

科学研究費助成事業 研究成果報告書

令和 6 年 6 月 10 日現在

機関番号：14501

研究種目：基盤研究(B) (一般)

研究期間：2019～2022

課題番号：19H03933

研究課題名(和文)慢性心不全患者の急性増悪予防に向けて看護師が行う退院時病態アセスメントとその評価

研究課題名(英文) Discharge Assessment of Clinical Conditions and Evaluation by Nurses to Prevent Acute Exacerbations in Patients with Chronic Heart Failure

研究代表者

宮脇 郁子 (Miyawaki, Ikuko)

神戸大学・保健学研究科・教授

研究者番号：80209957

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 8,100,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、慢性心不全患者の急性増悪予防のために退院時の看護実践に焦点をあて、循環器病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師の看護実践について半構造化インタビューを行った。その結果、病棟看護師は「心不全症状に気づくためのセルフモニタリング支援」、退院調整看護師は「心不全の継続的な管理を確実にする」、訪問看護師は、「身体反応や病態に基づいて心不全の悪化の兆候を見出す」等の実践をしていた。心不全患者の移行期ケアにおいては、病棟、退院調整、訪問の3つの看護師が、患者の病態、検査結果の推移、活動時の身体反応などの情報を多面的に共有し、生活調整のための支援を継続することが必要であることが示唆された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究は、慢性心不全患者の退院時の看護支援(移行期ケア)において、病棟、退院調整、訪問看護の3つの看護師がお互いの実践の意図を理解し、患者の臨床状態、検査結果の推移、活動時の身体反応などの情報を共有し、療養生活の調整支援を継続することが重要であることを明示することができた点が学術的意義である。また、本研究成果は慢性心不全患者の急性増悪を予防し、再入院回避という社会的課題の対応に必要な退院時支援の要となる看護実践を具体的に提示し、それらに基づいた心不全患者のケア継続を支援するプロトコル構築に貢献したことが社会的意義である。

研究成果の概要(英文)：This study focused on nursing practices adopted during hospital discharge to prevent acute exacerbations in patients with chronic heart failure. Semi-structured interviews of cardiology ward, discharge planning, and visiting nurses were conducted. Ward nurses educated the patients on how to self-monitor and recognize breathing difficulty and tiredness as heart failure symptoms, discharge planning nurses communicated with the home care team to ensure continued management of heart failure, and visiting care nurses detected the signs of heart failure exacerbation based on signs and symptoms in the body and pathological conditions. In the transitional care for patients with heart failure, the three groups of nurses (Ward et al.) must multilaterally share information on patients' clinical conditions, changes in test results, and physical reactions during activities and continue to support lifestyle adjustment.

研究分野：成人看護学、循環器看護学

キーワード：慢性心不全 退院時支援 移行期支援 看護実践 急性増悪予防 支援ツール

1. 研究開始当初の背景

高齢化に伴い心不全患者が急激に増加し、2030年の患者数は130万人に達すると予測されており、感染症の爆発的流行になぞらえ「心不全パンデミック」とも称されている。心不全の悪化による心不全増悪による再入院率は、退院後6か月で27%、1年後は35% (JCARE-CARD)と報告されており (Tsuchihashi M, et al.: 2006) 急性増悪による重症化を予防することは重要な課題である。また、一般病床等における医療機能分化により、急性期強化、リハビリテーション機能等の確保強化、退院調整機能の充実を含めた在宅医療支援が強化され、急増している慢性心不全患者においては、いかに急性増悪を予防し、効果的・効率的に急性期病院と在宅ならびに地域の医療機関をつなぐ看護を提供するかが喫緊の課題である。内部障害である慢性心不全は、患者・家族のみならず循環器を専門としない医療従事者であっても、患者の症状が改善すれば患者の生活調整の必要性については重要視されることが少なくないのが現状である。すなわち、心不全は、一般的には良く聞く病名としては理解されているが、がん患者や脳血管疾患患者の病状経過や生活への影響についての理解にくらべて、心不全患者の経過や影響がみえにくいことから非常に漠然として捉えられることが多く、慢性心不全の患者や家族は、息切れや浮腫などの急性増悪の症状が改善されれば、これまでと同様に普通に生活できると考えることが多い。慢性心不全患者が自分の症状や徴候がなぜ起こるのかを理解したうえで、心臓への負荷を来さないように様々な生活行動の調整を行うことは非常に難しく、外来看護のみならず、在宅療養継続を可能とする訪問看護師など心不全のための生活調整に対応できる医療者による継続的な支援が極めて重要である。

我々は、重症慢性心不全患者の緊急入院を回避し在宅療養を継続している訪問看護師の看護実践内容 (多留ら.2015、2016) や訪問看護師が行う慢性心不全へのセルフモニタリング支援 (多留ら.2017) 急性期から在宅療養につながる看護 (宮脇ら、2017) について報告してきた。これらの慢性心不全患者の在宅療養の継続を可能にする訪問看護師の看護実践内容は、まさに急性増悪予防する有効な生活調整の内容であり、患者の病態アセスメントに基づいて実践されている内容であった。しかし、急性期病院では入院期間の短縮化により退院時支援には十分な時間はなく、自己管理に必要な知識提供が優先されているのが現状である。特に、退院時に看護師から訪問看護師などに患者の情報が提供されることはなく、急性期病院の看護師は心不全患者の病態は理解していても、退院支援に内部障害である心不全患者の病態アセスメントが活かされていない現実がある。これらの課題を解決し、退院後に訪問看護師などの医療者への療養継続を可能とするためには、急性期病院における看護師による病態のアセスメントに基づく退院時支援が不可欠であると考えた。そのためには、まず慢性心不全患者への退院時支援の実態を明らかにすることが重要である。そして、その実態の分析結果をもとに、慢性心不全看護認定看護師の専門的な看護実践の実相や我々がこれまで蓄積してきた生活調整プログラムなどから、退院時の病態アセスメントを強化するための支援ツールを作成し、それらを用いた支援によって、看護師の退院時支援がどのように変化するか、また、それらによって患者の在宅療養継続期間がどのように変化するかを明らかにすることが重要である。看護師が行う退院時の病態アセスメントが強化されれば、訪問看護師などへの慢性心不全患者の医療に関する情報伝達が確実に伝達すること、患者とその家族が望む適切な療養の場の選択肢の提供が可能となり、何よりも病態アセスメントに基づく生活調整のための退院支援が可能になると考えた。

2. 研究の目的

本研究は、急増している慢性心不全患者の急性増悪予防 (再入院予防) のために、退院後の患者・家族の療養継続の要 (かなめ) となる看護師が行う退院時の病態アセスメントに基づく支援に焦点をあて、これらを強化する支援ツールを試案することを目的とした。

具体的には、目的1)慢性心不全患者の退院時支援における循環器病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師、慢性心不全看護認定看護師の看護実践について明らかにした。2)1)の分析結果をもとに、質問紙案を作成し、在宅療養生活調整のために必要な看護実践を明らかにし、退院時 (移行期ケア) を支援するツールを試案することを目的とした。

3. 研究の方法

目的1)慢性心不全患者の退院時支援における循環器病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師、の看護実践の意図の明確化

1) 研究協力者とリクルート

研究協力者は、関西圏の都市部にある急性期病院及び24時間電話対応可能な訪問看護ステーションで働く看護師。研究協力施設は病棟看護師3施設、退院調整看護師4施設、訪問看護師3施設に勤務する看護師で、心不全患者の移行期支援の経験がある看護師経験5年以上 (Benner,

1984)の看護師とし、本研究への同意が得られた看護師とした。

2) 調査内容とデータ収集方法

面接対象者の背景、性別、看護師経験年数、ならびに退院調整での経験年数について情報を得た。退院時の看護実践に関するインタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。まず「心不全患者を退院に向けて支援する際に、どのようなことを気にされていますか」と質問し自由に語ってもらい、語られた内容について具体的にどのような情報を得て、どのような看護実践につながっているかを尋ねた。すべてのインタビューは対象者の承諾を得て IC レコーダーに録音した。なお、リピーティングインタビューは実施していない。

3) データ分析

データ分析は、質的内容分析を用いた。まず個別の面接内容を逐語し、逐語録を繰り返し精読し、心不全患者の退院時支援に関連する内容のすべてをコーディングした。次に各々の場の看護師毎に類似と相違の観点からグループ化を行い、コーディングを繰り返してサブカテゴリー、カテゴリーを形成したデータ管理とコーディングプロセスは MAXQDA2022(Ver.22.4.1)を使用した。コーディングを詳細に確認し、共同研究者とディスカッションを重ね、コンセンサスが得られるまで分析と結果について議論した。

4) 倫理的配慮

本研究は神戸大学大学院保健学研究科倫理委員会(承認番号:824-2)の承認を得た。インタビューの前に研究目的と方法を書面及び口頭で参加者全員に説明した。また管理者からの強制力が働かないよう、研究協力の諾否については看護管理者に報告しない事、研究参加の任意性、同意・撤回の自由の保障、匿名性の厳守を保証した。文書による研究参加への同意を得た後、業務に支障がない日時を調整し、秘匿が確保できる場所で面接調査を行った。すべての対象者から研究の同意を得た。

目的2)目的1の分析結果をもとに調査票案を作成し、退院調整の支援の要となる情報共有内容に関する調査ならびにそれらに基づく支援ツールの試案

1) 研究協力者：過去3年間で慢性心不全患者の在宅支援を行った看護師

2) 調査内容およびデータ収集方法：

調査内容および使用する調査票：看護師経験、在宅看護経験、調査票：目的1)の調査結果および我々の調査で蓄積したデータ(情報共有が必要と考える情報など)を元に作成した調査票。調査票への記載は、各協力施設で行い返信を依頼した。

3) データ分析とツールの試案

得られた量的データは記述統計量を算出し、必要な情報がどの段階でどのように得られているか、また、情報の入手手段などを分析した。そして、看護師が必要としている情報を抽出し、病院からの在宅移行に必要な情報を共有するための情報シートならびに支援ツールを試案した。

4) 倫理的配慮

本研究は神戸大学大学院保健学研究科倫理委員会(承認番号:1252)の承認を得た。

4. 研究成果

1) 慢性心不全患者の退院時支援における循環器病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師、の看護実践の意図の明確化

本研究に参加した看護師は21名、うち病棟看護師12名、退院調整看護師4名、訪問看護師5名だった。その結果、病棟Ns12カテゴリー、退院Ns10カテゴリー、訪問Ns8カテゴリーが生成され、それらは5つの意図に分類できた。Nsは「その人らしさの尊重」と「病態の把握」を基盤に、「急性増悪の予防・療養行動の促進」「療養の場の選択・療養環境の調整」「医療をつなぐ」を意図していた。病棟Nsは療養行動の《改善点を重点的に指導》し、《症状や検査結果の確認》から病態を把握し、療養環境の調整には《家族の協力や介護保険を活用》していた。退院Nsは《生活ぶりを把握し療養生活を整え》、《過活動を評価し、在宅サービスを調整》する際に生活と病態を関連づけた指導になるよう病棟Nsに関わり、《医療と暮らしがみえる訪問看護につなぐ》をしていた。訪問Nsは身体所見と経過から病態を予測し、《入院中の症状と検査結果の推移を知る努力》をし、《医学的知識がある者同士で連携したい》と考えていた。また《生活ぶりや療養行動の折り合いを見出す》《生活の中の心負担を調整する》をし、《増悪徴候に気づき対処する力を引き出す》をしていた。本研究結果から、訪問看護師が心不全患者の移行期支援において必要とする情報が共有されないため、情報を得る努力をしている現状が明らかになった。これらのことから、慢性心不全の退院時の支援において、特に病院から在宅へ共有が必要な情報について、詳細な検討が必要であることが示唆された。退院支援を効果的に行うための支援ツールのプロトコルとして、本調査で明らかになった内容をツールとして試案することを検討した。また、ツールの試案過程において、心不全患者の移行期ケアにおける、患者の病態、検査結果の変化、活動時の身体反応などの具体的な情報共有内容を調査する必要があり、目的2)の調査を計画実施した。

2) 目的1の分析結果をもとに調査票案を作成し、退院調整の支援の要となる情報共有内容に関

する調査ならびにそれらに基づく支援ツールの試案

目的 1 で明らかになった内容を元に調査表を作成し、訪問看護師等の調査結果を基に、情報ルールを開発する計画である。また、我々がこれまでに作成した支援アプリに情報を追加したうえで、退院支援ツールを試案し、慢性心不全看護認定看護師等からの評価をうける計画である。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計3件（うち招待講演 1件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 高橋美帆、多留ちえみ、福田敦子、宮脇郁子
2. 発表標題 慢性心不全患者の退院時支援における看護実践の特徴 ~病棟・退院調整・訪問看護の視点から~
3. 学会等名 第41回日本看護科学学会学術集会
4. 発表年 2021年

1. 発表者名 高橋美帆、多留ちえみ、宮脇郁子
2. 発表標題 慢性心不全患者の退院時支援における医療をつなぐ看護実践
3. 学会等名 第17回日本循環器看護学会
4. 発表年 2020年

1. 発表者名 宮脇郁子
2. 発表標題 心不全患者の病みの軌跡とケア
3. 学会等名 第25回日本心不全学会学術集会（招待講演）
4. 発表年 2021年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	齊藤 奈緒 (Saito Nao) (20403298)	宮城大学・看護学群・教授 (21301)	

6. 研究組織（つづき）

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	大岸 文美 (Ogishi Ayami) (50848439)	神戸大学・保健学研究科・助教 (14501)	
研究分担者	吉田 俊子 (Yoshida Toshiko) (60325933)	聖路加国際大学・大学院看護学研究科・教授 (32633)	
研究分担者	福田 敦子 (Fukuda Atsuko) (80294239)	神戸大学・保健学研究科・講師 (14501)	
研究分担者	正垣 淳子 (Shogaki Junko) (80725987)	神戸大学・保健学研究科・助教 (14501)	
研究分担者	木村 裕治 (Kimura Yuji) (80882167)	神戸大学・保健学研究科・助教 (14501)	
研究分担者	多留 ちえみ (Taru Chiemi) (90514050)	神戸大学・保健学研究科・保健学研究員 (14501)	

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------