

令和 6 年 6 月 21 日現在

機関番号：26401

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2020～2023

課題番号：20K11079

研究課題名（和文）市町村保健師による医療保険者と連携型の高齢者心不全重症化予防プログラムの開発

研究課題名（英文）Development of a Program for Prevention of Severe Heart Failure in the Elderly by Public Health Nurses in Collaboration with Medical Insurers

研究代表者

小澤 若菜（Ozawa, Wakana）

高知県立大学・看護学部・准教授

研究者番号：90584334

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 2,700,000円

研究成果の概要（和文）：本研究の目的は、本研究の目的は、市町村保健師による医療保険者と連携型の高齢者心不全重症化予防プログラムの開発をおこなうことである。そして、疾病管理と生活機能維持の双方にわたる在宅療養高齢者の一体的包括的な疾患管理を目指す。質問紙調査による高齢者心不全患者の重症化と決定要因の特定と、面接調査及びアクションリサーチにより、地域生活における介入プログラムを作成した。高齢者が認識しやすい心不全の症状を重症化の評価指標として作成し、プログラムの内容は、重症化を抑制する要因となる、ソーシャルサポートを得る力、自分自身のこととして健康状態を把握する力の内容をもとに、プログラムの作成を行った。

研究成果の学術的意義や社会的意義

プログラムでは、心不全兆候のチェックリストの自宅、通いの場での確認や、かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援として、通いの場での相談・指導等について、個別及びグループ別に作成した。重症化とは、高齢心不全患者が自らの徴候を捉え、生きているという感覚のなかで、病いの経験をしていくことが明らかとなった。そのため、高齢心不全患者が何を大切にしているか、希望や好み（プリファレンス）を理解し、病いとともに生きていくことを、我が事として捉えていくことを支援する取り組みが地域づくりにおいては重要となる。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study is to develop a program for prevention of severe heart failure in the elderly by public health nurses in collaboration with health insurers. The goal is to develop a comprehensive disease management program for elderly patients receiving treatment at home that covers both disease management and maintenance of daily life functions. The questionnaire survey was used to identify the severity and determinants of heart failure in elderly patients, and the interview survey and action research were used to develop an intervention program for community life. Symptoms of heart failure that are easily recognized by the elderly were created as indicators to assess the severity of the disease, and the content of the program was based on the content of the ability to obtain social support and the ability to understand health status as one's own, which are factors that reduce the severity of the disease.

研究分野：地域看護学

キーワード：重症化予防 循環器病

## 1. 研究開始当初の背景

心不全患者数は、2030年には1300千人に達すると推計され、「心不全パンデミック」が予測される(Okura Yら,2008)。重症化予防の取り組みは、これまで、病棟や外来で行う予防プログラムや、日頃の生活における自己管理行動を促進する介入が多くされてきた。心不全の疾病管理には、水分や塩分の過剰摂取や過労、服薬の自己中断、知識や症状モニタリングの不足といったことが影響しており、患者個々の傾向を把握し、個別的な療養生活支援の実施がされている(加藤,2017)。心不全患者の多くは、高齢者が占めており、慢性疾患に加え、フレイル状態になりやすい。したがって、疾病管理と生活機能維持の双方にわたる、包括的な重症化予防が求められる。そして、高齢心不全患者の重症化予防を、個別的な対応だけでなく、通いの場を中心とした地域での取り組みへと拡大していくことが急務となる。

疾患をもつ高齢者には、ソーシャルサポートが大きく影響していると言われている。地域で形成する退院後の社会資源の活用や、症状に応じた日常生活の過ごし方をシームレスに行っていくためにも、その一步として、重症化の要因を特定し、その結果から、症状レベル別・ソーシャルサポートレベル別の介入方法を明確にする必要がある。そうすることにより、重症化レベルに応じた看護介入を高齢心不全患者に提供することによって、在宅療養の実情にそった、より決め細やかな予防活動が可能となり、再発や症状悪化を防ぐことが出来ると考える。

高齢心不全患者が、退院後の地域の生活拠点、通いの場など社会資源を活用しながら、地域ぐるみで取り組むためには、在宅療養でコントロールの難しいとされる高齢心不全患者を早期に見つけ、実効可能な予防プログラムの支援と、プログラムの促進を図る仕組みづくりが必要となる。したがって、健康課題をもつ集団への包括的な予防活動を推進していくために、市町村保健師の役割は大きい。現在、医療保険と介護保険の制度が、一体的に取り組む保健事業の推進が期待されている(厚生労働省,2018)。そこで、市町村保健師が、高齢者心不全重症化予防に向けて医療保険者と連携し、データヘルス計画と介護保険事業計画の共有や利活用していくことが重要となる。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は、「市町村保健師による医療保険者と連携型の高齢者心不全重症化予防プログラムの開発」をおこない、疾病管理と生活機能維持の双方にわたる在宅療養高齢者の一体的包括的な疾患管理を目指すことである。

プログラムを開発することで、在宅療養生活において生きがいを持ち、安心して暮らせる地域社会の構築を図る。

## 3. 研究の方法

研究方法として、高齢者心不全患者の重症化(severity)の程度と、重症化に影響する要因を特定化し、この成果を参考に、症状レベル別・ソーシャルサポートレベル別の重症化予防の介入方法を明らかにする。そして、市町村保健師が医療保険者と連携し、一体的に運営可能な心不全重症化予防のプログラムを開発する。具体的には、(1)高齢心不全患者を対象とした質問紙調査を行い、重症化とその影響要因を特定する。そして、症状レベル別、ソーシャルサポートレベル別による介入方法を明らかにする。(2)自治体保健師を対象としたインタビュー調査を行い、医療保険者との連携の在り方と課題、保健事業の計画立案、事業内容、活動の促進及び阻害する事柄や克服方法を明らかにする。(3)得られた結果をもとに作成したプログラムの試案に基づき、アクションリサーチ法による実践をとおした有用性の検証を行い、心不全重症化予防プログラムを作成する。

## 4. 研究成果

### (1) 高齢者心不全患者の重症化と決定要因の特定

文献調査から、心不全患者の重症化の定義と操作化を行った。重症度を、身体的な兆候の自覚と、精神的な兆候の自覚を加算した結果とし、重症化とは、重症度と時間による変化によって把握し、重症度が時間の経緯による変化により増すこととした。重症化に関連する要因は、先行研究よりセルフケア行動、知識、ヘルスリテラシー、物事をポジティブに捉え自分自身を大切にす力、自分自身のこととして健康状態を把握する力、ソーシャルサポートを想定し、Heart Failure Somatic Perception Scale (HFSPS) など、各尺度を用いて属性とともに質問紙による調査を行った。調査対象者は、循環器内科のある病院及び診療所の外来を受診する在宅療養高齢者で、聞き取り調査にて実施した。

結果、対象者は103名(平均73.01±11.28歳)であった。重症度は27項目から相関係数が低く統計的有意差が認められなかった3項目を除外し有効な項目を、高齢者心不全患者の重症度とした。心不全に共通した特異的症状の呼吸困難(労作時及び安静時)、浮腫、胸痛、咳嗽と、一般的な非特異的症状となる、倦怠感、食欲不振、夜間の覚醒が明らかとなった。さらに、症状

として自覚されにくい徴候も明らかとなった。これらの身体的、精神的な兆候による症状を主観的に捉え、時間の経緯による段階的な変化を客観的に判断することのできる指標を作成した。

次に、平均点の標準偏差(±1SD)ごとに分類し、重症度低群56人と、重症度高群47人の群間の差の分析を行った。さらに、時間による変化を、診断経過年数の平均10.25年(SD=8.10,最小値0.5,最大値40.0)をもとに、重症度の低群かつ10年未満29人と高群かつ10年以上27人に分類し、比較及び重症化の関連要因を探索した。分析方法は、ステップワイズ法による重回帰分析(R<sup>2</sup>=0.52)を行った。重症化に、負の方向性で統計的に有意に関連したのは、「自分自身のこととして健康状態を把握する力」(β=-0.374, p<0.05)、「ソーシャルサポート」(β=-0.291, p<0.01)が明らかとなった。また、重症化に正の方向性で統計的に有意に関連したのは、「伝達的リテラシー」(β=0.545, p<0.001)、「BMI」(β=0.375, p<0.001)、「年齢」(β=0.291, p<0.05)であった。以上の結果を、重症化を判断する指標及び重症化に影響する要因と特定した。

以上の結果より、重症化とは病いの経験であり、心不全患者自身が病いから学び、我が事として取り組んでいくための支援が示唆された。また、家族や重要な他者との関係性への支援や、医療者として初期の段階からの継続的な関わりとなるソーシャルサポートが重要であると考えた。そこで、これらの結果を踏まえ、症状レベル別、ソーシャルサポートレベル別の介入プログラム案1を作成した。心不全の重症化は、心不全患者の自覚症状として、夜間の覚醒や、疲労感、日中の休息などが特徴として挙げられる。そこで、高齢者が認識しやすい心不全の症状として、これらを評価指標とすることとした。プログラムの内容は、重症化を抑制する要因となる、ソーシャルサポートを得る力、自分自身のこととして健康状態を把握する力の内容をもとに作成した。

## (2) プログラムの方法及び実施計画の立案

### 面接調査

自治体保健師と、医療保険者へのヒアリングを実施し、全国で介護予防と一体化した保健事業の連携と保健活動を明らかにし、プログラムの方法及び実施計画の立案を行う。まず、全国で介護予防と一体化した保健事業を先駆的にしている自治体保健師6名へ、文献調査から明らかとなった結果をもとに、医療保険者との連携による保健事業の計画立案、実施内容、評価、役割や課題を調査項目とし、面接調査を行った。その際、高齢者の特性を踏まえたガイドラインで、重症化予防に関する実効的な取り組みについてもインタビューを行った。文献調査では、ガイドラインの事例集に挙げられる市町村、後期高齢者医療広域連合、都道府県の取り組みから、専門職の配置、情報の把握、地域課題分析、アウトリーチ、通いの場への関与等、活動の特徴を踏まえ、グッドプラクティスと想定される自治体の実施状況を分析した。

結果、一体的実施における保健事業の課題として、政策や既存の事業との関連、課内の理解、通いの場との連携協働の経験、住民の参画が明らかとなった。

これらの課題をプログラム作成時に含めて計画し、自治体保健師と医療時保険者との連携型の心不全重症化予防プログラムの作成を行った。

### アクションリサーチ

で作成した介入プログラムを用いて、地区担当保健師及び地域包括支援センターの保健師へ実践をふまえたアクションリサーチを行った。定期的に、自治体保健師2名、医療保険組合の保健師1名とミーティング(年間6回)を行い、重症化予防に関する実情や、保健事業の調整を検討しながら、取り組みを修正し、プログラムの洗練化を行った。プログラムの項目では、心不全兆候のチェックリストの自宅、通いの場での確認や、かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援として、通いの場での相談・指導等について、個別及びグループ別に作成した。

結果、高齢心不全患者が、「病いと向き合うこと」、「病いととも生きること」を支援する必要性が明らかとなった。さらに、具体的な内容として、自分自身のこととして健康状態を把握する力、病いからの学びを向上していく力を高めていくためのプログラムの構成を行い、家族・仲間・医療者との関係性の構築や、初期の段階からの継続的なソーシャルサポートについてプログラムに導入した。

重症化とは、高齢心不全患者が自らの徴候を捉え、生きているという感覚のなかで、病いの経験をしていくことである。そのため、高齢心不全患者が何を大切にしているか、希望や好み(プリファレンス)を理解し、病いととも生きていくことを、我が事として捉えていくことを支援する取り組みが地域づくりにおいては重要となる。これらの支援をプログラムの基盤とし、作成を行った。

## (4) 研究の課題

データの収集として、サンプル数が少なく、高齢心不全患者の病歴等治療に関するカルテ等医療、介護データからの情報は本研究には含まれていない。そのため、本研究結果を一般化するには限界がある。また、コロナ禍において、プログラムの実施及び検証を行うことが困難となった。

今後、より幅広く多くのデータを収集し、エビデンスに基づいた研究を探索し、重症化予防に向けての介入モデル作成及び予防モデルの構築に向けての研究を継続していく必要がある。また、高齢者が心不全という病気と向き合い、学んでいくという自らの積極的な疾病管理が重症化にどう影響していくかということもふまえ、さらなる研究が必要である。

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	時長 美希  (Tokinaga Miki)  (00163965)	高知県立大学・看護学部・教授    (26401)	
研究分担者	森下 安子  (Morishita Yasuko)  (10326449)	高知県立大学・看護学部・教授    (26401)	
研究分担者	久保田 聡美  (Kubota Satomi)  (50827631)	高知県立大学・看護学部・教授    (26401)	

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