資料

心臓リハビリテーション外来に通院していない急性冠症候群患者の退院後の生活状況とその要因

The Post-discharge Living Conditions and Associated Factors Affecting Those Conditions of Patients with Acute Coronary Syndromes Not Undergoing Outpatient Cardiac Rehabilitation

結城真[1)]，丸山和真[2)]，八木美穂[1)]，下村結花里[1)]，髙柳智子[3)]
Makoto Yuki[1)], Kazuma Maruyama[2)], Miho Yagi[1)], Yukari Shimomura[1)], Tomoko Takayanagi[3)]

キーワード：心臓リハビリテーション外来，セルフケア，行動変容
Key words：outpatient cardiac rehabilitation, self care, behavior change

要旨

本研究は，入院中の心臓リハビリテーションプログラムを満了し，心臓リハビリテーション外来へ通院していない急性冠症候群患者の退院後の生活状況とその影響要因を明らかにし，退院後もセルフケアを継続できるよう支援するための基礎資料を得ることを目的とした．

緊急経皮的冠動脈形成術を受け，退院後に心臓リハビリテーション外来へ通院していない患者５名を対象に，術後６～８ヶ月のフォローアップカテーテル入院時に半構造的インタビューを実施し，質的に分析した．

退院後のセルフケアは，【退院後も継続出来ている事】【退院後に出来るようになった事】【退院後に出来なくなった事】【退院後も出来ない事】の４つの生活状況カテゴリーに分類され，それらの影響要因として，『家族環境』『外発的経験』『内発的経験』『健康行動継続への葛藤』の４カテゴリーが抽出された．患者の実践しているセルフケアを肯定すること，アドヒアランスを重視した関わり，各専門職種の指導がセルフケアの継続，行動変容に与える影響が大きいことが認められた．一方，退院してからセルフケアに困難を生じた語りもきかれ，退院後も継続的に支援できる体制の必要性が示唆された．

Ⅰ．緒論

心臓リハビリテーション（以下　心リハ）は，心疾患をもつ患者が低下した体力を回復し，精神的な自信を取り戻して社会復帰するとともに，再発を予防し，快適で質の高い生活を維持していく事を目指して行われる．そのため，心リハプログラムは，急性期から回復期・維持期と生涯にわたって介入し続ける事が不可欠な包括的疾患管理プログラムといえる．その一方で心リハの実施率は低く，循環器専門医研修施設を対象とした全国調査（中西ら，2011）では，急性心筋梗塞後の心リハは入院中および外来通院型とも，2004 年の前回調査よりも 2009 年の調査において実施率が増加しているものの，外来通院型心リハの実施率は全体の 21％と，在院日数の短縮を考慮すると依然として極めて不十分であると指摘されている．心不全の増悪誘因には，塩分・水分管理，服薬管理の不徹底など不十分なセルフケア行動が占める割合が高く（辻井，2014），心不全増悪による再入院の多くは生活状況に

2020 年８月３日受付；2020 年 12 月２日受理
1）長岡赤十字病院　Nagaoka Red Cross Hospital
2）前 長岡赤十字病院　Formerly Nagaoka Red Cross Hospital
3）新潟県立看護大学　Niigata College of Nursing

委ねられる面が大きいという特徴をもつ．退院後の心リハは再発予防において重要な役割を担っているにもかかわらず，外来通院型心リハの実施率は低いことから，入院中の心リハプログラムのみとなる患者が多いのが現状である．しかし，心リハ外来へ通院が出来ず入院中の心リハだけとなった患者の退院後の生活状況を明らかにした研究は少ない（近藤ら，2017）．

そこで，本研究は，入院中の心リハプログラムを満了し，心リハ外来へ通院していない患者の退院後の生活状況と，その影響要因を明らかにし，現行の心リハプログラムの評価およびプロクラム改善の基礎資料としたいと考えた．

Ⅱ．研究目的

本研究は，入院中の心リハプログラムを満了し，心リハ外来へ通院していない患者の退院後の生活状況と，その影響要因を明らかにすることを目的とする．

Ⅲ．本研究における用語の定義

「心リハプログラム」とは，急性冠症候群（以下，ACS）患者に対し，運動療法をはじめ多職種連携で疾患管理に向けた生活指導を行うものである．「セルフケア」は，冠危険因子を是正し，再発や心不全発症のリスクを回避するために患者自身が行う食事，運動，内服管理，セルフモニタリング，禁煙行動と定義した．なお，「セルフモニタリング」とは，患者自身が行う血圧測定や体重測定，自覚症状の観察を意味している．

Ⅳ．研究方法

１．研究デザイン

質的記述的研究

２．データ収集期間

2016年６月～８月

３．研究フィールド

Ａ病院は，ACSをはじめとする循環器疾患で治療を受けた患者に心リハを病棟と外来において多職種介入で実施し，急性期から回復期に渡って退院後の生活を見据えた関わりを行っている．その中で病棟看護師は，患者と共に入院前の生活を「生活振り返りシート」を用いて振り返りを行い病気の理解や，食事，運動，内服，禁煙，セルフモニタリングなどの指導を役割として担っている．心リハ外来の実施日は毎週平日午前３日間であり，退院後はかかりつけ医に紹介となる患者も多いことから，心リハ外来の参加者数は伸び悩んでいる状況であった．

４．研究対象

調査期間中のフォローアップカテーテル検査件数は28件であった．その中で，ACSにより緊急経皮的冠動脈形成術（以下PCI）を受けた患者のうち①PCI入院中のプログラムを満了し②Ａ病院循環器内科外来でフォローをしているが，③心リハ外来には通院していない，④75歳以下の⑤認知機能低下が認められずインタビューが可能なものを対象とした．以上の５つの条件を満たした５名全員から研究参加同意を得た．なお，④75歳以下は，後期高齢患者では加齢による身体機能及び認知機能の低下のため，患者本人よりも家族への生活指導が中心となっている現状から，設定した．

５．データ収集

診断名，年齢，性別，職業，家族構成，フォローアップカテーテル検査結果，既往歴をカルテより収集した．食事，運動，内服管理，禁煙，セルフモニタリング，就業状況，心リハ外来に通院していない理由について独自に作成したインタビューガイドを使用し，術後６～８ヶ月のフォローアップカテーテル検査入院時に半構成インタビューを実施した．フォローアップカテーテル入院は１泊２日で行われ，入院当日午後に検査を受ける．侵襲的な検査を控えていること，結果次第では心理的ストレスが予想されること，検査前は時間的余裕が患者，看護師共にない事，検査直後は安静の必要があることを考慮し，インタビューは検査翌日の主治医診察後の退院前に実施した．インタビューは対象の同意を得て内容をボイスレコーダーへ録音し，逐語録を作成した．

６．分析方法

まず，逐語録から，退院後のセルフケアに関する語りをコードとして抽出し，食事，運動，内服管理，セルフモニタリング，禁煙の５つに分類した後，各分類別に類似性に基づいてまとめた．加えて，影響要因に関する語りを抽出し，類似性に基づきカテゴリー化した．次いで，セルフケア継続や行動変容の観点から，【退院後も継続出来ている事】【退院後に出来るようになった事】【退院後に出来なくなった事】【退院後も出来ない事】の４つの生活状況カテゴリー別に，上記を分類した．最後に，生活状況と，退院後のセルフケア及び影響要因との関係を見出すため，代表的なコードを用いてマトリックス表を作成するとともに，各生活状況カテゴリーに分類されたコード数を算出した．なお，データ分析の全過程において，研究者間で合意が得られるまで検討を重ね，妥当性の確保に努めた．

７．倫理的配慮

本研究は研究者が所属する医療機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した（長岡病総第1533号）．対象に，研究目的，方法，自由意思による参加であり途中辞退による不利益はないこと，データは研究目的以外に使用することはなく，話したくないことは話さなくてよいこと，研究成果の公表予定，データは施錠できる保管庫に成果公表後５年間保管すること，保管期間終了後は復元不可能な状態にして破棄することについて，文書を用いて説明し，同意書への署名にて同意を得た．説明はフォローアップカテーテル入院が決定した外来診察の場面で文書を用いて行い，同意の場合にのみ仮同意書へ署名し病院への郵送を依頼した．仮同意が得られた対象の入院時に再度，文書を用いて説明し本同意を得てインタビューを行った．体調変化や疲労感を感じた場合にはインタビューを中止する事を事前説明した後にインタビューを開始した．インタビュー中は対象の表情や自覚症状に十分配慮し，終了時には体調に変化がないか問診する等注意を払った．

Ⅴ．結果

本研究で協力が得られた対象者は女性１名，男性４名の計５名であった（表１）．

以下，生活状況カテゴリーを【　】，影響要因カテゴリーを『　』，コードは「　」で表す．

退院後のセルフケアを示すコードは195抽出され，【退院後も継続出来ている事】コード数61，【退院後に出来るようになった事】コード数102，【退院後に出来なくなった事】コード数１，【退院後も出来ていない事】コード数31であった（表２）．【退院後も継続出来ている事】は全てのセルフケアで，【退院後に出来るようになった事】は内服以外のセルフケアで該当コードが認められたが，【退院後に出来なくなった事】は食事のみ，【退院後も出来ていない事】は食事，運動，セルフモニタリングについて該当するコードが認められた．

影響要因カテゴリーは，『家族環境』『外発的経験』『内発的経験』『健康行動継続への葛藤』の４つが生成された．『家族環境』は対象が属する小集団における

表１　研究対象者の概要

	Ａ氏	Ｂ氏	Ｃ氏	Ｄ氏	Ｅ氏
性別	女性	男性	男性	男性	男性
年齢	60歳代前半	60歳代前半	60歳代後半	60歳代後半	50歳代前半
診断名	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞
既往歴	高血圧 陳急性心筋梗塞 高脂血症	高血圧 ２型糖尿病	高血圧 高脂血症	高血圧 大動脈解離スタンフォードB	高血圧 高脂血症
フォローアップカテーテル検査結果	狭窄なし	狭窄なし	狭窄なし	狭窄なし	狭窄なし
同居家族	夫	妻	妻	妻・子	妻・子
就業（入院前）	介護職	運送会社（ドライバー）	工場勤務 農業	運送業（トラック運転手）	会社員（デスクワーク）
就業（退院後）	退職	継続（デスクワークへ変更）	退職	退職	継続（仕事内容の変更なし）
心リハ外来に通院していない理由	冬で雪が降っていたから． 雪が降っている中，心リハに通う私を送迎する夫の負担と比べたら，心リハ外来にはあまり有用性を感じなかった．	仕事をしているので，平日のお昼前後に心リハに通う時間がない． 心リハ外来についての説明は前回入院中になかった．	退院後週に１回のペースで２度通院され，運動習慣が獲得できたという自覚と，本人からの希望もあり通院終了．	退院後１週に１回のペースで２度通院された．体育館での自発的な運動習慣が獲得できたため，本人からの希望にて通院終了．	仕事の休みが取れないから． 退院後にエルゴメーターを購入し自宅でも同じ運動が出来るようになったから．
インタビュー所要時間	39分	22分	41分	27分	14分

生活環境であり，『外発的経験』は医療者から助言や指導を受けたもしくは受けなかった経験，『内発的経験』は患者自ら考えて行動した経験，『健康行動継続への葛藤』は健康行動の継続を妨げる欲求・不安・煩わしさとの葛藤を示していた．生活状況と影響要因のカテゴリーの関係は表３に示した．生活状況カテゴリーのうち，【退院後も継続出来ている事】と【退院後に出来るようになった事】は，４つの影響要因カテゴリー全てが関与していたが，【退院後に出来なくなった事】と【退院後も出来ていない事】では，いずれも『内発的経験』の関与はなく，『健康行動継続への葛藤』の関与が認められた．

表２　生活状況カテゴリー別にみた退院後のセルフケア

			生活状況カテゴリー			
			退院後も出来ている事 コード数61	退院後に出来るようになった事 コード数102	退院後に出来なくなった事 コード数１	退院後も出来ない事 コード数31
退院後のセルフケア	食事	減塩の継続	自身や配偶者の既往から元々減塩意識があり退院後も協力，注意し合いながら食品の選択や料理をしている．	みそ汁や漬物，麺類，加工肉を食べる機会を減らした．かけ醤油，ソースをやめ，外食の頻度を減らし，食事の選択を考えるようになった．		家庭内からの協力が継続して得られにくいため，減塩の継続が困難となっている．
		摂取量・カロリーを減らす		食べ過ぎを自覚し，余り物を食べずに１人前を食べるようにした．揚げ物を控え，カロリーを意識するようになった．		食事量には気を付けていたが，料理が残っていると食べてしまうため次第に摂取量が増えてきた．
		バランスに気をつける	元々食卓には野菜が多く並ぶ．			
		間食をやめる・減らす	元々，間食や飲酒の習慣がなく退院後も継続できている．	買い食いしないようになり，清涼飲料水を飲まなくなった．	好物が食べられないストレスにより間食が多くなった．	
	運動	運動習慣の獲得	ACS発症前から運動習慣があり，退院後も有酸素運動と筋トレを行っている．	日常生活の中から運動機会を見出し，自分が継続できる範囲での運動を取り入れた．		運動を継続しようと思っても天候や怪我で中断してしまい習慣化しなかった．
	内服	確実な内服	元から習慣づいているので飲み忘れない．薬の量が増えたが，薬を仕分けたり，出先でも飲めるように常に鞄に入れて飲み忘れない状況を作った．			
	セルフモニタリング	血圧測定の継続	自身の既往をきっかけに測定と記録が習慣化した．入院中の指導を受けて，朝だけでなく夜も測定している．	入院中の指導により，家庭での血圧測定を続けている．		退院当初は測定していたが忘れるようになり，習慣化しなかった．
		体重測定の継続	自身の既往から減量の意識があり，現在も体重測定を続けている．	体重計を設置し，連日の測定を目標にして習慣化できた．生活改善による減量を実感出来たことで測定の習慣化に繋がった．		
	禁煙	禁煙の継続	タバコが身体に良くないことは分かっておりACS発症以前から禁煙している．	禁煙指導とACS発症の経験から喫煙の害を理解し禁煙した．		

表３　生活状況カテゴリー別にみた影響要因

	生活状況カテゴリー			
	退院後も出来ている事	退院後に出来るようになった事	退院後に出来なくなった事	退院後も出来ない事
『家族環境』	「夫には元々不整脈があり，そのため生活改善に積極的」 「〇歳でたて続けに怪我をしたときに高血圧を指摘されてから，食事療法として妻が減塩に気を付けるようになった」	「間食をしていたのが見つかって奥さんが散々怒った理由は，自分がこれだけ塩分に気を付けて食事を作っているのに，それ以外のものを食べては意味がないから」		「妻は減塩を必要とするほどの状態ではなく減塩の意識がない」 「子供の食事とは別に自分専用の減塩食を作ってもらうのは難しい」
『外発的経験』	「入院中の栄養指導は妻と一緒に聞いた」 「入院中，薬剤師が３，４回来て薬の説明は受けている」	「現在塩分を控えているのは，入院中の栄養指導の影響が大きい」 「入院中に医師から血圧を毎日測って記録しておくように，と言われた」 「入院中のリハビリで（理学療法士から），ある程度身体を動かすっていうのも大切だけど，ただ疲労するほどやる必要はないと言われた」		「歩くようにだけ言われても運動は続かない」
『内発的経験』	「煙草をやめたきっかけは他者から禁煙を勧められたからではなく，大動脈解離での入院時にいい機会だからやめようと思ったから」 「元々薬の飲み忘れはなかった」 「元々運動習慣があった」	「入院中，歩くのが自分の身体のために良いかなと思い，退院後から徒歩通勤を始めた」 「トレッドミル検査で思いっきり走らされた事で，「（このくらいの負荷をかけても）大丈夫だな」と確認できた」 「最近体重が増えてきた事を自覚していたので，退院後からはご飯を計量し，おかわりや間食，子供の食べ残しを食べないようにした」		
『健康行動継続への葛藤』	「禁煙してから口さみしく感じてしまい甘い物が食べたくなった」 「期限が決まっていれば頑張れるが，煩わしいと感じた内服がこの先ずっと続くと言われるとすごいプレッシャーになった」	「妻が減塩食に熱心が故に，外食の時は普段の反動であれも食べたい，これも食べたいと思う事は多々ある」	「入院後からラーメンを食べなくなり口寂しくなった」	「やろうと思ったけど，うまくいかなかったこととか，難しかったことが数えきれない」 「運動習慣が一度止まってしまうと再開するのになかなか気持ちが乗らない」

Ⅵ．考察

１．心臓リハビリテーション外来に通院していないACS患者の退院後の生活状況

【退院後も継続出来ている事】では，患者は，ACS発症前から何らかの既往を有していたため，発症前から各人が自己の環境や得意分野，強みを活かしたセルフケア行動を実践していた．直成ら（2002）は，循環器系疾患患者の自己管理行動と自己効力感の影響要因を調査し，生活管理の主体性と自己効力感が自己管理行動の促進に強く影響していたことを報告している．本研究においても，今までセルフケアを実践してきた自負と，実践していたセルフケアが入院中の指導で肯定されることにより自信がつき，セルフケアの継続や質の向上に繋がったのだと考える．【退院後に出来るようになった事】では，影響要因として『外発的経験』，『内発的経験』が多く関与していた．『外発的経験』では，行動変容に至る特徴として，専門職種からの指導によって必要性を実感したことが語られ，心リハプログラムによる多職種からの専門的な指導が行動変容の契機となっていることが明らかとなった．特に食事に関しては家族の協力が必要不可欠であることから，一緒に栄養指導を受けた家族にも影響を及ぼし，『家族環境』に波及していることが推察された．また，セルフケアは，自己の生活の中に落とし込んで初めて継続できるものであり，本研究においても，『内発的経験』がセルフケア継続に大きな役割を果たしていた．その

ため，心リハプログラムにおいて，対象を生活者として捉え，アドヒアランスを重視した関わりにより，『内発的経験』を支えていくことが重要と考えられる．

一方，【退院後に出来なくなった事】では『健康行動継続への葛藤』のみが，【退院後も出来ていない事】では『外発的経験』と『健康行動継続への葛藤』が影響要因として挙げられ，成功体験の乏しさがセルフケア継続困難に繋がっていた．上記の２つのカテゴリーから，心リハ外来へ通院していない患者に対しては，外来看護などでセルフケア支援を継続できるよう，体制を整えていく必要がある．

２．本研究の限界と今後の課題

本研究の対象は５名で，全員がフォローアップカテーテル検査で狭窄が認められない経過良好の者であったため，結果の一般化には限界がある．今後は，心リハ外来に通院している患者の生活状況を明らかにし，心リハ外来へ通院していない患者との比較検討を行うことが今後の研究として必要である．

Ⅶ．結論

入院中の心リハプログラムを満了し，心リハ外来へ通院していない患者の退院後のセルフケアを，【退院後も継続出来ている事】【退院後に出来るようになった事】【退院後に出来なくなった事】【退院後も出来ない事】の４つの生活状況カテゴリーに分類し，それらの影響要因として，『家族環境』『外発的経験』『内発的経験』『健康行動継続への葛藤』の４カテゴリーが抽出された．患者が実践しているセルフケアを肯定することはセルフケア継続に繋がり，行動変容にはアドヒアランスを重視した関わりが効果的であった．また，多職種介入で行う心リハプログラムでは各専門職種の指導が患者の行動変容に与える影響は大きいことが明らかとなった．一方，退院してからセルフケアに困難を生じた語りもきかれ，退院後も継続的に支援できる体制の必要性が示唆された．

謝辞

本研究の実施にあたり，調査協力を快く引き受けていただきました対象の皆様に心より感謝申し上げます．なお，本研究は平成30年度新潟県立看護大学看護研究交流センター地域課題研究より助成を受けて実施したものであり，研究遂行や論文作成における利益相反は存在しません．本研究は日本心臓リハビリテーション学会　第４回　関東甲信越支部地方会，第55回日本赤十字社医学会総会において発表しました．

著者資格

MYは研究の着想から原稿作成のプロセス全体に貢献；KMはデータの収集，分析，解釈，原稿作成に貢献；MYはデータの分析，解釈，原稿作成への示唆に貢献；YSは研究計画立案からインタビューガイドの作成，データ収集，原稿への示唆に貢献；TTは原稿への示唆および研究プロセス全体への助言．すべての著者は最終原稿を読み，これを承認した．

文献

近藤ふさえ，黒川佳子，山本晴美，他（2017）：急性心筋梗塞患者の回復期におけるセルフマネジメント生活との折り合いと心臓リハビリテーションに対するニーズ，順天堂保健看護研究，5，67-79.

直成洋子，泉野潔，澤田愛子，他（2002）：循環器系疾患患者の自己管理行動及び自己効力感に影響する要因，富山医科薬科大学看護学会誌，4(2)，21-31.

辻井由紀（2014）：心不全のケア　在宅ケア，緩和ケアを含んで，HEART nursing，27（9），36-40.

中西道郎，安達仁，長山雅俊，他（2011）：我が国における急性心筋梗塞後心臓リハビリテーション実施率の動向　全国実態調査，日本心臓リハビリテーション，16(2)，188-192.