

心不全死亡率の高い愛媛県における心不全発症要因検討のための インタビュー調査

衛藤 夢果, 岡田 愛生, 中越 奈津美, 椋井 香帆, 山下 華乃
指導教員: 二井谷 真由美

I. はじめに

心不全とは、なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および/あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群と定義されている（急性・慢性心不全診療ガイドライン，2017）。2021年の厚生労働省人口動態統計によると、日本の死因順位の第1位は悪性新生物（全死亡者に占める割合は26.5%）、第2位は心疾患（同14.9%）となっており、心不全を含む心疾患の死亡者数は多い。また、2021年度循環器疾患診療実態調査報告書では、急性心不全による入院患者数は2017年は約11万3000人であったが、2021年には13万2000人となっており高齢化も相まって全国的に患者数は増加傾向にある。心不全発症や増悪の要因には、基礎疾患や合併疾患の増悪といった医学的要因に加え、疾患の理解や治療アドビアランスといった健康行動学的要因、認知機能、抑うつ、不安などの精神心理的要因、家族構成やソーシャルサポートといった社会的要因も重要であり、循環器医療における包括的管理の重要性が指摘されている（真茅，2017）。

翻って愛媛県の状況をみてみると、2020年の心疾患粗死亡率は全国2位であり、2015年の人口動態統計特殊報告によると、心疾患のうち特に心不全の年齢調整死亡率は全国よりも高い水準で推移しており、愛媛県の心不全死亡率は男女ともに高い現状にある（愛媛県循環器病対策推進計画，2022）。この原因について、心不全は高齢化に伴い発症患者数が増加することから、まず高齢化率について概観した（令和4年版高齢社会白書（全体版），2022）。令和2年の我が国の総人口は1億2,571万人であるなか、65歳以上人口は、3,619万人であり総人口に占める割合（高齢化率）は28.8%となっている。一方、愛媛県では33.6%と全国平均と比較すると高齢化率は高い状況にあるが、高齢化率が33%台と同程度の新潟県や宮崎県、大分県では心不全死亡率は決して高くはなかった（循環器疾患診療実態調査報告書，2021）。また、病院・一般診療所数について、心不全死亡率が最も低い福岡県と比較を行ったが、人口10万対の病院数は愛媛県10.1、福岡県8.9、一般診療所数は愛媛県91.4、福岡県93.3であり大きな差は見いだせなかった（厚生統計要覧 保健衛生，2022）。さらに、1日の塩分摂取状況を比較した（e-Stat 国民健康・栄養調査，2016）。愛媛県の男性は10.7g、福岡県は11.7g、女性は愛媛県9.1g、福岡県9.5gであり両県ともに推奨塩分摂取量を超えていた。これらの結果から、文献検索等では愛媛県の心不全死亡率が高い、特徴的な要因を見出すことはできなかった。

そこで今回、急性心不全と診断された患者へのインタビューをとおして、その人の今までの生活や心不全に対する認識などを知ることで、医療者側からだけでなく、患者側からの視点で愛媛県における心不全発症の要因を探索し、心不全の発症や重症化予防への示唆を得たいと考えた。

II. 目的

急性心不全を発症した愛媛県在住患者に対して、発症の経緯やそれまでの生活について問う半構造化面接を行うことにより、心不全発症の要因について探索し、心不全発症および重症化予防への示唆を得ることを目的とした。

Ⅲ. 方法

1. 研究デザイン：半構造化面接による質的記述的研究

2. 対象者の選定：愛媛県内の病院に急性心不全と診断されて入院し、急性期治療後に、米国心臓協会 (American Heart Association ; AHA) の心不全ステージ分類でステージ B もしくは C の状態に落ち着き、在宅への退院が検討されている患者を対象とした。選択基準、除外基準、選定方法について下記に示す。

1) 選択基準

- ・ 20歳以上の成人で、日本語による読み書きが可能である
- ・ 急性心不全と診断されて入院し、急性期治療後に、米国心臓協会 (American Heart Association ; AHA) の心不全ステージ分類でステージ B もしくは C の状態に落ち着き、在宅への退院が検討されている
- ・ 30分程度の個室でのインタビューに耐えうる心身状態にある

2) 除外基準

- ・ 自身のことを語る事が困難な認知機能障害を有する
- ・ 心不全以外の併存疾患（がん・脳血管疾患・整形外科疾患など）の治療中である

3) 選定方法

- (1) 愛媛大学研究倫理審査委員会で承認が得られた後に、研究協力病院の看護部長に研究の趣旨と概要について文書を用いて説明し、研究協力者となる看護師を紹介していただいた。その後、研究協力病院の臨床研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た。その承認をもって研究を実施することの許可を得た。
- (2) 主治医と看護師が紹介可能と判断した対象者について、対象者が研究の説明を受けても良いとする日時を看護師からメールで連絡してもらい、日程調整を行った。
- (3) 指定日時に研究者1名と指導教員の併せて2名が依頼文と同意書・同意撤回書をもって病院を訪問し、プライバシーの確保された病棟の面談室で研究の意義、目的、詳しい方法などについて文書を用いて説明し、文書で同意を得た。その際、対象者にインタビューを希望する日時と場所を確認するとともに同意撤回書も一緒に渡しておいた。

3. 研究期間：2023年5月1日－2025年3月31日

調査期間：2023年11月13日－2024年1月12日

4. 調査内容：下記項目についてインタビューガイドに基づき研究者1名と指導教員が半構造化面接を行った。

- 1) 人口統計学的変数：年齢・性別・教育歴・職業・家族構成
- 2) 医学的変数：診断名・既往歴・介護保険の有無・介護サービス等社会資源活用状況・自覚症状の有無と症状があった場合の対処方法・過去の健診受診歴とその結果に対する対処行動・食生活の状況・運動習慣の有無とその内容・取り組んできた健康行動・心不全についての認識

5. 中止基準：研究対象者から研究参加の辞退の申し出があった場合

インタビュー中に気分不良等で継続が困難となった場合

研究全体が中止された場合

6. データ収集方法：研究対象者の希望する日時に、希望する場所（研究協力病院のプライバシーの確保された面談室もしくは自宅）で、インタビューガイドに基づいて30分程度の半構造化面接を実施した。インタビュー内容は研究対象者の許可を得て、ICレコーダーに録音した。
7. 分析方法：まず、対象者の背景因子を記述する。次に、面接内容の記録と逐語録から、「心不全発症の経緯」「それまでの生活」「心不全に対する認識」の3項目に分けて、それぞれについて患者の回答を整理して記述し、発症のきっかけとなる因子を抽出した。

8. 倫理的配慮

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻研究倫理審査委員会および研究協力病院臨床研究倫理審査委員会の審査を受け、その承認をもって研究を実施した。

1) 説明と同意

(1) 説明の機会と方法

研究協力の意向を示した研究対象者と、生活や治療に支障のない都合の良い日時を設定しインタビューを行うが、事前に研究者から研究依頼文書を用いて、研究の趣旨及び目的、倫理的配慮に関して説明した。

(2) 同意の機会と方法

研究対象者は、研究参加に同意した場合には研究協力同意書に署名した。書類は2部作成し、対象者と研究者の双方が手元に保管した。

(3) 研究参加および中断離脱の任意性

対象者には、研究への参加は自由意思であること、研究への参加を辞退することによって、治療に何ら不利益を被ることのないことを説明した。

2) 個人情報の保護

(1) データの匿名化

- ・対象者に語ってもらう際には、個人が特定されるような固有名詞に配慮しながら語ってもらえるように説明した。
- ・ICレコーダーから逐語録を起こす際には、対象者の氏名は匿名化した。
- ・データの中に個人が特定されるような可能性のある固有名詞があれば、逐語録に起こす際に、記号化した。

(2) 情報へのアクセス制限

- ・データの取り扱いは研究者のみが行った。

(3) 個人情報および個人データの保管および処理の方法

- ・聞き取り録音したデータはIDで整理し、パスワードをかけた状態のUSBで指導教員が保管する。保管場所は、指導教員の部屋の鍵のかかるキャビネット内とした。

3) プライバシーの保護

- (1) インタビューの場所は、プライバシーが守られ、研究対象者が希望した、研究協力病院の面談室とした。
- (2) 語られる内容をICレコーダーに録音することを説明し、同意を得てから録音した。

- (3) 対象者ができるだけ自由に自発的に話ができるような配慮を行い，受動的姿勢，傾聴的姿勢でインタビューを実施した。
- 4) 目的使用の制限・成果の公表
- (1) 回答によって得られた情報は，本研究以外に使用していない。
- (2) 解析結果を，関連の学会発表や研究論文として広く周知する際，個人が特定されることはない。
- (3) 対象者が結果の閲覧を希望する場合は，分析した結果を研究終了後に送付する。
- 5) 研究に参加することの利益，および不利益とその対応方法
- (1) 本研究に参加することによる対象者の利益
- 参加に対する謝礼はなく対象者に直接的な利益はないが，研究を行うことにより愛媛県の心不全発症の要因について明らかになる可能性があり，心不全医療をより充実させることにつながる。
- (2) 本研究に参加することによる対象者の不利益とその対応方法
- 30分程度のインタビューに耐えうる心身状態にある方を選定していることから，インタビューによる心身への影響は少ないと考えられる。もしストレス等を感じた場合には，いつでも辞退してよいこと，辞退による不利益はないことを事前に説明した。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

調査期間中に8名の患者から研究参加の同意が得られた。参加者の概要を表1に示す。

表1.参加者の概要

	年齢 (歳)	性別	最終 学歴	勤務 形態	居住形態	既往歴	介護保険 利用	インタビュー 時間
A	59	男性	中学	非常勤	独居	心筋梗塞	なし	68分
B	50	男性	高校	常勤	妻・子と同居	1型糖尿病 心筋梗塞	なし	64分
C	73	男性	大学	退職	独居	肺気腫 脳梗塞 胃癌	なし	73分
D	88	男性	中学	農業	妻・子の家族と 同居	なし	なし	20分
E	81	男性	高校	退職	独居	肝臓癌 高血圧	あり	35分
F	95	女性	高校	無職	子と同居	肺結核	なし	32分
G	89	男性	高校	退職	子と同居	心筋梗塞	なし	15分
H	87	男性	中学	退職	独居	腎機能障害 心筋梗塞	なし	26分

2. 急性心不全発症の経緯

8名のうち5名は、急性心不全の発症は今回がはじめてであった。

急性心不全を繰り返している A 氏は「2週間に1回薬を貰いにかかりつけ医で通院しているが、そこで悪くなっていたら（心不全の急性増悪）、ここ（研究協力病院）に入院する、を繰り返している。」と述べ、今回も同様の経緯での入院であった。G 氏は「なんでか分からないけど、（入院の）10日ほど前から意識がボーとすることがあって。（かかりつけ医を受診し）入院したほうがいいといわれて」緊急入院となっていた。H 氏も「思い返すと血の混じった痰がでていたな、と思うけど、そんなに悪いとは思ってなくて、（腎機能障害のための受診の際に）すぐに入院しないとだめだといわれて」思いがけず緊急入院となっており「なんで心臓が悪くなったのか全然分からない」と話した。

B 氏は「ここ一か月、疲れやすいとかむくみが出てきたとかあったんだけど、まさか心臓が悪いからむくむんだ、しんどいんだっていう風な考えが全くなくて、（中略）倒れるまでの一週間は寝るのも辛くて、横になるだけでせき込むし、苦しいし、これはもしかしたら肺がんになったのかなって」と思い、近医を受診したところ「もう、歩いちゃダメ！車椅子持ってきて！ベッドに寝て！って言われて。最初何言ってるんだらうって思ったんで、一回家帰りたいんですけど言っても、もう動いちゃダメ！救急車呼んだから、うちじゃ見れないからって言われました。もう（研究協力病院）に行ってもらいます。そのまま救急車でここに運ばれて。（入院してから体重が）13kg減った」と経緯を話した。急性心不全の原因について「（心筋梗塞の治療後）ものすごく症状がよくなったんですね。薬は出されたんですけど、本当に調子が良かったので。あまりに調子が良かったことで心筋梗塞で起きる息苦しさもカテーテルで良くなって。薬飲まなくなると翌日にすぐ悪くなるわけじゃないじゃないですか？じわじわ来るもので。薬は悪くならないための予防に必要だと思うんですけど、調子がいいともったいないなと思ってしまうというか…」と通院も内服も中断していたと話した。

E 氏は「どうしてか分からんけど足が痛くなって、（かかりつけ医への受診を）止めていた。入院する2週間くらい前から足が痛くて買い物にも行けなくなり、夜は息が苦しくて寝れなくなった」ことからかかりつけ医を受診し、緊急入院となっていた。受診を先延ばしにしたのは「酒とたばこのせいだと言われるのが分かっていたし、肝臓が原因だと思っていたから」と述べ、心不全とはまったく結びついてなかった。

F 氏は「腰の痛みが我慢できないくらいひどくなったから救急外来にきたら、腰より心臓が大変だと言われて」緊急入院となったと述べた。「なんで心臓が悪くなったのか分からない」と困惑していた。同様に D 氏も「（入院前日に）少し歩く時にしんどいなと思ったけど、山の仕事（農作業）はできたんで、そのままにしていた。次の日に、普段よりも歩く時にすごいしんどくて、息子にも病院に行った方がいい言われて、近所の病院に行ったら、肺に水が溜まって心臓の動きも弱くなってる、で今の病院に救急車で運ばれてきた」と語り、心臓に問題があると言われ、驚かれていた。

3. それまでの生活

A 氏は「（心筋梗塞治療後に）たばこも水も、塩分の摂りすぎも悪いことは分かっているけど、やめられないよね」と1日10～15本の喫煙を続けていた。また、食事も食べたいものを食べ、水分制限も行えていなかった。B 氏は「（心筋梗塞の）治療してから症状もなくなって楽になったから、たばこも食事もう気にしてなかったよね。病院にいくとお金もかかるから行かなくなって薬もやめていた」と述べた。一方で、心筋梗塞の既往のある H 氏は、腎機能の低下も指摘されていたため「血圧や体重は毎日測って記録していたし、塩分や水分にも気をつけていた」と述べた。10年前に心筋梗塞を発症していた G 氏は「一緒に暮らしている娘が食事は用意してくれて、刺身とか食べたいものを食べていた。家の掃除

とかも今回調子が悪くなるまではできていた。血圧は時々測って手帳に書いてた」と家族の協力を得ながら、年齢なりの健康に配慮した生活をしてきたことが語られた。

肺気腫や脳梗塞、心不全による入院歴のある C 氏は「人の二生分の酒を飲んでいて6年前に（急性心不全で）入院してからは酒はやめたし、塩分にも気をつけた食事をしている」と話したが「体重や血圧は測ってなかった」と述べた。また、癌の治療歴のある E 氏は「毎日、朝から350ml の缶チューハイを3〜4本、たばこは18歳から毎日30〜40本吸っている」と話し「これ（飲酒と喫煙）しか楽しみはないから止めようとは思わないよ」と語り、「仕事をしていた60歳までは職場の健診を受けていたし、（肝臓癌の経過観察のため）1ヶ月に1回は大きい病院に行っていたし、血圧が高いから近所の病院にも定期的に通っていた」と述べた。

既往歴のない D 氏は「健診も行ったことはなく、病気にも罹ったことはないし、今回が初めての入院」であり「血圧や体重は測ってないし健康に特に気をつけていたことはないけど、お酒もたばこものまないし、ほとんど毎日山（畑など）に行き仕事をしてた。食事は作っている野菜や味噌をつかって（妻が）作ってくれていた。子どもたち家族と一緒に食べている」と述べ、自然と健康的な生活を送られていたことが語られた。同様に F 氏も「20代の頃に結核に罹ったけど治療が効いてよくなって、それからはずっと元気だった。毎晩1合の晩酌が楽しみ」と同席していた息子さんとともに語ってくれた。

4. 心不全に対する認識

心不全という言葉は8名全員が「知っている」と回答したが、その原因や症状について、よく知っていると答えた参加者はいなかった。心筋梗塞の既往のある B 氏は「心筋梗塞でカテーテル入れているんだから一生薬は飲まんといかんよって。これまで大病もしたことなかったからショックやったんよね。（中略）薬をその日飲まんかったからって急に悪くなるわけじゃないじゃないですか？徐々になってというのが理解できてなかったんよね。どんどんむくみやよくなって、疲れやすくて息切れして、何でなんやろう？って思うけど、ちょっと改善したりもするから仕事行ったりもしてたんよね。」と話し、心筋梗塞と心不全は結びついていなかった。

また、A 氏は「たばこや水が悪いことは分かるとる。でもこれしか楽しみはないんだから。やめられん。（趣味も娯楽はなく）はやく65歳になって介護保険をもらって施設で暮らしたい」と語った。E 氏は「心不全っていう病気は聞いたことがなかった。（知っていたとしても）酒、たばこをやめるきはない。この歳になってやめようと思う訳がない。することがないんだから。」と述べた。

D 氏、F 氏、G 氏らは皆、「特別なことはせずに、今のまま過ごせたらいいと思っている」と語った。

V. 考察

インタビューを実施した結果、心不全発症の要因として、心不全の原因や症状に対する認識不足や自身の「好きなように過ごしたい」という価値観から自己管理が効果的に実施できていないケースと、加齢による心機能低下によるもの、の大きく2つに大別されると考察された。

1. 自己管理不足

A 氏は、心不全で入退院を繰り返してしまっていた。その原因には、患者自身の自己管理が徹底できないことや、病識の不足などが挙げられる。また、B 氏は心筋梗塞を起こし、その後心不全と診断されていた。A 氏のように、内服薬の種類が多いことや身体状態の調子が良くなると内服を忘れてたり、中

断してしまったりすることがあり、心不全悪化の原因として内服の自己中断は最も多い原因の一つであるといわれている（日本循環器学会，2022）。B氏も同様に自身の調子が良いこと加えて、経済的困難を感じ、内服治療・通院を自己中断してしまった背景があった。

心不全は長期的に付き合っていかなければならない疾患であり、内服薬の継続や日々の自身の状態を管理していくことが必要不可欠である。しかし、医療者が患者に多くの情報提供を行っていても、今までの生活スタイルは患者が長年築いてきたものであるため、身体への影響を理解していながらも、行動変容につなげることは容易ではない。「無症状である＝状態が良い」ということではなく、患者が自身の心機能の程度を理解し危機感を持ってもらう・行動につなげること、また患者が在宅で急性増悪を起こさずその人らしく生活するためには、個々の状況に合わせて適切な情報提供を行い、患者をサポートしていく必要があると考えた。光岡，平田（2019）は、「慢性心不全患者の自己管理の継続には、患者が長い間かけて築いてきた信念や価値観を尊重し、患者一人ひとりにあつた自己管理方法を考えて支援していくことが必要である。慢性心不全を持ち生きている自分に価値を見出せるような支援が求められている。看護師は患者が今の自分をどのように捉えているのかを理解した援助が必要である。」と述べている。このことから、一方的に心不全だからといって同じように多くの患者に情報提供、自己管理指導をするのではなく、信頼関係を築き、コミュニケーションを取る中でしっかり患者一人ひとりを理解することが重要だと考える。患者の信念や価値観を尊重することに加え、患者が今の状態について、入院に至る前の経緯をどのように捉えているのか、退院後の生活をどう考えているのか、自己管理できるよう援助していくためにも患者の話を傾聴し、患者が継続できる自己管理方法を一緒に考えることで、上手く病気と付き合いながら患者のQOLを維持することや心不全を抱えながらも生きる意味や自分への価値を見いだすことに繋がるのではないかと考えた。自己中断によるリスクや患者の心機能の現状について適切な情報提供、教育を行い、患者の危機感や行動変容につなげる必要がある。

また、B氏やC氏、D氏は心不全増悪時にすぐに受診せず、先延ばしにしてしまっていた。鈴木（2021）が58名を対象に実施した調査によると、心不全増悪時に受診に至る日数は7.0（SD 8.7）日であり、中央値は4日であった。症状を自覚した当日に受診した者は12名（30.0%）、1日目～6日目に受診した者は15名（37.5%）、7日以降に受診した者は13名（32.5%）であった。また最長では28日の日数を要していたことが報告されている。心不全患者の多くは定期的な受診している方が多いため、次回受診時まで待っていたり、浮腫や呼吸困難を自覚した場合でも自身で対処行動をとったりし、受診が遅れ重症化すると考えられる。そのため、息苦しさや浮腫、体重増加などの心不全症状を自覚した際には、受診予定日にこだわらず早期受診を行い、重症化を予防することが重要である。また、年齢や社会的背景、理解力を考慮して患者に合わせた自己管理方法を選択して支援していくことが重要である。

一方で、心筋梗塞等の虚血性心疾患を患っていても、その管理不足により心不全へと移行する可能性があることはあまり認識されていないことが明らかになった。治療により症状軽快し、危機感が薄れている患者への教育方法について検討することも必要である。

2. 加齢に伴う心機能低下

高齢者は加齢に伴って心臓は個々の心筋細胞が大きくなるために心筋が厚くなる。特に左心室の心筋が肥大すると心臓のポンプ機能が低下して、全身の臓器が必要とする血液を十分に送り出せない状態となり、心不全に繋がりがやすい（日本心不全学会ガイドライン委員会，2016）。D氏やF氏はこれま

で大きな既往歴なく生活されており，加齢による心不全と考えられる。高齢者には心不全の原因疾患である高血圧，肥満，糖尿病の既往歴を持つ人が増加するため，心不全は加齢に伴って発症しやすい。実際に，厚生労働省の患者調査によると心不全の総数は50～54歳で0.2(人口千人当たり)であるのに対して80～84歳では2.0(人口千人当たり)，90歳以上では4.7(人口千人当たり)という統計結果が出ている。E氏のように心不全の原因疾患である高血圧などの生活習慣病の既往歴を持つ人が増加するため，心不全は加齢に伴って発症しやすいと言える。心不全は段階的に悪くなり，入退院を繰り返しながら，生活の質が低下していくため，予後が悪い。高齢者が心不全になると，息苦しさなどからあまり動けなくなり，筋力が低下しフレイルの状態になりやすくなる。また，入院により，サルコペニアや認知症になる可能性もあり，高齢者特有の問題を抱えている。心不全の早期発見・早期治療が重要となり，重症化を防ぐケアが大切になってくる。

高齢心不全患者に対するセルフケアに対する支援として，佐藤，百瀬(2019)は，「後期高齢心不全患者の再入院予防やQOL維持のためには療養上の制限は必要だが，それまでの長い生活スタイルの変容は容易でないことが多く，また残された人生をその人らしく生きることを尊重し支援することも重要である。看護師は心不全のステージを踏まえ今後の治療と療養生活についてなるべく早期から人・家族と話し合うことの重要性を認識しても，話し合うことが難しい現状が推察される。後期高齢者本人の意思を確認しそれに寄り添いながら，医療者・家族間のコミュニケーションを促進し合意形成を目指す意思決定支援に関する看護師教育が必要」と述べている。心不全は進行性であり，増悪を繰り返す。その度に治療を行わなければならないが，日常を過ごすのは自宅であり，繰り返す入退院によってQOLを維持することが重要になる。そのために，患者・家族・医療者がチームとなってコミュニケーションをとり，患者のニーズに合わせた看護を提供していくことが必要であると考えられる。また，浅井，梅津(2019)は「高齢慢性心不全患者は，病状の進行や加齢に伴い，徐々に活動範囲が狭くなり，これまでできていた日常生活動作ができなくなると，患者は自身の身体変化を受け入れていく。適切なタイミングで介入することで，患者は自己の身体変化に向き合い，進行しつつある病状の中で，自分がどのように生きたいか，望む生活を考え，表現する機会を持つ。」と述べている。高齢者の場合，残りの人生を自分らしく生きたいと考えるために，症状悪化を予防するために生活様式を変えることより，これまでの人生で確立した生き方や価値観を優先したいのではないかと思われる。そのため，患者が実現可能な部分と難しい部分を考慮し，患者が望む生活を送れるよう実現できるような介入が必要である。E氏は現在，自宅で生活しているが，1人での生活が難しくなると施設に入居するなど生活が変化することも予想される。それらのタイミングで患者の望む生活は変化していくため，今後の疾患の経過を理解した上で先を予測した看護の提供が必要になる。このように，患者の生活習慣を否定するのではなく，患者のこれまでの人生を肯定することが重要である。そして，適切なタイミングで介入し，患者が望む生活を実現するためのケアに結び付けることが重要だと考えた。さらに，心不全を発症した高齢者が急性増悪を起こさずに在宅での生活を続けるために必要なこととして，鮫島，弓野(2019)は「在宅生活の支援のために介入する訪問看護師，ヘルパー，リハビリテーション専門職等の多職種によって共有し，心不全増悪の徴候をいち早く発見し対応するためには，日頃からの協働体制の構築が必要となる」と述べている。このことから心不全を発症した高齢者の疾病管理には，在宅生活支援のために適切なサービスの提供とサービス提供者が患者の情報を共有できる協働体制の構築も必要である。

VI. 結論

本研究では、愛媛県の心不全死亡率が男女ともに高い現状を踏まえ、愛媛県における心不全発症の要因を探索し、心不全の発症や重症化への示唆を得るために、8名の心不全患者にインタビューを行った。「心不全発症の経緯」「それまでの生活」「心不全に対する認識」の3項目について分析した結果、発症の要因として心筋梗塞発症後の自己管理不足と加齢に伴う心機能低下の2つに大別された。前者は自己管理不足が発症要因に繋がっているが、患者には長年築いてきた生活スタイルがあり、行動変容を起こすことは容易ではない。そのため、看護師には患者のこれまでの生活スタイルを理解して価値観や信念を尊重し、一人一人に合わせた自己管理方法を選択して適切な情報提供、教育を行い、患者の危機感や行動変容につなげる支援が求められる。後者に対しては、心不全発症後もこれまで通りの暮らしを続けていくために急性増悪を起こさず QOL を維持することが重要であり、在宅生活支援のために適切なサービスの提供とサービス提供者が患者の情報を共有できる協働体制の構築が重要である。また、高齢である患者が残された人生を自分らしく生きるために、看護師は患者のこれまでの人生を肯定し、個々の状況に合わせた適切なタイミングでの介入を行うことを求められていることが示唆された。

謝辞

療養中にも関わらず本研究にご協力下さいました対象者の皆様に、心から感謝し厚く御礼申し上げます。また、ご指導・ご協力いただきました日本赤十字社 松山赤十字病院のスタッフの皆様に深く感謝致します。

文献

- 阿川慶子, 原祥子, 小野光美, 沖中由美. (2012). 高齢慢性心不全患者の日常生活における身体変化の自覚. 老年看護学, 17 (1), 46-54.
- 浅井恵理, 梅津美香. (2019). 高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護のあり方, 岐阜県立看護大学紀要, 10 (1), 15-26.
- 愛媛県 (2022). 循環器病対策推進計画. 1.
- e-Stat 政府統計の総合窓口. 国民健康・栄養調査, (2020/03/01). <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003234773>. (2023/5/24閲覧)
- 岩脇陽子, 室田昌子, 山本裕子. (2021). 慢性心不全患者の再入院を予防するための看護に関する文献検討. 京府医大看護紀要, 3, 11-14.
- 厚生労働省. 令和3年 (2021) 人口動態統計 (確定数) の概況. (2022/9/16). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html>. (2023/7/26)
- 厚生統計要覧 (令和4年度). 保健衛生. (2021/10/1). https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html. (2023/5/24)
- 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版). (2022/4/1). https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf. (2023/7/26)
- 眞茅みゆき (2017). 心不全予防の取り組みとチーム医療の必要性, 血圧, 24 (8), 44-47.
- 光岡明子, 平田弘美. (2019). 後期高齢期にある NYHA I ~ II 度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因. 人間看護学研究, 17, 1-14.

内閣府．令和4年版高齢社会白書（全体版）．<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/index.html>．（2023/5/24）

日本心不全学会，編．（2016）．高齢心不全患者の治療に関するステートメント．11．

日本循環器学会．（2022）．2022年循環器疾患診療実態調査報告書．6-7．

日本循環器学会，編．（2022）．心不全療養指導士認定試験ガイドブック改訂第2版．125-127．

鮫島光博，弓野大．（2019）．高齢心不全患者の在宅診療と訪問リハビリテーション．月刊心臓 HEART's Selection 51（5）．468-474．

佐藤晶子，百瀬由美子．（2019）．後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援と困難感の実態，愛知県立大学看護学部紀要 Vol. 25，65-75．

鈴木捷允．（2021）．心不全増悪時の患者の受診に至る日数に関連する要因．北海道医療大学看護福祉学部学会誌，17（1），77-84．