

【研究報告】

心不全増悪時の患者の受診に至る日数に関連する要因

鈴木 捷允

名寄市立大学保健福祉学部看護学科

要旨

本研究は、心不全増悪時の患者の受診に至る日数および、受診に至る日数に関連する要因を明らかにすることを目的とし、心不全により入院している患者へ質問紙を用いた聞き取り調査を実施した。調査内容は、研究対象者の特性と受診行動に関連する要因として設定した変数とし、受診に至る日数が3日以内と4日以上との2群で群間比較を行い変数に応じた検定を実施した。40名（有効回答率83.3%）を分析対象とした結果、受診に至る日数の平均日数は7日であった。受診に至る日数に関連した項目は、年齢、医療機関までの移動時間と移動手段、受診日の予約の有無、体動時呼吸困難、咳嗽、浮腫、易疲労感といった特定の心不全症状と症状の総数、心不全の重症度であった。看護師は患者に対し、症状を自覚した際には重症化する可能性に備え予約の有無に関わらず受診するよう伝えること、その際に予め医療機関へ移動できる手段の調整をする必要性が示唆された。

キーワード

心不全、受診に至る日数、受診行動

I. 緒言

我が国の慢性心不全（Chronic Heart Failure：以下CHF）患者は増加傾向にあり、2030年には130万人に達するといわれる（Okura, Ramadan, Ohno, Mitsuma, Tanaka, Ito, Suzuki, Tanabe, Komada, Aizawa, 2008）。また心不全増悪による再入院率は退院後6ヵ月以内で27%、1年以内で35%と高値であり（筒井・眞茅, 2006）、増悪予防と再入院予防が課題となっている。心不全増悪時の受診の遅れは、適切な治療の機会を逸し重症化を招き、治療が難渋するうえ、生命が危機的状況に至る可能性がある（岡田・眞茅, 2016）。そのため、CHF患者は増悪時には速やかに医療機関へ受診し、診察を受けることが重要である。しかし国内では、入院時のNew York Heart Association（以下、NYHA）心機能分類がⅢ度以上である患者は59.0～81.7%であり（青木・鈴木, 2016；Okada, Makaya, Kang, Aoki, Fukawa, Matsuoka, 2019）、入院時には既に重症化している現状がある。

Evangelista, Dracup, Doering, (2000)によると、CHF患者が心不全症状を自覚してから受診行動をとるまでの期間（以下、受診に至る日数とする）は平均70.5時間、中央値は3日であり、加えて浮腫や呼吸困難感など出現頻度の高い症状がある場合、その期間が平均よりも長くなることを明らかにしている。また国内の患者についてOkada et al. (2019)は、平均16.3日、中央値

は5.2日であり、受診に至る日数と関連していた項目は、年齢と疲労感であったと述べている。

また、増悪時に受診しなかった要因として、身体の変調を心不全症状として認識できていないこと、治療を必要としていると判断しなかったこと、自身の状況を絶望的と感じ治療を求めなかったこと、救急外来受診に同伴する人がいなかったことがあげられている（Patel, Shafazand, Schaufelberger, Ekman, 2007）。国内の研究において、浮腫を自覚したCHF患者の受診行動の促進要因は、受診が他者から期待されている行動であるという意識や、浮腫の解釈を他者に委ねたいという意識、病院への移動時間が30分以内であることであった（武田・簀持, 2016）。

受診行動は、保健行動の一種であり、その実施には身体症状、自覚症状に対する認識や他者との関わりが関連していると考えられるが、これらの要因が受診に至る日数にどのように関連しているかを明らかにした研究は少ない。心不全患者の受診に至る日数および関連要因を明らかにすることで、心不全増悪時に患者が速やかに受診するための支援への示唆が得られ、重症化予防や入院期間の短縮に繋がると考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、心不全増悪時の患者の受診に至る日数および受診に至る日数に関連する要因を明らかにし、増悪時に速やかに受診するための看護介入の示唆を得ることである。

<連絡先>

鈴木 捷允

名寄市立大学保健福祉学部看護学科

III. 研究方法

1. 概念枠組み (図1)

受診行動は、保健行動における病気対処行動のひとつとされており、病気になっていると感じ、その状態から回復するための対処をしようとするあらゆる行動であり、自覚症状が前提となっている(宗像, 1996)。本研究では、宗像(1996)のように受診行動を保健行動に内包される概念にとらえ、家田・高橋・畑(1991)が提案した保健行動の包括的説明モデルを参考にして関連要因を検討した。家田ら(1991)は、保健行動の実施に直接関連するものとして、先行要因、準備要因、強化要因をあげている。先行要因とは、本人が自覚した健康状態など受診行動を実施する必要性を考え始める契機となる要因であり、準備要因とは、受診行動の実施に対する感情や考え方である。また、強化要因とは、行動に対応する働きかけであり、家族や身近な医療従事者との関係に関する要因である。本研究では、心不全患者においてこれらの要因ごとに該当すると推測した変数を設定した。

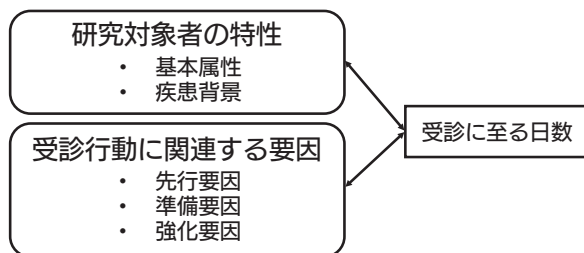


図1 概念枠組み

2. 研究協力施設と研究対象者

A市内で循環器科を標榜し、休日・夜間の緊急入院体制がある病院のうち、本研究への協力に了承が得られた5施設を対象施設とした。受診時の状況と受診に至る日数についてより正確に把握するため、心不全増悪により入院中の患者を研究対象者とした。また質問紙への回答に関わる身体的負担を考慮し、回復期心臓リハビリテーションを実施しているなど、身体状況が安定している患者を研究対象者とし、転院搬送されてきた患者および認知機能障害など質問紙への回答が困難である患者を除外した。

3. 調査方法

1) データ収集方法

研究者が書面と口頭にて研究の説明を行い、了承が得られた研究対象者へ概念枠組みに基づき、研究者が作成した質問紙を用いた聞き取り調査を行った。

2) データ収集期間

2019年7月～10月をデータ収集期間とした。

3) 調査内容

(1) 受診に至る日数

研究対象者が心不全症状を自覚した日付と受診した日付の差とした。

(2) 研究対象者の特性

基本属性および疾患背景とした。

基本属性の内容は年齢、性別、医療機関までの移動時間と移動手段とした。また疾患背景として心不全の罹患期間、及び今回症状を自覚して受診した時の予約の有無を調査項目とした。

(3) 受診行動に関連する要因

① 先行要因

本研究では、心不全患者が受診行動に先行して自覚した心不全症状の種類と症状の総数、実施した対処行動、受診時の重症度を先行要因とした。

受診するまでに自覚した心不全症状として、心不全手帳(日本心不全学会, 2018)、及び急性・慢性心不全診療ガイドライン(日本循環器学会・日本心不全学会, 2017)を参考に、体動時呼吸困難、起坐呼吸、安静時呼吸困難、咳嗽、眩暈、浮腫、易疲労感、食欲不振、胸痛、体重増加、血圧変動の11項目を設定した。また、それぞれの症状の有無を回答により「症状あり」「症状なし」の2群に分類し、「症状あり」の総数及びその他の症状として記載された回答数を加えた総和を心不全症状の総数とした。

実施した対処行動について、呼吸困難や動悸、倦怠感を心不全症状と理解している患者は、症状出現時に安静にすることが多く(井上・齋田, 2015)、症状を自覚した際には、受診行動以外の病気対処行動をとることが明らかになっている。そのため自覚症状の種類により実施する対処行動は異なり、受診行動の実施に関連する可能性があると考えた。これらのことから、心不全症状を自覚してから実施した対処行動の種類及び、その実施の程度を「とても行った」～「全く行わなかった」の4段階で回答を求めた。実施した対処行動の内容は、休息、水分制限の強化、塩分制限の強化、家族への相談、医療者への相談とした。加えて受診時の重症度と日常生活への影響度を調査するため、NYHA心機能分類を4段階で回答を求めた。

② 準備要因

受診行動は病気対処行動のひとつであり、病気対処行動の実施には、心身の不調により今まで行っていた活動ができなくなり、自分では対処できないという不安が強まることが関わっている。しかし、病気が与える影響に対して、あまりにも恐れが強すぎる場合にはむしろ受診行動を避ける要因になる(宗像, 1996)。加えて抑うつ状態にある心不全患者は、受診が遅くなる傾向がある(Johansson, Nieuwenhuis, Lesman-Leegte, Veldhuisen, Jaarsma, 2011)。

そこで本研究では、自覚症状に対する認識と不安・抑うつ感情を準備要因として設定した。

自覚した症状に対する認識として、自覚した症状が

心不全によるものと思ったか、受診が必要と思ったか、治療が必要と思ったか、治療すると良くなると思ったかの4項目を設定し、それぞれ「とても行った」～「まったく行わなかった」の4件法で回答を求めた。また不安・抑うつ感情の測定には、日本語版Hospital Anxiety and Depression scale（以下、日本語版HAD）を用いた。HADは、身体疾患を有する患者の不安と抑うつを測定するために開発された尺度である（Zigmond, Snaith, 1983, 北村 訳 1993）。不安7項目と、抑うつ7項目の計14項目で構成され、回答肢は4段階である。各項目に0から3点が割り当てられ、不安・抑うつの各々の合計点数が0～7点を「不安または抑うつなし」、8～10点を「疑診」、11点以上を「確診」と分類する。日本語版HADの信頼性・妥当性は確認されており（八田, 東, 八城, 小笹, 林, 清田, 井口, 池田, 藤田, 渡辺, 川井, 1996）、心不全患者を対象とした研究（武田・簗持, 2016）に活用されている。本研究におけるCronbachの α 係数は不安項目では.610、抑うつ項目では.411であった。

③強化要因

強化要因が充実していることで、保健行動をとりやすくなる（家田ら, 1991）。そのため、本研究では病院以外で医療従事者と接触する機会と考えられる訪問・通所サービスの利用状況、受診時の同伴者、ソーシャルサポートの状況を強化要因とした。

訪問・通所サービスの利用状況について、それぞれのサービスの1週間の利用回数及び受診時の同伴者の有無を尋ねた。加えてソーシャルサポートの状況を測定するため、金, 嶋田, 坂野（1998）が開発した慢性疾患患者用ソーシャルサポート尺度（以下、ソーシャルサポート尺度）を用いた。ソーシャルサポート尺度は、日常生活における情動的サポート12項目と疾患に対する行動的サポート8項目の2つの下位尺度、計20項目から構成されている。回答肢は「まったく当てはまらない」から「よく当てはまる」の4段階で、合計得点の範囲は20～80点である。合計得点が高いほどソーシャルサポートが充実していると評価し、信頼性・妥当性が確認されている。本研究におけるCronbachの α 係数は日常生活における情動的サポートで.902、疾患に対する行動的サポートは.827であった。なお、筆頭著者より尺度の使用許諾を得た。

4. 分析方法

受診に至る日数は、非正規分布であったことから中央値を求め、中央値の4日を基準に、3日以内に受診した群を「受診早期群」、4日以降で受診した群を「受診遅延群」と2群に分類した。この2群間における受診行動に関連する要因の差を検討するため、変数に応じてt検定、Mann-WhitneyのU検定、 χ^2 検定、Fisherの直接確率法を用いた。

統計分析には、IBM SPSS Statistics Ver. 25を用い、有意確率は5%未満を有意差あり、10%未満を傾向ありとした。

IV. 倫理的配慮

本研究は北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理審査委員会の承認（承認番号19N010009, 19N014013）、および研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究対象者には研究目的、参加の自由意思、無記名の質問紙であるため匿名性が保証されること、取得したデータの管理方法、参加同意後の撤回方法について説明し同意を得た。調査時には、研究対象者の希望があった場合は面談室を使用しプライバシーの確保を行った。同意書の取得を必要としない施設においては、研究者が聞き取り調査の開始時と終了時に、研究への同意を研究対象者に口頭で確認して収集を行った。また同意書の取得を必要とする施設においては、説明の後に同意書への署名を依頼した。

V. 結果

1. 分析対象者

58名へ研究協力を依頼し、了承が得られた48名から質問紙を収集した。そのうち回答に不備があった8名を除外した40名を分析対象者とした（有効回答率83.3%）。

2. 受診に至る日数

平均（カッコ内は標準偏差を示す）日数は7.0（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。

3. 研究対象者の特性

基本属性において、平均年齢は77.8（11.8）歳であり、性別は男性が30名（75.0%）であった。医療機関までの平均移動時間は36.5（58.5）分であった。また医療機関までの移動手段は22名（55.0%）が自家用車で、タクシーと合わせると28名（70.0%）であった。

疾患背景において、心不全の平均罹患期間は9.9（13.6）年、受診予約については予約していない日に受診し入院となった者は31名（77.5%）であった。

有職者の平均年齢は67.2（10.92）歳であり、無職者の平均年齢は81.3（9.95）歳であった。有職者の平均年齢と無職者の平均年齢に関してt検定を行った結果、有職者の年齢が有意（ $p=.001$ ）に低かった。

4. 受診に至る日数別にみた研究対象者の特性（表1）

群間比較における2群それぞれの平均年齢は、受診

表1 受診に至る日数別にみた研究対象者の特性と先行要因

項目		全体 (N=40)	受診早期群 (n=19)	受診遅延群 (n=21)	p値
基本属性					
平均年齢(歳) ¹⁾		77.8	82.3	73.7	.020
(標準偏差)		(11.8)	(9.1)	(12.7)	
性別 ²⁾	男性	30(75.0)	13(68.4)	17(81.0)	.473
	女性	10(25.0)	6(31.6)	4(19.0)	
医療機関までの平均移動時間(分) ¹⁾		36.5	19.2 ³⁾	51.4	.071
(標準偏差)		(58.5)	(14.7)	(76.3)	
医療機関までの移動手段 ²⁾⁴⁾	車・タクシー	28(70.0)	16(84.2)	12(57.1)	.037
	公共交通機関・自転車・徒歩	11(27.5)	2(10.5)	9(42.9)	
疾患背景					
心不全の平均罹患期間(年) ¹⁾		9.9	6.6	12.7	.154
(標準偏差)		(13.6)	(6.9)	(16.9)	
受診した時の予約の有無 ²⁾	有	9(22.5)	0(0.0)	9(42.9)	.001
	無	31(77.5)	19(100.0)	12(57.1)	
受診行動に関連する要因					
先行要因					
自覚した心不全症状の種類 ⁵⁾					
体動時呼吸困難		27(67.5)	10(52.6)	17(81.0)	.091
起坐呼吸		26(65.0)	11(57.9)	15(71.4)	.510
安静時呼吸困難		25(62.5)	13(68.4)	12(57.1)	.527
咳嗽		15(37.5)	4(21.1)	11(52.4)	.055
眩暈		11(27.5)	3(15.8)	8(38.1)	.163
浮腫		16(40.0)	4(21.1)	12(57.1)	.027
易疲労感		31(77.5)	12(63.2)	19(90.5)	.060
食欲不振		17(42.5)	9(47.4)	8(38.1)	.750
胸痛		6(15.0)	2(10.5)	4(19.0)	.664
体重変動		15(37.5)	5(26.3)	10(47.6)	.204
血圧変動		8(20.0)	3(15.8)	5(23.8)	.698
心不全症状の総数 ⁶⁾		4(2.75-5.25)	4(3-6)	6(4-8)	.027
対処行動 ⁷⁾					
休息		32(80.0)	14(73.7)	18(85.7)	.442
水分制限の強化		2(5.0)	0(0.0)	2(9.5)	.448
塩分制限の強化		2(5.0)	1(5.3)	1(4.8)	1.000
家族への相談		22(55.0)	9(47.4)	13(61.9)	.525
医療者への相談		10(25.0)	7(36.8)	3(14.3)	.148
NYHA心機能分類 ⁸⁾					
I度		6(15.0)	4(21.1)	2(10.5)	.032
II度		13(32.5)	3(15.8)	10(52.6)	
III度		11(27.5)	4(21.1)	7(36.8)	
IV度		10(25.0)	8(42.1)	2(10.5)	

1)t検定

2)Fisherの直接確率法

3)n=18

4)n=39

5)症状ありと回答した人数を示した。Fisherの直接確率法

6)Mdn(IQR)を示した。Mann-WhitneyのU検定

7)実施した人数を示した。Fisherの直接確率法

8) χ^2 検定

早期群で82.3 (9.1) 歳, 受診遅延群で73.7 (12.7) 歳であった。また性別では, 受診早期群は男性が13名 (68.4%), 女性は6名 (31.6%) であった。心不全の平均罹患期間は, 受診早期群が6.6 (6.9) 年だったのに対し, 受診遅延群では12.7 (16.9) 年と受診遅延群のほうが約6年長かった。医療機関までの移動時間と移動手段について, 受診早期群の医療機関までの移動時間は19.2 (14.7) 分, 移動手段は16名 (84.2%) が車もしくはタクシーを利用していた。また受診予約については, 受診早期群は全員が予約をしていない日程に受診していた。

研究対象者の特性において, 2群間で有意差のあった項目は, 年齢 ($p=.020$) と医療機関までの移動手段 ($p=.037$), 受診した時の予約の有無 ($p=.001$) であった。また傾向を示した項目は医療機関までの移動時間 ($p=.071$) のみであった。

5. 受診行動に関連する要因

1) 先行要因

自覚した心不全症状について, 割合が高かった心不全症状は, 易疲労感が31名 (77.5%), 体動時呼吸困難が27名 (67.5%), 起坐呼吸が26名 (65.0%), 安静時呼吸困難が25名 (62.5%) であった。また受診に至る日数との関連をみたところ, 有意差がみられた項目は, 浮腫 ($p=.027$) のみであり, 傾向ありの項目は, 体動時呼吸困難 ($p=.091$), 易疲労感 ($p=.060$), 咳嗽 ($p=.055$) であった。これらのすべて項目は受診遅延群に多かった。自覚した心不全症状の総数の中央値は4であり, 中央値の比較では受診遅延群が有意に多かった ($p=.027$)。

心不全症状を自覚してから実施された対処行動で多かった項目は, 休息が32名 (80.0%), 家族への相談が22名 (55.0%) であった。

受診時のNYHA心機能分類はII度が最も多く13名 (32.5%) であった。群間比較においては, 受診早期群ではIV度が最も多かったのに対し, 受診遅延群ではII度が最も多く, 受診時の重症度について, 2群間で有意差が認められた ($p=.032$)。

2) 準備要因

準備要因の症状に対する認識の4項目において, すべての項目で「そう思った」と回答した者が最多であり, それぞれ19名 (47.5%), 17名 (42.5%), 18名 (45.0%), 28名 (70.0%) であった。

日本語版HADは「不安または抑うつなし」に該当した者は, 不安項目では34名 (85.0%), 抑うつ項目では32名 (80.0%) であった。受診に至る日数と準備要因において, 有意差及び傾向が見られた項目はなかった。

3) 強化要因

強化要因は入院前の訪問・通所サービス利用の有無

について, それぞれ「利用なし」が33名 (82.5%), 34名 (85.0%) と最多であった。受診時に同伴者がいた者は29名 (72.5%) であった。入院前のソーシャルサポート尺度は, 日常生活における情動的サポートの平均値が42.3 (6.6) 点, 最小値は17, 最大値48であった。疾患に対する行動的サポートの平均値は25.7 (5.7), 最小値は10, 最大値は32であった。合計点の平均は67.9 (11.8), 最小値は27, 最大値は80であった。受診に至る日数と強化要因との関連はみられなかった。

VI. 考察

1. 受診に至る日数及び受診に至る日数に関連する要因

本研究における受診に至る日数の中央値は4日であり, Okada et al. (2019) の報告にある5.2日や, Evangelista et al. (2000) の報告にある3日と比較しても, ほぼ類似した結果となったといえる。また症状を自覚した当日に受診する患者の割合が最も多くなる特徴も同様であった。このような受診に至る日数の特徴を踏まえ, 本研究において関連がみられた要因について考察する。

年齢はOkada et al. (2019) と同様に受診早期群が高齢である結果であった。その要因として, 加齢により自覚症状を感じにくくなり, 症状を自覚した際には既に重症化していること (Okada et al. 2019) が推察された。加えて本研究において無職者の平均年齢は有意に高かった。佐藤, 齋藤, 芳賀 (2011) らは年齢が高くなるにつれて家庭内役割の実施割合が低くなると述べており, これらのことから高齢になるにつれて受診行動を優先できるようになることが関連していると推察された。

医療機関までの移動手段と移動時間について, 自家用車やタクシーを利用できること, 移動時間が短いことが受診早期群にみられた特徴であった。医療機関までのアクセスが良好であることは受診行動の促進要因であると武田・簗持 (2016) の研究でも述べられており, 本研究により受診に至る日数にも関連することが明らかになった。受診遅延群に多い特徴であった徒歩や公共の交通機関を利用して受診する際には自家用車やタクシーを利用する状況と比較して歩行する距離が長く, 既に心不全症状が出現している患者にとっては歩くことが心理的, 身体的負担となっていると考えられる。

定期受診日に受診している者は受診遅延群に多かった。心不全患者の多くは定期的に医療機関へ受診しているため, 次回の定期受診日が決まっていることが多い。慢性疾患患者や心不全患者の受診の実施と受診予約に関する先行研究は見当たらず比較することはできないが, 心不全症状を自覚した際に次回の定期受診日が患者にとって近日中であった場合には, 他の対処行

動を取りながら定期受診日まで待つことが予想される。加えて主治医以外の医師の診察や同伴する家族との調整など、予約日以外に受診することに懸念がある場合も、定期受診日まで待つことが予想される。

心不全症状において、呼吸困難と浮腫、易疲労感発症が急性ではない特性があり、受診を遅延させる要因に挙げられている (Witte, Jurgens, Tamim, & Grace., 2010; Okada et al., 2019)。Evangelista et al. (2000)も呼吸困難や浮腫は、自宅でできる対処行動に繋がりが、それらは受診を遅延させる要因となることを明らかにしている。加えて岡野、坂本、小野、楠瀬、松本、下元、内田 (2016) は国内の高齢心不全患者において、倦怠感や呼吸困難感を自覚した際にじっと無理をせず安静にすることで苦痛を緩和していたと述べている。これらの先行研究では、呼吸困難感の症状パターン分類は行っておらず、体動時呼吸困難、起坐呼吸、安静時呼吸困難の区別を行うことはできないが、本研究においても受診遅延群に特徴的な症状は、体動時呼吸困難、浮腫、易疲労感であり、先行研究と同様の結果となっている。また、体動時呼吸困難、起坐呼吸、安静時呼吸困難の中で、体動時呼吸困難のみ傾向がみられた要因について、体動時呼吸困難は心不全症状のうち比較的早期から発症するものであるが、安静時呼吸困難、起坐呼吸、安静時呼吸困難を自覚した者の数は類似しており、安静時呼吸困難の自覚の後に、対処行動をとるが心不全の更なる増悪により起坐呼吸や安静時呼吸困難に重症化するまでの期間があることが要因と考えられた。咳嗽は左心不全症状として特徴的な症状であるが、感冒などの呼吸器疾患に特徴的な症状でもある。本研究においても咳嗽を自覚した研究対象者は受診遅延群に多い特徴であったが、感冒との鑑別に時間を要したことがその要因であったと推測される。

心不全は複数の症状を併発する特徴があり、受診遅延群が受診早期群と比較して心不全症状の総数が多い結果となった。本研究において頻度が多く認められた症状は、体動時呼吸困難、起坐呼吸、安静時呼吸困難、易疲労感であり、先に述べたように呼吸困難と易疲労感は自宅で対処行動をとることに繋がる症状である。そのため症状がかさんでいき自宅での対処行動では対応ができなくなった時に受診行動を取ることが受診に至る日数を長くしていると推察できる。

NYHA心機能分類に関しては、重症度が高いことが受診早期群の特徴であった。ACSを発症した糖尿病患者では、「やばい」という感覚が受診を促す (大串・清水, 2018) とされており、ACSと心不全増悪では病態は異なるものの、急激に自覚症状が強くなり、自身の対処行動でコントロールできず生命に危機感を覚えることや、生活に強く支障をきたすことが症状の自覚から短時間で受診することにつながったと推測される。

準備要因に関して今回の調査項目では有意差はみら

れなかった。その要因として、本研究の対象者は受診行動をとった集団であり、疾患の認識や管理に対して意識を向けている対象者が多かったと考える。研究対象者のほとんどで不安・抑うつ傾向はみられなかったが、聞き取り調査であったため、不安・抑うつ傾向がある者からは研究協力が得られず、結果に偏りがでた可能性が考えられる。

強化要因については、訪問通所サービスの利用者が少なく、ソーシャルサポートの程度も良好である対象者が多かったことから、有意差はみられなかったと考える。しかし、Riegel, & Dickson (2008) は心不全のセルフケア理論において、ソーシャルサポートの重要性を述べており、症例数を増やし、再検討を行う必要があると考える。

2. 看護実践への示唆

本研究から看護師は日々の関わりにおいて患者へ対し、特定の心不全症状を自覚した際には重症度に関わらず、今後さらに増悪する可能性を軽減するため、受診の予約日にこだわらないで早急に医療機関へ受診するよう伝えることが必要である。加えて年齢が若く、職業や家庭内の役割が多い患者が増悪時の受診について患者が自ら調整ができるよう支援する必要性も示唆された。また受診手段として車を利用できることが受診早期群の特徴であったが、心不全症状が出現している患者が自ら運転することは、運転中の急変のリスクや注意力散漫による交通事故等、自身のみではなく他者も巻き込む危険が伴うことが予想される。そのため同伴者に運転してもらうことや、タクシー・救急車の利用など、患者が具体的に受診できる手段を調整する必要があることが示唆された。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は入院患者であったことから、受診した際に入院とならず、外来で対応した患者は対象外となっていることに限界がある。また、すべての項目が研究対象者から得た回答となっているため、罹患期間や原疾患など診療録に記載されている内容と必ずしも一致しない可能性があり正確性に乏しいといえる。加えて限定された地域の対象者であり総数も少なかったことから、今後は研究対象者を広げ、更なる症例数の確保が必要である。

VII. 結論

1. 心不全増悪時の患者の受診に至る日数

心不全増悪時の患者の受診に至る日数の平均は7.0日であり、中央値は4日であった。また症状を自覚した当日に受診した者は12名 (30.0%) であったのに対し、7日以上経過してから受診していた者は13名 (32.5%) であった。

2. 受診に至る日数別にみた研究対象者の特性

研究対象者の特性において、受診に至る日数と関連していた項目は、年齢、医療機関までの移動時間と医療機関までの移動手段であり、受診早期群は高齢であること、医療機関までの移動時間が短いこと、医療機関までの移動手段に車・タクシーを利用していたこと、受診早期群は予約をしていない日程でも受診していたことが特徴であった。

3. 受診に至る日数別にみた受診行動に関連する要因

受診行動に関連する要因では、先行要因における体動時呼吸困難、咳嗽、浮腫、易疲労感という特定の心不全症状と症状の総数、NYHA心機能分類が受診に至る日数と関連していた。受診遅延群の特徴は、自覚している症状数が多いことであった。対してNYHA心機能分類は重症度が高いほど早期に受診しており、急激に重症化し日常生活に著しく支障をきたしているために受診に至る日数が短くなったと推察された。

準備要因と強化要因は受診に至る日数との関連は認められなかった。

謝辞

本研究の調査に、入院中にも関わらず快くご協力頂きました患者の皆様、並びにご多忙の中調査にご協力頂きました研究対象施設の病院長、看護部長、職員の皆様に感謝の意を表します。なお本研究は、北海道医療大学大学院看護福祉学研究科に提出した修士論文に加筆修正を行ったものである。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献リスト

青木静江, 鈴木智裕 (2016). 心不全入院患者の在院日数長期化とその関連因子の検討. 診療情報管理, 28(3), 27-33.

Evangelista, L.S., Dracup, K., Doering, L.V. (2000). Treatment-seeking delays in heart failure patients. The Journal of Heart and Lung Transplantation, 19(10), 932-938.

八田宏之, 東あかね, 八城博子, 小笹晃太郎, 林 恭平, 清田啓介, 井口秀人, 池田順子, 藤田きみゑ, 渡辺能行, 川井啓市 (1996). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討 —女性を対象とした成績—. 心身医学, 38(5), 309-315.

家田重晴, 高橋浩之, 畑 栄一 (1991). 保健行動の包括的説明モデルの提案. 中京大学体育学論叢, 32(2), 47-67.

井上明江, 齋田和孝 (2015). 慢性心不全患者における心不全増悪症状の理解と症状出現時の対処行動.

心臓リハビリテーション, 20(1), 185-190.

Johansson, P., Nieuwenhuis, M., Lesman-Leegte, I., Veldhuisen, D., Jaarsma, T. (2011). Depression and the delay between symptom onset and hospitalization in heart failure patients. European Journal of heart failure, 13(2), 214-219.

金 外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 (1998): 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果. 心身医学, 38(5), 317-323.

宗像恒次(1996). 最新行動科学からみた健康と病気(第1版). 131-133, メチカルフレンド社, 東京.

日本心不全学会 (2019_3_16). 心不全手帳第2版.

http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/techo_book_new1.Pdf.

日本循環器学会, 日本心不全学会(2019_11_22). 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年度版).

http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.Pdf.

岡田明子, 眞茅みゆき (2016). 心不全患者の受診行動に関連する「症状の自覚」「症状の評価」「症状への対処行動」に関する研究の現状と課題. 日本循環器看護学会誌, 11(2), 30-38.

Okada, A., Tsuchihashi-Makaya, M., Kang, J., Aoki, Y., Fukawa, M., Matsuoka, S. (2019). Symptom perception, Evaluation, Response to symptom, and Delayed care seeking in patients with acute heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 34(1), 36-43.

岡野佑子, 坂本早紀, 小野萌梨, 楠瀬留巳, 松本 彩, 下元理恵, 内田雅子 (2016). 慢性心不全をもつ高齢者のセルフマネジメント～自分らしい生活を送るプロセス～. 高知女子大学看護学会誌, 41(2), 97-105.

Okura, Y., Ramadan, M.M., Ohno, Y., Mitsuma, W., Tanaka, K., Ito, M., Suzuki, K., Tanabe, N., Komada, M., Aizawa, Y. (2008). Impending epidemic: Future projection of heart failure in Japan to the year 2055. Circulation Journal, 72(3), 489-91.

大串晃弘, 清水安子 (2018). 急性冠症候群を発症した糖尿病患者がFirst Medical Contactに至るまでのプロセス. 日本看護科学会誌, 37, 10-17.

Patel, H., Shafazand, M., Schaufelberger, M., Ekman, L. (2007). Reasons for seeking acute care in chronic heart failure. European Journal of heart failure, 9(6-7), 702-708.

Riegel, B. & Dickson, V.V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. The Journal Cardiovascular Nursing, 23(3), 190-196.

佐藤美由紀, 齋藤恭平, 芳賀 博 (2011). 地域高齢者の家庭内役割とQOLの関連. 日本保健福祉学会誌,

17(2), 11-19.

武田真理, 箕持知恵子 (2016). 慢性心不全患者の浮腫自覚時の受療行動に影響する要因. 日本循環器看護学会誌, 11(2), 39-48.

筒井裕之, 眞茅みゆき (2006). わが国における慢性心不全の特徴－臨床疫学研究によるエビデンスから－. 循環器専門医, 14(2), 290-297.

Witte, S.G., Jurgens, C.Y., Tamim, H., Grace, S.L. (2010). Length of delay in seeking medical care by patients with heart failure symptoms and the role of symptom-related factors : A narrative review. *European Journal of heart failure*, 12(10), 1122-1129.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983)/北村俊則 訳. Hospital anxiety and depression scale, (HAD尺度). *精神科診断学* 4 (3), 371-372.

受付：2020年11月17日

受理：2021年2月25日