九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

# 退院時の患者へのQOLを高めるソーシャルサポート介入

宮園, 真美
九州大学医学部保健学科

https://doi.org/10.15017/4057

出版情報：九州大学医学部保健学科紀要. 8, pp.77-84, 2007-03-12. 九州大学医学部保健学科
バージョン：
権利関係：

九州大学医学部保健学科紀要，2007，第８号，77－84
Memoirs Dep. of Health Scis. Sch. of Med Kyushu Univ., 2007, vol.8, 77－84



資　料

# 退院時の患者へのQOLを高めるソーシャルサポート介入

宮園真美[1)]

# Social Support to improve the Quality of Life for the patient leaving hospital

Mami Miyazono

キーワード：ソーシャルサポート　QOL（Quality of Life）地域
Key words：Social Suppoet QOL（Quality of Life）community

## 緒言

我が国は、医療費の高騰を制御するために2003年に「DPC」（diagnosis procedure combination）を導入した。病院の機能分化と入院日数の短縮に伴って看護の場は病院・施設から地域へとシフトされてきている。地域に居ながらにして、医療・看護を受けなければならない対象のQOLは大きく変化すると考えられる。

QOL評価をする際の大きな枠組みを、萬代[1)]は、「健康感：良好度」、「満足度：感情／気分、自己効力感／自己満足度などを含む」、「適応度・調整力：何らかの刺激に対して対処する力、ストレス対処能力」、「ソーシャルサポート：その人が持つ社会的な力、家族や友人など」の4つで説いている。しかし、中でもソーシャルサポートに関しては、国内での研究が少なく、統一した概念や定義を多くの人が認識するには至っていない[2)]。

House, J.[3)]は、ストレス対処の過程には、ソーシャルサポートが緩衝的な効果をもたらし健康状態にも影響すると説いている。ストレスコーピングの過程で、コーピングの前段階にある認知的評価（Appaisal）と、コーピングそのものに対して緩衝効果があると言う。そのため、同じ状況下にあってもソーシャルサポートの高い群は、ストレス反応が少ないなどの研究結果を報告している。また、ソーシャルサポートと病態の関係においてCohen, S.[4)]が、ソーシャルサポートを多く受け取っていると知覚している患者ほど、ストレス緩衝効果によって、病態が良いという報告をしている。ソーシャルサポートを知覚することによる、免疫学的な変化についても報告があり[5)]、退院時の患者が持つソーシャルサポートへの認識・期待はその後の健康状態、ひいてはQOL向上につながる。またそのための具体的な介入の示唆は、今後の看護サービスの向上に貢献すると考える。

本研究では、患者へソーシャルサポートを認識・期待させる介入を、現在の臨床看護師がどのように意識し、行っているか明らかにした。ソーシャルサポートに関する看護介入についての示唆を得たので報告する。

## 文献検討

ソーシャルサポートの重要性は，1960年代から指摘されてきたが、ソーシャルサポートという言葉が登場したのは1970年代である。House, J.は、精神と身体の健康という観点から、ソーシャルサポートを「情緒的関係」「物質的支援」「情報」「評価」の4つで説明した[6)]。ソーシャルサポートに

１）九州大学医学部保健学科

関しては他にも様々な定義があり、Weiss,R.J.[7]は情緒的なサポートを中心に説いており、Cobb,S.[8]は危機的な状況への保護という観点から説いている。また、Schaefer,C.[9]は相互作用という観点からソーシャルサポートを定義している。日本においてソーシャルサポートを紹介したのは、Norbeck,J.S.[10]であり、ソーシャルサポートの定義を、1）人と人との相互作用及び関係、2）課題や問題に対する感情面、あるいは実際的な助力の提供、3）ネットワークのメンバー、4）相互的または同等に与え与えられる関係、という4つの共通する特徴で説いている。この定義は、NSSQ（Need of Support and Service Questionnaire）として、我が国でも広く活用されている。我が国でのソーシャルサポート研究は、昨今では疾患や病状に対してのソーシャルサポートの影響を測定

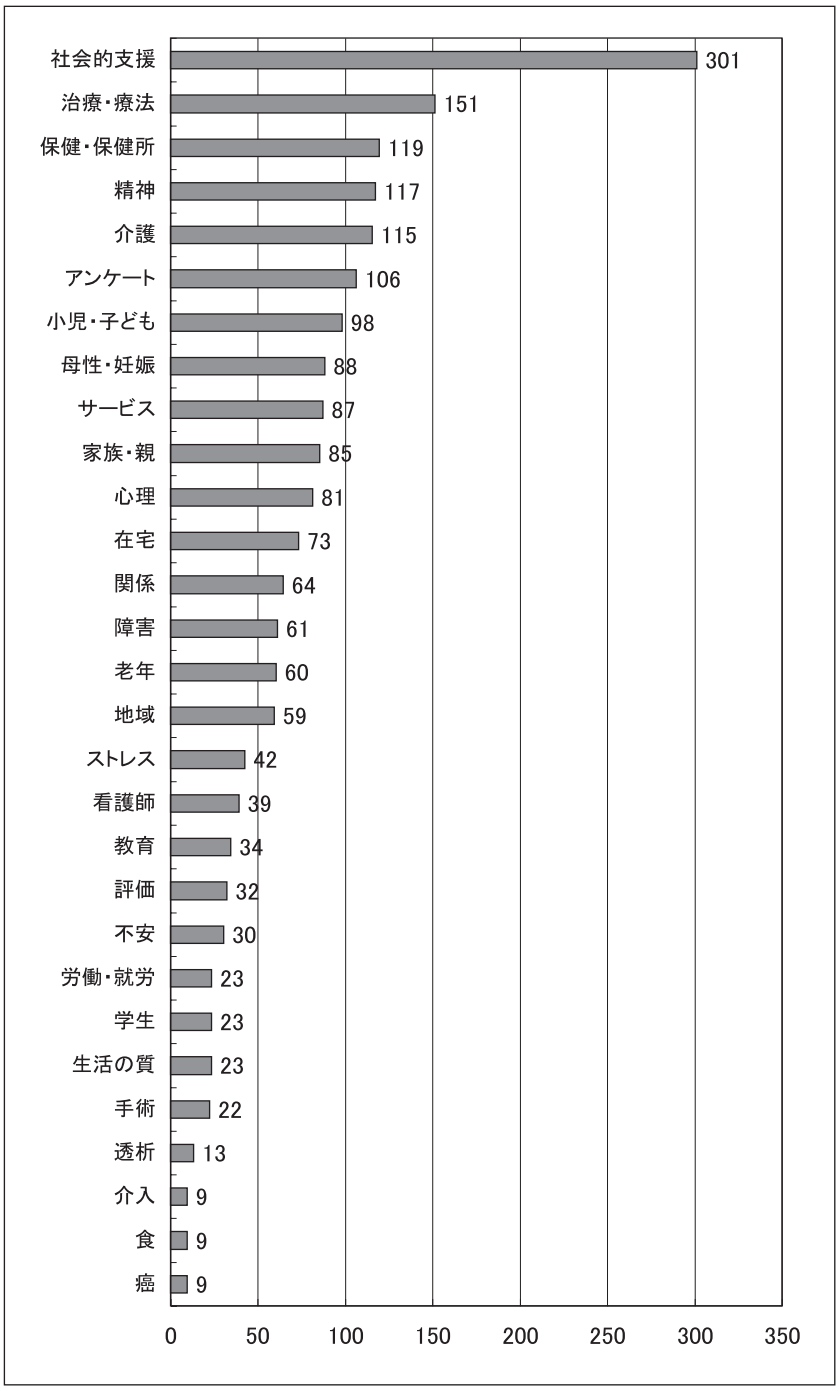


**図1　ソーシャルサポート文献のシソーラス用語**

するものが多い[11]。

社会構造の変化に伴い、看護の場が地域へ移行してきたことも、看護師がソーシャルサポートに意義を見いだす事になった背景の一つであると考える。ソーシャルサポート研究は、看護の分野において増加傾向であり国内では過去10年間に約2000件もの研究がなされている。　我が国のソーシャルサポート研究のうち原著、総説を医学中央雑誌で、1996年から2006年の間、キーワード「看護」で絞り込み、検索した結果は313件ある。使用されたシソーラス用語を全文献中2～3語毎選択した計909語の中で、最も多かった用語は、「社会的支援」301語、次が「～治療・～療法」151語であった。以下、「保健」119語、「精神」117語、「介護」115語、「アンケート」106語であった。「社会的支援」は、ソーシャルサポートと同義の言葉であり、最も多く使われているが、次に多い「～治療・～療法」は、具体的な治療を受けている患者を対象にソーシャルサポート研究をしているというものである。治療を受けている期間中からのソーシャルサポートへの支援の増加は、看護の場を病院や施設内のみならず地域へとシフトしようとする意識の現れであると考える。同時に「保健・保健所」、「精神」そして「介護」に関する用語も多く、介護保険の導入に伴う医療保健福祉の連携や精神障害者の地域生活支援の推進も、ソーシャルサポート研究に大きく関わっている。

ソーシャルサポートは、現在社会において看護に不可欠な要素であり、看護師もその重要性を認識していることが伺える。

## 研究目的

臨床看護師のソーシャルサポート介入への意識と行動を明らかにするとともに、看護師が退院する患者へ提供するソーシャルサポート介入を検討する。

## 研究方法

**（対象）**

看護師270名：公立民営、300床以上の地域基幹病院；A病院とB病院に勤務。

**（調査内容）**

1）看護師の属性（年齢、経験年数、病棟経験年数、役職／役割、所属病棟の種類）、

2）Houseのソーシャルサポート支援の枠組み（「情緒的支援（患者が自己評価を損なわないための精神的支援を含む）」「物質的支援」「情報的支援」）より抽出した全34質問項目（４段階リッカートスケール）。

**（調査期間）**

2006年7月13日から8月11日

**（分析）**

収集データはSPSS12.0Jで記述統計、および推測統計を行った。

**（倫理的配慮）**

研究への参加は自由意思である事、研究成果を学会、学術誌へ報告・記載するがデータは全て数値化し個人が特定できないように管理を厳重にする事、目的、方法について説明し、書面にて同意を得た。

**（用語の定義）**

ソーシャルサポート：家族や友人より得られたと本人が主観的に認識する情緒的（自己評価への支援を含む）、物質的、そして情報的支援。

## 結果

有効回答は201件、回収率は74.4％であった。

1）対象の属性：

平均年齢：32.33才（±8.99）、所属病棟：13病棟、経験年数平均：10.45年（±8.63）、病棟経験年数平均：3.32年（±3.17）、

役職／役割の内訳：師長7名、主任10名、臨床指導者40名、スタッフ144名。

2）ソーシャルサポートのアセスメントに対する意識

ソーシャルサポートへのアセスメントは「と

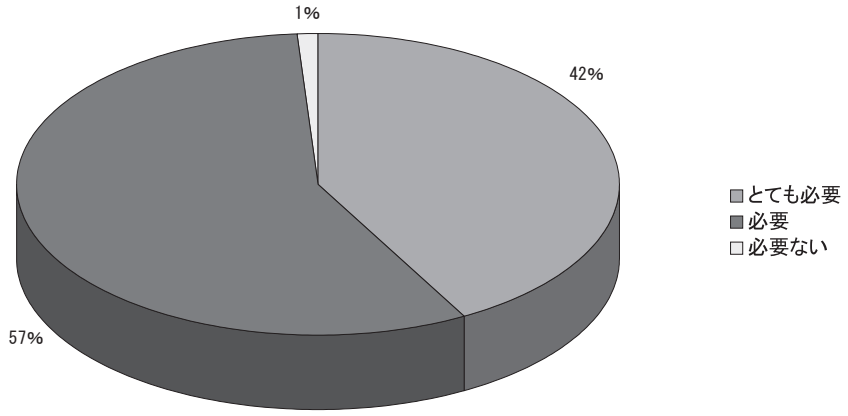


図２　ソーシャルサポート必要性に関する意識

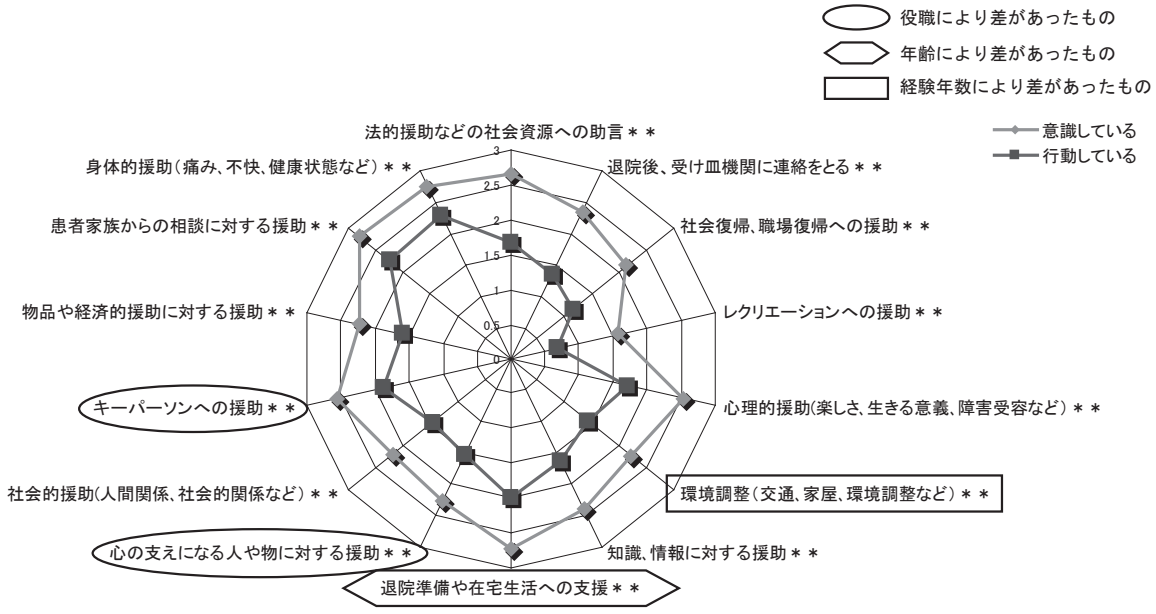


図３　ソーシャルサポートの意識と行動の比較　　＊＊ p<.01

ても必要」85名（42％）と「必要」113名（57％）で合わせると99％を占めていた。

３）ソーシャルサポート介入、必要性の意識;(　)内は得点：点数が 2.5 点以上の項目は、「患者家族からの相談に対する援助 (2.79)」、「身体的援助 (2.75)」、「退院準備や在宅生活への支援 (2.74)」、「法的援助などの社会資源への支援 (2.66)」「キーパーソンへの援助 (2.56)」、「心理的援助 (2.53)」であった。

４）ソーシャルサポート介入、行動・実施しているという意識：

点数が2.5以上の項目はなかった。

５）属性による比較

①役職：師長が他のスタッフより多く介入していると意識していた項目は、「キーパーソンへの援助（ｐ=0.012)」と「心の支えになる人物への援助（ｐ=0.004)」であった。

②年齢：20代、30代、40代、50代で比較したところ、20代に比べ50代の看護師のほうが介入している意識が高い項目は、「退院のための準備や在宅への支援（p=0.015)」であった。

③経験年数：1～5年未満、5～10年未満、10～

20年未満、20～30年未満、30年以上で比較したところ、経験10～20年未満の看護師が5年未満の看護師より介入していると意識していた項目は「環境調整：交通、家屋など（p=0.016）」であった。

６）意識と行動の乖離

必要性の意識は、実際しているという意識よりも全て有意に得点が高かった。得点差は次の通りである。「退院後、受け皿機関に連絡をとる（0.99）」、「社会復帰、職場復帰への援助（0.98）」、「レクリエーションへの援助（0.89）」、「法的援助などの社会資源への支援（0.85）」、「心理的援助：楽しさ、生きる意義、障害受容（0.83）」、「環境調整：交通、家屋など（0.81）」、「社会的援助：人間関係、社会的関係（0.79）」、「知識、情報に対する援助（0.78）」、「退院準備や在宅生活への支援（0.75）」、「心の支えになる人や物に対する援助（0.73）」、「キーパーソンへの援助（0.68）」、「物品や経済的援助に対する助言（0.65）」、「患者家族からの相談に対する援助（0.54）」、「身体的援助（0.46）」。

## 考察

今回の調査は、ソーシャルサポートの定義を、患者本人が家族や友人から得られたと認識する「情緒的（自己評価への支援を含む）」「実質的」「情報的」支援、と提示した上で実施したが、ほぼ全ての看護師が、退院する際の患者のソーシャルサポートへのアセスメントについて必要だと意識していた。これは、ソーシャルサポートの有効性や定義がおおよその看護師に浸透しているためであったと考える。看護は、医療技術の革新と社会構造の変化の中で患者の身心のみならずそのQOLの向上を目指すようになった。看護師は、患者を社会統合体の中の一部としてとらえ、他者との相互作用や関係性が患者の健康や生活に大きく関与すると周知するようになったと考える。しかし、同時に今回の結果ではその意識と行動に全体的な乖離が見られた。この乖離の理由を明らかにすることによって、今後看護が果たすべきソーシャルサポート介入について検討する。

### 意識と行動の乖離

ソーシャルサポート介入というものは非常に複雑で個別的な行為である。そのため看護師がどこまで介入すべきなのか判断できない状況がこの意識と行動の乖離を生んだのではないかと考える。

看護師の介入が、ソーシャルサポートの資源であるか否かという議論は、「ソーシャルサポートは対象個人の資源であり、看護師を含む医療従事者は含まれない。援助的介入関係と社会的立場からの専門的な支援関係は本来区別されるべきである[13]。」という考えと、「地域では、看護師自らも（またその介入も）ソーシャルサポートの一つである」という考えの間にある。看護師の立場をその対象に接近させるか、距離を保つかというところに分岐点はある。今回の調査は、Norbeckがソーシャルサポートの特徴の一つとしてあげている「相互的または同等に与え与えられる関係」という点からも、報酬を得て看護をする看護師はあくまでも医療従事者であり、相互に与え合うソーシャルサポートではないという考えを基本に行った。看護師は、その区切りがなければどこまでも個人に介入できてしまう特性がある職業であるため、時間的、内容的に積極的な制限を必要とする。それは大切な区切りであり、その時間的な制限や内容を明確にすることが看護師の勤務体制をより円滑にし、アイデンティティを確実にするものである。しかし、今回の結果を見る限り、看護師は必要性を意識しているのに実施できないジレンマにあると考えられる。それは自分たちがしなくてはならないのにできない現状を示している。

今回、ソーシャルサポート介入を実施すべきだと思う意識と、実際に介入しているという意識の乖離が最も多かったのは、「退院後、受け皿機関に連絡をとる」であった。退院後の受け皿機関への連絡は意識しているが行えていなかった。その大きな理由の一つは、看護師が退院後の患者の生活への介入を自分の責任範囲外の業務と捉えている、もしくは看護師が手出しをしてはいけないことと捉えているためではないだろうか。

現在、病院内職員の業務は機能分化が進み、退院する患者の準備やソーシャルサポートとの調整

をソーシャルワーカーに一任するシステムが増えている。確かに経済的な状況や地域との連携などのソーシャルワーカーの任務を看護師が占有する必要はない。しかし、退院する患者の生活を見極め、そのQOLの向上を考慮した看護の継続は看護師の仕事である。患者の疾患から起こる生活の困難や問題点をアセスメントするのは看護師の仕事である。看護師の意識と行動の乖離は、このアセスメントを継続することができない現状の現れではないだろうか。ほとんどの看護師がソーシャルサポート介入の必要性を意識していながら行動できない理由は、退院する患者へのアセスメント後のプランを託す相手や方法を見いだせないでいるためなのではないだろうか。

一方、地域の看護師は臨床看護師からの情報を基に地域での看護を展開する。しかし、その情報をやり取りする機会というのは、同じ病院系列にある訪問看護ステーションでなければほとんど見られず、看護添書もしくは看護サマリーが一方的に情報として存在する程度である。地域の看護師もまた、臨床の看護との連携を待っていると考える。また、地域の訪問看護ステーションの看護師は、数年来の付き合いの患者を固定的に受け持っており、病棟看護師より対象の個人的な部分まで介入を求められるなど、よりソーシャルサポート資源の一部のような働きをする看護をしている場合がある[14]。このような対象が病院に入院する場合などは逆に地域の看護師から臨床の看護師へ連携をしていくという方法もある。

今後、ますます看護の場が地域へシフトされることによって、看護師の介入だけでなく存在そのものがソーシャルサポート資源の一部となるよう求められる場合も考えられる。このように、ソーシャルサポート介入に看護が関わる時には、非常に細部にわたっての関わりとなるため、それが専門職の関わりなのか、ソーシャルサポートと同様の働きをするものなのか、区別し辛いというところがある。ソーシャルサポート介入を看護者が、特に誰がどこまですべきなのか、そして誰に引き継ぐのかということを各職場や個人が明確にし、そのシステムを作ることは今後の課題である。

入院期間短縮に伴い、退院する患者へのソーシャルサポート介入の必要性はますます高まると考える。その中で看護師に最も求められることは、看護師が、施設間、施設－地域、施設－社会と連携することである。退院後の患者の健康は、看護師が次の看護の担い手に連携し、継続することである。看護師は、人間を全人的な統一体と捉えその生活全てを対象とする、と教育されている。

今回の調査で、意識と行動の乖離が現れたのは、臨床看護師が対象を生活者として全人的に捉えているのに、介入することができていない不安と迷いが表れたためであると考える。

**属性による違い**

今回の調査では、ソーシャルサポート介入に際してその属性によって違いがあることがわかった。特に、師長、主任などの役職にあるものの方が、若年者よりも年配の看護師の方が、そして新人看護師よりもベテラン看護師の方が、退院に向けてのソーシャルサポート介入をしているという意識が高かった。これは、ソーシャルサポートの個別的で密接な支援を公私ともに多く体験し、その必要性を理解しているためであると考える。看護師として熟練していくにつれ、患者のニーズを素早く把握できる能力を身につけ、必要なソーシャルサポートのタイプを適切に選択でき、地域の看護者と連携する力があるためであると考える。ソーシャルサポート介入の量や範囲を判断することは困難であるが、過不足のないソーシャルサポート介入は、患者の求めるところであり、QOL向上につながると考える。熟練した看護師のように、「ニーズを把握しソーシャルサポートのタイプを素早く選択できる」ことは、ソーシャルサポート介入に不可欠な技術であると考える。

Gottlib,B.H.[12] は、ソーシャルサポート介入が適切な状況を次の２つのタイプに分けている。１つは「新しい結びつきを作る必要がある状況：対象にとって全く新しい資源が必要な時」で、もう１つは「自然発生的ネットワーク内での介入が適切な場合：ある程度持っている資源を補強する必要がある時」である。例えば、退院する際に車椅

子が必要になった患者は、全く新しい物質的資源が必要である。一方、夫の介護をしている妻の相談相手などの存在は、既に持っている資源としての情緒的支援である。

今回の調査では、「患者家族からの相談に対する援助」に関して、ソーシャルサポート介入を実施できているという解答が多かったが、このように患者や家族からのニードが明確なものは熟練した看護師でなくても対応できる。患者自身とその家族から直接発せられる要求に対するものであり、ニーズに直接対応するものである。そのため、患者の訴えがどのソーシャルサポートタイプを求めているのか明確であり、介入が容易になっていたのではないかと考える。おそらく、その相談の内容は退院に向けての物品購入方法であったり、介護疲れを訴えるものであったり、と様々だと考えられる。看護師はこの時に、患者に必要な具体的なソーシャルサポートタイプを認識している。必要な支援は新しい結びつきを必要とするものなのか、既にある資源を補強すべきものなのか、または物質的支援なのか、情緒的支援なのか、その対象のニーズに合ったソーシャルサポート介入を適切に選別することが必要である。

役職にある看護師、年配の看護師、そして経験年数が高い看護師は、「キーパーソンへの援助」、「心の支えになる人や物への援助」、「退院準備や在宅生活への援助」、「環境調整」の項目において、他者より点数が高かった。この理由は、患者や家族がニードを表出する人物を選択しているということと、これらの看護師が積極的にソーシャルサポート介入のニードに近づこうとしているためであると考える。

患者や家族がニードを表出する人物とは、自分の表出したニードを受け止め、対処してくれる存在である。患者や家族のニードが直接的であればある程、そのソーシャルサポート介入は明確に実施できることは前述した。患者や家族はどの人が一番自分たちを理解し、親身になって力になってくれるかを察知している。例えば、キーパーソンは自ら経済的な困難や、身体的な状態などを看護師長や主任に相談することが多い。患者や家族がこの人物なら自分たちの苦悩をなんとか解決してくれると判断して選択しているのである。

また、積極的にニードに近づくということは、患者や家族のこれから起こる生活上の困難を予測してその手だてについて考えているか聞くなどの行動をとっているということである。「キーパーソンへの援助」、「心の支えになる人や物への援助」、「退院準備や在宅生活への援助」、「環境調整」は全て、患者そのものの目先の問題である疾患や治療というより、その後の生活やその周辺の存在に目を向けたものである。役職にある看護師、年配の看護師、そして経験年数が高い看護師は、現在の問題点のみならず、対象の生活そのものに目を向けていることがわかる。

患者や家族に信頼され、対象の生活全てを見渡せるためには、その人となり、年齢、そして経験が必要である。しかし、それは教育によっても補える部分が多いと考える。今後、ますます入院期間は短縮し、患者と看護師が接する時間も短縮される。このような現状で、現在役職にある看護師、年配の看護師、そして経験年数が高い看護師が持つ熟練したソーシャルサポート介入への高度な技術を経験知から認識知に変換し、多くの看護師がソーシャルサポート介入を実践できるようにすることが重要であると考える。

ソーシャルサポートタイプを選別し、具体的な介入によって退院後の患者のQOLは向上するものと思われる。患者がどんなソーシャルサポート介入を求めているか積極的に訴えを導きだせるよう、看護師は意識的、積極的にソーシャルサポート介入に取り組む努力が必要である。

今回の看護師意識調査は、看護師の属性と意識の相違を調べたものであり、図の点線円内で示される。(図4. ソーシャルサポート介入への因子とQOLの関係)。ソーシャルサポート介入のためのシステム作りや介入そのものに関しては、今後の課題である。社会が変化し、入院期間が短縮化されても、看護の本質は変わらず人間の個別性を見つめている。今後も看護師が患者個々のニーズに沿った援助をするために、ソーシャルサポート研究を進めていきたい。

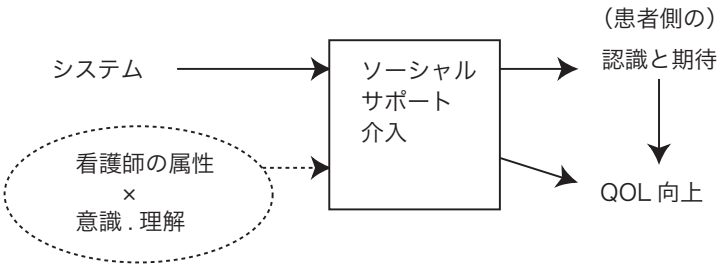


**図４　ソーシャルサポート介入への因子とQOLの関係**

## 結論

１）看護師は、ソーシャルサポート介入に対して必要性を十分に意識しているが、介入は意識的に行えていない。

２）今後看護師がソーシャルサポートに対して意識的に介入するためには、次の要件が必要である。

①　ソーシャルサポート介入の方法・内容を各組織で検討し、明らかにする。

②　組織間（施設側と地域側）の看護師が互いの責任範囲を再確認し、患者のネットワークを含めて連携する。

３）ニード把握とソーシャルサポートタイプの選択のためには、熟練したソーシャルサポート介入技術の内容を精選し、看護教育に反映する必要がある。

## 謝　辞

調査にご協力頂きました大久保看護部長、高松看護部長、白潟副看護部長、他病棟師長、主任、及びスタッフの皆様に感謝いたします。調査から論文作成にあたりご指導頂きました諸先生、ありがとうございました。

尚、本研究は、愛知県立看護大学看護学研究科修士課程の課題研究論文「精神病院入院患者とコミュニティで生活している精神障害者のQOL評価の比較」の一部に加筆・修正をしたもので、一部は看護研究学会（九州地方会）に発表した。

## 文献

１）萬代隆：看護に生かすQOL評価、中山書店、2003

２）大島巌：心理社会的援助プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国試行、デザインと評価尺度の開発、厚生労働省精神神経疾患12年度総括報告、2001

３）House,J.S：Work Stress and Social Support,1983

４）Cohen,S., Lynn, G.U. & Gottlieb, B.H.：Social Support measurement and intervention,2000

５）宮崎隆穂、小牧元、石川俊男：ソーシャルサポートに関する精神神経免疫学的研究、日本心理学会66回、1201、2002

６）前掲３）p. 13－39

７）Weiss,R.J.（1974）：The provisions of Social Relationships, editor P.Hall, New Jersey, Doing unto Others,17－26

８）Cobb,S.：Social Support as a Moderator of Life stress, Psychosomatic Medicine,38（5）,1976

９）Scheafer,C.& Lazaraus,R.S.：The Health-Related Functions of Social Support,J.Behav. Med.,4（4）381－406,1981

10）Norbeck,J.S.：ソーシャルサポートに関する看護の国際的研究の動向：基本的概念と方法論上の問題点について、看護研究,20（2）12－23,1986

11）宮下美香：乳がん患者により知覚されたソーシャルサポートに関する研究、看護技術、50(3)、242－248, 2004

12）前掲４）p.263－290

13）前掲４）p.335－377

14）Washio Masakazu（札幌医科大学　公衛）Oura Asae, Arai Yumiko, Mori Mitsuru：虚弱老人の介護者におけるうつ状態老人の公的長期介護保険導入後３年、International Medical Journal, 10（3）,179－183,2003