

訪問看護における心不全患者支援のあり方に関する文献検討

Literature Review of Home Care Nursing Support for Heart Failure Patients

月俣雄太¹⁾ 得能智武²⁾

1)福岡看護大学 看護学部 看護学科 地域・在宅看護部門、2)福岡看護大学 看護学部 看護学科 基礎・基礎看護部門

抄 録

本研究は心不全患者の訪問看護の実際と心不全再発予防のための課題を文献検討にて明らかにし、参考資料となることを目的とした。文献データベースとして医学中央雑誌 web を用いて「心不全」、「訪問看護」をキーワードとし、論文種類を原著論文に絞り込み、最新5年分（2019年～2024年）で検索を行った。テーマに沿った文献を選択し、15件を分析対象とした。分析の結果7つのサブカテゴリーに分類され、【訪問看護の現状について】、【地域における多職種連携について】、【訪問看護師の看護実践能力について】の3つのカテゴリーに集約された。本研究から心不全患者が在宅生活を継続するためには、入院時から社会資源を用いた環境調整や療養指導を行い、家族も含めて多職種で支援することが必要であることが示された。また、訪問看護師の質の向上にも努める必要があると考えられた。

キーワード：心不全, 訪問看護, 家族支援, 多職種連携, 看護実践能力

緒 言

現在日本において心不全患者の増加が見られており、今後もさらなる増加が予想されている¹⁾。心不全は再発や増悪を来しやすく、入退院が多い疾患であり病床圧迫の一因ともされている。回復期から維持期において早期からの再発予防の取り組みや、適切な介入方法の検討が必要である²⁾。心不全による急性増悪の繰り返しは、その度ごとに心機能が著しく低下し、予後も悪化することが知られている。そのため心不全患者の急性増悪による再入院を予防することが健康寿命延伸には重要である³⁾。

患者は在宅での生活を望む方も多いため、現在訪問看護の需要が増加しており、訪問看護ステーションも増加傾向である。訪問看護は様々な経歴の看護師が勤務しており、心不全に対するアセスメント能力が不足している看護師が存在していたり、経験の差異のために異常についての認識に違いが見られたりしている現状がある。心不全増悪予防のためには異常の早期発見が大切であり、看

護師の心不全に対するアセスメント能力は重要である。また、患者の健康管理に関する認識不足を補い、迅速にかかりつけ病院や訪問診療へ連携することが求められるが、早期対応を誤ると結果として心不全症状が増悪する危険性があるため正確な判断が求められる。さらに、訪問看護はチームで看護を行うため、方向性を統一することも重要である。看護師のアセスメント能力が向上すれば、異常の早期発見や早期対応を行うことができ、心不全患者の入院率の低下や入院期間短縮につながり、現在問題となっている入院増加を抑制することができる。また、患者のQOL維持向上につながる事が予測される。

心不全患者の再入院の原因は、水分および塩分の過多、怠薬、過活動、体重および血圧管理不足であるとされており、その根底には患者の健康管理に関する認識不足が存在している⁴⁾。在宅生活は病院のように健康管理が徹底されていないため、自由な食生活、内服管理不足、不適切な運動の実施などが見られることがあり、再入院のリス

クが高い状態となりやすい。そのため、社会資源を活用して多職種で連携を行い、患者が在宅生活を継続できるよう家族も含めて支援している現状がある。

そこで、本研究では心不全患者の訪問看護の実際と心不全再発予防のための課題について明らかにし、訪問看護における心不全患者の再入院予防に役立つ参考資料となることを目的とする。

研究方法

文献検索データベースとして、医学中央雑誌 Web を用いて 2024 年 9 月 2 日に検索した。検索キーワードとして、「心不全」と「訪問看護」を and 検索すると 501 件の文献が抽出された。論文種類を原著論文に絞り込み、最新 5 年分（2019 年～2024 年）で検索すると、47 件の文献が抽出された。次に抄録および本文を確認し、心不全患者に対する訪問看護について述べられていない文献や症例報告、資料を除外し、15 件を分析対象とした。分析対象の 15 件から、心不全患者の訪問看護の実際と心不全再発予防のための課題を抽出し、内容の類似性からカテゴリー化を行った。カテゴリーを【】サブカテゴリーを「」で示す。

結 果

カテゴリー化を行った結果、「家族支援」、「環境調整」、「療養指導」、「多職種連携」、「システムの構築」、「看護師の能力向上の必要性」、「訪問看護の効果」の 7 つのサブカテゴリーが抽出され、【訪問看護の現状について】、【地域における多職種連携について】、【訪問看護師の看護実践能力について】の 3 つのカテゴリーに集約された（表）。

「家族支援」、「環境調整」、「療養指導」は、実際の訪問看護師のはたらきかけについて述べられており、【訪問看護の現状について】と命名した。「多職種連携」、「システムの構築」は、地域における多職種のはたらきかけや、システムを活用した支援を行っており、【地域における多職種連携について】と命名した。「看護師の能力向上の必要性」、「訪問看護の効果」は、訪問看護師の能力について述べられており、【訪問看護師の看護実践能力について】と命名した。

サブカテゴリーごとの分析結果を以下に示す。

1) 家族支援

家族支援において大切なことは、主介護者一人で患者を看る負担を考慮し、主介護者以外の家族もキーパーソンとして位置づけることである。訪問看護が介入後早い時点で家族とも面談を行い、家族とのコンタクトを取りやすい環境を整えることが望ましく、家族全体をアセスメントする必要がある。訪問看護開始後も看護師は意図的に主介護者と家族が同席する機会を設け、情報提供等の働きかけを行い、家族も役割の自覚を持てるように介入していく。そして、家族それぞれの感情の表出を促して、思いを引き出すことが重要である。そうすることにより、主介護者が一人で背負う介護重圧の軽減を図り、家族を含めた支援、体制の構築を図ることができる⁵⁾。

訪問看護師が家族との関わりにおいて留意することは、家族の不安を受け止めて理解し、共に介護を行う存在となることである。問題が生じた際は訪問できる存在であるということを伝え、家族の安心を保証することである。家族が行うケアについては、声かけを何度も行い家族の労をねぎらい、頑張りすぎによる介護破綻を予防し、情緒の安定にも繋がることで、家族は介護を継続することができるようになる。また、家族ができることを見つけ自立を促すことで、看護師は援助に切り替え、できたことはその都度承認して肯定的なフィードバックを行うことにより、家族は自信に繋がって介護力の向上が見られることがある⁶⁾と示されている。

患者の病状が進行した際は、訪問看護師は家族のつらさや揺れる気持ちに最期まで付き合い、残された時間や死に向き合うことを支え、患者の死後にも家族との繋がりを維持し、死の受容過程にも寄り添うことが大切である⁷⁾と示されている。

2) 環境調整

心不全患者の再入院を予防するためには、病院から在宅において切れ目のない支援が必要となる。そのためには入院時から在宅を見据えて、訪問診療や訪問看護などと連携調節を行い、家族にも必要性を説明し、退院後の生活の準備を念入りに行

表 心不全患者の訪問看護の実態に関する文献

カテゴリー	サブカテゴリー	発行年	内容	文献
訪問看護の現状について	家族支援	2022	主介護者が高齢の配偶者である場合、主介護者以外の家族をもキーパーソンと位置づけ、役割の自覚を持てるように介入する必要性が示唆された。	5)
		2024	自宅療養過程全体の受け皿で居続ける、主介護者を中心に家族をまとめる、ケアを主介護者と二人で創り出すことにより、自宅療養の継続が実現した。	6)
		2020	慢性心不全看護認定看護師の実践は、日常を支える願い、再入院回避への支援、患者・家族への受容支援、多職種チームの調整、困難を支える多職種連携、ケアの連続性の維持、在宅療養を支える環境の開拓という7つのシンボルマークが得られた。	7)
	環境調整	2022	計画外入院の原因は呼吸機能と循環機能の未発達さや脆弱性による影響があり、病院から在宅と切れ目のない支援、訪問看護などの支援が必要である。	8)
		2022	入院中にサービスを調整した集団ではイベント発生率が低く、入院中に適切なサービスの調整を行うことの重要性が示唆された。	9)
	療養指導	2019	リソースの存在や訪問看護師と連携している施設では、6週間以内の再入院率は低い傾向が見られた。	10)
		2022	再入院群では年齢、増悪型心不全率、大動脈弁狭窄症有病率、介護認定保有率が高い。非再入院群では心不全カンファレンス、栄養指導、看護師指導が多く行われていた。	11)
地域における多職種連携について	多職種連携	2021	予測的な看護判断と方向性を定める看護判断で、協働での支援開始が円滑であった。患者の疾病や障害受容へ向けた支援や意思決定支援を実践するためには看護の経験値が必要。身体機能の回復もしくは低下が見られた際、セラピストの必要性があった。	12)
		2022	訪問看護師が抱く不安や病状変化時の対応という困難に対し、専門施設からの高度な知識提供を退院前早期から受けられることで、安心安全な植込み型補助人工心臓装着者の在宅療養支援が可能になることが示唆された。	15)
	システムの構築	2023	テレナーシングを用いて訪問医、訪問看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーと連携し、末期心不全患者の在宅看取りを行うことができた。	13)
		2019	病棟看護師、訪問看護師、介護保険施設看護師において、在宅療養継続のための支援に必要な情報項目としては、共通するものとそれぞれの看護師で異なるものがあり整理する必要性が示された。	14)
訪問看護師の看護実践能力について	看護師の能力向上の必要性	2021	訪問看護における心不全管理の質向上に向けて、多忙な職場環境においても参加しやすい研修形式や、迅速に現場に活用できる研修内容の検討の必要性が示唆された。	16)
		2022	高齢心不全患者に対する緩和ケアの実践能力向上のためには、心不全患者を対象とした緩和ケア研修開催などの教育的支援や、患者の思いを尊重した看護などの看護師としての能力の向上が必要であるという示唆を得た。	17)
	訪問看護の効果	2023	退院後14日間の在宅医療による介入は、75歳以上の心不全患者の再入院率を低減することが示された。	18)
		2021	訪問看護師による包括的アセスメントは、回避可能な入院発生率の減少と有意な関連が認められた。	19)

うことが大切である。在宅医療移行に応じて看護師などの医療者は、患者や家族に対して病気の理

解や異常症状の判断と対処方法、医療行為のケアや管理、受診のタイミング、医療的ケアに関する

手続きや事故の対応などが習得できるように、継続的に支援を行う必要がある。また、住居環境の整備と調整、社会資源の紹介など必要に応じて支援することも大切である⁸⁾と示されている。実際退院後に訪問看護が介入できるよう調整を行うと、継ぎ目のない心不全管理を行うことができ、退院後のイベント発生率が抑制された⁹⁾と結果として現れている。

3) 療養指導

入院中の心不全患者は、食事管理や日常生活など医療者によって管理されているが、在宅では病院のような徹底した管理がされていないことがあり、健康管理不足のため再入院となってしまうことがある。心不全患者の再入院予防のための支援として、入院中から患者教育を行う必要がある。具体的には食事指導や生活指導など患者の生活に合わせた教育を行うと効果的である¹⁰⁾。実際に再入院患者と非再入院患者の比較をすると、看護師指導、栄養指導、心不全カンファレンスが多く行われていれば、再入院のリスクは低下するといわれている¹¹⁾。

4) 多職種連携

訪問看護ステーションにおける看護師とセラピストの連携では、訪問支援を円滑に開始することができ、患者の疾病や障害受容へ向けた支援では、看護師の専門性が発揮されている。また、訪問中に身体機能の回復もしくは低下という課題が見られた場合は、セラピストの支援が必要であり、適宜連携を図っている¹²⁾。

訪問診療においては、訪問診療の看護師が患者や家族からの体調不良の報告を受けた場合、訪問医による往診、もしくは訪問看護師に訪問依頼を行って連携を図っている。また、生活を支えるケアに追加が生じた場合は、ソーシャルワーカーやケアマネジャーに相談し、在宅療養が継続できるように連携を図っている¹³⁾。

病院においては、病棟看護師が再入院予防の支援として、訪問看護師やケアマネジャーと連携を取ると、再入院予防に繋がった症例があると報告されている¹⁴⁾。また、慢性疾患看護専門看護師が在中していると、家族や地域ケア体制に患者の意向を浸透させる調整役を担うことができ、慢性不

全看護認定看護師が地域連携課や外来に在中していると、地域の多職種ともつながりやすい状況作ることができ、継続したケアが持続的に提供できるといわれている⁷⁾。

植込型補助人工心臓 (IVAD) 装着患者の在宅療養支援に対応する専門施設との連携においては、訪問看護師が病態のイメージがしにくいことがあり、退院後の病状変化や緊急性の判断に困難を感じる場面を減らすためには、情報共有やコンサルテーション環境の整備を整え、訪問看護師と専門施設間で密な連携を図ることが重要¹⁵⁾と示されている。

5) システムの構築

システム体制について視点を向けると、テレナースィングシステムを導入している訪問診療があり、患者や家族からの体調不良を受けた場合や、遠隔モニタリングで異常がある場合、訪問看護師へテレナースィングで対応するように整えている施設がある¹³⁾。

また、在宅療養継続のための支援に必要な情報項目について、病棟看護師、訪問看護師、介護保険施設看護師を比較すると、共通するものと異なるものが示されており、継ぎ目のない看護を提供するためには、情報共有シートの作成を行い、それぞれの情報の共有を図る必要があると考えられている¹⁴⁾。

入院から在宅へ移行する時期について検討すると、看看連携を中心とした継続性のあるチーム医療の構築を促すために、医療制度について検討していく必要性が考えられている¹⁰⁾。

6) 看護師の能力向上の必要性

多くの訪問看護師は知識を身に付けるために自己学習を行い、外部研修に参加して心不全管理についての学習をしている。質の向上を目指した外部研修のニーズとして、心不全の基礎的な知識、地域連携や事例の共有、活動量や食事の具体的な目安と指標、在宅生活を見える化するツールの使用などが求められており、参加しやすい研修形式や、迅速に現場に活用できる研修内容の検討を行う必要がある¹⁶⁾。また、緩和ケア研修に参加すると、心不全終末期患者のターミナルケアについて質の向上が見られると明らかになっており、末期

心不全看取り経験や緩和ケア研修で得た学びが、終末期以外の高齢心不全緩和ケアにおいても反映されているといわれている¹⁷⁾。

心不全患者の再入院予防のために、認定看護師や専門看護師などの専門性を有した人材育成が必要となっている¹⁰⁾。実際に認定看護師や専門看護師が、訪問看護師に対して心不全ケアに関する高度な知識提供を行うことがあり、人材育成や質の高いケアへの発展に関与していることが示されている^{7),15)}。

7) 訪問看護の効果

心不全患者に対して、退院後 14 日間の訪問看護による介入を行うと、再入院率が低減されると示されている。これは状態観察、看護ケア、療養指導が有効であったためと考えられる¹⁸⁾。また、訪問看護師による包括的アセスメントが行われていると、回避可能な入院の発生率が減少され¹⁹⁾、社会資源を活用している場合や、訪問看護師との連携を行っている場合は、6 週間以内の再入院率が低い傾向となることが示されている¹⁰⁾。

考 察

1. 訪問看護の現状について

心不全は入退院を繰り返す疾患であり、再入院を予防するために、病院から在宅において継続した支援が行えるよう退院前からの環境調整が重要であることが示されていた。調整内容としては、訪問診療や訪問看護などの社会資源を活用し、それぞれの家族に合った社会資源を検討することである。訪問看護の導入は効果的であると示されており、在宅生活を見据えて入院時から環境調整を行うことは有意義であると考えられる。

また、入院時から心不全患者に対して効果的な療養指導を実施していると再入院のリスクが低下しており、訪問看護においても食事療法、薬物療法、体重コントロールなどの療養指導を行うと、再入院率や死亡率の低下が見られることが証明されている²⁰⁾。これらのことから、入院時から訪問看護における療養指導は、在宅生活を継続するために有意義な方法であると考えられる。

患者の介護を行っている家族は心身共に負担を感じることがあり、訪問看護師は患者だけではな

く、家族に対しても支援を行う必要がある。それぞれの家族の状況についてアセスメントを行い、介入方法の検討や、家族に合った精神的支援を行う必要がある。

2. 地域における多職種連携について

在宅療養において病院、訪問看護、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど地域における様々な職種が連携して心不全患者の支援をしていることが分かった。多職種連携を行うことにより、実際に再入院予防に繋がっていると結果も示されている。また、認定看護師、専門看護師などが加わると、さらに質の高い支援を検討することができ、効果的な方法であると考えられる。訪問看護ステーションにおいては、看護師とセラピストがそれぞれの専門性を発揮して心不全患者が在宅療養を継続できるように連携を行っていた。これらのことから、地域において多職種連携を行うことは重要であると判断できる。

また、施設によっては、テレナーシング、情報共有シートの作成、医療制度の検討など、独自の方法で心不全患者の支援を実施している施設があった。質の高い支援を提供できるように、今後もシステムの構築を検討するよう研究を推進していく必要がある。

3. 訪問看護師の看護実践能力について

訪問看護師は 1～2 名で訪問を行っており、看護師それぞれのアセスメント能力が重要である。知識技術の向上に努めることが必要であるのだが、多くの訪問看護師が自己学習や外部研修に参加していることが分かった。また、認定看護師や専門看護師が働きかけを行うと、訪問看護師の質の向上に繋がることが示されており、効果的な方法であると考えられる。研修方法や内容の検討を行い、今後も継続していく必要がある。訪問看護の効果検討にて、訪問看護が介入すると再入院率の低下が示されており、今後も訪問看護の導入を推進していく必要がある。また、さらに質の高い看護師を育成することが、さらなる在宅生活の継続に繋がると考えられる。

結 語

心不全患者の訪問看護の実際と心不全再発予防

のための課題について文献検討を行うと、【訪問看護の現状について】、【地域における多職種連携について】、【訪問看護師の看護実践能力について】の3つのカテゴリーに分類された。心不全は入退院を繰り返す疾患であり、在宅生活を継続するために、環境調整や療養指導、家族支援が必要である。また、地域において患者の支援を行うため、多職種で連携を行うことも大切である。異常の早期発見や対応を行うためには、訪問看護師の質の向上に努める必要があると示された。

本研究において、著者の利益相反事項はない。

引用文献

- 1) Okura Y, Mahmoud M. Ramadan, Ohno Y, *et al.* : Impending Epidemic-Future Projection of Heart Failure in Japan to the Year 2055-. *Circ J*, 72, 489-491, 2008
- 2) 厚生労働省：脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>, 2024 年 9 月 10 日
- 3) Tsutsui H, Ide T, Ito H, *et al.* : JCS/JHFS 2021 Guideline Focused Update on Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Circ J*, 85(12), 2252-2291, 2021
- 4) 蓮尾拓也, 藤井弥生：A 病院の循環器専門病棟における慢性心不全患者の再入院に関する増悪因子の特徴。 *東邦看護学会誌*, 17(2), 35-43, 2020
- 5) 奥井良子, 齋藤真由美, 大久保まみ 他：在宅における終末期高齢患者および介護者の心理的特徴と訪問看護の課題－患者とその介護者の自死事例を通して－。 *駒沢女子大学研究紀要*, 4, 47-58, 2022
- 6) 田嶋ひろみ, 柄澤清美, 雨宮有子 他：重症心不全患者と家族の穏やかな在宅療養継続を支える訪問看護師の実践「ケアの意味を見つめる事例研究」による分析。 *家族看護学研究*, 29, 37-50, 2024
- 7) 北麻友子：在宅療養を支える慢性心不全看護認定看護師の実践。 *研究業績報告集(循環器疾患看護研究助成)*, 2020 年度, 18-26, 2020
- 8) 豊島めぐみ, 久山かおる, 新田紀枝 他：先天性心疾患をもつ乳幼児の計画外入院に関する実態調査。 *日本小児循環器学会雑誌*, 38(2), 117-125, 2022
- 9) 恒川裕気, 足立拓史, 松岡昭仁 他：高齢者心不全における入院中の介護保険サービス調整と退院後のイベント発生との関連。 *心臓*, 54(3), 367-376, 2022
- 10) 山内英樹, 宇都宮明美, 岡田彩子 他：慢性心不全患者の再入院予防のための看護支援に関する実態調査。 *日本循環器看護学会誌*, 15(1), 27-34, 2019
- 11) 田末誠也, 木崎玲子, 木下美咲 他：地域中核病院における高齢心不全患者に対する多職種介入と介護保険サービス利用状況からみる再入院との関連性。 *京都府立医科大学付属北部医療センター誌*, 8(1), 2188-5400, 2022
- 12) 岡田智恵：訪問看護におけるセラピストとの協働：看護判断と包括的アセスメントにて得られた効果。 *看護実践の科学*, 46(5), 86-92, 2021
- 13) 小林由佳, 阿部隼人, 伊東紀揮：ACP の現状とこれから「末期心不全患者に対して行う訪問診療におけるテレナーシングを用いた支援の一考察～在宅医療における訪問看護との連携を振り返って～」。 *日本循環器看護学会誌*, 18(1), 28-29, 2023
- 14) 古島智恵：心不全患者の在宅療養継続のための看護師連携ツールの開発研究－病棟、外来、訪問看護、および介護保険施設看護師間で必要な情報共有シートの作成－。 *循環器疾患看護研究助成*, 2019 年度, 1-7, 2019
- 15) 大橋由基, 秋場美紀, 浦山美輪 他：植込型補助人工心臓(IVAD)装着者の在宅療養支援における訪問看護師の困難と専門施設へ希望する支援内容。 *日本在宅看護学会誌*, 10(2), 69-75, 2022
- 16) 佐野元洋, 岡田将, 眞嶋朋子 他：訪問看護における心不全管理の質向上に向けた現状調査。 *心臓リハビリテーション*, 27(1), 45-49, 2021
- 17) 種市由香里, 南崎真綾, 土肥真奈 他：急性期

病院における高齢心不全患者の緩和ケアの実態とその関連要因. 本健康医学会雑誌, 31(1), 30-41, 2022

- 18) Tago M, Hirata R, Ide N, *et al.* : Home Health Care Following Hospital Discharge Reduces the Rehospitalization Rate of Patients with Heart Failure Aged 75 Years or Older : A Prospective Descriptive Study. J Hospital General Medicine, 5(2), 25-28, 2023
- 19) 小林弘美, 稲垣安沙, 野口麻衣子 他 : 非がん患者を有する在宅療養者における予定外入院の関連要因の検討 ; 症例対照研究. 医療の広場, 61(2), 17-20, 2021
- 20) 眞茅みゆき, 筒井裕之 : 慢性心不全治療における疾病管理. 日本循環器学会専門誌, 14(2), 304-308, 2006

Literature Review of Home Care Nursing Support for Heart Failure Patients

Yuta Tsukimata¹⁾, Tomotake Tokunou²⁾

1) Division of Community Health and Home Care Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Fukuoka Nursing College

2) Division of Basic Medical Science and Fundamental Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Fukuoka Nursing College

Key Words: Heart failure, Home Care Nursing, Family support, Interprofessional Work, Nursing skill

The purpose of this study is to clarify the status of home care nursing and the problems of preventing recurrence of heart failure by using Igaku Chuo Zasshi as a Japanese literature database, which is being updated by the Japan Medical Abstracts Society. The search was conducted with the keywords "heart failure" and "home care nursing". Among the most recent 5 years (2019-2024) literature on home care nursing for heart failure, 15 articles were selected as original papers and were analyzed. The articles were classified into 7 subcategories and summarized into 3 categories: "current status of home care nursing", "interprofessional work" and "skill of home care nursing". This review shows that for patients with heart failure to continue living at home, environmental adaptation and medical guidance are necessary and interprofessional work including family support is also important. These supports should be organized with the social resources at the time of hospitalization. There is also a need to improve nurses' home care skill.