

ハイリスク慢性疾患患者への在宅療養移行ケアモデルの開発

宮崎 志保

熊本大学生命科学研究部看護学講座 助教

(熊本大学大学院生命科学研究部看護学講座精神看護学 教授 宇佐美 しおり氏の代理として発表)

熊本大学の宮崎と申します。本日は熊本大学の宇佐美の代理で発表をさせていただきます。

【スライド1】

タイトルは「ハイリスク慢性疾患患者への在宅療養移行ケアモデルの開発」です。

【スライド2】

まず研究の背景です。

近年5大疾患として、悪性腫瘍、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患が挙げられ、厚生労働省は2013年から、これらの疾患にかかるリスクを減らし、また再発、再燃を予防できるような医療計画を展開するようになってきています。これらの疾患にかかるリスク、再発・再入院を減らすことで入院期間を減らし、自宅での療養生活期間を延ばし充実した生活を送ることが報告されています。

これに伴い、慢性疾患を有する患者へのセルフケアやセルフマネジメントの促進、患者自身による慢性疾患セルフ・マネジメントプログラムが普及するようになってきました。

しかしながら、これらの疾患のハイリスク患者は再入院・再燃が多く、地域での療養生活期間が短く、QOLが低下していることが明らかとなっています。

一方、日本において高度実践看護師(APRN)が養成されるようになり、日本では専門看護師(CNS)とNurse Practitioner(NP)が存在し、現在CNSは2,104名存在します。CNSは

スライド1

スライド2

ケア困難患者や家族への直接ケア、医療スタッフへのコンサルテーション、退院や倫理的問題を調整する調整、ケアの質を改善、向上させるための教育と研究を実践し、CNSが関わることで患者の病状や日常生活機能と社会的機能が改善して、患者と家族のQOLが高まり、再入院が減少することが明らかとなってきました。また、CNSの介入により患者の在宅療養移行支援が可能になることも明らかとなってきました。

しかし、これらの研究は、入院中の患者を対象にしたものが多く、外来、地域生活に向けてのケアの成果ではありません。

【スライド3】

そこで、本研究は、社会において国民の課題となっている5大疾患である慢性疾患を持つ患者・家族の中でも、特に脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患を取り上げ、CNSによる介入が必要とされるハイリスク患者・家族を同定し、ハイリスク患者・家族への入院から退院までの在宅療養移行ケアモデル (Transitional Care Model,TCM)を開発することを目的としました。

この研究は3年間を通してモデルを開発しますが、今回は、在宅療養移行ケアプログラム(TCプログラム)を作成するところまでとしました。

スライド3

2. 研究目的

- ▶ 社会において国民の課題となっている5大疾患である慢性疾患をもつ患者・家族の中でも特に、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患を取り上げCNSによる介入が必要とされるハイリスク患者・家族を同定し、ハイリスク患者・家族への入院から退院後までの在宅療養移行ケアモデル (TCM) を開発することを目的とした。
- ▶ 3年間を通してモデルを開発するが、今年度は、在宅療養移行ケアプログラム(TCプログラム)を作成する。

※ここでは3年間をかけて構築するモデルを在宅療養移行ケアモデル (Transitional Care Model,TCM) と呼び、今回作成するプログラムは、在宅療養移行ケアプログラム (TCプログラム) と呼ぶ。

【スライド4】

研究方法です。

まず、国内外のケアガイドラインと文献検討およびフォーカスグループインタビューを行い、ハイリスク患者・家族の同定、再入院、再燃を抑制し在宅療養期間を長くしていくためのCNSを中心とした、CNSと看護師連携による入院中から退院後までのTCプログラムを作成しました。

さらに当研究の海外でのエキスパートであるベス・フェニックス教授にスーパーバイズを受け、TCプログラムを確定しました。

スライド4

3. 研究方法

1. ケアガイドラインと文献検討およびフォーカスグループインタビュー

- ①脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の慢性疾患患者
- ②慢性疾患である精神疾患（うつ病と認知症を併発している患者）
 - i) ハイリスクの患者・家族を同定
 - ii) 入院中から退院後までのTCプログラムを作成する。

そして、ハイリスク患者・家族の同定、再入院、再燃を抑制し在宅療養期間を長くしていくためのCNSを中心としCNSと看護師連携による入院中から退院後までのTCプログラムを作成した。

さらに当研究の海外でのエキスパートであるベス・フェニックス教授にスーパーバイズを受け (University of California ,San Francisco,UCSF) TCプログラムを確定した。

【スライド5】

次に、慢性疾患看護 CNS 20名、精神看護 CNS 20名にデルファイ法を行いました。

研究の倫理的配慮はスライドをご参照ください。

【スライド6】

結果です。

まず、2015年12月から2016年3月までにおいて、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の中でのハイリスク患者・家族を同定し、在宅療養移行ケアプログラムを作成しました。国内外のケアガイドラインおよび文献検討、エキスパートパネルを用いたフォーカスグループインタビューを行いました。

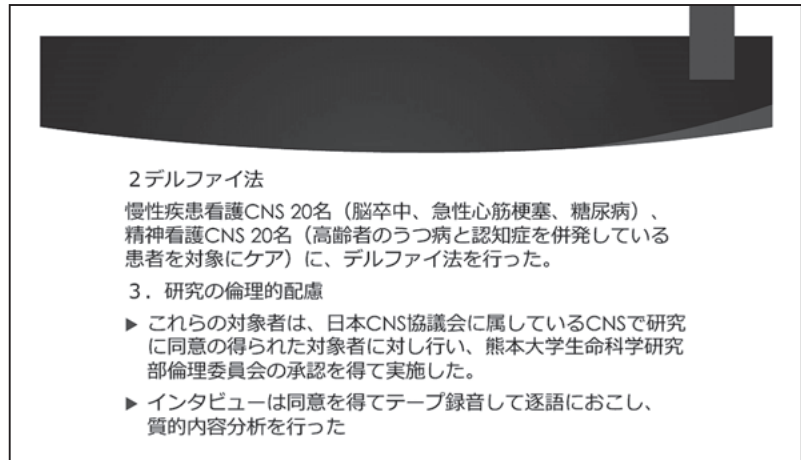
次に、2016年4月から6月まで、国内外のケアガイドラインと文献検討およびフォーカスグループインタビューの結果から、①脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の慢性疾患患者と、②慢性疾患である精神疾患…これは、うつ病と認知症を併発している

ハイリスクの患者・家族を同定し、入院中から退院後までのTCプログラムを作成しました。

【スライド7】

次に、2016年7月から11月30日まで、慢性疾患看護 CNS 29名、精神看護 CNS 28名を

スライド5

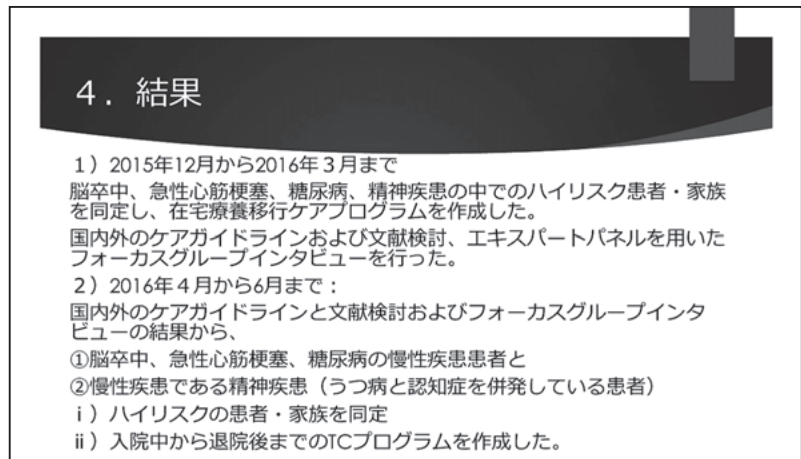


2 デルファイ法
慢性疾患看護 CNS 20名（脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、精神看護 CNS 20名（高齢者のうつ病と認知症を併発している患者を対象にケア）に、デルファイ法を行った。

3. 研究の倫理的配慮

- ▶ これらの対象者は、日本 CNS 協議会に属している CNS で研究に同意の得られた対象者に対し行い、熊本大学生命科学研究部倫理委員会の承認を得て実施した。
- ▶ インタビューは同意を得てテープ録音して逐語におこし、質的内容分析を行った

スライド6



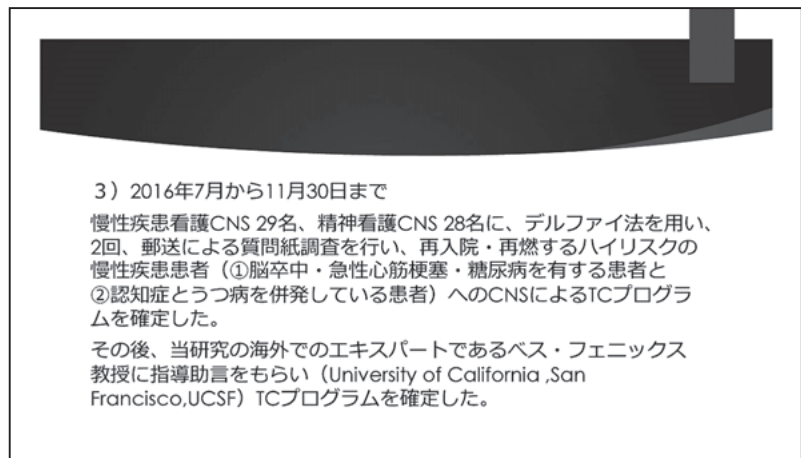
4. 結果

1) 2015年12月から2016年3月まで
脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の中でのハイリスク患者・家族を同定し、在宅療養移行ケアプログラムを作成した。
国内外のケアガイドラインおよび文献検討、エキスパートパネルを用いたフォーカスグループインタビューを行った。

2) 2016年4月から6月まで：
国内外のケアガイドラインと文献検討およびフォーカスグループインタビューの結果から、

- ①脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の慢性疾患患者と
- ②慢性疾患である精神疾患（うつ病と認知症を併発している患者）
 - i) ハイリスクの患者・家族を同定
 - ii) 入院中から退院後までのTCプログラムを作成した。

スライド7



3) 2016年7月から11月30日まで
慢性疾患看護 CNS 29名、精神看護 CNS 28名に、デルファイ法を用い、2回、郵送による質問紙調査を行い、再入院・再燃するハイリスクの慢性疾患患者（①脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病を有する患者と②認知症とうつ病を併発している患者）への CNS による TC プログラムを確定した。

その後、当研究の海外でのエキスパートであるベス・フェニックス教授に指導助言をもらい（University of California, San Francisco, UCSF）TCプログラムを確定した。

対象に、デルファイ法を用い、2回、郵送による質問紙調査を行い、再入院・再燃するハイリスクの慢性疾患患者…脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病を有する患者と認知症とうつ病を併発している患者へのCNSによるTCプログラムを確定しました。

その後、当研究の海外でのエキスパートであるベス・フェニックス教授に指導助言をもらい、TCプログラムを確定しました。

【スライド8】

①脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病を有する患者と②認知症とうつ病を併発している患者のTCを困難にしている要因として、スライドで示すものがございました。

まず、①と②の共通要因としては、病状が不安定、セルフケアが低い、本人の不安が強い、単身生活、がありました。

次に、①に見られた要因として、日常生活動作、福祉用具、移動用具など生活援助用具の使用に関すること、社会資源との連携、服薬管理、再発に関するセルフケアができない、などがありました。

また、②に見られた要因としては、不眠が続き引きこもりが強い、依存性・病状が強くセルフケアができない、セルフケア能力の中の意欲の低下、介護者の介護負担が大きい、ということがありました。

【スライド9】

TCプログラム構成ですが、まず、ハイリスク患者の入院時に、CNSが病状、日常生活、社会的機能、患者と家族のニーズを包括的にアセスメントし、療養期間の延長を阻害する身体的・心理・社会的要因を包括的にアセスメントし、病院内での治療の限界を見極めて

スライド 8

①脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病を有する患者と②認知症とうつ病を併発している患者のTCを困難にしている要因

- ①と②の共通要因：<病状が不安定> <セルフケアが低い> <本人の不安が強い> <単身生活>
- ①に見られた要因：<日常生活動作（トイレ、食事）> <福祉用具、移動用具など生活援助用具の使用に関すること> <社会資源との連携> <服薬管理> <再発に関するセルフケアができない>
- ②に見られた要因：<不眠が続き引きこもりが強い> <依存性・病状が強くセルフケアができない> <セルフケア能力の中の意欲の低下> <介護者の介護負担が大きい>

スライド 9

TCプログラム構成

- ①ハイリスク患者の入院時に、CNSが病状、日常生活、社会的機能、患者と家族のニーズを包括的にアセスメント
- ②療養期間の延長を阻害する身体的・心理的要因を包括的にアセスメント
- ③病院内での治療の限界を見極めて治療チームと検討
- ④患者および家族のセルフケア促進および在宅での生活を促進するための看護面接を行ってセルフケア能力を高める
- ⑤在宅での生活に必要なセルフケアや症状自己管理の方法を促進
- ⑥病院内外の効果的な治療チームの構築とマネジメント
- ⑦看護師、訪問看護師との連携強化と役割分担
- ⑧退院後の社会資源の同定と地域において必要とされる資源の同定と調整
- ⑨家族の療養管理能力の強化
- ⑩退院後数か月間のCNSによるフォローアップと電話サポート
- ⑪定期的な在宅訪問
- ⑫社会資源、制度、用具の積極的な活用

治療チームと検討し、次に、患者および家族のセルフケア促進および在宅での生活を促進するための看護面接を行ってセルフケア能力を高め、在宅での生活に必要なセルフケアや症状自己管理の方法を促進、病院内外の効果的な治療チームの構築とマネジメント、看護師、訪問看護師との連携強化と役割分担、退院後の社会資源の同定と地域において必要とされる資源の同定と調整、家族の療養管理能力の強化、退院後数カ月間のCNSによるフォローアップと電話サポート、定期的な在宅訪問、社会資源、制度、用具の積極的な活用を行う、という内容から構成されていました。

【スライド10】

考察です。

ハイリスク慢性疾患患者看護へのTCについて明確となりましたが、看護においても専門分野が異なると重要視する項目が異なり、看看連携の必要性、多職種連携、さらにケア困難患者であるほど家族への支援が重要であると考えられました。

特に、本人のセルフケア能力を高め、再発の可能性を減らすこと、家族に対しては負担感を減らし社会資源を積極的に用いることが必要でありました。

また、TCプログラムを基に、介入研究を行い、介入の評価、プログラムの妥当性の検討を行う必要性があると考えられました。

【スライド11】

本研究のまとめです。

本研究においては、ハイリスク慢性疾患患者に対しては、患者に対する包括的アセスメントを行い、患者のセルフケア能力・セルフケア行動・家族の介護能力への看護介入、社会資源の積極的活用の

が早期から必要であることが明らかとなりました。さらに、これらを効果的に介入できるCNSなどの高度実践看護師の有効活用が重要であると考えられました。

スライド 10

5. 考察

- ▶ ハイリスク慢性疾患患者看護へのTCについて明確となったが、看護においても専門分野が異なると重要視する項目が異なり看看連携の必要性、多職種連携、さらにケア困難患者であるほど家族への支援が重要であると考えられた。
- ▶ 本人のセルフケア能力を高め、再発の可能性を減らすこと、家族に対しては負担感を減らし社会資源を積極的に用いることが必要であった。
- ▶ TCプログラムをもとに、介入研究を行い介入の評価、プログラムの妥当性の検討を行う必要性があると考えられた。

スライド 11

6. まとめ

- ▶ 社会において国民の課題となっている5大疾患である慢性疾患をもつ患者・家族の中でも特に、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患を取り上げCNSによる介入が必要とされるハイリスク患者・家族を同定し、ハイリスク患者・家族への入院から退院後までの在宅療養移行ケアモデル（TCM）を開発することを目的とした。脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の中でのハイリスク患者・家族を同定し、在宅療養移行ケアプログラムを作成した。国内外のケアガイドラインおよび文献検討、エキスパートパネルを用いたフォーカスグループインタビューを行った。さらに、国内外のケアガイドラインと文献検討およびフォーカスグループインタビューの結果から、

①脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の慢性疾患患者と

②慢性疾患である精神疾患（うつ病と認知症を併発している患者）

i) ハイリスクの患者・家族を同定

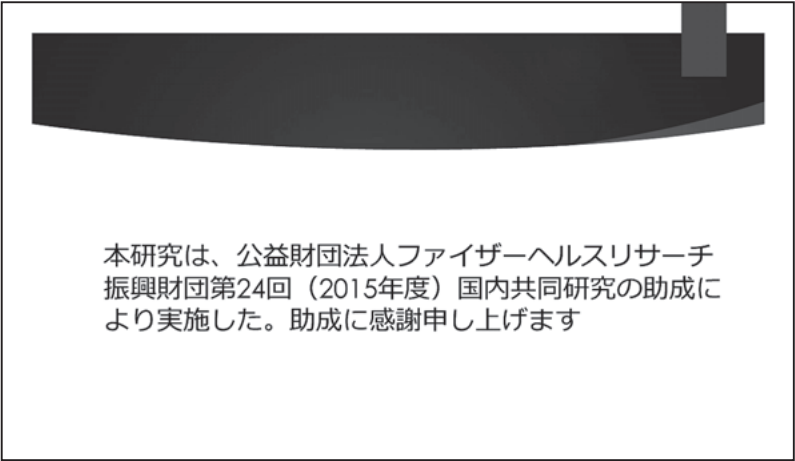
ii) 入院中から退院後までのTCプログラムを作成した。

患者のセルフケア能力、セルフケア、家族の介護能力、社会資源の積極的活用が早期から必要であることが明らかとなった。またこれらを早期にアセスメントし、効果的に介入できるCNSなどの高度実践看護師の有効活用が重要であると考えられた。

【スライド12】

最後に、今回の研究助成に感謝申し上げます。

スライド 12



本研究は、公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団第24回（2015年度）国内共同研究の助成により実施した。助成に感謝申し上げます

質疑応答

会場： 非常に時宜を得た研究だと思って伺いました。まず、ハイリスクというものの要因ですが、どうやってハイリスク群とそうでない群を切り分けられたのか。それから、入院時にハイリスクの患者さんたちを拾い上げるということが書かれていたのですが、なぜ入院時にそれができるのか、という2点を教えてください。

宮崎： ご質問ありがとうございます。すみません、私では具体的にそれに対してお答えができず、私の推測で申し訳ないのですが、入院時にそれがなぜできたのかというところでは、熊本大学の宇佐美もCNSとして活動しておりますので、その活動をしながら、そこでハイリスクの患者さんを同定することが可能であったと考えられます。

もう一点に関しては私のほうではお答えできません。大変申し訳ございません。また、持ち帰って宇佐美にお伝えしたいと思います。

会場： ありがとうございます。CNSができること…そういうチェックリストみたいなものが開発されているのだったら、他の医療機関でもできるように、ぜひ一般化していただきたいと思っておりますので、お尋ねとお願いです。よろしく申し上げます。

宮崎： ありがとうございます。

【宇佐美しおり氏からの追加補足説明】

CNSたちが依頼を受けたケア困難患者で、かつ脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、

慢性疾患患者を有している患者ならびに身体疾患患者でうつ病を有している患者を CNS が自分で選定して語っていく中で、ハイリスク患者と同定しました。

座長： これは結局、精神疾患患者ではセルフケア能力が低いから、身体の慢性疾患患者と別の在宅療養移行ケアプログラムを作るべきだと、そういう解釈でよろしいのですか。

宮崎： そちらもはっきりと申し上げられないのですが、実際に在宅療養移行ケアモデル開発というところで、今回、慢性疾患と精神疾患の CNS を対象にやっていく中で、やはり見る項目がちょっと違うところがありました。同じところはあるけれども、住み分けるところがあるというところが出てくるのではないかと思いますので、その点では、同一のプログラムで、同じところもあればちょっと分けるところもあるということになっていくかと思います。これは、また今後、検討していくところだと思います。

【宇佐美しおり氏からの追加補足説明】

ハイリスク慢性疾患患者に対しては、ハイリスクの意味があるので、通常の患者とは異なる TC が必要であると考えました。さらに精神疾患を有する患者は身体疾患患者とは別のプログラムを作ることが必要と考えています。

会場： デルファイ法ですが、こういうことでデルファイ法をする人を選ぶとき、この人たちが適当であるという正当性というのでしょうか… どういう根拠で選ばれたのでしょうか。例えば、この職種で何年以上であるとか、そのへんのことをお聞きしたいのですが。

宮崎： 私のほうでは、今、日本専門看護師協議会という所に登録されている看護師の中から選択されているということだけしか述べられません。どういう方が適当であるかという正当性は、正確なところは私ではお答えできません。また、こちらの質問は持ち帰らせていただきたいと思います。ありがとうございます。

【宇佐美しおり氏からの追加補足説明】

ケア困難患者の中に含まれるハイリスク慢性疾患患者をケアできるようになるためには、CNS としての経験年数 5 年以上が必要なため、CNS として 5 年以上の経験者を選定し、デルファイ法を行いました。