献にて抽出し、食事管理と家族との関係を明らかにして、家族を含めた食事管理に対する退院指導を検討することを目的とする。

方法

研究対象：医中誌 web を使用し、2000 年以降の原著論文、看護研究、抄録ありで検索キーワードを「食事」「退院指導」「家族」とし、検索したところ 50 件ヒットした(2018-5-1 現在)。その中で、本研究目的と合致するもの 25 件を研究対象とした。

分析方法：各文献で述べられている心不全患者の再入院に至る要因に関するデータをコード化し、類似性に沿ってサブカテゴリ化、カテゴリ化する。その結果から食事管理に影響を及ぼす要因を分析する。コードの抽出は著者の意図する意味内容を変えないように質的に確認しながら分析を行う。

倫理的配慮：先行研究として引用・参照した文献を明示する。

結果

25 件の文献中、9 件の各文献から心不全患者の再入院に至る要因として 87 のコードを抽出した。これらを、患者要因、医療者側の要因、心理社会的要因、医学的要因、環境要因の 5 つに分類し、抽出したコードをカテゴリ化した(表 1:一部抜粋)。サブカテゴリは〔 〕、カテゴリは【 】で表記する。その結果、1. 患者要因から、【内服・塩分・水分管理、身体的変化に関す

る意識がない】【症状の悪化を防ぐためのセルフマネジメントができていない】【内服薬・塩分・水分管理に関する知識の不足】【安静が守れない生活環境】【加齢に伴う身体・認知機能の低下】。2. 医療者側の要因から【具体的な退院指導が行われていない】。3. 心理社会的要因からは【患者主体の食事ではない】【家族のサポート不足】【経済的負担がある】【自己管理における自己評価が高くセルフケア能力を過信している】。4. 医学的要因から【心不全の程度が重症で合併症がある】。5. 環境要因から【寒冷刺激】が抽出された。

考察

心不全の再入院に至る要因は、患者要因のサブカテゴリから「塩分制限に対する意識がない」、【水分制限に対する意識がない】、【正しい塩分制限ができていない】、【知識はあるが、具体的な対策ができていない】、【飲水量を測っていない】、【塩分制限に関する知識の不足】、医療者側のサブカテゴリから【具体的な指導が不足している】、【具体的な指導が行われていない】が抽出され、心理社会的要因のカテゴリでは、家族が作る食事は【患者主体の食事ではない】ことが抽出された。これらの事から、医療者は退院後に必要な食事管理に関する具体的な指導ができていないことが示唆された。

野澤(2016)は健康信念モデルを用いて、慢性疾患患者に必要な薬物療法、食事療法、運動療法といった療養法を患者が実行するためには、患者の病気への「罹患性」の知覚、病気や病気による合併症についての「重大性」の知覚、療養法の実行に対する「有益性」と「障害」の知覚について患者の考え方・感じ方を把握することが必要であると述べている。このことから、心不全患者や家族が食事管理を行っていくためには、まず、患者に心不全状態や心不全の悪化による影響を伝え、同時にセルフケア行動に取り組むことが心不全管理において有効であることを説明する。つまり、患者がこのままだと病気の悪化もしくは合併症を併発する可能性が高いという「罹患性」や、その結果が今よりも生活に支障が出ると感じる「重大性」の知覚があるのか、また、セルフケア行動に取り組むことで、どのようないい結果が生まれるのかなどの「有益性」の知覚を把握することが大切である。入院初期から退院を見据えて患者や家族から情報収集を行い、患者の抱えている感情

表1：心不全患者が再入院に至る要因（塩分・水分管理、退院指導、家族に関して）

要因	コード名	サブカテゴリ	カテゴリ
患者要因	大食です、自覚はしちゅうけどついてが出て食べてしまう	塩分制限に対する意識がない	内服・塩分・水分管理、身体的変化に関する意識がない
	ラーメン作ったりそんなのは自分でやるんです		
	トマトがあれば醤油とか塩をかけて食べる		
	特に食べたかったら、近くの店に自分で買いに行く		
	本人はそれほど食べていないと言っていますが、常に何か、お菓子や果物を食べている状態でした	水分制限に対する意識がない	
	無理をせんように仕事をし、飲みたいときに飲む		
	汗をいっぱいかいた昼間は水をがぶがぶ飲んだ		
	欲しいときには欲しいんで、自由に飲んでた		
	欲求やストレスで水を飲んでしまう		
	欲求のままに飲水している		
	汗をかいたら水が欲しくなって飲んでた		
	お茶が好きで、ちょこちょこ飲む		
	薄めの時もある、濃いめの時もあるし		
	塩加減は目分量		
	大体もう味付けが薄いのに慣れたら測らなくても十分に目分量でやってます	知識はあるが、具体的な対策ができていない	
水分制限の必要性は理解できていても具体的な対策ができていない			
計って飲むというのはなかなか難しいこと	飲水量を計っていない		
飲水量を計っていない			
間違った知識のために水分制限が守れていない	水分制限に関する知識の不足	内服薬・塩分・水分管理に関する知識の不足	
水はあまり飲まないんだよ。でも果物は好きだからよく食べるね。朝にちょっと食べて、残ったのを昼と夜に分けて食べているんだよ			
水はあんまり飲んだらいかんが補給はせなあかん			
間違った知識により塩分制限ができていない			
塩分も一緒に摂らんといかん	塩分制限に関する知識の不足		
医療者側の要因	めっそ無理しなよ。という事は聞いてもらいます	具体的な指導が不足している	具体的な退院指導が行われていない
	指導不足や不適切な指導方法が原因で、退院後食事・塩分制限が守れていない		
	栄養指導を受けた経験を持つ患者が少なかった		
	糖尿病の指導ですかね、それを一緒に受けたことがある		
	お酒は飲まれんと言っただけは言われた	具体的な退院指導が行われていない	
	飲水量の制限を説明されていない		
具体的なことは何も聞いていません	患者は塩分制限を理解している		
退院後の生活において何が必要なかを具体的に指導していない		家族が目分量で調理している	
大体娘主体で炊事こしらえる、山ほどつくっちゃう	社会的サポートの不足		家族のサポート不足
(病院は)塩分がやっぱり薄いですね。病院がええと思います			
(塩分制限は?)家内でも作ったものを辛いが甘いが言うても、家内の方がこれで丁度くらいとか、そんな分量量ったりしやせん	家族などのサポート体制が不十分		
薄味がいいが家内が作るの辛かったり、甘かったり			
足が悪いなどの身体的理由で受診に介助が必要であり、受診に苦痛を感じているなどの身体的影響	家族の関心が低い		
加齢に伴う様々な身体機能の低下や認知機能、管理能力の低下がみられる中、家族形態の変化によりサポート体制が不十分となり自己管理が難しい状態にある		家族がいても管理が困難	
奥さんは関心ない			
家族やヘルパーが不在で薬を飲み忘れる			
介護者が忙しく薬を飲ませるのを忘れてしまう			

を理解する姿勢が必要であると考え。そのうえで、患者や家族がどの程度行動変容を行える状態にあるのかをアセスメントし、関わる必要があり、野澤（2016）は「患者の重大性の知覚と有益性の知覚を高めることや、患者が感じている障害の知覚を低めるような関わりが必要となる」と述べている。さらに、西村、黒崎、坂哉（2005）は「疾患は本人のものであっても食事や行動は家族の理解なしではやっていけない」と述べている。以上のことから、患者を取り巻く生活環境についても情報収集を行い、周囲との関係が良好となるように調整する必要があると考える。また、栄養指導などには、退院後に食事を作る人が同席できるように調整を行うなど、適切な知識が提供できる場を整えるような関わりも必要であると考え。

参考・引用文献

- 原清江、三井彩子、内田緑（2014）：入退院を繰り返す高齢独居心不全患者の退院支援の有効性。信州大学医学部付属病院看護研究集録。42。19-23。
川合宏哉（2015）：疑問解決！らくらく理解！心臓病の生活・退院指導—説明シートで患者さんのハートをつかむ・まもる、メディカ出版
加藤尚子（2012）：心不全ケア教本、271-298、メディカル・サイエンス・インターナショナル。
加藤尚子、佐野美穂、脇田早苗他（2011）：心不全疾病管理プログラムの開発

- と展望—心不全疾病管理プログラムの意義と開発までの経緯。看護技術。57(7)。48。
小林幸子（2005）：脳血管障害患者への退院指導 退院後の患者の生活に焦点をあてて。神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護養育研究集録。30。290-297。
光岡明子、平田弘美（2015）：高齢者の慢性心不全患者の自己管理に関連した文献検討。人間看護学研究。13。81-91。
松岡真由、小野あゆみ、津村早保他（2009）：再入院した心不全患者の家庭におけるセルフケア不足の実態。臨床看護研究集録。90-93。
野澤明子（2016）：看護学テキスト NiCE 成人看護学 慢性期看護 病氣とともに生活する人を支える、第2版、62-63、南山堂。
中村久美子、藤重スミエ、松田由香理他（2010）：訪問看護師への調査からみた退院支援の課題。地域看護。41。183-185。
中島雅世、神田ふみえ（2016）：心不全患者が再入院に至った要因の実態調査。山口県看護研究学会学術集会プログラム集録。15回。11-13。
西村千春、黒崎信子、坂哉繁子（2005）：自己管理が良好な生活習慣病患者の日常生活行動とその分析。成人看護Ⅱ。36。225-227。
長岡紗紀子、内田陽子（2011）：高齢者心不全患者の退院時及び退院2か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア：安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討。群馬保健学紀要。32回。61-69。
尾島直子、島崎博子、田中敬子（2005）：入退院を繰り返す心不全患者へのニードに合った個別的な退院指導—ヘンダーソンのニード論を活用して—。第24回東京CCU研究会。29。818-822。
竹松百合子、小島重子、齋藤文子（2012）：退院後2年間在宅治療した慢性心不全患者のQOLとセルフケアの評価。HEART's Original 44。1258-1264。
山根弘典、清水志保、寺崎昌美他（2009）：再入院する心不全患者の実態調査。京市病紀。29。35-37。