

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

Effectiveness of home support for elderly solitary life patient with heart failure
requiring repeat hospitalization

西 8 階病棟

原清江 三井彩子 内田緑

〈要旨〉慢性心不全は、生活習慣により病状や予後が変化するため、自己管理能力が必要とされる。A病棟でも心不全手帳を用いて退院支援を行っている。しかし、退院後短期間で心不全が悪化し再入院となる患者もいる。その中には独居の患者もおり、自己管理が不十分であることが主な原因であった。そこで、入退院を繰り返す高齢独居心不全患者の特徴や傾向を明らかにするため、高齢独居心不全患者4事例の看護記録からデータを収集、分析し、どのような退院支援が再発予防に有効であったかを明らかにした。その結果、高齢独居心不全患者への退院支援には、本人の能力に合わせた指導を繰り返し行うこと、退院当日から利用できる社会資源のスケジュール管理をし継続看護につなげること、個別性を重視した看護師のアセスメントと実践が再入院予防に有効であるといえる。

キーワード：心不全、高齢独居、退院支援

I. はじめに：

内閣府¹⁾の調べによると、65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,079万人となり、総人口に占める割合が24.1%、長野県の高齢化率は27.4%と高齢化率は上昇している。また、独居者の高齢者人口に占める割合は男性11.1%、女性20.3%となっており、高齢独居人口が増加している現状である。

厚生労働省²⁾の死因順位別死亡率の年次推移によると、心疾患は、昭和60年に脳血管疾患にかわり第2位となり、平成23年の全死者に占める割合は15.5%となっている。

A病棟では、65歳以上の心不全患者のうち、入退院を繰り返す独居患者は過去4年間で10%以上を占めており、慢性心不全は生活習慣により病状や予後が変化するため、自己管理能力が必要とされる。

嶋田ら³⁾は、『281症例（平均年齢72.9歳）の慢性心不全患者の1年間の診療録を調査した結果、再入院の原因は、塩分・水分制限の不徹底が21.7%を占め、次いで過負荷の運動、治療薬服薬の不徹底など回避可能な因子が上位をしめている』と述べ、医学的要因よりも自己管理不足による再入院が多い問題を指摘している。A病棟でも塩分・水分管理、過活動の予防、内服管理ができるよう心不全手帳を用いて退院支援

を行っているが、独居患者では自己管理やサポート体制が不十分なため、病状の早期発見が出来ないことが重症化の要因となっているのではないかと考えられた。

今回、退院支援が再発予防に有効であった事例を振り返ることで、入退院を繰り返す高齢独居心不全患者の特徴や傾向を探り、どのような退院支援が有効であったかを考える。

II. 目的

入退院を繰り返す高齢独居心不全患者への再入院予防に有効な退院支援を明らかにする。

III. 方法：

1. 研究期間

2012年1月～2013年12月

2. 対象

65歳以上かつ独居

NYHA（New York Heart Association）分類Ⅱ度以上の慢性心不全患者4名。

上記期間の間に2回の入退院を繰り返しており、2回目の退院以降1年以内に心不全による再入院がない患者。

認知症は除外し、その他合併症の有無は問わない。

3. 研究方法

データの収集は看護記録より行い、該当する4名の患者の1回目入院と2回目入院における退院支援内容を、塩分、水分管理、活動、内服管理、社会資源の項目にわけ、KJ法を用い要約した要素をサブカテゴリーに分類した。その中で、1回目入院と2回目入院の内容を比較検討し、再入院予防に有効であったと考えられる退院支援の分析、検討を行った。

4. 用語の定義

入退院を繰り返すとは、現時点より遡り1年以内に2回の入院があった場合を指す。

高齢独居心不全患者とは、65歳以上かつ1人暮らしで家族からのサポートが得られない者と定義する。

退院支援とは、病棟で使用している心不全手帳での塩分・水分管理、活動、内服管理、社会資源の活用における支援と定義する。

IV. 倫理的配慮：

情報は院内パソコンの中でパスワードにて保管し院外に持ち出さない。得られた情報は研究終了次第速やかに削除する。発表にあたっては個人が特定できる情報は使用しない。なお、本

研究は、平成25年11月信州大学医学部医倫理委員会の承認を得た。

V. 結果：

1. 再入院時の状況

再入院の原因は、内服誤薬による脱水、水分摂取過多、過活動、塩分過多、症状があっても受診行動をとらないことであった（表1）。

4事例における退院支援記録から収集した情報を塩分・水分制限、活動、内服管理、社会資源の5つのカテゴリーに分け、その中の項目をサブカテゴリーに分類した。1、2回目に共通する支援（表2）、2回目のみにみられた支援（表3）と区別し、2回目のみにみられた支援をさらにまとめた（表4）。

VI. 考察：

今回の研究では、入退院を繰り返す高齢独居心不全患者に有効な退院支援について振り返った。再入院の原因は様々であるが、高齢独居心不全患者は、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

表1 患者の背景

入院回数	①2012/9/2 ～9/11 ②9/14～ 10/4	①2012/7/25～ 8/4 ②2012/12/15～ 2013/1/23	①2012/10/24- 11/12 ②2013/7/15- 7/21	③2013/8/1～ 8/19 ④2013/1/31～ 3/18
再入院までの期間	3日	約4ヶ月	約8ヶ月	約5ヶ月
再入院の原因	①心筋梗塞 #12PCI 残 狭あり #5-6PCI し退院 ②塩分水分過 多による心 不全	①心房細動から 心不全へ ②過活動	①食事療法困難 ②食事療法困難	①誤薬疑い ②肺水腫による 心不全
EF（左室駆出率） （%）	①57.6 ②55.7	①26.2 ②53.8	③40.9 ④41.8	①なし ②41%
体重（Kg）	①57.2→56.0 ②54.8→	①53.2→51.6 ②57.8→	①63.6→58.3 ②61.5→59.1	①75→75.6 ②81.1→82.4
BNP（脳性ナトリ ウム利尿ペプチド）	②529→227.2	①444.5 ②222.4→222.1		②939

表2 1, 2回目共通のサブカテゴリー

	サブカテゴリー	内容
塩分 水分 活動	今までの振り返り	1回目退院後, 2回目入院前の生活状況の確認
	心不全手帳を用いた介入	心不全症状悪化についての観察方法, 体重, 血圧の記入について
	具体的な数値の提示	目標血圧, 目標体重, 活動量の提示
	自ら注意点を言える (理解度)	心不全悪化の注意点を自ら言えることができるか理解度の確認
内服管理	今までの内服管理の振り返り	自宅にてどのように内服を管理してきたかの確認
	患者に適した内服管理方法の介入	内服薬を一包化にし, 退院後の生活にあわせた服薬方法の提案と実施
	薬剤指導	病棟薬剤師から内服薬の用法・容量・作用・副作用・飲み合わせ等の説明
	内服自己管理に向けての介入	内服薬の形態, セッティング・内服確認はいつ, 誰がするのかの検討
社会資源	自己決定・意思尊重	退院後の生活の場や食事管理について, 本人の希望を確認。他職種と連携をとり選択肢を提案し自己決定してもらう
	他職種の介入	医師, ソーシャルワーカー, ケアマネージャーと合同カンファレンスを実施。薬剤師や栄養士による指導
	入院前の社会資源活用状況	社会資源の利用状況についての確認
	退院後の予定	退院後どのように社会資源を活用していくか, 自宅退院か施設退院かの確認

表3 2回目のみにみられるサブカテゴリー

	サブカテゴリー	内容
塩分	退院後の食事計画	本人, ケアマネと合同カンファレンスにて退院後の配食サービスの内容の検討
水分	繰り返し指導	水分制限の必要性について繰り返し説明
	体重管理にポイントを絞った指導	日々同時刻に体重測定を実施出来るよう促し, 目標体重を提示し現在の体重と比較できるか確認
	具体的目標値を反映した看護計画変更	看護師が共通した退院支援を行い, 評価できるよう計画内容の変更
活動	繰り返しの指導	活動と休息のバランスや必要性について繰り返し説明
内服管理	サービス内容の検討	退院後, 内服間違いがないよう社会資源を活用し内服管理が出来るかを検討
	訪問看護師への薬剤指導	退院後に訪問看護師に介入して頂く際, 内服一覧表を配布した
	内服動作確認	内服薬を一包化で管理し, 袋からカップ, カップから口へ運べるか一連の動作確認

社会資源	介護認定見直し	介護認定の見直しの検討
	社会資源導入までの予定	退院後すぐにどのような社会資源を利用していくかの確認
	問題点の把握	入院前の生活習慣の中で心不全症状悪化の原因になりそうな部分を把握
	家族のサポート体制の確認	どの程度家族と離れているのか、月に1回の訪問は可能か等の把握

表4 2回目のみにもみられるサブカテゴリー まとめ

繰り返しの指導	内服動作確認
	繰り返しの指導
	体重管理にポイントを絞った指導
退院日からの社会資源導入のスケジュール管理	退院後の食事計画
	サービス内容の検討
	訪問看護師への薬剤指導
	介護認定見直し
個別性を重視した看護師のアセスメントと実践	家族のサポート体制の確認
	問題点の把握
	具体的目標値を反映した看護計画変更

り自己管理が難しい状態にあると言える。

今回の研究結果より1, 2回目入院時を比較すると1, 2回目に共通するサブカテゴリーは、加齢に伴う様々な変化に合わせた退院支援というよりは、表2に示した通り、今までの振り返りや、薬剤指導、内服自己管理に向けての介入など、普遍的な支援であった。2回目入院時のみに挙がったサブカテゴリーは、退院後の食事計画、繰り返しの指導、体重管理にポイントを絞った指導など、独居や患者の個別性を重視した支援内容であり、さらに分類すると、「繰り返しの指導」、「退院日からの社会資源導入のスケジュール管理」、「個別性を重視した看護師のアセスメントと実践」であった。

自宅で実践できる内容に項目を絞り、「繰り返しの指導」を行うことは、具体的には、服薬時に内服薬をシートから薬杯カップに入れ内服する動作確認や目標体重、水分制限、休息の必要性、症状出現時の早期受診を毎日繰り返しの指導していく事であり、本人が自宅で評価しやすい体重のみにポイントを絞った指導であった。信

岡ら⁴⁾が、『必要性を理解していても、老化に伴う機能・能力の低下から管理が困難な状況がある。すなわち指先の感覚の低下や関節運動の低下、視力の低下により、内服の必要性や方法は理解していても確実な内服が行えないなどである。』と述べているとおり、これらの支援は、高齢者の特性である単純な物忘れが多い、外からの情報を間違えて認識してしまう、記憶力の低下において有効な支援であると考えられる。

「退院日から社会資源導入へのスケジュール管理と継続看護」は、独居のため退院後より家事等を行い過活動となる事態を防ぎ、自己管理のサポートを依頼し、他者の監視が入る環境であることが再入院予防に有効な支援であると考えられる。嶋田ら⁴⁾も、『独居患者は他者の監視が入りにくい為、自己管理が徹底されず再入院となるケースが多かった』と同様のことを述べている。

「個別性を重視した看護師のアセスメントと実践」では、個別的な情報収集をし、問題点を把握した上で、具体的目標値を反映した看護計画

に変更することで、看護師が統一した退院支援を提供できる。それにより、患者が混乱することなく必要とされる自己管理が把握、実施できると考えられる。

VII. 結論：

高齢独居心不全患者への退院支援には、本人の能力に合わせた指導を繰り返し行うこと、退院当日から利用できる社会資源のスケジュール管理をし継続看護につなげること、個別性を重視した看護師のアセスメントと実践が有効である。

引用文献

1) 内閣府. 平成25年版高齢社会白書(全体版).

都道府県別高齢化率の推移. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenban/s1_1_2.html

2) 厚生労働省. 平成23年人口動態統計月報年計(概数)の概況. 死亡順位. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/kekka03.html>

3) 嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子他: 再入院を繰り返す慢性心不全患者の実態調査と疾病管理. 心臓リハビリテーション. 12(1), 118-121. 2007.

4) 信岡由夏, 鷹林宏美, 徳満久美子他: 高齢の心不全患者の生活上の問題—再入院患者の調査より—, 日本看護学会文集老年看護. (37), 100-102, 2007.