

活動と資料

高齢者における心不全の進行予防に関する
文献検討秋吉 美典¹⁾, 糸島 陽子²⁾, 横井 和美²⁾¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科人間看護学専攻修士課程²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

要旨 高齢化が急速に進むわが国において、慢性心不全患者は増加の一途をたどっている。従来の慢性心不全と急性心不全の治療ガイドラインは2017年に統一され、そのなかでは心不全ステージ別に治療目標が示され、進行予防の必要性が重視された。そこで今回、高齢者に対する心不全の進行予防への取り組みを明らかにし、介入への新たな課題を見出すために文献検討を行った。文献検討の結果、心不全ステージ分類、重症度分類を活用した進行予防の研究は16文献中3件であった。患者が行う進行予防の取り組みの研究では、食事や運動など生活習慣の改善や禁煙、血圧、体重管理、内服などの自己管理への取り組みであった。看護師が行った進行予防への取り組みの研究は、患者一人ひとりの価値観や日常生活を尊重したかかわりを大切にしながら、病棟や外来、在宅での訪問看護時、介護施設などで支援していた。今後の介入への新たな課題として、心不全ステージ分類を活用して心不全リスク疾患の進行予防に焦点を当てた自己管理への支援や研究が必要であること、後期高齢者と前期高齢者とを区別した進行予防のための取り組み、プライマリケア機能を担う地域の診療所での看護師の進行予防に対する取り組みも明らかにして行く必要がある。

キーワード 心不全リスク疾患、心不全、進行予防

I. 背景

高齢化が急速に進むわが国において、心不全の罹患患者数は後期高齢者になるほど急増していると報告されている（政府統計の総合窓口，2017）。また、わが国の死因の第2位は心疾患であり（厚生労働統計協会，2020）、死因分類別にみた心不全の死亡者数の割合は心疾患の約40%と一番多い（厚生労働省，2017）。

日本での心不全への取り組みとして、2017年に急性心不全と慢性心不全に分かれていた心不全治療ガイドラインが一本化され、急性・慢性心不全治療ガイドライン（日本循環器学会，2017）に改訂された。それ以前は2010年の慢性心不全治療ガイドラインにおいて、AHA/ACC（米国心臓協会 / 米国心臓病学会）ガイドラインの心不全のステージの導入が行われ、心不全になる前の段階からの進行予防の必要性が唱えられていた。

2017年の改訂では、心不全とそのリスクの進展ステージにおいて治療目標が新たに記載され、心不全の進行予防の具体性が増した。ステージAは心疾患に進行しやすい状態であり、ステージBは心疾患に罹患し心不全の症状を有していない状態である。ステージCからが

心不全の症状を有する症候性心不全としている。ステージDは心不全が進行し、治療が困難な末期心不全の状態である。

心不全のステージCに進行した患者は、治療上の制限が遵守できないこと、日常生活改善の継続の困難さや心理的ストレスが影響し急性増悪による入退院を繰り返すようになり、患者の心機能は低下し、その伴い患者のQOLも低下していく（白石，香坂，2014）。心不全は一度発症すると不可逆的に進行するため、患者の心不

Literature review on prevention of progression of heart failure in the elderly

Minori Akiyoshi¹⁾, Yoko Itojima²⁾, Kazumi Yokoi²⁾

¹⁾ Graduate Student in Master's program of Human Nursing Graduate School, The University of Shiga Prefecture

²⁾ School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2020年9月30日受付，2021年1月15日受理

連絡先：横井 和美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町 2500

e-mail : yokoi@nurse.usp.ac.jp

全ステージがCになるとBに戻ることはない」と白石ら(2014)が報告している。また高齢者は、加齢とともに各種機能が低下して恒常性を保てなくなることと、心不全兆候が非典型的にあらわれ(平田ら, 2010)、心不全の進行がわかりにくいと報告されている。このことから、高齢者に対する心不全の進行予防の取り組みは重要であると考えた。

そこで今回、高齢心不全患者に対する介入への新たな課題を見いだすために、2010年に慢性心不全治療ガイドラインが改訂されて以降の心不全の進行予防への取り組みを明らかにする。

II. 目的

高齢者に対する心不全の進行予防への取り組みについて文献検討より明らかにし、介入への新たな課題を見いだす。

III. 用語の定義

心不全リスク疾患：急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017)に示されている心不全リスク疾患であり心不全症候がない状態。

心不全：急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017)に示されている症候性心不全であり心不全症候がある状態。

進行予防：患者が心不全のステージを進行させないように日々の生活習慣の改善を実践すること。もしくは悪化の徴候を捉え重症化を防止すること(浅井, 青木, 高谷, 長瀬, 2017)。

IV. 方法

A. 文献検索方法

文献検索は、医学中央雑誌WEB版 version5(以下医中誌)とCiNii 国立情報学研究所論文情報ナビゲーター(以下CiNii)を用いた。2010年に慢性心不全治療ガイドラインが改訂されAHA/ACC(米国心臓協会/米国心臓病学会)ガイドラインの心不全のステージの図を示し進行予防の必要性を述べたことから2010年から2019年の検索期間とした。

キーワードを「心不全」and「予防」and「高齢者」とし看護の原著論文を検索した結果、医中誌では44件、CiNiiでは7件の文献があった。

さらに心不全の診断が確定されていない者を対象とし

た文献を検索するため、キーワードを「心疾患」「予防」「高齢者」としてキーワードを拡大して検索を行った文献を加えた。結果、医中誌では65件の文献、CiNiiでは5件あった。

合計121件抽出し、これらの文献から重複文献38件を除外した。さらに表題、要約、本文から先に定義した高齢者の心不全ステージにおける進行予防に関する文献16文献を研究対象とした(検索日2020年11月17日)。

B. 分析方法

対象文献16文献をタイトル、著者、発行年、対象者、進行予防の取り組み内容について一覧表を作成した。心不全の進行予防のための取り組みについて患者、家族、看護師の3者の観点から内容の類似性に基づき整理し分類した。

V. 結果

A. 研究対象文献の概要(表1参照)

今回の研究対象となった文献を発行年別で見ると、2010年が1件、2012年が2件、2013年が3件、2015年が2件、2016年が5件、2017年が2件、2019年が1件であった。

対象者別では、患者を対象としているものが10件、患者の家族を対象としているものは1件、看護師を対象としているものは5件であった。そのなかで患者を対象としている研究で患者の年齢層の限定をしているものは後期高齢者を対象としている光岡, 平田(2019)の研究1件のみであった。その他の研究では高齢者の年齢層を特定することができなかった。

心不全ステージ分類や心機能分類を用いた文献は3件あり、研究対象者はすべて患者であった。

B. 心不全リスク疾患、心不全の進行予防に対する取り組み

今回の文献検討の対象文献では、患者の心不全の進行予防に対する取り組みについて心不全ステージ分類や心機能分類を用いた文献は3件であった。残りの13文献はどの状態からの進行予防なのかは限定されていなかったため、研究対象者別に進行予防の取り組みを分類した。結果、患者・家族に対する進行予防の取り組みは8件、看護師の進行予防の取り組みは5件であった。

1. 心不全のステージ分類、心機能分類を用いた心不全リスク疾患、心不全の進行予防に対する取り組み

小澤, 池田(2016)は、心不全ステージA・B(ACC/AHA薬物治療ガイドライン)の患者は、塩分制限、適正体重の必要性、運動の効果、血圧測定の必要性、ストレスが病気に及ぼす影響を理解し、心不全リスク疾患の進行予防のための日常生活管理を継続していたと報告し

表1 進行予防に関する研究

タイトル	研究対象者	進行予防の取り組み内容
心不全リスク患者の健康関連QOLと学習ニーズとの関連。 2016.小澤ら, 日本健康医学会雑誌	高血圧症や虚血性心疾患などを有する心不全ステージ分類A～Bの患者176名。20歳～79歳	・塩分制限, 適正体重の必要性, 運動の効果, 血圧測定 の必要性, ストレスが病気に及ぼす影響を理解し心不全 リスク患者の進行予防のための日常生活管理を継続して いた。 ・患者は心不全の予後や悪化時の対処方法について知識 を得たいと希望していた。
慢性心不全患者におけるうつやQOLに対する 電話支援による効果 支援期間の違いによる 検討。 2016.塩汲ら, 日本循環器病予防学会誌	入院治療にて病状が安定し、退院後も外来通院で きた41名の心不全患者, NYHA分類Ⅱ～Ⅲの患者 平均年齢68±10歳	・電話での継続支援を1週間間隔で2ヶ月以上受けること でうつや心不全症状に関連したQOLを改善することができ ていた。しかし3か月間支援がないとその効果が減してく るため, 2～3ヶ月の集中的電話支援終了後も一定間隔で自 己管理に対する継続支援を受けることでNYHA分類Ⅱ～Ⅲの 慢性心不全の悪化予防のための自己管理を継続することが できた。
後期高齢期にあるNYHAⅠ～Ⅱ度の慢性心不全 患者の自己管理継続の要因 2019.光岡, 人間看護学研究	後期高齢期にあるNYHAⅠ～Ⅱ度の慢性心不全患 者8名	・医療者や介護者の塩分制限食の提供や内服確認に対 する支援やサポートを受け, 加齢による機能低下を自覚す ること, 活動時の症状の体験を通しての学びだけでなく, 病 気にとらわれず療養生活を自分らしく送りながら自己管理 を継続しNYHA分類Ⅰ～Ⅱの慢性心不全の進行予防に取り 組んでいた。
虚血性心疾患患者へのパンフレットを用いた 生活指導の有効性について。 2015.岩瀬, 日本冠疾患学会雑誌	虚血性心疾患で入院しPCI治療を行った18人の患 者にパンフレットを用いた生活指導を実施, 対象者の 内後期高齢者の割合は5割弱(家族の同伴指 導)	・生活習慣の見直し, 処方薬, 血液検査結果, 水分摂取 と体重管理, 食事, 運動, 禁煙について, 水圧・体重の記録 について看護師からパンフレットを用いた指導を受け, 進行 予防のために生活習慣の改善に取り組んでいた。
冠動脈インターベンションを受けた患者の退 院後の生活習慣改善の困難さ 2016.小田桐ら, ICUとCCU	PCI施行後, 心臓カテーテル検査目的で入院して きた患者 50代1名, 60代2名, 70代1名	・生活習慣改善や自己管理をパンフレットにて個別指導 を受け, 虚血性心疾患の進行予防のために生活習慣の改善 を実施していたしかし患者は治療により胸部症状が改善す ると, 改善した生活習慣を継続する動機や目標が不明確に なってしまう, 生活習慣の改善を継続することに困難感 を感じていた。
退院後定期的に軽度な運動を実施した急性心 筋梗塞患者のQOL評価 2010.宮下ら, 日本救急看護学会雑誌	退院後に軽度な運動を30分以上/日かつ3回以上/週 に実施した30名の患者と軽度な運動の実施が0か1 回/週であった20名の患者 運動群64.8±5.5歳, 非運動群64.5±11.0歳	・適度な運動の継続によりQOLを向上させ, 冠動脈疾患を 引き起こす危険因子をコントロールすることで心筋梗塞の再 発予防ができていた。
虚血性心疾患患者の健康行動維持にむけ入院 急性期から外来, かかりつけ医を巻き込んだ シームレスな取り組み。 2012.松本, 日本循環器看護学会誌	急性冠症候群またはCABGで入院した患者 平均年齢65.3±10.6歳	・心臓リハビリテーションでの退院後の継続サポートを受け ることで, 運動習慣の獲得率が上昇し自己管理を継続し冠 危険因子のコントロールを達成していた。
虚血性心疾患患者の二次予防を目指した介入 プログラムの効果。 2015.山田緑, 東邦看護学会誌	虚血性心疾患と診断されPCI治療にて入院した患 者41名 対象者の年齢は20歳～80歳	・二次予防を目指した介入プログラムを通してパンフレ ット指導を受け, 虚血性心疾患の知識を得ることができ, 血 圧, 脈拍, 体重を記録する自己管理手帳を活用することで 思考の整理をすることができ進行予防のための自己管理を していた。
Health Belief Modelを適用した外来高血圧症患 者の合併症予防における保健行動と影響要因 2016.青山ら, 日本循環器看護学会誌	病院に6ヵ月以上通院している75歳未満の高血圧 症患者146名	・患者はマスメディアからの情報や自覚症状, 身内や友人 からの勧めにより, 血圧測定, 食事の工夫, 適度な運動を 継続し進行予防していた。
緊急入院となった急性心不全患者における重 症性の主観的評価に関連する要因 2017.蓬田, 日本救急看護学会雑誌	急性心不全集中治療室に緊急で入院となった患者 30名。平均年齢68.2±11.9歳	・急性心不全に再入院した患者は医療者から病状の説明 を受けた経験を持っていても, 正確な病状の認識には至って いない, 病状の理解が曖昧な状態で進行予防に関する指導 を受けても, 進行予防の必要性の理解が不十分になる。
認知症を有する高齢慢性心不全患者の家族が とらえる心不全増悪徴候 2016.田口ら, 老年看護学	認知症を有する65歳以上の高齢慢性心不全患者と 同居する家族10名。平均年齢65.0歳	・認知症を有する高齢慢性心不全患者の家族は家族だけ から知っている患者の些細な変化や違和感から心不全の増 悪徴候をとらえ悪化予防を行っていた。
認知症を有する高齢慢性心不全患者の再入院 の要因と在宅療養に向けた疾病管理の実態 2012.大津ら, 日本循環器看護学会誌	DPCコードに基づいて評価される心不全の治療実 績のある全国の病院の認知症を有する高齢心不全 患者の看護に携わった経験のある看護師145名。 循環器看護経験年数7.2±5.1年	・入院中の認知症を有する高齢心不全患者を支援する看護 師の進行予防の取り組みは認知症高齢患者の特徴を考慮で きてはなかった。
慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える 看護ケア 2017.永野ら, 高知女子大学看護学会誌	慢性心不全をもつ高齢者のケアに関わる看護師5 名, 循環器病棟経験年数平均7.2年	・一人ひとりの価値観や日常性を尊重したかわりを大切 に進行予防に取り組んでいた。
外来看護師が感じる認知症を有する高齢心不 全患者の対応困難と支援の実態 2013b.大津, 日本認知症ケア学会誌	心不全の治療実績のある全国の循環器外来を有す る病院に勤務する看護師55人。 循環器看護経験年数5.9±3.6年	・認知症の程度に合わせ進行予防のための指導方法を工夫 していた。
在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不 全療養者の疾病管理の支援の実態 2013c.大津, 保健科学研究4: 31-39	全国の訪問看護事業所に勤務する看護師71名(71 事業所)訪問看護師経験年数平均9.7±5.1年	・慢性心不全の一般管理に加えて, 多職種と家族の連携 により社会資源を活用し, 水分制限, 内服の管理方法などの 進行予防のための疾病管理の工夫が行われていた。
介護老人福祉施設において認知症を合併する 高齢慢性心不全療養者に対して実施されて いる疾病管理支援の実態 2013a.大津, 日本循環器看護学会誌	全国の介護老人福祉施設に勤務する看護職員66 名。現在の職場の経験年数平均9.4±6.6年	・多職種間で連携して進行予防のための疾病管理が行われ ていた。 ・感染症に対する予防の実施が少なかった。

ていた。また、心不全ステージ A・B の患者は、心不全の予後や悪化時の対処方法について知識を得たいと希望していると報告していた。

また、塩汲ら (2016) は NYHA 分類 II～III の慢性心不全患者は、退院後に看護師による電話での継続支援を 1 週間間隔で 2 カ月以上受けることでうつや心不全症状に関連した QOL を改善することができていたと報告していた。しかし、3 カ月間支援がないとその効果が減じてくるため、2～3 カ月の集中的電話支援終了後も一定間隔で自己管理に対する継続支援を受けることで、NYHA 分類 II～III の慢性心不全の悪化予防のための自己管理を継続することができると報告していた。

さらに光岡、平田 (2019) は、NYHA 分類 I～II の慢性心不全の患者は、医療者や介護者の塩分制限食の提供や内服確認に対する支援やサポートを受け、加齢による機能低下を自覚すること、活動時の症状の体験を通しての学びだけではなく、病気にとらわれず療養生活を自分らしく送りながら自己管理を継続し進行予防に取り組んでいたと報告していた。

2. 患者・家族の心不全リスク疾患、心不全の進行予防に対する取り組み

患者・家族を研究対象とした心不全リスク疾患、心不全の進行予防の取り組みは、自己管理に対する取り組みと心不全の急性増悪に対する取り組みに分類された。自己管理に対する取り組みは 6 件あり、心不全の急性増悪に対する取り組みは 2 件あり、そのうちの 1 件は家族の取り組みであった。

a. 自己管理に対する取り組み

岩瀬、古本、重城、齋藤、竹内 (2015) は、虚血性心疾患の患者は、入院時に、生活習慣の見直し、処方薬、血液検査結果、水分摂取と体重管理、食事、運動、禁煙について、血圧・体重の記録について看護師からパンフレットを用いた指導を受け、進行予防のために生活習慣の改善に取り組んでいたと報告していた。

進行予防のため生活習慣の改善に取り組む自己管理に対して、小田桐、菅野、宮田、山下 (2016) は、狭心症を発症し PCI (percutaneous coronary intervention) による治療を受けた患者は、その後 1 年以内に心臓カテーテル検査目的での入院時に看護師から生活習慣改善や自己管理をパンフレットにて個別指導を受け、虚血性心疾患の進行予防のために生活習慣の改善を実施していたと報告していた。しかし患者は治療により胸部症状が改善すると、改善した生活習慣を継続する動機や目標が不明確になってしまい、生活習慣の改善を継続することに困難感を感じていたと報告していた。

運動習慣の取り組みに対する成果として、宮下、柴山 (2010) は、心筋梗塞後の患者は、適度な運動の継続により QOL を向上させ、冠動脈疾患を引き起こす危険因

子をコントロールすることで心筋梗塞の再発予防ができていたと報告していた。また、松本 (2012) も、虚血性心疾患の患者は、心臓リハビリテーションでの退院後の継続サポートを受けることで、運動習慣の獲得率が上昇し自己管理を継続し冠危険因子のコントロールを達成し心不全のリスク疾患の進行予防をしていたと報告していた。

また、山田、金子、佐々木、原 (2015) は、虚血性心疾患の患者は、二次予防を目指した介入プログラムを通してパンフレット指導を受け、虚血性心疾患の知識を得ることができた。その結果、血圧、脈拍、体重を記録する自己管理手帳を活用することで思考の整理をすることができ、進行予防のための自己管理方法を実施することができたと報告していた。

さらに、青山、中谷 (2016) は、高血圧症を有する患者は、マスメディアからの情報や自覚症状、身内や友人からの勧めにより、血圧測定、食事の工夫、適度な運動を継続し進行予防のための保健行動を実施していたと自己管理のための情報の入手先を報告していた。

b. 心不全の急性増悪に対する取り組み

蓬田 (2017) は、急性心不全にて再入院した患者は、医療者から病状の説明を受けた経験をもっているも、正確な病状の認識には至っておらず、病状の理解が曖昧な状態で進行予防に関する指導を受けても悪化予防の必要性の理解が不十分になると報告していた。

田口 (2016) は、認知症を有する高齢慢性心不全患者を支援する家族は、家族だからこそ知っている患者の些細な変化や違和感から心不全の増悪徴候を捉え悪化予防のための支援をしていたと心不全の急性増悪の予防について報告していた。

3. 患者を支援する看護師の心不全リスク疾患や心不全の進行予防に対する取り組み

研究対象を看護師とした心不全リスク疾患や心不全の進行予防に対する取り組みについての文献は 5 件で、進行予防の取り組み内容は看護師の活動する場所を限定して報告されていた。

a. 病棟での取り組み

大津、森山、真茅 (2012) は、病棟看護師の認知症を有する高齢心不全患者に対する支援する病棟看護師の進行予防の取り組みは、認知症高齢患者の特徴を考慮できてはいなかったと報告していた。また永野ら (2017) は、病棟看護師は、慢性心不全をもつ高齢患者の生活を支える看護ケアを一人ひとりの価値観や日常性を尊重したかわりを大切に進行予防に取り組んでいたと報告していた。

b. 介護老人福祉施設での取り組み

大津 (2013a) は、介護老人福祉施設の看護師は、介護老人福祉施設に入所中の認知症高齢慢性心不全療養者の心不全の進行予防として、減塩食の提供や体重測定、浮腫、呼吸困難感の出現のモニタリングなどの疾病管理

を多職種間で連携したと報告していた。しかし、再入院の原因の上位に挙げられている感染症に対する予防の実施が少なかったと報告していた。

c. 外来での取り組み

大津 (2013b) は、外来看護師は、認知症を有する高齢心不全患者の認知症の程度に合わせた進行予防の指導方法を工夫していたと報告していた。

d. 在宅での取り組み

大津 (2013c) は、在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不全患者を支援する訪問看護師は、慢性心不全の一般管理に加えて多職種や家族との連携により社会資源を活用し、水分制限、内服の管理方法などの進行予防のための疾病管理の工夫が行われていたと報告していた。

VI. 考 察

A. 心不全ステージ分類を用いて取り組む進行予防

2017年のガイドラインでは心不全とそのリスクの進展ステージを示し、各ステージの治療目標が設定されているにもかかわらず、心不全ステージを用いて心不全リスク疾患の進行予防に焦点を当てた取り組みはなされてはいなかった。心不全は長い病期をたどる疾患であること、心不全の治療が器質的心疾患（心不全リスク疾患）の予防から始まっていること、ステージごとに治療目標が異なるため看護師はそれぞれのステージにあった治療・管理目標に向かって療養支援する役割が求められる（真茅, 2018）。また高田は (2018), 「早期から心不全ステージ分類の表を用いて心不全リスク疾患が症候性の心不全に進行していく経過を説明することで患者の疾病管理の動機づけになっている。」と述べている。これらのことから心不全ステージ分類を活用し、心不全リスク疾患の進行予防に焦点を当てた支援をしていくことは心不全リスク疾患の進行予防、心不全の増悪予防に必要であると考えられる。

今回の研究対象文献では2010年に改訂された「慢性心不全治療ガイドライン」の発表後の文献である。このガイドラインで示されたAHA/ACC薬物治療ガイドラインの心不全のステージを用いて研究対象者を選定し、進行予防を研究した文献は1件のみであった。また、看護師を対象とした進行予防の文献では心不全のステージ分類を活用したものはなかった。心不全の治療目標は設定されているものの看護において心不全ステージ分類が広くは浸透していないためではないかと考える。

B. 患者・家族が取り組む進行予防

患者と患者を支援する家族の進行予防の取り組みは、生活習慣の改善や自己管理方法に対する報告であった。対象患者は、狭心症、心筋梗塞などの虚血性心疾患患者

であった。虚血性心疾患の患者は治療の効果や自己管理の成果にて自覚症状が消失すると改善した生活習慣を継続すること、自己管理の継続に困難感を感じて生活されていることが明らかになっていた。男性心不全患者の自己管理に対する調査で角野と鎮持 (2015) は、「患者が病気を進行させないためには知識の獲得や、医療者の指示を遵守するという管理の在り方では限界がある。」と述べている。また、岡田 (2018) が心不全リスク疾患の心不全への進行を予防するためには、患者の日常生活に自己管理を溶け込ませる工夫を行う必要性を報告しているように、心不全を有してからの自己管理だけではなく、心不全リスク疾患から進行予防の自己管理が必要と考える。

しかし、蓬田 (2017) の心不全の急性増悪に対する取り組みで「病状の理解が曖昧な状態で進行予防に関する指導を受けても、悪化予防の必要性の理解が不十分になる」と報告していたように、心不全の病状の理解は進行予防にも必要である。したがって、心不全の進行状態を示している2017年のガイドラインの心不全とそのリスクの進展ステージは、進行予防に活用していただけるものであると考えられる。

C. 看護師が取り組む進行予防

看護師が取り組む進行予防は病棟や外来、在宅での訪問看護、介護施設などでの進行予防に対する取り組みであった。今回の文献検討の対象文献には診療所での看護師の進行予防に対する取り組みを報告した文献は見当たらなかった。地域包括ケアシステムが進むなか、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師は、診療報酬として特定疾患療養管理料を算定でき（厚生労働省, 2020）、そのなかに心不全リスク疾患も含まれている。そのため病状が安定している患者を支援する地域の診療所での看護師の進行予防に対する取り組みも明らかにして行く必要があると考える。

D. 進行予防の介入が重要となる対象者

今回の研究対象文献のうち高齢者の年齢層を特定した研究は、研究対象者を後期高齢者とした光岡ら (2019) の研究1件のみであった。後期高齢者と前期高齢者との比較において身体機能、認知機能が大きく差があること、体調の変化を感じていても日常生活に支障がないことで、体調の変化を自分の心不全症状として意味づけられない（今里, 前田, 2018）可能性があることから、前期高齢者のうちから進行予防のための取り組み方を体得しておく必要がある。また、高齢心不全患者の治療に関するステートメント（日本心不全学会ガイドライン委員会, 2016）においても高齢者を前期高齢者と後期高齢者と区別し、それは高齢者の定義を75歳以上の者としている。これらのことから両者を区別し進行予防に対する取り組みを明らかにする必要があるのではないかと考える。

また、心不全の進行予防の研究には、認知症や感染症との関係について報告しているものもあり、今後、認知症や感染症との関係を明らかにした進行予防の取り組みも重要である。

Ⅶ. 結 論

高齢者に対する心不全の進行予防への取り組みについての文献検討より以下のことが明らかになった。

1. ガイドラインでは心不全ステージ分類を活用して治療目標が設定されているにもかかわらず、心不全ステージ分類を活用した研究が少ないことから、心不全ステージ分類を活用した進行予防に焦点を当てた支援や研究が必要である。
2. 心不全を有してからの自己管理だけでなく、心不全リスク疾患から進行予防の自己管理が必要であり、2017年のガイドラインで示されている心不全ステージ進行予防の自己管理に活用していきける。
3. 今後、診療所での看護師の心不全リスク疾患の進行予防に対する取り組みも明らかにして行く必要がある。
4. 後期高齢者と前期高齢者とを区別した心不全リスク疾患の進行予防のための介入方法を明らかにする必要がある。

文 献

- ・青山美保, 中谷久恵 (2016). Health Belief Model を適用した外来高血圧症患者の合併症予防における保健行動と影響要因. 日循環器看会誌, 12 (2), 27-35.
- ・浅井美千代, 青木きよ子, 高谷真由美, 長瀬雅子 (2017). 我が国における「慢性疾患のセルフマネジメント」の概念分析. 順天堂看, 19, 19-21.
- ・橋口暢子, 樋口円香, 藤田香菜恵, 孫田千恵, 宮園真美, 山崎啓子, 吉武さとみ (2016). 慢性心不全患者におけるうつや QOL に対する電話支援による効果—支援期間の違いによる検討—. 日循環器予防誌, 51 (3), 157-165.
- ・簀持知恵子 (2003). 心不全患者のセルフマネジメントの概念分析. 山梨看短大紀, 9 (1), 103-114.
- ・平田明美, 服部紀子, 青木律子, 尾形悦子, 落合恭子, 浦真規子, 海老名敏明 (2010). 後期高齢期にある心不全患者の入退院の実態と支援体制. 横浜看護学雑誌, 4 (1), 99-103.
- ・稲垣美紀, 高見沢恵美子 (2016). 心筋梗塞患者のセルフケアの内容. 梅花女大看紀, (6), 1-9.
- ・稲垣美紀, 竹下裕子, 稲垣紀子, 田中結華, 長澤美和

子, 太田博, 岡田彩子 (2020). 心筋梗塞患者のセルフケアを支援する医療従事者が認識している課題と期待するシステム. 摂南大看研, 8 (1) 36-45.

- ・今里郁美, 前田恵 (2018). 再入院した高齢心不全患者の療養生活の体験. 第 48 回 (平成 29 年度) 日会論集 慢性期看, pp.291-294.
- ・岩瀬有里子, 古本優帆, 重城健太郎, 斎藤克己, 竹内康夫 (2015). 虚血性心疾患患者へのパンフレットを用いた生活指導の有効性について. 日冠疾会誌, 13411 (3), 185-190.
- ・角野雅春, 簀持知恵子 (2015). 診断初期の男性慢性心不全患者のヘルスリテラシーの形相. 大阪府大看誌, 22 (1), 69-76.
- ・畔柳彰, 大島瑞代, 神出貴, 山原康弘, 海老沢哲也, 馬本郁男, 中川博昭, 窪田小弓, 岡村康彦 (2005). 当院で入院加療された高齢心不全の現状, 超高齢者心不全に実態とその問題点の検討. 京都医会誌, 52 (1), 71-76.
- ・厚生労働省 (2017). 平成 29 年人口動態統計の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/11_h7.pdf
- ・厚生労働省 (2020). 循環器病対策推進基本計画, 000688359.pdf (mhlw.go.jp)
- ・厚生労働省政策統括官 (統計・情報政策, 政策評価担当), 平成 29 年度患者調査傷病分類編. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/dl/h29syobyoby.pdf>
- ・厚生労働省 (2020). 令和 2 年度診療報酬改定について. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1ab.pdf>
- ・厚生労働統計協会 (2020). 国民衛生の動向・厚生 の指標, 67 (9), pp.405.
- ・真茅みゆき (2018). 病院から在宅をつなぐ心不全のトータルケア. 看護技術, 64 (12), 6-11.
- ・松本祐子 (2012). 虚血性心疾患患者の健康行動維持にむけ入院急性期から外来, かかりつけ医を巻き込んだシームレスな取り組み. 日循環器看会誌, 8 (1), 40-42.
- ・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. 滋賀大人間看研, (17), 1-14.
- ・三和護 (2018). 急性増悪による再入院も懸念心不全患者, 2025 年には 120 万人越へ (日経メディカル) 実践, 心不全緩和ケア (初版), pp.129-132, 東京:日経 BP 社
- ・宮下照美, 柴山健三 (2010). 退院後定期的に軽度な運動を実施した急性心筋梗塞患者の QOL 評価. 日救急看会誌, 12 (1), 1-8.
- ・内閣府, 高齢社会白書, 認知症高齢者の推計, 2020 年 11 月 26 日閲覧 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf

- ・内閣府. 社会保障給付費の推移等. (2020年11月15日閲覧) https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/2030tf/281020/shiryoul_2.pdf
- ・日本循環器学会, 日本心不全学会, 日本胸部外科学会, 他 (2017). 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版). 2020年4月30日 https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf.
- ・日本心不全学会ガイドライン委員会 (2016). 高齢心不全患者の治療に関するステートメント. 2020年4月30日 http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailure.pdf.
- ・永野裕花, 池添志乃, 市場美穂, 岡村美咲, 末弘美菜, 畠岡春菜, 渡邊美穂 (2017). 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケア. 高知女大看会誌, 42 (2), 87-96.
- ・大川卓也, 真鍋靖博, 小堀岳史, 川崎友裕, 古賀伸彦 (2005). 入退院を繰返す慢性心不全増悪症例への対応心不全居宅支援チームによる対応の効果. 心臓リハ, 10 (2), 272-276.
- ・大津美香, 森山美知子, 真茅みゆき (2012). 認知症を有する高齢慢性心不全患者の再入院の要因と在宅療養に向けた疾病管理の実態. 日循環器看会誌, 8 (2), 35-46.
- ・大津美香 (2013a). 外来看護師が感じる認知症を有する高齢心不全患者の対応困難と支援の実態. 日認知症ケア会誌, 12 (3), 619-630.
- ・大津美香 (2013b). 介護老人福祉施設において認知症を合併する高齢慢性心不全療養者に対して実施されている疾病管理支援の実態. 日循環器看会誌, 9 (1), 109-116.
- ・大津美香 (2013c). 在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の疾病管理の支援の実態. 保健科学研究, 4, 31-39.
- ・岡田奈都美 (2018) 70歳以上の慢性心不全患者における自己管理の特徴. 第48回日本看護学会論文集, pp.107-110.
- ・小澤みずほ, 池田清子 (2016). 心不全リスク患者の健康関連QOLと学習ニーズとの関連. 日健医会誌, 25 (1), 34-46.
- ・小田桐綾乃, 菅野貴仁, 宮田恵美, 山下美紀 (2016). 冠動脈インターベンションを受けた患者の退院後の生活習慣改善の困難さ. ICUとCCU, 40, 149-152.
- ・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. 愛知県大看紀, Vol. 25, 65-75.
- ・塩汲望美, 伊豆倉理江子, 樗木晶子, 黒田裕美, 澤渡浩之, 田代英樹, 中村友美, 鈴木小百合, 古瀬みどり (2016). 冠動脈インターベンション後患者の自己管理に対する自己効力感と生活習慣, 身体的状況及びソーシャルサポートとの関連. 日看研会誌, 32 (5), 95-103.
- ・白石泰之, 香坂俊 (2014). Stage B: 心不全予防の医学の本丸. 内科 Vol.113 NO.3 479-483.
- ・鈴木誠 (2019). 大きく変わった急性・慢性心不全診療ガイドラインを読み解く 心不全リスクステージからの症候性心不全予防. ICUとCCU 43 (5) 249-255.
- ・鈴木志津枝, 藤田佐和編 (2017). 慢性期看護論 (第3版), pp.4-5, pp.61, pp.134, 東京:ヌーベルヒロカワ.
- ・政府統計の総合窓口 (2017). 患者調査 / 平成29年患者調査. <https://www.e-stat.go.jp/>
- ・総務省統計局 (2019). 高齢者の人口 <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html>.
- ・高田弥寿子 (2018). 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニング. (真茅みゆき編), 早期から始める心不全のトータルケア, pp.44-51, 東京:メジカルフレンド社.
- ・田口ますみ (2016). 認知症を有する高齢慢性心不全患者の家族がとらえる心不全増悪徴候. 老年看, 21 (2), 42-50.
- ・玉岡晃 (2020). 生活習慣病と認知症—生活習慣病から認知症リスクを考える. 脂質異常症と認知症. 認知症の最新医療, 10 (3), 126-130.
- ・安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄江編 (2018). ナーシンググラフィカ成人看護学③セルフマネジメント (第3版) pp.19, pp.24, 大阪:株式会社メディカ出版.
- ・山田緑, 金子藍, 佐々木由紀, 原英彦 (2015). 虚血性心疾患患者の二次予防を目指した介入プログラムの効果. 東邦看会誌, 12, 1-5.
- ・蓬田淳 (2017). 緊急入院となった急性心不全患者における重症性の主観的評価に関連する要因. 日救急看会誌, 20 (1), 20-28.