

(報 告)

# 高齢慢性心不全患者のセルフケア支援の構成要素 イーミックの解釈分析を用いて

出井はるか

鳥取赤十字病院 看護部

Key words : 慢性心不全, 後期高齢期, セルフケア

## はじめに

日本の心不全患者の特徴として、1) 高齢、2) 心不全増悪による再入院率が高い (35%)、3) 再入院の誘因は治療、服薬に対するコンプライアンスの低下が挙げられる。慢性心不全治療ガイドライン (循環器関連学会合同研究班, 2017) では、慢性心不全の治療における一般管理として、「患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア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」とし「医療従事者は患者の自己管理が適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者の自己管理能力の向上に努める」ことが重要とされている。

我が国の高齢社会では、今後ますます高齢慢性心不全患者が増加していくことが予測される。高齢者の不十分なセルフケアによる再入院防止のためにも、個々のセルフケアの現状把握が必要とされる。そこで、本研究は高齢慢性心不全患者を対象に、セルフケアに対する内的体験の構成要素を明らかにすることで、今後の看護介入方法に役立てることを目的とする。

## 用語の定義

### 1. 心不全セルフケア

心不全の安定性を保つため、自ら心不全の症状や兆候を理解し、心不全症状や増悪兆候をモニタリングし、増悪時に適切に対処すること。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、質的因子探索型研究とし、イーミック

(emic) な視点 (人々が現象をどう意識・識別しているかを内側から分析するもの) での解釈分析を用いた。

### 2. 対象者

対象者は、75歳以上の慢性心不全患者とした。過去心不全による入院履歴、心不全教室参加経験があり、自宅へ退院後、当院循環器外来通院中であることを条件とした (表1)。

### 3. 調査期間及びデータ収集方法

#### 1) 調査期間

令和元年10月～同年11月

#### 2) データ収集方法

データ収集は、循環器外来の待ち時間である午前10時～12時の間に処置室 (循環器隣の皮膚科処置室) を使用し、プライバシーが守られる環境で行った。面接は1名の対象者に1回。1回の面接時間は30分とし面接内容は対象者の許可を得て録音した。また、すべての療養者において、分析時に文脈が読み取れるように録音ではわかりにくい表情や態度をフィールド記録に残した。面接には半構成的質問項目を使用した。これは、D.E.Oremのセルフケアエージェンシー10パワーコンポーネンツの10項目に対応するように、心不全セルフケアに焦点を当てて研究者が作成した項目である。面接は新たな内容が出なくなった時に終了した。

### 4. 分析方法

録音した面接の内容をフィールド記録と照らし合わせて逐語記録に書き起こし、文脈がわかるように記録した。

### 5. 倫理的配慮

調査は、鳥取赤十字病院看護部倫理委員会の承認を得た後、対象者に文書と口頭で、研究の目的、方法、研究参加の任意性、同意、撤回の自由の保障、参加・不参加による不利益がない事、個人情報守秘について説明し

表1 研究対象者の概要

対象者	性別	年齢	家族構成	NYHA	循環器疾患	合併疾患	認知症	最終入院から 面接までの期間	心不全での 入院回数
1	女	86歳	独居	II	心房細動 SSSCRT-P植え込み後	糖尿病 胃癌術後	無	2か月	4回
2	男	89歳	独居	II	心房細動 三尖弁閉鎖不全症 高血圧症	甲状腺機能低下症	有	2年	1回
3	男	90歳	息子	I	心房細動 陳旧性心筋梗塞 高血圧症	慢性腎臓病 COPD 心原性脳梗塞症 下肢塞栓症後	無	11か月	1回
4	女	77歳	息子	II	SSSペースメーカー植え込み術後 心房中隔の小孔：右⇒左シャント 心房粗動アブレーション術後 高度TR		無	1年1か月	1回
5	男	87歳	独居	I	心房細動 高血圧症	SAH 水頭症術後 前立腺肥大 右中大脳動脈破裂 開頭血性除去術	無	4か月	1回
6	女	87歳	親戚	II	心房細動 慢性心不全	慢性腎臓病 鉄欠乏性貧血	無	2年	2回
7	男	80歳	妻	II	非持続性心室頻拍 植え込み型除細動器移植 CRT-D植え込み 左室機能低下 慢性心不全	慢性腎不全 糖尿病	無	6か月	3回

た。同意書への署名をもって同意とみなした。録音データは匿名化して文字データとして保存した。

## 結 果

### 1. 研究対象者の属性

対象者は7名（男性4名，女性3名），年齢は77歳～90歳（平均年齢85歳）であった。NYHA分類はインタビュー時I度2名，II度5名であった。心不全の急性増悪による一番最近の入院からインタビューまでは，最短で2ヵ月，最長で2年が経過していた。

### 2. 分析結果

対象者7名に対して，1名ずつ30分程度，1回のインタビューを実施した。インタビューの逐語録から103コード，13サブカテゴリー，7カテゴリーに分類された。なおカテゴリーは【 】，サブカテゴリーは〈 〉，コードは《 》で示す。

#### 1) 【医療者からのセルフケア指導】

このカテゴリーは，医療者からの指導や助言がセルフケア継続の要因になっていたことを示している。

〈医療者からのセルフケア指導について〉

#### a. 《減塩食についての指導》

対象者全員が入院中《減塩食についての指導》を受けていた。内容は，塩分の取りすぎに注意する，味噌汁は控える，味噌汁は野菜の具を多くし具だけを食べる，味がしみ込む煮物・煮魚は控える，薄味でも美味しく食べる工夫等であった。退院後，「鰹節，煮干し，酢を使う，醤油はかけない。栄養指導で教えてもらった調味料を使っている」「計量カップで測って計算している」「霧吹き」の醤油かけを使っている」等と自分なりの減塩方法を見つけたり，減塩食の宅配弁当を利用するなど，対象者全員が塩分制限を含む食事療法に取り組んでいた。一方，対象者のなかには「既製品は塩が入っている。なるべく自分で作るようにしている。変わった料理は難しい。」「塩分がなかなか面倒。調理方法を勉強しないと出来ない。」と塩分制限の必要性を理解しているが，作り慣れた調理法の習慣や塩分調整の難しさなど，セルフケアを継続するうえでの困難さがあった。

#### b. 《内服管理についての指導》

対象者1は，合併疾患に糖尿病があった。食前と食後薬があった為，飲み忘れを予防する為に全ての薬を一包化し，食前に内服してもらうよう指導があった。退院

後、在宅での内服管理について「薬はご飯の前、必ず薬を飲まないにご飯が食べれないから忘れません。」と述べ、飲み忘れを予防出来ていた。

また他の対象者も「食べる所に置いて忘れないようにしている」「薬を飲んだらチェックしている」と自分なりに飲み忘れない工夫をし、毎日確実に内服することを継続していた。

#### c. 《血圧・体重測定のための目的・方法についての指導》

入院中、今後、心不全の兆候を早期に発見するためにセルフモニタリングの必要性について説明し、実践してもらった。6名の対象者が血圧・体重測定を継続し、外来受診時には心不全手帳を持参出来ていた。研究対象者4はセルフモニタリングを継続するうえでの気づきを次のように述べていた。「動作後、血圧を測ると下の値が大きいから心配。体重は増えていない。」と述べセルフモニタリングにおいて必要な身体症状の変化・身体活動の変化・体調管理の状況に対する「自覚」「測定」「解釈」が出来ていた。

対象者6は、入院までの経過とし、妻の介護を優先し、受診行動が遅れ心不全増悪に至った。入院中の行動では積極性に欠ける印象であった。退院後、「時間は決まっていない」と述べながらも、血圧・体重測定を継続出来ていた。行動の変化について何うと「妻のことが落ち着いたら出来る。」と優先となる妻の環境を調整し安心できてこそ、セルフケアに移行出来ていた。

一方、対象者7は「血圧は測ってない。体重は測っている。1週間くらい前から、階段の10段目くらいになると少ししんどくなったと思う。体重は食欲があるから増える」と述べていた。通院に付き添っていた妻は「“味噌汁は食べるな”ということだったから食べないようにしているけど、カニは食べてる。」と述べた。体重測定は継続し増減の推移を意識出来ていたが、塩分過多、体重増加、息切れなどを心不全と結び付けて解釈することが出来ていなかった。

#### d. 《運動習慣についての指導》

心臓の負担を減らすためにも適度な運動の継続が必要であることが説明された。「寒くなると、どうしても動きが鈍くなる」「年をとると横着になってくる」という反応もあったが4名の研究対象者が日常生活の中で意識して運動していると述べていた。

#### e. 《苦しくなる前の安静についての指導》

対象者の背景には独居であり、身の回りのことを自分で行わなければならない環境、自分のことは子供に頼らず自分でやりたいという心情を感じたうえで、退院後の生活で無理して動き過ぎないこと、疲れたときは休む

ことを呼びかけた。対象者も認識し「えらい時は休む」「身体がしんどい時は無理せん方がいい」と認識し、守ることができていた。

#### 2) 【信頼する医師の存在】

このカテゴリーは医師と対象者の間には長い経過のなかで築かれた信頼関係があり、その信頼する医師の存在が自己管理継続の要因になっていたことを示している。

##### 〈信頼する医師が導いた行動〉

対象者1は「先生に命を助けてもらっている。だから、先生の言われることは聞く」と述べセルフケアを継続していた。

対象者3は「お医者さんや看護師さんをとにかく信じている。後は自分が聞いたことをする」と述べ、医療者を信頼したうえで健康管理方法を遵守することが出来ていた。

#### 3) 【家族や介護者からのサポート】

このカテゴリーは、家族や介護者からさまざまなサポートがあり、そのサポートがセルフケア継続の要因になっていたことを示している。

##### 〈家族・介護者からのサポート〉

対象者とともにサポートする家族や介護者は入院中【医療者からの自己管理指導】を受けたことで、過活動にて心不全を悪化させてしまうこと、過活動予防の必要性を理解されていた。対象者1と4は《家族が力仕事を手伝ってくれること》について次のように述べていた。

「娘・息子が“なんぞすることがあったらするで”って言って来てくれる。去年から畑うち・草刈りをしてくれるようになった」「風呂洗いを息子がしてくれるようになった。洗濯物が多いときには手伝ってくれる。ゴミ捨ても子供に頼むことも出来てきた」

対象者7は介護サービスを利用して家事を代行してもらえることについて「月2回トイレ、風呂、部屋の拭き掃除をしてもらうようになった。きれいになって気分がいい」と述べていた。

対象者2は、以前に作り置きのお食事を摂取し塩分過多になることがあった。現在は介護保険変更後、毎日ヘルパーがはいれるようになり、朝・晩塩分管理された食事が提供されている。また、薬に関して「元気だからやめたい」と言われることもあるようだが、サポートにて内服継続出来ていた。

このように対象者全員が〈家族・介護者からのサポート〉をうけ、慢性心不全を増悪させないためのセルフケアを継続させていた。

#### 4) 【療養生活での体験を通しての学び】

このカテゴリーは療養生活のなかでのさまざまな体験やその体験を通して学んだことが、セルフケア継続の要因になっていたことを示している。

〈セルフケア継続の効果の実感〉について

対象者3は、妻が他界後、自分自身で料理を作っている。「入院した時の食事を図に描いていた。困ったら見る」と述べバランスの良い食事を意識し、副菜の選び方・添える数・量などを自分なりに試行錯誤し徐々に、継続できる食事療法を確立し、血液検査の結果から《食事療法の効果を実感すること》に繋がっていた。

〈苦しい症状の体験を通しての学び〉について

対象者全員が療養生活を送るなかで苦しさを伴う症状を体験しており、《自分の体験から心不全症状を理解できたこと》で自分なりの対処法を見出していた。

「覚えている。あの時はえらかった。腫れて体重が増えると息切れがする。えらいときは休む。それでも、えらいときは病院に来る」「今年は、足が腫れたので気持ちが悪いと思って病院に来た」と述べ、早期受診行動の目安を認識し、セルフケアを行っていた。一方、「気を抜けば悪くなってしまう」「食べるものにも心配している」「入院するか、しないか心配」と心不全の増悪について抱く不安・心配もあった。

〈納得して自己管理すること〉について

「誰が管理するわけでもない。自分で管理しないとイケない」「自分の身体の状態を常に知っておくことは、変化があった時に理由を振り返りやすい」と述べ自分自身が納得し自己の身体を管理を行っていた。

〈病気体験での気づきと行動変容〉について

対象者は、病気による苦しい症状を体験し振り返ることで、何気なく過ごしていた生活の中にも、時には過剰な活動となり、心臓への負担を増やし、心不全を引き起こす原因になってしまうことを学んだ。「なるべく今は余裕をもって行動している」「ちょっと休憩して手すりにさわってポチポチ動いている」と述べ、退院後の生活のなかで無理しないようにしようなどの気持ちが芽生え行動に変化が表れた。

〈意識して管理していること〉について

「悪いようなものは食べない」「風邪をひかないように気を付けている」と自己の健康管理について述べていた。

#### 5) 【自分が身体によいと認識して行動すること】について

このカテゴリーは、対象者が身体によいと認識して行

動することが、セルフケア継続の要因となっていたことを示している。

〈自分がよいと思う運動を実施する〉について

対象者3は、「リハビリを続けている。無理のないように、1日のスケジュールの中で工夫している。回数や時間を少なくしている」と述べ、健康を意識する中で目標をもち、生活の中に取り入れることで継続していた。

#### 6) 【療養生活を自分らしく送る秘訣を持つこと】

このカテゴリーは、対象者が病気に罹患したことによりさまざまな制限がでてくる療養生活を自分らしく送ることがセルフケア継続の要因になっていたことを示している。

〈趣味をもち楽しく生きること〉について

対象者1は、畑仕事が過活動となり心不全増悪の要因となっていた。「何年生きるかわからないから、好きなことをしたいと思うがえらくなる。1年でも長生きしたい。自分の食べるお野菜は自分で作りたい」と述べていた。趣味をもち生きることが療養生活の支えである一方、心不全と折り合いをつけて生活する背景にある心情が伺えた。

#### 7) 【高齢により起こる機能低下】

このカテゴリーは加齢による機能低下を自覚することで、いろいろな心がけができるようになったことがセルフケア継続の要因になっていたことを示している。

対象者1は「動きは変わりました。力が落ちてきた。自分のことだから、えらくなることはやめている」と述べ、加齢に伴う体力低下と無理をした後の心不全増悪を考慮し、家族のサポートを得て活動内容を減らすことで、生きがいである畑仕事を継続していた。

対象者3は「このままの状態がなるべく続くように維持に努めている」と述べ、現状を維持する努力をしてQOLを保ちながらセルフケアを継続していた。

一方、3名の対象者は独居であり、生活を送るなかで「何があるかわからない。入浴が心配。助けてくれる人がいないので不安」「いつも、自分が死んだ時気づいてもらえるか心配」「畑に出て姿を見せれば、安否確認になる。何かあった時に早く助けてもらえる」と述べ、不安を抱えていた。

## 考 察

今回の対象者は後期高齢期にある為、慢性心不全以外にも複数の疾患を抱えていた。記憶力の低下、運動機能の低下など、さまざまな加齢による機能低下があるな

かで、慢性心不全増悪を予防し地域で生活が出来ていた。それは対象者が後期高齢者であることを考慮し、医療者が家族や介護者を含めて【医療者からのセルフケア指導】を行ったことで、対象者やその介護者がセルフケアの必要性を理解し、対象者自身が自己管理をするだけでなく【家族や介護者からのサポート】を受けることが出来たからではないかと考える。加藤<sup>1)</sup>は、心不全患者においては自己管理不足が心不全増悪の要因になることが多く、とくに高齢患者の場合は個々のキーパーソンを含む支援が自己管理のカギになると述べている。このことから家族や介護者を含めた【医療者からのセルフケア指導】や【家族介護者からのサポート】は高齢患者が地域でセルフケアを続けていくうえで必要な要因であると考え。中村<sup>2)</sup>は、慢性疾患の管理は長期にわたるため、長い間診察してもらっている医師への信頼は揺るがないものであり、主治医の指示は絶対的なものであると述べている。今回の結果においても、対象者の「命を助けてもらった先生の助言は聞かないといけない」という感謝の気持ちが〈信頼する医師が導いた行動〉となり、対象者のセルフケアを継続する力を導き、慢性心不全を増悪予防に繋がったのではないかと考える。

対象者全員が苦しさを伴う心不全症状を体験していた。「えらいと思ったら休む」「無理はしないようにする」など症状出現時の対処法を見出していた。阿川<sup>3)</sup>は、高齢の心不全患者が身体の変化を見極めて、それを適切な対処につなげることは難しいと述べている。また、仲村<sup>2)</sup>は、心不全患者が入退院を繰り返すのは、患者が自分の身体や心不全症状をとらえきれていないためであり、患者が自分の身体の状況をとらえられるように支援していくことが必要であると述べている。しかし、今回の対象者においては、後期高齢期であり身体の変化の見極めが難しい状況でありながらも、心不全症状を体験したことで身体の変化に注意深くなり、心不全症状が出現する前に「安静にする」などの対処が出来ていたのではないかと考える。このことから、高齢心不全患者が地域で療養生活を続けていくために、医療者が患者とともに体験した症状やその時の状況を振り返り、その症状に対してどのように対処するのかを患者とともに考えていくことは必要であると考え。

制約の多い療養生活を送るなかで「つらい」などの悲観的なことを訴える対象者は一人もいなかった。〈目標をもって生きること〉〈趣味をもち楽しく生きること〉で療養生活を自分らしく過ごしていた。

鷺田<sup>4)</sup>は、心不全の治療のために、理想的な管理体制を患者に強いるのではない。心不全と折り合いをつけて生活し、心不全と一緒に暮らしていくことに着地点を見出すことが大切と述べている。今回、対象者個々との面談を通して、今まで生きてきた長い人生のなかで築いた習慣やこだわり、価値観をもって生活されていることに寄り添うことが出来た。そしてこれらが尊重されて、セルフケア行動が導き出されると感じた。医療者は、患者一人一人の心不全の病態を押さえつつ、その方の暮らしにあった療養支援を考えていく必要がある。そして、患者がどのように生活を送りたいと考えているか把握したうえで、心不全管理を継続していくか一緒に考えていくことが大切であると考え。

## 結 論

本研究は、慢性心不全の発症率が急増する後期高齢期の慢性心不全患者を対象に、セルフケアがどのような意味をもっているのか、その意味の構成要素を明らかにするために、質的因子探索型研究を行った。その結果、13サブカテゴリー、7カテゴリーが抽出された。セルフケアに対する内的体験の構成要素は【医療者からのセルフケア指導】【信頼する医師の存在】【家族・介護者からのサポート】【療養生活での体験を通しての学び】【自分が身体によいと認識して行動する】【療養生活を自分らしく送る】【心機能・高齢による機能低下】であり、これらによりセルフケアが行われていることがわかった。

看護師はセルフケアを支援する時、療養者が長い間かけて築いてきた信念や価値観を尊重し、どのような意味をもってセルフケアに取り組んでいるかを理解して、一人ひとりにあったセルフケア方法を考え、継続をサポートすることが重要である。

## 文 献

- 1) 加藤尚子：高齢患者の看護ケアのポイント 疾病管理. Heart 3 (3) : 65-72, 2013.
- 2) 仲村直子：心不全のディジーズマネジメント—回復・慢性期の心不全患者の支援の実際. 看技 54 (12) : 124-128, 2008.
- 3) 阿川慶子：高齢慢性心不全患者の日常生活における身体変化の自覚. 老年看護 17 (1) : 46-54, 2012.
- 4) 鷺田幸一：心不全の療養行動支援. 訪問看護と介護 21 (10) : 768-773, 2016.