

令和 6 年 6 月 25 日現在

機関番号：21601

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2019～2023

課題番号：19K10854

研究課題名(和文) 高齢心不全患者と家族のAging in Placeを支える心不全緩和ケアの開発

研究課題名(英文) Development of Heart Failure Palliative Care to Support Aging in Place for Elderly Heart Failure Patients and their Families

研究代表者

坂本 祐子 (SAKAMOTO, Yuko)

福島県立医科大学・看護学部・教授

研究者番号：20333982

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,900,000円

研究成果の概要(和文)：看護師の心不全緩和ケアの認識は、所属を問わず「“がん”がうらやましい」であった。心不全緩和ケアの推進には、医療職のみならず、患者・家族、社会から認識される必要性が明らかとなった。外来・訪問看護師は、「1日でも長く自宅療養」を目指しセルフケア・セルフモニタリングの視点から看護実践を提供し、病棟看護師は症候対応を難しいとしながら多職種と連携し緩和ケアの実践を行っていた。高齢心不全患者は、心不全の病識が乏しく、内服や水分管理等のセルフケアが難しいこと、血圧・体重測定を行っているものの値を意識することは少なくセルフモニタリングに課題があることが明らかとなった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

看護職と高齢心不全患者・家族の病期・病態の認識には乖離があり、患者・家族は自らの生活行動が心不全を進行させている意識はなかった。心不全緩和ケアにおいても心不全のセルフケア・セルフモニタリングの重要性が示唆された。

研究成果の概要(英文)：Nurses' perception of heart failure palliative care is that they are envious of "cancer palliative care" regardless of their affiliation. Promotion of heart failure palliative care requires of this nursing specialty by not only the medical profession, but also by patients, families, and society. Outpatient and home-visit nurses provide nursing from the perspective of self-care and self-monitoring, aiming for "home care for as long as possible". Ward nurses, on the other hand, practice palliative care in collaboration with multiple professions, although it is difficult for them to deal with various syndromes. Elderly heart failure patients have poor awareness of heart failure. They have difficulty with self-care, such as taking medications and

研究分野：高齢者看護学

キーワード：心不全 緩和ケア 高齢者 家族

様式 C - 19、F - 19 - 1 (共通)

1. 研究開始当初の背景

2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的に、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築が推進されている(厚生労働省)。我が国の医療に関する政策をみると、がん医療、精神医療など疾患等を問わず、「地域包括的ケアシステム」「Aging in Place」に関する内容が盛り込まれており、今後の医療政策において、この2つのキーワードは重要な視点であると考えた。

未曾有の高齢化社会が到来している現在、高齢者の医療を考えることは重要である。人生の最終段階に緩和ケアを必要とする者の第1位は循環器疾患、第2位はがんである(WHO2014年)。しかし、緩和ケアは、がんやAIDS患者を対象に発展してきた経緯があり、非がん患者を対象とした緩和ケアは研究報告も極めて少なく、未だ発展途上と言っても過言ではない。2010年「循環器疾患における末期医療に関する提言」が作成され、がんとは異なる緩和ケアなどを含む終末期医療のあり方の必要性が示された。また、2017年改訂の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では「緩和ケア」の項が設けられ、2018年4月診療報酬改定で緩和ケア診療の適応疾患として新たに末期心不全が追加となった。しかし、循環器疾患患者の緩和ケア提供体制に関するワーキンググループの報告書(2018)においても、心不全緩和ケアのニーズと緩和ケアの正式な概念が医療者に認識されていないことが課題されている。

わが国における心不全患者の約70%は75歳以上の高齢者であり、治療法や療養の場の選択、介護の問題などを含み高齢者の心不全患者の療養生活は社会問題となっている。2016年「高齢心不全患者の治療に関するステートメント(日本心不全学会)」では、高齢者の心不全患者の特徴として根治が望めない進行性かつ致死性疾患であると明記されている。そのため高齢者の心不全の治療目標は臨床経過を踏まえつつ、年齢・並存疾患の有無・心不全の重症度により適切に設定される必要があり、状況によっては心不全の治療と並行し緩和ケアも必要となる(厚生労働省)。また、高齢者はAgingにより、身体的・精神的機能が低下していることが多く、患者のみならず家族も含めたケアが重要である。

そこで、高齢心不全患者と家族が住み慣れた地域で療養を行いながら生活し、人生最後の時期を患者と家族らしい生活を送ることができるように、心不全と診断されてから末期状態に至るまでの“心不全緩和ケア”を開発に着手した。

2. 研究の目的

本研究の目的は、高齢心不全患者と家族に行われている緩和ケアの実態について明らかにすると共に、高齢心不全患者と家族が住み慣れた地域での療養を可能にする“心不全緩和ケア”モデルを開発することである。

3. 研究の方法

1) 研究 看護師の心不全緩和ケアの認識と実践の抽出

(1) 研究デザイン: 質的帰納的記述型研究デザイン

(2) 調査期間: 2021年4月~2023年3月

(3) 研究参加者

- ・高齢心不全患者の看護に携わる病棟および外来看護師
- ・高齢心不全患者の看護に携わる訪問看護事業所看護師

(4) データ収集場所

W県内にて診療科に循環器を纏める病院の当該病棟と外来、訪問看護事業所に所属する看護職とした。

(5) データ収集内容

- ・参加者の基本属性: 年代、看護師歴、循環器疾患患者の看護歴
- ・緩和ケアのイメージ
- ・心不全緩和ケアのイメージ(対象者像、心不全stage、提供される場)
- ・入院あるいは在宅療養中の高齢心不全患者のその人らしい生活を支えるケア

(6) データ収集方法

インタビューガイドに基づく半構成面接法とし、研究参加者に対し研究者1名が1回を原則とする。面接時間は30分~1時間程度とし、データ収集は各研究協力医療機関内のプライバシーが保たれる会議室(あるいは参加者の指定する場所)等で行う。面接内容は、研究対象者の許可を得て録音を行った。

(7) 分析

得られたデータは逐語録にし、内容分析の手法を参考に共同研究者間で討議しながら行った。

2) 研究 高齢心不全患者の心不全緩和ケアニーズ

- (1) 研究デザイン：質的効能的記述型研究デザイン
- (2) 調査期間：2021年9月～2023年3月
- (3) 研究参加者：65歳以上の高齢心不全患者と家族
- (4) データ収集場所：W県内にて診療科に循環器を纏める病院の当該病棟と外来
- (5) インタビュー収集内容
 - インタビューガイド（高齢心不全患者）
 - ・心不全を診断されたときの思い
 - ・（入院）入院前に行っていた心不全セルフケア
 - ・（外来患者）自宅で行っている心不全のセルフケアの内容と取り組む思い
 - ・（入院）退院後の心不全セルフケア / （外来）入院回避のための心不全セルフケアで必要と思うことと取り組みに対する思い
 - インタビューガイド（家族）
 - ・心不全で入院した時の思い
 - ・家族として心不全の療養で気を付けていること
 - ・現居住時での生活を続けることの見通し
 - ・必要とする支援
- (6) データ収集方法

インタビューガイドに基づく半構成面接法とし、高齢心不全患者及び家族に対し研究者1名が入院中の場合は、1名に対して退院時と外来受診に各1回、外来通院中の場合は1回を原則とする。ともに面接時間は30分～1時間程度とする。データ収集は、各研究協力医療機関内のプライバシーが保たれる個室等で行う。面接内容は、研究対象者の許可を得て録音を行った。
- (7) 分析

得られたデータは逐語録にし、内容分析の手法を参考に共同研究者間で討議しながら行った。

4. 研究成果

1) 看護師の心不全緩和ケアの認識

(1) 研究参加者

ID	年代	所属	看護師歴	循環器看護歴
N1	40 歳代	訪問	25 年	13 年
N2	20 歳代	病棟	8 年	3 年
N3	30 歳代	病棟	10 年	3 年
N4	30 歳代	病棟	11 年	3 年
N5	60 歳代	外来	37 年	15 年
N6	40 歳代	外来	19 年	4 年

(2) 心不全緩和ケアの認識

「心不全緩和ケア」について、病棟、外来、訪問看護事業所の看護師から共通して語られた内容は「“がん”が羨ましい」であった。その理由としてメディアの情報等から患者・家族だけでなく医療職も含め「がん終末期像」や「がん緩和ケア」のイメージが出来て、緩和ケアやその導入が比較的スムーズに進むこと、スキルアップのリソースが多いことを語った。

病棟看護師は、終末期高齢心不全患者を「長い経過の中で覚悟を決めている」ととらえ、「生活制限を最小限にする」と語り、早期の緩和ケア導入を模索していた。訪問看護師は、在宅酸素や点滴が必要になれば難しいとしながら「できる限り在宅で見てあげたい」と語り、「在宅で可能な緩和ケア」を模索していた。外来看護師は、「動けるうちは自宅がベスト」だが終末期患者の定期・急性増悪初期の受診を「自宅内は移動できたとしても、通院は体力的に難しくなる」と語り、受診を病状・体調に応じて医療機関あるいは自宅と柔軟に選択できるようになることを望んでいた。

(3) 心不全緩和ケアの実践

病棟・外来・訪問看護事業所何れの所属の看護師も、医師や他職種との連携の成功例を語りながらも、心不全緩和ケア実践の障壁として多職種・他機関との連携の難しさを語った。

緩和ケア自体については、「症候なので対応が難しい」と語りながらも、病棟看護師は多職種に相談しながらケアを実践していた。症状緩和として「モルヒネ使用」を検討しても、家族の持つマイナスのイメージから使用できないもどかしさを感じていた。

外来・訪問看護事業所の看護師からは、「1日でも長く自宅で生活する」ために“緩和ケア”としてセルフケア・セルフモニタリング支援が語られた。処方薬が多く・水分制限のある高齢者では内服方法の工夫、日常生活が過負荷傾向の高齢者には居室内を一緒に行動し、息切れを自覚してもらうなどを実践していた。また、通所サービス事業所等が消極的なりハビリテーションことから、訪問時に実践可能な生活機能の維持つなげるリハビリテーションの希望が語られた。

2) 心不全高齢者と家族の心不全緩和ケアニーズ

(1) 研究参加者

ID	性別	年代	治療の場	Stage	直近1年 心不全入院歴	備考
P1	男性	80歳代	外来	D	1回	PTCA後
P2	男性	80歳代	外来	C	無	
P3	男性	80歳代	外来	C/D	無	PM植え込み入院後
P4	女性	80歳代	入院	D	複数回	TAVI後
F1	女性	80歳代	(-)	(-)	(-)	P3の配偶者

(2) 高齢心不全患者の療養生活

高齢心不全患者4名とその家族1名5名中、「心不全」の病識がある参加者は1名だけであり、「心不全はあらゆる心疾患の終末期像」と言われるように、心不全治療のきっかけとなった高血圧症や不整脈のため現在も通院・加療していると認識していた。高齢心不全患者4名ともに心不全手帳を所有してなかったが、血圧手帳については市販(医療機関配布)版だけでなく、高齢者自身がオリジナル版を作成し血圧(一部体重)を記録していた。しかし、血圧手帳の記載目的は、外来受診時の医師への情報提供が目的であり、セルフモニタリングとして活用していなかった。

療養生活上の困難としては、心不全症状の進行とともに増加・変更される内服薬の管理が語られた。また、全員が他科からも内服薬の処方を受けており、「今月はA病院の薬が余っている」など薬物管理が難しいことが推測されたが、外来受診時に医療者に伝えることはしていなかった。

水分管理については、「(摂取量を)気にしたことがない」「周りの人から熱中症予防に水を勧められた」などが語られた。心不全治療薬には水分摂取が推奨される薬剤もあるが、水分管理を意識していない背景には、「心不全」の病識の希薄さも関係しているのではないかと考えた。

病状の進行した場合の療養先としては4名中3名が介護施設を上げ、時期として「自分で自分の身の回りのことができなくなったら」とし、理由としては「心不全に起因するADL低下」ではなく「加齢変化に伴うADL低下」を語った。半年で2回入院したP4氏も「年をとって身の回りのことができなくなったら介護施設のお世話になります」と語り、

(3) 心不全ケアニーズ

外来通院の3名は看護師に望むケアを語ることはなく、医療者に対する語りとしては「外来担当の医師が変わらないでほしい」だけであった。看護師のインタビューにおいて外来看護師が「話したそうにしている患者に話しかける時間がない」「気になる患者がいても時間がない」に語ったように、外来看護師が患者とかかわる時間確保の難しさあり、患者にとって遠い存在になっている可能性が示唆された。

同意に入院患者のP4氏も感謝の言葉が語られたが、希望するケアについては語られなかった。

3) まとめ

看護師の心不全緩和ケアの認識は、所属を問わず「“がん”がうらやましい」であった。心不全緩和ケアの推進には、医療職のみならず、社会から認識される必要性が明らかとなった。外来・訪問看護事業所所属の看護師は、「1日での長く自宅療養」を目指しセルフケア・セルフモニタリングの視点から看護実践を提供し、病棟看護師は症候対応を難しいとしながら、多職種と連携し緩和ケアの実践を行っていた。

高齢心不全患者は、心不全の自覚が乏しく、心不全に至った疾患のため治療を受けていると理解していた。また、内服や水分管理などのセルフケアが難しいこと、血圧・体重測定の測定は行っていたが測定値を意識することは少なくセルフモニタリングに課題があることが明らかとなった。

4) 研究の限界と課題

現在公表されている心不全緩和ケアは、慢性心不全看護認定看護師、循環器看護を担う看護師の視点から開発されたものが殆どである。高齢心不全患者の療養の実態やケアニーズの視点から、心不全緩和ケアの開発を試みたが、調査協力機関のCOVID-19の対応のため研究に制約が生じ、目的到達までには至っていない。

心不全はあらゆる心疾患の終末期像と言われるように、その経過が長ければ長いほど高齢心不全患者は自己の疾患を認識していなかった。自身で血圧のモニタリングノートを作成し、毎日血圧を測定・記録している患者でも、セルフモニタリングの意識は高くなかった。終末期を迎える時期を延長させるためにも、高齢心不全患者が1日でも長く望む暮らしを送るためにも、心

不全セルフケアは重要である。今後は今回のデータを活かし、心不全緩和ケアの一翼として高齢心不全患者のセルフケア・セルフモニタリングケアの開発に取り組む。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計0件

〔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	山手 美和 (YAMATE Miwa) (80347202)	福島県立医科大学・看護学部・博士研究員 (21601)	
研究 分 担 者	大崎 瑞恵 (OHSAKI Mizue) (70525948)	青森県立保健大学・健康科学部・講師 (21102)	

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