
実践報告

順天堂大学保健看護学部 順天堂保健看護研究 2
P.31-38 (2013)**退院に向けた療養生活への不安****Anxiety to the Recuperation Discharge**藤田 晶子*
FUJITA Akiko**要 旨**

ADLが自立している患者の退院後の生活の不安を明らかにし、そこから退院支援の一助としていくことを目的とした。回復期病棟に入院している患者に対して、退院する患者の不安内容10項目を記載した質問紙、半構成的面接法を実施した。質問紙の結果を項目・段階ごとに集計し、面接法で得られたデータは逐語録にまとめ、カテゴリー化した。結果患者の不安が高い項目は病気と移動と社会復帰であった。また逐語録から病気項目7カテゴリー、移動項目2カテゴリー、社会復帰項目は4カテゴリーが抽出された。

病気項目のカテゴリーから、患者は障害を受容しながらも病気に対する不安が強いことがわかった。リハビリテーションを受ける患者の障害受容を捉える為に、今回コーンの障害受容モデルを使用した。コーンの障害受容における防衛的段階にあるといえた。コーンの危機モデルにもあるように、患者の防衛的段階を厳密に捉え、患者が抱える障害の永続性を自覚させる必要があると考えた。病気への不安を看護者へ露呈し、それに対して直視することができるよう支援することが必要であると分かった。

索引用語：退院支援、療養生活、不安、回復期**Key words**：ischarge support , recuperation, anxiety, convalescence**1. はじめに**

在宅医療・介護サービスの連携のニーズが高まるなか、病院における退院支援の体制づくりが急務となっている。2006年の改正医療法では「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、適切な環境の下での療養の継続に配慮しな

ければならない」と、病院管理者の責務が明記された。これは病院が退院調整を行うことを法的に義務付けられたことを示している¹⁾。

私立リハビリテーション専門病院の回復期病棟である当病棟では、脳卒中後遺症患者（CVD）が80%を占めている。当病棟でもリハビリテーションと合わせて障害を持ちながら日常生活や社会生活が送れるように、多職種との連携を取りながら退院支援を実施している。2010年の全国平均の在宅復帰率（医療機関→回復期リハビリテーション→自宅の割合）は67.5%である²⁾。しかし当病棟在宅復帰率には特別

*リハビリテーション中伊豆温泉病院

* *Rehabilitation Nakaizu hot spring hospital*

(Nov. 20, 2013 原稿受付) (Nov. 30, 2013 原稿受領)

養護老人ホーム・有料老人ホーム、グループホームへの転院も含んで、66.1%と実際に自宅へ退院する患者は全国平均を下回っている。そのため在宅復帰への退院支援が十分に行われているか振り返りを行う必要があると感じ、現状を調べた。

結果、看護計画や日々の記録の中から日常生活動作（ADL）面や障害の程度にあわせた介助方法を行っている。しかし病棟内でADLが自立している患者に関しては、自立してしまうことで問題点が見えにくくなってしまふことが分かった。そのため患者が自宅に帰ってから、どのような不安や問題点があるか把握できていないことが考えられた。また退院支援として栄養士による栄養指導と薬剤師における服薬指導しか実施されていない現状もわかった。

退院支援とは患者が抱える退院後も継続するであろうと予測できる問題について入院時からアセスメント、マネジメントして、患者が望む生活の場に移行するまでのプロセス全体を支援することであると宇都宮は述べている¹⁾。患者の問題点が不明瞭なままの支援となっていることで、患者は退院後の療養生活についての不安を感じていると考えられた。さらに退院支援を行っているにも関わらず再びリハビリ目的で入院している患者の存在が目についた。

2011年2月～2012年1月までの退院患者について振り返ると、再入院した患者は再発することで前回入院時には自立していたADLが排泄や病棟内の移動に介助が必要になり、ADLが低下している現状がみられた。当病棟に入院していた再発した22.0%の患者のうち、24.2%の患者は一年以内に再発していた。彼らが再入院した際に、自宅での療養生活について尋ねたところ、退院後は不安が高く、より良い生活習慣が維持できていないことがわかった。そこで著者はADLが自立した患者に対する退院支援が適切に行われているかを疑問に感じた。患者が退院に対して抱えている不安内容を分析し、退院支援について

考えた。

II. 目的

患者の退院に向けての療養生活の不安を明らかにする。そこから当病棟における退院支援におけるポイントを把握し、今後の退院支援の一助としていく。

III. 方法

1. 研究対象者

回復期病棟に入院しているBarthelindex80点以上の同意を得られた21名（男性13名・女性8名）を対象とした。21人の平均年齢は68.5歳。疾患の内訳については脳血管障害19名・廃用症候群1名・変形性膝関節症1名であった。

2. データ収集期間 2011年7月～2011年8月

3. データの収集方法

退院する患者の不安内容10項目を記載した質問紙で点数が高くなるほど不安が高くなるように設定したものを実施した²⁾。5段階評価とし、同意を得ることのできた患者に対しては半構成的面接を実施した。（質問紙自己記入3名半構成的面接法18名）。半構成的面接は許可を得て録音し内容は逐語録とした。

4. 分析方法

質問紙は不安の項目ごとに集計を行う。逐語録に関しては、質問紙の結果から不安の訴えが多い上位3項目を研究指導者のスーパーバイズをうけながらカテゴリー化した。

IV. 倫理的配慮

質問紙・インタビューの実施にあたり対象患者・家族に趣旨・目的を説明し承諾を得る。またカルテ内容・質問紙・インタビュー内容などのデータは研究以外に使用しないこと。個人が特定されることのないように配慮することを約束した。さらに当院倫理問題検討委員会の承諾を得て実施した。

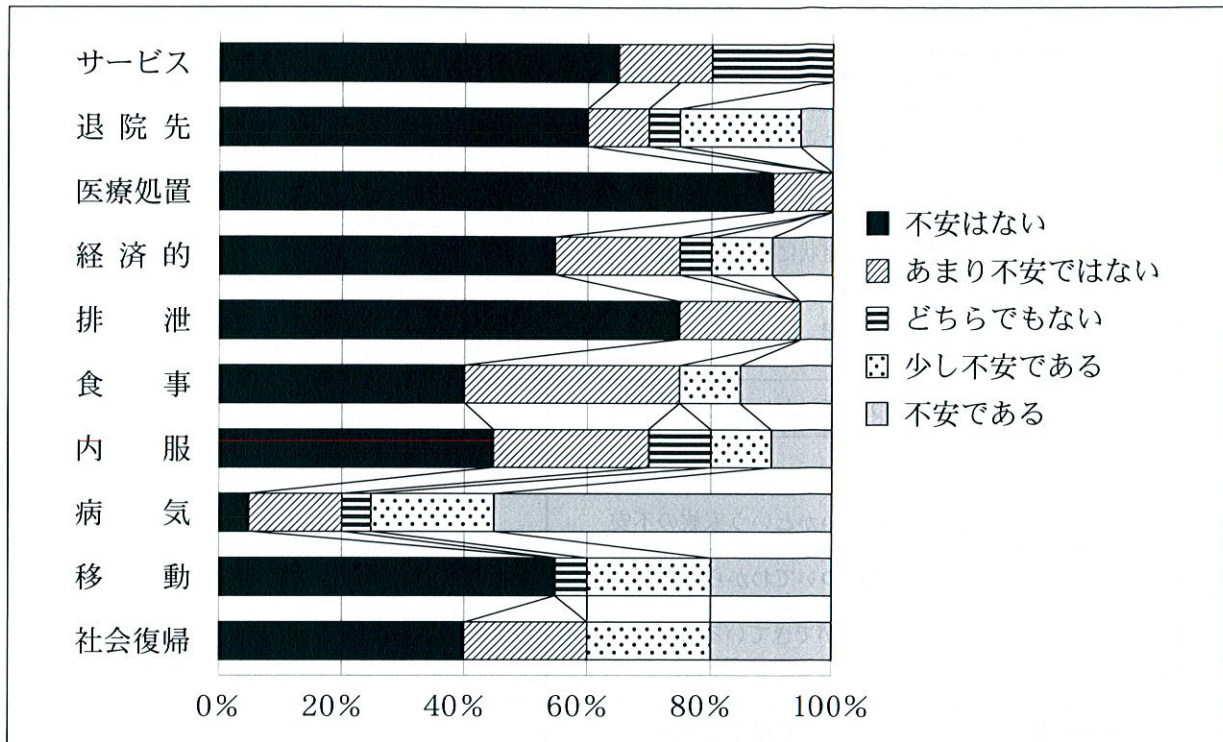


図1 退院前の不安要因

V. 結果

今回当院回復期病棟に入院されている患者21名から回答を得られた。患者が一番不安に感じている項目は、4. 少し不安である、5. 不安であると回答された項目を合計したところ、71.3%の患者が病気の項目について一番不安に感じていることが明らかとなった。次に36.0%で移動・社会復帰に関する項目についての不安が高いことが分かった。

質問紙の結果については図1 退院前の不安要因にまとめる。またインタビュー内容をカテゴリー化(病気・移動・社会復帰項目)した。病気に関するものカテゴリーについては【病気を予期できていないことによる不安】【自身の状態に関する不安】【病気のことを考えることで病気と向き合うことができていない】【再発に関する不安】【自身が病気をみてもらっているかという不安】【病気になったことで変化した生活行動に対する不安】【退院後にセルフケア行動がとることができるかという不安】というカテゴリーが抽出された。移動に関するカテ

ゴリーは【車の運転ができないことに関する不安】

【日常生活を送ることが困難である不安】という2カテゴリー。社会復帰に関するカテゴリーは【車の運転ができないことに関する不安】【日常生活を送ることが困難である不安】という4カテゴリーが抽出された。カテゴリー化の内容を表1 不安のカテゴリーにまとめる。

VI. 考察

1. アンケート結果について

当院の退院支援を振り返り、内服や食事に関する不安が多いのではと仮説を立てていたが異なった結果となった。今回対象となった患者の平均年齢は68.5歳と老年期にある患者であった。老年期の心と身体の特徴について①加齢に伴い、身体の状態の変化、機能低下を起こす時期である②さまざまな役割の移行や喪失を体験し、新しい役割や活動への再方向付けの時期である。③自分の人生を受容し、死に

表1 不安のカテゴリー

項目	サブカテゴリー	カテゴリー
病 気	予期せずに病気になってしまったことに対する不安	病気を予期できないことによる不安
	持病のコントロール不良	自身の状態に関する不安
	発病したことで出現した自身の症状に関する不安	
	病気のことを考えることでの不安	病気のことを考えることで病気と向き合うことができていない
	自身の病気が再発してしまうのではないかと不安	再発に関する不安
	再手術に対する不安	
	病気が再発してしまうのではないかと不安という家族の不安	
	自分が行っている検査や治療についてわからない不安	自身が病気をみてもらっているかという不安
	自分がきちんとみてもらうことができているのかという不安	
	立位保持困難になってしまったことに関する不安	病気になったことで変化した生活行動に対する不安
	歩行に関する不安	
	排泄コントロールに関する不安	
	退院後にきちんと疾病をコントロールしていくことができるかという不安	退院後にセルフケア行動がとることができるかという不安
正しい血圧コントロールが行えなかったことに対する不安		
高齢であり再び病気になるのではないかと不安		
社 会 復 帰	仕事ができる体力がふおれくらいあるかという不安	職場での役割をはたせるかどうかという不安
	職場で障害を持った状況で仕事がおこなうことができるか	
	自分が杖をついて田畑の組長の役割や当番を行えるか	社会的役割をはたすことができるかという不安
	社会に出たらどのようなかわからない不安	漠然とした不安
	入院生活から社会生活に戻ることに不安	病気や障害をもちながら社会生活をおくることに関する不安
障害をもち社会生活を送ること(家事・書字)に関する不安		
移 動	自身の病気や、障害により自動車運転が困難になってしまったことに対する不安	車の運転ができないことに関する不安
	病気や障害をもち車を運転することができるのかといった不安	
	病気や障害をもつことで日常生活(買い物)に支障をきたすことに関する不安	日常生活を送ることが困難である不安
	自分の都合で出かけることができないことに対する不安	

対する見方を発達させる時期であるとされている⁵⁾。

また、患者の健康と疾病パターンについてエレアノールは老人の86%はなんらかの慢性疾患を抱えているだけではなく、その大半が複数の疾患を患っている慢性疾患に加えて老人は機能の障害をもきたしているので必要なADLをはたすことができないと述べている⁶⁾。

このことから今回対象となった患者らは年齢の増加に伴う身体・機能的変化に加え何らかの慢性疾患を抱えている時期にあるといえる。さらに疾患が原因でADLを果たすことができないことで心理・社会的な側面にも影響し病気にに対する不安が最も多い結果となったと考えられる。移動や社会復帰に関する項目についても役割の移行や喪失体験をするといった老年期の心理社会的な特徴に加え、疾病や障害をもつことで役割を果たすことが困難となったり、発病前のようにできないことに対して不安を抱える患者が多いということが分かった。

患者の退院支援を行っていく上で対象である患者の発達段階を理解していくことが重要であり、今までの退院支援には不足していたといえる。以下不安の訴えが多かった上位3項目について分析していく。

2. 病気に対する不安の分析

【病気を予期できていないことによる不安】の中に「まさか自分が病気になると思っていなかった。」という内容が見られた。エレアノールは慢性疾患が個人に与える影響について症状の増悪と緩解を特徴とするので、それを病気とはっきり理解することが患者にとって難しいことがよくある。病気にかかっているだけでも自覚症状がない時期があると述べている⁶⁾。また脳血管疾患は基礎疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症・心疾患といった内科的な基礎疾患や飲酒・喫煙といった生活習慣が要因であるとされている⁷⁾。このような疾患の特徴から自分の慢性的疾患をはっきり理解することができず、コントロール不良

となりそれを自身が自覚することなく、予期せず脳血管障害を発病してしまったことで患者が不安であったと考える。【自身の状態に関する不安】では「もともとの腰痛」など今回の脳血管障害以前から抱える腰痛といった持病についての不安が聞かれた。痛みについて「人は全人的に痛む」といわれるように身体・心理・社会的に苦痛であるとされている⁸⁾。また奥宮らによると疼痛は急性痛と慢性痛に分けられ慢性痛は交感神経の興奮が弱まり、中枢神経系のセロトニンの減少により、睡眠障害や食欲不振、抑うつなどがみられるようになるといわれている⁹⁾。このことから患者の疼痛コントロールが十分に行うことができず、日常生活動作やリハビリテーションなどの活動時にも痛みによる苦痛から、痛みを抱えて生活していくことに関して不安を感じていると分かった。また「手足が思うように動きにくくなってしまった」といった脳血管疾患による神経症状や機能障害に関する不安も聞かれた。

障害についてWHOによる疾病の国際分類では機能障害形態・能力低下(障害)・社会的不利(ハンデキャップ)に分けている¹⁰⁾。今回患者が訴えた不安に関して形態機能障害の結果起こった能力低下に関する不安であるといえる。能力低下(障害)とは健康体験を背景として人間にとって普通のことと考えられる範囲内、あるいはやり方で活動する能力の制限や喪失である。これらは永続的なものもあれば一時的なものもあり、可逆的であったり、進行性であったりする。日常生活におけるまた能力を利用する・しないや、能力の喪失に・低下をどのように自覚するかは個人の生活の質や満足感にも反映されるとされている。このことから個人差はあるが患者は発病し能力障害を持ったことで、活動する能力の制限や喪失を体験し、自身の障害に対する不安を感じているのではないかと考えた。実際に【病気になったことで変化した生活行動に対する不安】のカテゴリーの中

では「杖をとって歩けるか」という不安が聞かれ患者は能力低下による不安を抱えていることが言えた。

【病気のことを考えることで病気と向き合うことができていない】の中で患者は「病気のことはあまり…考えると不安になる」など自分の病気について考えると不安になると訴えている。反対に「思いのほか軽くてよかった」などと自分の病気について前向きに捉えていたり、「分からない」という発言からきちんと自分の病気について考えてられていなかったり、向きあえていない様子が伺えた。

コーンの危機モデルにおいて、患者らの危機段階は防衛の段階といえる。防衛の段階について障害が克服できると自覚し、回復、適応への努力が行われるようになる。しかし障害の重大さ、永続性を自覚する時期でもあるので、それを直視できず、機能障害から目をそらそうとする心理的防衛反応を起こしやすく、回復、適応の努力の時期とされている¹¹⁾。患者の防衛的段階を厳密に捉え、患者が抱える障害の永続性を自覚させる必要があると考えた。【自身が病気をみてもらっているかという不安】では「Drがまわってきてくれるだけであまり話しをしてくれたことはない」という訴えが聞かれた。当病棟では月に一回行われるカンファレンス後の面談時に病気についての説明を本人・家族に行っており病気や自らのリハビリの効果などを知る機会としている。しかし本人が面談に同席しなかったり、また同席しても自分が思っていることをうまく医師に伝えられない場面も見られる。このことからきちんと自分の病気を知る機会が少ないといえる。

患者が入院中に自分の病気について知り、また再発予防のセルフケア行動が行うことができるように、病気と向き合う時間が必要である。そのためまず患者と接する機会の多い看護師が病気について、普段どのように捉えているかを把握し、患者の声を代弁したり、日々行う検査や内服内容について本人にき

ちんと説明し情報を共有することが大切である。

【再発に関する不安】については面接をしたうちの5人は「再発はないと思うけれど…結構あるよと話をきくのでどうかなと思う」といった再発を心配しているという声が聞かれた。奥宮らは脳血管疾患の再発予防には基礎疾患のコントロールのため薬物療法や食事療法を行うとともに、退院後の自己管理も念頭におき家族を含めた教育指導が必要であると述べている⁹⁾。

現在病棟に入院している患者全員が食事療法・薬物療法のどちらかもしくは両方を行い再発予防に努めている。インタビューを行った患者の中にはまだ服薬指導や栄養指導を受けていない患者もいたが、実際内服している薬や食事についてきちんと把握できている患者は食事の項目は1人、薬の項目は2人と少なかった。鈴木らは脳梗塞患者の生活習慣病についての知識や自己管理への認識については、看護師が予想する以上に低いものであり、障害の受容や機能の回復に優先度が高く、基礎疾患についての具体的な知識の習得には関心が及んでいないと述べている¹²⁾。

患者の個別性にあわせて、自分の病気や基礎疾患をコントロールしていくために、患者と病気についての話をし、情報や知識を提供することで患者自身が自分の病気に関心をもち、セルフケア行動が正しく行えるように促していく介入も必要であるといえた。

3. 移動に関する不安

【車の運転ができないことに関する不安】のカテゴリーでは「自分で車が運転できない」「運転がどの程度にできるようになるか」と、病気になったことで麻痺や高次機能障害により車の運転ができなくなったことや今後出来るかとう不安を感じている。また【日常生活を送ることが困難である不安】のカテゴリーでは、通院や買い物など外出の際は家族を

依頼したり、電車やバスなど公共交通機関の利用をして生活をしていくことを考えている患者もいた。一方で家族の手や公共交通機関を借りるのが難しく、今まで利用してきた車の利用ができなることで不便さや不安を感じている患者もいた。

このことから患者は能力低下(障害)が原因で経済活動や社会活動に不利を感じる社会的不利(ハンデキャップ)という影響を受けているといえる¹⁰⁾。作業訓練として必要な患者に対して公共交通機関の利用を訓練として行う機会があり、退院後の移動方法をサポートする上で重要であるといえる。しかしそれだけではなく、自宅周囲の環境について確認したり、退院後の通院先が決定した際にはその受診先までどのように行くかを退院前に確認し患者が定期受診を行うことができるようにすることで、移動に関する不安を軽減することにつながると考えた。

4. 社会復帰に関する不安

【職場での役割をはたせるかどうかという不安】の 카테고리では、仕事を続けている患者から「仕事をしていく上で、体がどの程度もつか」といった復職に関する不安。「自分が杖で歩いて、田畑の組長の役割や当番が行えるか(地域の役割)」など地域社会での役割の遂行、「高次脳機能障害がどういう場面にいつでてくるかがわからない→調理の訓練をしていて手順を忘れてしまったり、材料を入れ忘れたりする」といった家庭内での役割を果たす事に関しての不安を訴える患者がいた。エレアノールは加齢過程と病気はともに、その人のボディイメージ、老人が担いする役割、役割遂行能力、自己に関する期待などに影響を与えて自己概念の変調をもたらすと述べており¹³⁾、今回インタビューの中にも発病することでの身体的な変化が役割遂行能力に影響を与えていると言える。

また貝塚らも役割の遂行と健康状態の間の相互関係がうまくいかなければ、役割遂行能力の障害を起

こし結果的に不適應感、自己尊重の念の低下、健康状態の減退があると述べており⁷⁾、身体的な変化をもたらす心理社会的変化や不安に対応する必要がある。退院支援として現在のADL・機能障害に着目したアプローチに目が行きがちな現状である。しかし発病前に患者・家族がどのような生活・役割を果たしていたのか、また今後どのような生活を望み、役割を果たしていきたいのかを確認することで社会復帰に関する不安を軽減できると考える。

VII. 結 論

1. コーン危機モデルにあるように患者の防衛段階を厳密に捉え、患者が抱える障害の永続性を自覚させる必要がある
2. 病気への不安を患者が露呈し直視できるように支援することが必要である

VIII. 終わりに

今回の結果は一施設の21名の患者の不安であり、あくまで本研究における統計的分析であるといえる。患者の不安を理解する中で介護量軽減などのADLに着目した退院支援のみでなく、疾病や障害といった部分に着目していく必要があると感じた。

引用文献

- 1) 宇都宮宏子：看護ワンテーマBook退院支援実践ナビ、医学書院、2011.
- 2) 全国回復期リハビリテーション連絡協議会国立保健医療科学院 施設科学科：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告、52、2011.
- 3) Hata J. Tanizaki Y. Kato I. 他：脳梗塞の初発後10年の再発率はくも膜下出血の再発率より有意に低い/神経学、神経外科と精神医学
- 4) 崎本瞳、中村エリナ、山口美由貴、他：療養病

- 棟を退院する患者およびその家族の不安、日本看護協会論文集、老年看護、40号、18-20、2010.
- 5) 舟島なをみ：看護のための人間発達学、医学書院、224、2011.
- 6) メアリーA. マテソン、エレアノールS. マコーネル著、小野寺社紀、原礼子訳：看護診断にもとづく老人看護学1 老人看護学の基礎、医学書院、9-11、2005.
- 7) 落合慈之監修：脳血管ビジュアルハンドブック IX、学研メディカル秀潤社、初版第6刷発行、91、2010.
- 8) 岩井郁子他：系統看護学講座専門3 臨床看護総論、医学書院、131、2005.
- 9) 奥宮暁子、石川ふみよ監修：Nursing Section11 リハビリテーション看護、学習研究社、137、216、2003.
- 10) 貝塚みどり、大森武子、江藤文夫、他編集：QOLを高めるリハビリテーション看護、第2版、医歯薬出版株式会社、9、15、154、2003.
- 11) 石鍋圭子、野々村典子編集代表/泉キヨ子、奥宮暁子、濱川育子、他編著：専門性を高める継続教育 リハビリテーション看護実践テキスト、医歯薬出版株式会社、19-20、2008.
- 12) 鈴木亜季、金子真弓、原三紀子：脳梗塞患者の生活習慣病に対する捉え方、日本看護学会論文集成人看護II、39号、214-216、2009.
- 13) メアリーA. マテソン、エレアノールS. マコーネル著/津波古澄子、永久久子、真島真理訳：看護診断にもとづく老人看護学4 心理社会的変化とケア、第1版第5刷、医学書院、150-151、2008.