

地域連携に向けた在宅慢性心不全患者の 疾病管理と予後に関する 後ろ向きコホート研究

東田 雪絵 氏

名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻 博士前期課程2年
医療法人名古屋澄心会 名古屋ハートセンター 看護部



【背景】

わが国は急速に進む社会の高齢化に伴って、心不全患者は増加の一途をたどっている。

これは、医療技術の発展や薬物療法の革新、心臓リハビリテーションなどの非薬物療法の進展が相まって、心疾患患者の余命が延伸していることが大きく影響している。一方で、心疾患は悪性新生物に続き死因の第二位を占め、特に高齢心不全患者の予後は不良である。心不全は、病態の進行とともに身体活動量の低下を来し、やがては入退院を繰り返しながら末期状態へと移行していく。

心不全治療において患者自身による適切な疾病管理は、心不全の増悪を予防する上で重要な役割を果たしている。実際に、疾病管理能力を向上させることにより、生命予後やQOLの改善が期待できると報告されており、医師はじめ、看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士などの多職種で編成されたチームで疾病管理を支援していくことが推進されている。しかし、多くの心不全患者は、急性期病院を退院した後は、かかりつけ医で日常診療を受けている。そのため、退院後の在宅療養において患者が行う疾病管理の維持・継続や、その支援にむけた体制づくりは課題となっている。

慢性疾患患者の疾病管理において、患者自身の自己効力感(self-efficacy：以下SE)は、様々な健康上の成果に関連する。これまで、呼吸器疾患や癌患者、慢性的な痛みを抱える患者において疾病管理SEが高い場合、生命予後やQOLのみならず、ストレスへの対処や抑うつ改善の他に、疼痛の軽減、高齢者では活動量が増加すると報告されている。それゆえ、疾病管理SEを高める介入が必要とも言われているが、心不全患者を対象とした研究では、症状管理や役割に限定されたSEとなっており、心不全における疾病管理行動の一部を取り扱った報告に過ぎ

ない。

【目的】

本研究では、慢性心不全患者に求められる疾病管理の中で特に重要とされる行動に対するSEを取り上げ、退院時の疾病管理SEとその後の生活状況との関連を後ろ向きに調査することとする。これによって、在宅に戻ってからの予後(再入院の有無)のほか、QOLや疾病管理状況にどのように影響するのかを明らかにすることが可能となる。さらに、退院時の疾病管理SEが、その後の自宅での生活における疾病管理行動を予測する指標として扱うことを検討する。

【期待される成果】

本研究により、入院中に行う疾病管理指導や、さらに退院後の支援としてのフォロー体制に対して新たな示唆が得られると期待する。これらの効果は、心不全患者の再入院の回避、ひいては健康余命の延伸に寄与すると考える。