
研究報告

医療看護研究27 P.51-60 (2021)

**急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向け
病棟看護師が行う支援方法****Support Methods Used by Ward Nurses to Encourage Self-management Among
Elderly Patients Hospitalized for Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure**富田 ゆり子¹⁾
TOMITA Yuriko湯浅 美千代²⁾
YUASA Michiyo島田 広美²⁾
SHIMADA Hiromi**要旨**

目的：本研究の目的は、急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向け病棟看護師が行う支援方法を集積して示すことである。

研究デザイン：質的記述的研究

方法：慢性疾患看護専門看護師3名、老人看護専門看護師4名、慢性心不全看護認定看護師4名、高齢の慢性心不全患者に対し専門的な看護を提供している病棟の看護師長2名の計13名に半構造化面接を行い、質的に分析した。

結果：急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法は【自己管理の行動化促進に向けた支援】【自己管理の理解促進に向けた支援】【患者ができる範囲での自己管理に向けた支援】【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】の4つのカテゴリーで示された。

考察：【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】に含まれる「病気への向き合い方と生活の包括的アセスメント」と「患者の価値観・思考表出の促進」は【自己管理の行動化促進に向けた支援】などと並行して行う必要があると考えられた。

結論：今回見出した支援方法は病棟看護師が高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援の際の手がかりとなりうるが、さらに系統的に組み立てる必要がある。

キーワード：慢性心不全、急性増悪、高齢患者、自己管理、看護

Key words : chronic heart failure, acute exacerbation, elderly patient, self-management, nursing

I. 緒言

日本において心不全患者は増加しており、2030年には心不全患者が130万人に達すると推計されている (Okura Y., et al., 2008)。2014年の調査において、心不全患者の平均年齢は71歳で、80歳以上の割合は29%

を占めている (日本循環器学会, 2015)。心不全増悪による再入院は退院1年後で35%であり、再入院の誘因は医学的要因 (感染症、不整脈、心筋虚血、高血圧のコントロール不良) よりも塩分・水分制限や体重管理、服薬管理の不徹底など予防可能な要因が多いことが明らかにされている (Tutui, H., et al., 2006)。高齢化が進む日本において、心不全患者数が増加していくことは間違いなく、再入院率の高い高齢慢性心不全患者に対する看護、特に自己管理に関わる支援の必要性

1) 埼玉県済生会川口総合病院

Saitama Saiseikai Kawaguchi General Hospital

2) 順天堂大学大学院医療看護学研究科

Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

(Oct. 30, 2020 原稿受付) (Jan. 20, 2021 原稿受領)

は高いと考えられる。

慢性心不全治療ガイドラインでは、自己管理能力の向上に向けた患者・家族に対する教育・相談内容として、症状モニタリングや食事療法、薬物療法、活動・運動が挙げられている（松崎他，2013）。しかし、佐藤ら（2019）によれば、急性期病院の病棟看護師は後期高齢心不全患者のセルフケアに対して困難感を抱いており、特に「老々介護」「家族も高齢」という家族によるサポートが脆弱であることに困難を感じていた。つまり、高齢者自身が自己管理を行うのが難しいため家族によるサポートが必要だが、それが難しい場合に特に困難を抱くということである。この調査の自由記述では「指導の効果が見えにくい」「（高齢者）独自の価値観を持つ」「加齢による理解力の低下・認知症がある」「アセスメントが難しい」といった高齢者に対する指導の難しさが具体的に挙げられていた。また、「指導に十分時間が取れない」ことも挙げられていた。

一方、永野ら（2017）は、慢性心不全を持つ高齢者の生活調整を支える看護ケアについて、高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む中で、その人自身の楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出し、生活の折り合いをつけていくことであると報告している。そのような看護ケアを行うには、患者のことをよく理解しなければならない。しかし、入院期間の短縮化が求められるため高齢者に対する効果的な支援がより難しくなっていると考えられた。

このことから、急性期病院の病棟看護師が短い入院期間のうちに高齢慢性心不全患者に対して自己管理に向けた支援を行うには、効果的な支援方法についてより多く知っておく必要があると考えた。そこで、本研究は、急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向け、病棟看護師が行う支援方法を集積して示すことで、急性期病院の看護師の看護実践に役立てたいと考えた。

Ⅱ. 研究目的

本研究は、急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向け病棟看護師が行う支援方法を集積して示すことを目的とする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、研究対象者の看護実践に基づく語りの中

から、急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法を明らかにし、病棟看護師が活用しやすい形で集積することを目指した。そのため、「ある出来事について、そうした出来事が起きている日常の言葉で包括的にまとめる」という質的記述的研究（Sandelowski, M., 2000）を用いることとした。

2. 調査対象者

調査対象者は、複雑な特性を持つ高齢慢性心不全患者に対し、専門的な知識をもって効果的な看護を実践していると考えられた看護師とし、急性期病院に勤務している慢性疾患看護専門看護師（以下慢性CNS）、老人看護専門看護師（以下老人看護CNS）、慢性心不全看護認定看護師（以下心不全CN）を対象者とした。加えて、高齢慢性心不全患者に対する支援を病棟全体として取り組むことを推進していると考えられた循環器病棟の看護師長（以下病棟師長）も対象者とした。これらの看護師それぞれ5名を目標にリクルートした。

3. 調査対象者の選定方法

日本看護協会ホームページに氏名と勤務先が公開されている慢性CNS、老人看護CNS、心不全CNについて、所属先が関東近郊の一般病院に勤務する者をピックアップしてリスト化した。病棟師長は、心不全の看護に関する事例や研究を学会や専門誌に発表している看護師をピックアップした。その中から訪問しやすい順に選出し、所属病院の看護部長宛てに研究協力の依頼文書と研究対象者への研究依頼説明書を送付し、研究協力を承諾する場合に対象者に研究者からの依頼文書を渡してもらった。さらに対象者本人が研究協力に同意する場合に、直接研究者へメールまたはFAXで返信するよう依頼した。

4. 調査期間

平成30年6月～8月

5. 調査方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を、1名につき1回、60分を目安として実施した。調査内容は、基本属性と高齢慢性心不全患者の自己管理に向け、効果的と思う支援方法とした。この支援方法は家族の援助や社会資源を活用する支援ではなく、高齢者自身へのアプローチとした。面接内容は、対象者の許可を得

てICレコーダーに録音した。得られたデータから逐語録を作成し記述データとした。

6. 分析方法

1) 個別分析

対象者ごとに逐語録を熟読し、急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者に対する支援方法が具体的に語られている部分を取り出し、対象者の語りのニュアンスを残しつつ含まれる意味が明確になるように要約した。

2) 全体分析

個別分析の支援方法の要約を集め、「どのような目的でどのように支援しようとしていたのか」を念頭に分析し、コード化した。支援方法の類似性に基づきコードを集めてサブカテゴリー化、カテゴリー化した。

データ分析過程において、データに忠実に要約、コード化されているか、サブカテゴリー、カテゴリーに矛盾はないかなど、何度もデータや要約、コード、サブカテゴリー、カテゴリーの関係を確認し、修正を重ね、共同研究者の全員の合意を得るまで検討し、妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は順天堂大学大学院医療看護学研究科・医療看護学部研究等倫理委員会の承認(順看護第30-6号)を得て実施した。主な倫理的配慮は、承諾や辞退の自由、匿名の保持であり、依頼内容と倫理的配慮について文書と口頭で説明し、研究協力の同意書に署名を得た後で面接を行った。時間的な負担や心理的な負担が生じないように、面接は60分の目安を持ち、延長しないよう努めた。また、語りたくないことは語らないでよいことを伝え、対象者が自己の看護実践を語ることで、支援の有効性を認識する機会となるよう努めた。

IV. 結果

1. 研究対象者の概要

協力が得られた対象者は13名であり、慢性 CNS 3名、老人看護 CNS 4名、心不全 CN 4名、病棟師長 2名であった。平均臨床経験年数は 22 ± 5.2 年であり、資格・職位ごとの経験年数は、慢性 CNS は3~8年、老人看護 CNS は4~8年、心不全 CN は4~6年、病棟師長は2~4年であった(表1)。

インタビュー時間の平均は 51 ± 6.8 分であった。

表1 研究対象者の概要

対象者	役職	経験年数(年)	資格・役職の経験年数(年)	
慢性 CNS	M 3	師長	25	3
	M 7	スタッフ	14	5
	M 9	師長	30	8
老人看護 CNS	R 1	主任	23	8
	R 8	その他	23	7
	R 10	師長	21	7
	R 12	主任	13	4
心不全 CN	S 2	主任	25	4
	S 4	師長	26	5
	S 5	主任	27	6
	S 13	スタッフ	19	6
病棟師長	J 6	師長	22	4
	J 11	師長	15	2

2. 急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法

急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法は、【自己管理の行動化促進に向けた支援】【自己管理の理解促進に向けた支援】【患者ができる範囲での自己管理に向けた支援】【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】の4つのカテゴリーに分けられた(表2)。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーは[], コードは『 』、対象者の語りの要約は〈(斜字体)〉で示す。

1) 【自己管理の行動化促進に向けた支援】

【自己管理の行動化促進に向けた支援】は、[服薬ミスをしないう工夫][体重測定・血圧測定を継続できる工夫][生活での過負荷を避ける工夫][飲酒制限を守る工夫][心不全手帳への記載を意識する工夫][患者自身が重症化を回避する工夫]の6つのサブカテゴリーから成り、医療者が必要と考える自己管理方法について、患者が確実に実行できるようにする様々な指導法が語られていた。

[服薬ミスをしないう工夫]としては、『薬を減らし、飲む回数を減らす』『薬を一包化する』『1週間ずつ処方してもらおう』というように方法を単純化することや、『生活パターンから服薬時間を調整する』というように生活習慣を活用するという、高齢慢性心不全患者が実行しやすい方法が語られていた。また、『退院後を想定した服薬行動を入院時からトレーニングする』『服薬カレンダーを常に見える位置に置くように(生活の場を把握して)指導する』という退院後を想定した支

表2-1 急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法（その1）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	要約の例
自己管理の行動化促進に向けた支援	服薬ミスをしない工夫	(医師に働きかけ) 薬を減らし、飲む回数を減らす	薬の飲み忘れがある場合、自分の意思で飲まないわけではないので、非常に多く飲んでいる薬剤を整理したうえで回数を減らす工夫をする。(R1)
		(医師に働きかけ) 生活パターンから服薬時間を調整する	この人はどの時間であれば内服できるのかを、情報収集した生活パターンから把握し、その人に適した時間を考え、薬剤の回数を減らす。(R1)
		(医師に働きかけ) 薬を一包化する	高齢慢性心不全患者に対して、病棟では患者が管理しやすいように処方を一包化するなど、継続できて簡単な、生活に取り入れられるような方法をとる。(J11)
		(医師に働きかけ) 服薬ミスを長期化させないために1週間ずつ処方してもらう	服薬管理ができず、飲み忘れたり、飲みすぎる患者に対し、他者が介入することは拒否であったため、患者本人に近所のクリニックに1週間に1回通院してもらい、1週間ずつ内服薬を処方してもらうようにした。(S5)
		薬の日付の文字を大きくする	患者が忘れずに内服する方法として、一包化にし、日付の字の大きさを配慮する。(R1)
		服薬カレンダーを常に見える位置に置くように(生活の場を把握して)指導する	服薬カレンダーは自宅の患者の目に入るところに置くように、患者が自宅で、常にどこに座って、どの場所なら見るのか生活の場を把握して、そこに置いてもらう。(R1)
		退院後を想定した服薬行動を入院時からトレーニングする	内服が継続できない独居の認知症高齢者に、入院時の情報から服薬に絞って入院時からお薬カレンダーを活用し、毎回自発的に内服できる行動を習慣づける。(S2)
	体重測定・血圧測定を継続できる工夫	目につくところに書いて、見る習慣をつける	注意をひくように常に持つカレンダーや手帳に必要事項を書いて、それを見る習慣をつけるという指導を行う。(R1)
		習慣になっている行動のついでに体重を計るようになる	歯磨きの時に体重計に乗る (R12)
		測定できる機会(ディサービスなど)をみつけて血圧・体重を計り、習慣化する	血圧はディサービスで測るなど、自己管理を習慣化する (R12)
		1日1回の指示ではなく継続可能な方法・回数にする	一日一回の体重測定という医師の指示に対し、どうやって測定するか検討したうえで、必要なら継続可能な測定方法を考える。(R1)
	生活での過負荷を避ける工夫	過負荷になりうる生活の可能性をキャッチする	生活背景をイメージし、過負荷にならざるを得ない独居生活、動かざるを得ない、手に入るサポート資源が限られている人をキャッチする。(S2)
		日常生活の負荷を数値で示す	心リハの際に、日常生活の負荷をメッツで示す。(M9)
		過負荷になる家事は手抜きを勧める	家事を行うことが心臓に負担をかけるため、家事の手を抜くことをすすめる。(M9)
	飲酒制限を守る工夫	禁止ではなく、量を減らす提案をする	飲酒が趣味でやめられない患者には、だめと言わないで、量を減らすように提案する。(S12)
		本人・家族と話し合っその日に飲む量を決める 1回量を小分けにして日付を入れる	飲酒の制限ができない高齢者に対して本人、家族と話し合い、厳守できる方法(その日飲む量を決め、小分けにして日付を入れる)を決める。(S2)
	心不全手帳への記載を意識する工夫	(心不全手帳を意識できるように)自宅での状況や継続可能か質問する	患者に心不全手帳を意識づけるために、家でも記録しているのか、何時頃測っているのかや、退院してからも継続できそうかなど聞く。(R10)
	患者自身が重症化を回避する工夫	症状ではなく体重を目安にして早期に受診するよう指導する	入院中の軽度認知症の高齢慢性心不全患者に対する自己管理に向けた支援は、自宅で重症化する前に早期に受診することが一番重要と思っているため、症状がなくても体重増加があれば早めに受診するように説明している。(R12)
		病状が悪化する生活・行動を避けるように医師のパワーをはじめ様々なアプローチを行う	患者の今までの生活状況や思うようなことを主体にして支援したいと考えているが、それが必ず生活の破綻に結びつく場合は、医師のパワーなどさまざまな方向からアプローチを行い、「これはやらないで」というように持って行き、破綻に直行しないように支援する。(S13)
		最低限守ってほしいことを医師と共に伝える	患者自身はわかっていると言うがセルフケアを遵守できず、看護師と話をすることも不要と言う患者に対し、最低限守ってほしいこと(服薬、通院)を医師と一緒に話す。(S4)
		(医師と話し合い、提示された)体重、塩分制限の数値を目標にする	医師と(高齢者の生活の豊かさや制限について)折り合いどころを話すとも多少の融通はあっても、体重、塩分制限の目標が示されるので、数値だけではないが、そこを目標にはする。(R1)
自己管理の理解促進に向けた支援	理解度の確認	(絞って実施した)指導内容の理解を確認してから次に進む	外来での患者指導はポイントを絞り、次に来たときに前回の指導を確認する。(S5)
		生活状況や思い、理解度を把握する	患者の生活状況や思いや理解度を把握し、そのうえで心不全CNが状況からみた判断を情感を込めてわかりやすく患者に伝える。(S13)
	指導内容理解促進のアプローチ	生活改善の必要性を情感を込めたり、経験や比喻、ユーモアを交えたりして、わかりやすく伝える	入院中から退院後の生活を考える必要があることを経験や比喻、ユーモアを交えてわかりやすく患者に伝える。(S13)
		病状悪化を身体感覚に結びつけて伝える 改善できることを一緒に考える	急性増悪を起こすと苦しくなることを伝え、何か改善できることを一緒に考える。(R10)
		とらえにくい症状を患者がとらえるために高齢者にとっての基準や感覚を重視して指導する	素通りされてしまう患者の認識の部分に働きかけること、例えば浮腫にしても、体重やメジャーで測定する数値的な働きかけではなく、冷たいや、はばったく感じたり、感覚がないというような患者がとらえる感覚で浮腫をきちんとしてもらおうような働きかける。(M7)
	患者自身の身体状況と問題への気づきの促進	身体身体状況に意識が向くように話を する 症状について問いかけ対処法を聞く	高齢慢性心不全患者に対しては、入院を機に症状について問いかけると自分なりに対処していたことを話してくれることもあるため、患者が自分の身体状況に意識が向くように話をする。(R10)
		症状と病態生理との関連を再度説明し自分の病状の理解を図る	患者が自分の心臓の状態を理解できるように、入院前に自覚していたと思われる症状をフィードバックしながら、医師から説明された病態生理と一緒に振り返る。(S13)
問題の本質を患者自身が認識できるよう関わる		高齢で慢性疾患を持った人と関わっていく中ではその人の人生の中でこれまで行ってきた療養方法を理解したうえで、今起きた問題が何かということに患者本人が認識できるように関わっていく。(M9)	

表2-2 急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法 (その2)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	要約の例
自己管理の理解促進に向けた支援	患者自身の身体状況と問題への気づきの促進	(治療ではなく)薬による改善であることを繰り返し説明する	症状が改善すれば心不全が良くなったと思う患者に対し、薬によって症状が改善していることを繰り返し、説明する。(S4)
		患者の理解状況を把握し、理解できていることを待つ	病気自体を受け入れられない患者や、増悪を繰り返して(自己管理について)わかってくる患者もいることを理解して待つ姿勢でいる。(J6)
	患者自身がすべき行動への気づきの促進	患者のとってきた行動と医療者の求める行動の差の埋め方を患者に問いつける	患者がこだわりや大事にしていたところなどを語り尽しても健康行動の矛盾に気づかない時は、患者が今まで行ってきた健康行動と医療者が言う健康行動の差についてどうしたらいいか患者に聞く。(M7)
		患者自身でできる生活改善内容を見つけてもらえるように生活の話の詳細に聞く	高齢慢性心不全患者は、独居で入退院を繰り返す患者が多く、これまで長い経過を辿っていることから患者の生活を詳細に聞き、その生活の中で患者自身ができることを見つけ出してもらう。(M9)
		自己管理できているところを認め、言葉で伝える	自己管理できていることは認め、それを高齢者に言葉で伝える。(S2)
患者ができる範囲での自己管理に向けた支援	患者が実行できる方法の探索	できないことを理解した上で生活変容が可能な方法を模索する	この人が生活するには仕方ないかと思う中で一個でも生活を変えられるためにはどうしたらいいかをイメージしながら接する。(S2)
		患者ができる自己管理を患者と共に考える	患者が自宅に帰って何ができそうなのかということを病棟看護師と一緒に考える時間を持つ。(R10)
	患者が実行できる方法への焦点化	実行可能な内容であるかを検討しながら指導する	患者の生活に即さない指導は退院後に実行されないで、患者の生活の中で、内服、体重、食事の自己管理指導が実施可能に注意しながら指導する。(R1)
		患者の認知機能を評価し、制限の中でできることに絞って指導する	入院中の軽度認知症の高齢慢性心不全患者に対する自己管理に向けた支援は、患者の認知機能を評価して、そのレベルによって日常生活のいろいろな制限がある中で患者ができそうなものを模索しながら支援をしている。(R12)
	患者の望む生活と自己管理の妥協点探索	許容する行動を判断して指導する	自己管理についてすべてを説明するのではなく、内服管理ができればよしとする等の判断をしてから指導を行っている。(J6)
		高齢者の希望する生活と医療者の遵守させたい生活との妥協点、折衷案、代案を見つけ、提案する	患者に守れていないことばかりを注意したり制限したりすると高齢者は拒否したくなるためここができない場合には何かを減らす、今日食べた次の日は食べないなどの代替え案や許容できることを示す。(R1)
		制限や楽しみを奪うのではなく、少しの制限や可能な代案、許容できることを示す	患者に守れていないことばかりを注意したり制限したりすると高齢者は拒否したくなるためここができない場合には何かを減らす、今日食べた次の日は食べないなどの代替え案や許容できることを示す。(R1)
		患者の価値観ややりたいことに歩み寄っているという誠意を示しながら、患者と医療者とで妥協点を見つける	水分、塩分制限が守れない高齢慢性心不全患者に対し、看護師側も患者の価値観や、やりたいことに歩み寄っているという誠意を示しながら、患者が好きな塩分の多いものや水分について患者と医療者が妥協できる制限を設定する。(R8)
	高齢者の望みや楽しみを自己管理の目標とする提案	この先の楽しみが自己管理の目標となるように伝える	患者の考える「この先の楽しみ」を尋ね、それを自己管理の目標としてとらえることができるように伝える。(S2)
		高齢者個々が大事に思っているものが継続できるように看護師側が自己管理について提案する	高齢者個々が大事に思っているものが継続できるように看護師側が提案したり、改善、工夫する。(R1)
患者の価値観や生活を重視する自己管理支援	病気への向き合い方と生活の包括的アセスメント	患者の思いを把握し、生活改善への意識をアセスメントする	患者が自分の心臓がどのような心臓なのかということを理解したうえで、増悪を繰り返さないためには家での生活を気を付けたり工夫する必要があるが、そのあたりはどう考えているのかということまずは患者に聞く。(S13)
		患者について生活や病気との向き合い方など家族や環境を含めて包括的にとらえる	高齢慢性心不全患者がどう生活をしていて、どう病気と向き合っているのかなどを家族や周囲の環境を含め包括的にとらえる。(M3)
		患者の感じ方や思いを把握し、時間をかけるところと早急に対応するところを見極める	高齢患者がどう感じて、どのように思っているのかを把握し、その中で早急に直さなければいけない部分と少し時間をかけていくところを見極めながらじっくりと付き合っていく。(M9)
		自己管理の負担の大きさと変更に伴う負担を理解して支援する	高齢患者にとって膨大な自己管理がある中で、その時々で自己管理の仕方を変えなければいけないような状況になっているかもしれないことを理解して支援する。(R8)
	患者の価値観・思考表出の促進	価値観や大事にしていることを患者が語りつくせる状況をつくる	患者のこだわりや、大事にしていた所を医療者側が理解できるように患者が語り尽せる状況を作る。(M7)
		価値観や大事にしていることを聞く	本人の価値観や大事にしていることを聞く。(S2)
	患者の価値観や考え、生活を重視するアプローチ	疾病や自己管理が人生の中心ではないことを理解して関わる	慢性疾患の急性増悪は患者にとっては気がかりなことの一つであり、人生の中の最優先として関わらない。(R8)
		価値観を大切にし、物事の捉え方をふまえて、意思を尊重する形で支援する	入院するが様々な処置や治療を拒否する高齢慢性心不全患者に対し、患者が拒否する患者の理由があるので、患者の意思を尊重するように支援を行っている。(S13)
		今までの生活や思いを尊重した内容で指導する	高齢慢性心不全患者に対する自己管理に向けた支援に関して大事にしていることは、患者自身の生活なので、可能な限りは患者の今までの生活状況や思うようなことを主体にする。(S13)
		患者の考えや価値を重視するよう医療者側が妥協する	入退院を繰り返しても患者自身の生活を患者自身が納得しているのであればそれでいいのではないかと、医療者側が妥協点を見つけて関わった。(M9)
薬の調整や活動の内容と量を多職種と共に調整し、本人が望む日常生活活動を維持する		日常生活の中でできる自己管理を行うことで負荷がかかるのであれば、薬の調整を医師に依頼する。(R12)	
患者の楽しみや苦痛がない生活ができることに主眼を置き、厳密な指導はしない		楽しみのある生活ができたり、苦痛だと思っていることを取り除くことができ、生活ができることに主眼を置いてもいいと思っているので、高齢者に対してはそんなに厳密に指導しない。(M9)	
	本人の楽しみや大事なこと、豊かな生活を重視した支援を行う	人生の最終段階にある高齢者に対し、自己管理も大事であるが、制限だけで終わるのではなく、患者本人の楽しみ、大事なこと、豊かな生活という視点も一緒に見た自己管理にする。(R1)	

援や、『薬の日付の文字を大きくする』という加齢変化に対する配慮が語られた。

〔患者自身が重症化を回避する工夫〕としては、『症状ではなく体重を目安にして早期に受診するよう指導する』『体重、塩分制限の数値を目標にする』というように高齢患者が客観的にとらえることができるものを提示するほか、『症状が悪化する生活・行動を避けるように医師のパワーをはじめ様々なアプローチを行う』『最低限守ってほしいことを医師と共に伝える』というように高齢患者が納得できるように様々なパワーを使うことが語られた。

2) 【自己管理の理解促進に向けた支援】

【自己管理の理解促進に向けた支援】は、〔理解度の確認〕〔指導内容理解促進のアプローチ〕〔患者自身の身体症状と問題への気づきの促進〕〔患者自身がすべき行動への気づきの促進〕の4つのサブカテゴリーから成り、自己管理の方法を高齢の患者が理解しやすいように指導するという教え方の工夫と、自己管理方法の実行に至る前段階として、自分自身への気づきを促す内容が語られていた。

例えば、〔指導内容理解促進のアプローチ〕としては、『生活改善の必要性を情感を込めたり、経験や比喻、ユーモアを交えたりして、わかりやすく伝える』というコミュニケーションスキルや『症状悪化を身体感覚に結びつけて伝える』『とらえにくい症状を患者がとらえるために高齢者にとっての基準や感覚を重視して指導する』という高齢者自身の感覚を用いて指導すること、『改善できることを一緒に考える』という高齢者に寄り添う姿勢が語られた。

〔患者自身がすべき行動への気づきの促進〕としては、〈患者がこだわりや大事にしていたところなどを語り尽くしても健康行動の矛盾に気づかない時は患者が今まで行ってきた健康行動と医療者が言う健康行動の差についてどうしたらいいか患者に聞く (M7)〉という語りに示された『患者のとってきた行動と医療者の求める行動の差の埋め方を患者に問いかける』や『患者自身でできる生活改善内容を見つけてもらえるように生活の話の詳細に聞く』という患者自身が自分のセルフケアを見出せるよう客観視を促す方法が挙げられた。逆に、『自己管理できているところを認め、言葉で伝える』とできているセルフケアについても見出せるように促す方法が語られていた。

3) 【患者ができる範囲での自己管理に向けた支援】

【患者ができる範囲での自己管理に向けた支援】に

は〔患者が実行できる方法の探索〕〔患者が実行できる方法への焦点化〕〔患者の望む生活と自己管理の妥協点探索〕〔高齢者の望みや楽しみを自己管理の目標とする提案〕の4つのサブカテゴリーから成り、患者の大事にしていることや楽しみを尊重し、医療者が最善と考えるものとはならなくても、急性増悪に至らないために患者ができる範囲の自己管理方法を考え支援することが語られていた。

例えば、〔患者が実行できる方法への焦点化〕としては、〈患者の生活に即さない指導は退院後に実行されないので、患者の生活の中で、内服、体重、食事の自己管理指導が実施可能かに注意しながら指導する (R1)〉という語りに代表される『実行可能な内容であるかを検討しながら指導する』、〈入院中の軽度認知症の高齢慢性心不全患者に対する自己管理に向けた支援は、患者の認知機能を評価して、そのレベルによって日常生活のいろいろな制限がある中で患者ができそうなものを模索しながら支援をしている (R12)〉という語りに代表される『患者の認知機能を評価し、制限の中でできることに絞って指導する』が挙げられた。

〔高齢者の望みや楽しみを自己管理の目標とする提案〕としては、〈患者の考える「この先の楽しみ」を尋ね、それを自己管理の目標としてとらえることができるように伝える (S2)〉という語りに代表される『この先の楽しみが自己管理の目標となるように伝える』、〈高齢者個々が大事に思っているものが継続できるように看護師側が提案したり、改善、工夫する (R1)〉という語りに代表される『高齢者個々が大事に思っているものが継続できるように看護師側が自己管理について提案する』が挙げられた。

4) 【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】

【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】には〔病気への向き合い方と生活の包括的アセスメント〕〔患者の価値観・思考表出の促進〕〔患者の価値観や考え、生活を重視するアプローチ〕の3つのサブカテゴリーから成り、高齢者の思いや価値観を把握し、それを重視する支援方法が語られていた。

『患者の思いを把握し、生活改善への意識をアセスメントする』『患者について生活や病気との向き合い方など家族や環境を含めて包括的にとらえる』『患者の感じ方や思いを把握し、時間をかけるところと早急に対応するところを見極める』『自己管理の負担の大きさと変更に伴う負担を理解して支援する』という〔病気への向き合い方と生活の包括的アセスメント〕を

し、『価値観や大事にしていることを聞く』『価値観や大事にしていることを患者が語りつくせる状況をつくる』という「患者の価値観・思考表出の促進」が挙げられた。

〔患者の価値観や考え、生活を重視するアプローチ〕として、〈高齢慢性心不全患者に対する自己管理に向けた支援に関して大事にしていることは、患者自身の生活なので、可能な限りは患者の今までの生活状況や思うようなことを主体とする (SI3)〉という語りに代表される『今までの生活や思いを尊重した内容で指導する』、〈人生の最終段階にある高齢者に対し、自己管理も大事であるが、制限だけで終わるのではなく、患者本人の楽しみ、大事なこと、豊かな生活という視点も一緒にみた自己管理にする。(R1)〉という語りに代表される『本人の楽しみや大事なこと、豊かな生活を重視した支援を行う』が挙げられたほか、『疾病や自己管理が人生の中心ではないことを理解して関わる』『価値観を大切にし、物事の捉え方をふまえて、意思を尊重する形で支援する』『患者の考えや価値を重視するよう医療者側が妥協する』『薬の調整や活動の内容と量を多職種と共に調整し、本人が望む日常生活活動を維持する』『患者の楽しみや苦痛がない生活ができることに主眼を置き、厳密な指導はしない』が挙げられた。

V. 考察

1. 急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法の特徴

今回の調査では経験豊かな専門看護師、認定看護師や病棟師長より、急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者に対して病棟看護師が行う様々な支援方法が集積された。

【自己管理の行動化促進に向けた支援】については、ガイドラインやテキスト等にも示されている方法であるが、高齢患者の生活背景を把握、イメージすることや、加齢変化を加味した支援内容であった。河合(2020)は、高齢になり新たにセルフケアが必要になった場合にも、一から疾患理解や必要な療養行動を理解してもらうよりも、まずその人の日常生活パターンを最大限維持しながら療養行動が組み込める部分がないかを探していくことが、セルフケアを習慣化する上で重要となると述べている。医療者が必要と考え提示する自己管理ではあるが、患者が納得、習慣化して行動できるような支援方法と言える。

高齢患者は個別性が高く、画一的な指導では患者は理解しづらいことがある。そのため、【自己管理の理解促進に向けた支援】は重要と考える。井部(2015)は、専門看護師の高度な実践力の一つとして、対象者の語りだけでなく、対象者自身も気づいていない文脈をとらえ、それらを客観的データや診断所見と統合して判断していくことであると述べているが、本調査の対象者たちもその点を実施していた。例えば、[患者自身の身体状況と問題への気づきの促進][患者自身がすべき行動への気づきの促進]がその内容である。また[指導内容理解促進のアプローチ]で患者の身体感覚の利用、患者の基準の利用という患者の認知を活用することが挙げられ、さらに理解しやすい伝え方として、経験や比喩、ユーモアといったコミュニケーションスキルの活用も挙げており、これらを組み合わせる高度な看護技術と言える。

高齢患者の身体的心理的社会的状況によっては、医療者が最もよい方法と考える自己管理行動がとれない場合がある。方法を理解できない、理解していても実行できない、自己管理よりも優先するものがあるなど、患者にはさまざまな状況があり、医療者の求めるものを全て行ってもらうのが困難な場合がある。そこで、【患者ができる範囲での自己管理に向けた支援】に挙げられたように、実行できる方法を探し、支援内容を絞ること、代案、折衷案を出す指導方法が選択される。これは高齢患者の自己管理に向けた支援として特徴的な内容と考える。野口(2004)は、高齢者のセルフケアに関して、看護学的援助のひとつとして「患者がその条件のなかでコントロールのために“できること”を検討するのを助ける」と述べている。その高齢患者の個別性に合わせて、自己管理方法、その指導方法をアレンジすることはそうせざるを得ない状況だからかもしれないが、【患者ができる範囲での自己管理に向けた支援】は、高齢患者にとっては自己管理に向けた動機づけとなり、効果的な方法と考えられる。

慢性疾患を患い、平均寿命に至るような後期高齢者、あるいは心不全が進行し重度になった患者では、「自分の思うままに生きたい」と考えてもおかしくはない。【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】の内容は、終末期を見据える段階の患者に適用される支援内容と考える。日本心不全学会(2016)は高齢心不全患者の治療に関するステートメントの中で、高齢心不全患者の終末期医療について、個々のこれまでの人生を考慮した価値観や人生観、死生観などを十分に

尊重しなければならないとしている。しかし、終末期であることの判断がしばしば困難であることやエビデンスに乏しいことなどから、具体的な記述が困難な領域であるとし、高齢心不全患者の終末期医療についての難しさを述べている。心不全の治療に伴い生活上の制限を守ることが自己管理に含まれることを考慮すると、支援する際に患者自身の望みや生活上の希望を考へること、死を踏まえた生き方の中で患者に求められる自己管理とは何かという問いを持つことは、高齢慢性心不全患者の支援において重要な観点と言える。また、【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】は、心不全やその自己管理を受容できない段階の患者にも適用することで、自己管理方法と向き合う一歩になりうると考えられた。

2. 対象者から得られた支援方法の活用

本研究は、急性期病院の看護師が高齢慢性心不全患者の看護に役立つことを目指し、支援方法を集積した。これらは、病棟看護師が高齢慢性心不全患者個々の看護の方向性を選択し、支援する手がかりになると考える。特に【自己管理の行動化促進に向けた支援】に含まれるコードには具体的な実践内容が示されており、病棟看護師が活用できる内容と考える。しかし、効果的に支援するためには断片的である。パンフレットを活用した報告や、クリニカルパス導入により、再入院率が減少したという研究報告（武藤ら，2019；吉田ら，2013）があり、今回集積した支援方法を系統的、網羅的に組み立てることができれば、短い入院期間の中で病棟看護師が効果的に指導できると考える。

また、【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】の方法と、そのほかの3つのカテゴリーで示される自己管理方法の遵守、一部導入に向けた支援とは、相対する支援方法である。指導する病棟看護師が、患者によって、あるいは疾患の進行や時期によって使い分けるものと考えているが、それをどのように適用するのかは明らかにできていない。谷本（2015）は、非がん疾患患者のエンド・オブ・ライフケアについて、医療者が診断初期から意識的に患者と関わることで患者の価値や意向の理解を深め、患者自身が生き方を見つめ直す良いタイミングを見出すことも可能であると述べている。さらに、日常的な関わりの都度、患者の意向を確かめ周囲に浸透させるという実践は、症状急変の可能性もある非がん疾患患者に対しては重要であると述べ、看護師が日常的な関わりの都度、意識的に関わ

り、患者の価値観や意向を確かめ、情報共有することの重要性を示している。慢性心不全患者に対しアドバンス・ケア・プランニングが推進されているが、高齢患者の場合は終末期や緩和のみに焦点をあてるのではなく、自己管理を行う時期から考慮する必要がある。その具体的な方法が【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】であり、特に、[病気への向き合い方と生活の包括的アセスメント]と[患者の価値観・思考表出の促進]は、【自己管理の行動化促進に向けた支援】などと同時並行していく必要があると考えられた。

3. 本研究の限界と今後の課題

調査対象者は13名と少なく、示された支援方法はまだまだ多くあると考えられる。本研究で示された4つのカテゴリーを枠組みとし、より多くの支援方法を集積した上で、病棟看護師が活用しやすいように系統的に組み立てることが今後の課題である。

VI. 結論

本研究は、慢性 CNS 3 名、老人看護 CNS 4 名、心不全 CN 4 名、病棟師長 2 名の計13名に半構造化面接を行い、質的に分析した。その結果、急性増悪により入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援方法を【自己管理の行動化促進に向けた支援】【自己管理の理解促進に向けた支援】【患者ができる範囲での自己管理に向けた支援】【患者の価値観や生活を重視する自己管理支援】の4つのカテゴリーに集約して示した。これらは病棟看護師が高齢慢性心不全患者の自己管理に向けた支援を行う際の手がかりとなりうるが、活用しやすいように系統的に組み立てる必要がある。

謝辞

本研究の実施にあたりご協力いただいた調査対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。本研究において利益相反は存在しない。

文献

井部俊子(2015). 終章専門看護師の思考と実践の特徴. 大生定義(編), 専門看護師の思考と実践.

- pp.174-175. 医学書院.
- 河合伸子(2020). セルフケア老年看護に活用できる理論・アプローチ. (正木治恵・真田弘美編), 老年看護学概論. pp.128-131. 南江堂.
- 松崎益徳, 石井正浩, 和泉徹. 他(2013). 日本循環器学会循環器病の診断と治療に関するガイドライン 慢性心不全治療ガイドライン(2010年改訂版)(2013/9/13). 日本循環器学会. http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_matsuzaki_d.pdf. (Dec. 10. 2020)
- 武藤あかり, 大坪由華, 林華江, 他(2019). 心不全患者への退院指導の標準化. 岐阜赤十字病院医学雑誌, 30(1), 63-68.
- 永野裕花, 末弘美菜, 岡村美咲, 他(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. 高知女子大学看護学会誌, 42(2), 87-96.
- 日本循環器学会(2015). 循環器疾患診療実態調査(the Japanese registry of all cardiac and vascular diseases ; JROAD) (2015年版).(n.d). http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/jittai_chosa2015web.pdf (Nov. 22. 2017)
- 日本心不全学会(2016). 高齢心不全患者の治療に関するステートメント. http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailure1.pdf. (Dec. 13. 2020)
- 野口美和子(2004). 老年看護, 高齢者のセルフケア. 日本腎不全看護学会誌, 6(1), 13-15.
- Okura, Y., Ramadan, M. M., Ohno, Y. et al. (2008). Impending Epidemic : Future Projection of Heart Failure in Japan to the Year 2055. *Circ J*, 72, 489-491.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- 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, 25, 65-75.
- 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 他(2015). 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. *Palliative Care Research*, 10(2), 108-115.
- Tutui, H., Tuchihashi, M., Miyuki, Makaya. et al. (2006). Clinical Characteristics and Outcome of Hospitalized Patients With Heart Failure in Japan-Rationale and Design of Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD). *Circulation Journal*, 70, 1617-1623.
- 吉田博之, 皿澤克彦, 榊原圭一, 他(2013). 慢性心不全急性増悪に対するクリニカルパス導入効果の検証. 日本クリニカルパス学会誌, 15(2), 93-96.

Research Report

Abstract

Support Methods Used by Ward Nurses to Encourage Self-management Among Elderly Patients Hospitalized for Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure

Objective: We aimed to accumulate information on and demonstrate support methods used by ward nurses to encourage self-management among elderly patients hospitalized for acute exacerbation of chronic heart failure.

Study Design: Qualitative descriptive study.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with a total of 13 nurses: 3 certified nurse specialists in chronic care nursing, 4 certified nurse specialists in gerontological nursing, 4 certified nurses in chronic heart failure nursing, and 2 head nurses in wards providing specialized nursing to elderly patients with chronic heart failure. These interviews were then analyzed qualitatively.

Results: Support methods used to encourage self-management among elderly patients hospitalized for acute exacerbation of chronic heart failure consisted of the following four categories: “support to encourage patients to put self-management into action”, “support to encourage understanding of self-management”, “support to encourage patients to self-manage within their abilities”, and “self-management support that emphasizes patients’ values and lifestyles”.

Discussion: “Comprehensive assessment of lifestyle and ways to confront illness” and “encouraging patients to express their values and thinking”, both of which are included in “self-management support that emphasizes patients’ values and lifestyles”, may be necessary in tandem with “support to encourage patients to put self-management into action”.

Conclusion: The support methods identified in the present study may serve as hints for ward nurses as they provide support to encourage self-management among elderly patients with chronic heart failure. In the future, these support methods should be compiled and represented systematically.

Key words : chronic heart failure, acute exacerbation, elderly patient, self-management, nursing

TOMITA Yuriko, YUASA Michiyo, SHIMADA Hiromi