

7. 心不全に罹患した後期高齢者への療養指導の検討 ～エンパワーメント法を用いた療養指導介入から～

キーワード：心不全、後期高齢者、療養指導

竹口美咲希（北入院棟 3階病棟）

I. はじめに

日本循環器学会によると、超高齢社会を迎えている日本において、心不全や心房細動をはじめとする心疾患患者は増加の一途とされている¹⁾。当院でも高齢の心不全患者は増加しており、住み慣れた地域での暮らしを続けることができるよう、心不全療養指導の充実に取り組んでいる。

一方で、高齢者の療養指導においては、加齢に伴う認知機能や意欲の低下という問題から、自己管理は困難であると判断する症例も経験してきた。中には独居の後期高齢者で生活できる能力があるにも関わらず、自己管理ができないと判断される症例もあり、高齢者が自己管理を行えないのではなく、私たち医療者が後期高齢者の残存能力や生活背景を理解した指導を行うことが十分にできていなかったのではないかとジレンマを感じるがあった。

そこで、本研究では、糖尿病患者に対する指導方法として確立されている「エンパワーメント法」を用いて心不全療養指導を行い、後期高齢者の療養指導について検討していく。

II. 目的

本研究では、ファンネルのエンパワーメント法に沿って療養指導を行い、心不全に罹患した後期高齢者に対する療養指導を検討する。

III. 用語の定義

療養指導：本研究では薬剤管理、血圧測定・体重測定、食事管理などのセルフモニタリングについての指導とする

後期高齢者：満 75 歳以上の高齢者

エンパワーメント法：アンダーソンとファンネルが患者中心の教育的アプローチであると述べた概念。患者の目標設定を支援するため

の 5 つのステップとして、①問題の特定②感情の明確化③目標の設定④計画の立案⑤結果の評価を提唱している²⁾。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究

2. 研究対象：心不全に罹患した後期高齢者

3. 研究期間：令和 5 年 4 月～令和 5 年 10 月

4. データ収集・分析方法：研究計画に沿って研究目的・方法、倫理的配慮について説明し、同意を得る。入院中に、エンパワーメント法の 5 つのステップに沿って療養指導を行い、インタビューガイドに基づいて半構造化面接を行う。指導終了後の反応や退院までの自己管理の実施状況などは記録へ残す。外来受診時に自己管理の状況をインタビューする。

5. 倫理的配慮：倫理審査委員会の承認を得て、研究対象者へ研究の目的・内容を説明し、研究への参加は自由意思であることを説明する。そして、プライバシーに配慮して研究対象者が特定されないことを説明し同意を得る。

V. 事例紹介

対象患者：80 歳代 女性 独居 要介護 3

認知症高齢者の日常生活自立度判定：自立

現病歴：頻脈性・発作性心房細動を契機としたうっ血性心不全の診断にて入院。利尿剤投与にてうっ血解除し、自宅退院の運びとなった。入院前は、ヘルパーなどの介護サービスを利用し生活されていた。

VI. 結果

入院中の療養指導時、外来面談時の詳細な発言は表 1 に示す。

①問題の特定

入院前の生活状況や健康管理状況を聴取した。自宅に体重計はあるが血圧計は無く、血圧管理の必要性が理解できておらず血圧計の

購入意欲は低く、初発であり倦怠感や下肢浮腫を心不全の症状として理解できていなかったこと、また今まで自己管理を要する疾患に罹患したことがなく療養管理についての知識が無いことも、問題として抽出された。

②感情の明確化

患者に今後に対する思いを問うと「家で生活したい」と述べた。指導介入前は、血圧計は金銭的理由から購入意欲がなく、食事は高齢で一人暮らしを理由に塩分制限は難しいと、自己管理についての意欲が乏しい状態であった。療養指導を受けたことで、退院前日には「自分のためだからちゃんとしないとね」と自己管理への意欲を伝える事ができるように変化した。退院後も外来で自己管理をできていると、肯定的な発言ができていた。

③目標の設定

自宅退院を目指し、まずは入院中の目標として、血圧・体重の値を心不全手帳に記載することを患者と設定した。心不全手帳に毎日細やかに記載する姿が確認できたため、次のステップとして心不全の兆候・症状を理解する必要があった。そのため、心不全の兆候と症状の説明を行ったうえで1日2回下肢浮腫や体重の増加、血圧や脈拍の変化がないかを看護師と確認できることを目標とした。退院前までに心不全の兆候を自己チェックすることも習慣化できたため、受診のタイミングが分かることも目標として追加し退院指導を行うこととした。食事管理についても知識不足から必要性が理解できていなかったため、減塩の必要性の理解と、減塩を意識した食事管理を病院食から理解できることを目標とした。

④計画の立案

入院5日後に自覚症状が消失したことを確認し、心不全手帳へ血圧・脈拍・体重の記載開始を計画した。記載開始2日目からは意欲的に細やかに記載する姿が見られたため、心不全症状の説明を行い、看護師と共に1日2回心不全兆候のチェック実施を計画した。自

己チェックの際に目標値がわかりやすいように、心不全手帳の表紙に血圧・体重の目標値を明示し、測定値の評価を行うことを計画した。退院前には、体重増加時と心不全の自覚症状出現時に受診行動がとれるよう退院指導を計画した。食事管理については栄養士から減塩食についての説明をしてもらうことを計画した。その後、病院で提供する減塩食の内容や以前利用した宅配食も踏まえて、退院後にどのような工夫ができるのか、理解の確認を行うことを計画した。また、減塩宅配食の情報提供も行うこととした。

⑤結果の評価

指導介入によって自己管理の必要性が理解でき、退院時には自己管理を「自分のことから」と自身の課題として捉えることができるようになった。外来面談では、血圧計を購入し、心不全手帳への血圧・体重の記載と心不全兆候の自己チェックが定着できているだけでなく、自らケアマネージャーへ減塩の宅配食の再導入を依頼したことがわかった。自己管理を継続するとともに、自身の生活の見直しに退院後も取り組み、自己管理を正しく継続出来ていることが自信となり、外来看護師へ自己管理状況を報告することを楽しみとして表現できるようになっていた。

VII.考察

本研究ではエンパワーメント法に基づき「心不全手帳に記載できる」ことを残存能力として見極め、患者と共に段階的に目標設定を行うなかで、血圧・体重管理にも関心をもつことができ、自己チェックや食事管理を行う能力があると気づくことができた。よって、通常の療養指導では患者のできないことに着目してできるようになることを目標とするが、後期高齢者の場合はできることに着目し、介入の糸口とすることが重要であると言える。そして、心不全自己チェックや心不全手帳の記載を継続するという療養管理行動を獲得することができ、「自分のためだから」と前向き

な発言ができるまでに自己管理についての認識が変化した。安酸が「意味を見出し自由意思で選択した行動変容なら、実行しやすく維持しやすい傾向がある。自己効力を高める視点で関わると、患者の行動変容が起こりやすい。」³⁾と述べているように、後期高齢者の療養指導においては、患者と共にこれまでの生活を振り返り、問題を話し合いながら計画を立案することが重要である。更に、入院中に獲得した自己管理を正しく継続でき、外来で評価を受けるという成功体験が患者の自信となり、自己効力感を高め、自己管理の定着化に影響を与えることが分かった。このことから、自己効力感を向上できるような支援を行うことも、後期高齢者の療養指導において重要と考える。そのため、後期高齢者の理解や行動の変化を「できている」と認識できるように医療者が伝えることに加え、患者自身も「できていること」を言語化して表現できるように意図的に関わる必要がある。

また、本研究では自身の疾患と自己管理の必要性が理解できていないことが問題として抽出された。今までの生活を振り返り、患者が問題を認識できるように理解に合わせた知識の提供や血圧測定等の療養管理行動の獲得を支援したことが、後期高齢者が自己管理の必要性を理解することを促し、認識させることに繋がった。多くの高齢患者は医療者が指示した健康行動や治療行動を実行しようと努力するが、心理的な抵抗や独自の健康観や信念、あるいは生活習慣を変えられないことなどから、指示通りには行動しないことがある⁴⁾と言われており、後期高齢者の心不全療養指導においては病態の理解、心不全手帳の記載や自己チェックの定着度を確認し、目標・計画の修正と評価を繰り返す必要があると考える。

また、減塩宅配食を利用した経験や病院食の献立を活用した栄養指導を行うことで、減塩を意識した食事管理についての具体的なイ

メージに繋がっていたこともわかった。このことから、後期高齢者の心不全患者にとって具体的な経験を用いて指導を行うことが、指導内容と関連付けられ理解しやすくなると考えた。ゆえに、後期高齢者の心不全患者にとって、一方的な知識の提供ではなく患者自身の「経験」と「病態と自己管理の必要性」をすり合わせる事ができる指導を計画することが必要であると考えた。

表1から、療養指導に時間を要したことがわかるように高齢者は老化により様々な支障が生じ、若い人たちのように素早く物事を処理できない³⁾と言われており、後期高齢者への療養指導は疾患の理解、行動の変容・定着まで時間を要するため、患者の理解に合わせ段階的に知識を増やす必要があるとわかった。また、外来で継続して後期高齢者の心不全自己管理の定着状況を評価することは、退院後の生活における対応できない問題点への早期介入にも繋がり、心不全のコントロールにおいても重要な役割を果たすと考える。

VIII. 結論

後期高齢者の心不全療養指導において、患者との対話の中で問題を明確にすること、残存能力を見極めた「できること」に着目した目標を患者とともに考えることが必要である。また、患者の理解度に合わせた指導を行い、「できている」と認識出来る自己効力感の向上につながる関わりも重要である。

IX. 引用・参考文献

- 1) 日本循環器学会：心不全療養指導士 南江堂 2 ページ 2022 年
- 2) マーサ・ミッチェル・ファンネル:新しい患者教育—エンパワーメント法とは、第1回糖尿病—心理と行動研究会、2001 年
- 3) 安酸史子:糖尿病患者のセルフマネジメント教育-エンパワメントと自己効力 株式会社メディカ出版 89、118 ページ 2021 年
- 4) 堀内ふき:高齢者の健康と障害 株式会社メディカ出版 26、140、153 ページ 2016 年

別紙 表 1

段階	患者の発言と反応／看護師の介入
① 問題の特定	<p>(内服管理)「一つにまとめてもらって(一包化)、ちゃんと飲めてたよ。」</p> <p>(食事管理)「弁当(宅配食)を届けてもらうようにしてたけど、味が全然なくて美味しくなかったから止めたの。」</p> <p>(血圧・体重管理)「体重計はあるけど毎日は測ってなかった。血圧計は壊れたから今は無いよ。」</p>
② 感情の明確化	<p>(入院 5 日目、介入 1 日目)「姉と一緒にマンションに住んでるけど迷惑かけないで家で生活したいよね。お金がないから血圧計を買うのはちょっとね。年寄りで一人暮らしだし塩分制限は難しいね。足が浮腫んでたもんね。すぐ入院って言われてびっくりしたよ。」</p> <p>(退院前日、介入 10 日目)「自分のためだからちゃんとしないとね。」</p> <p>(退院後 13 日目)「あんた(看護師)に会うと思ってちゃんとしてるよ。薬もちゃんと飲んでるし、血圧計も買った。手帳にもきちんとして書いて持って来たでしょ。ケアマネさんをお願いしてお弁当(宅配食)も持って来てもらえるようになった。味が薄くて物足りなさはあるね。でも塩分に気をつけないといけないうって言われたもんね。また次もあんた(看護師)に会うのかな?続けないとだね。」</p> <p>(退院後 2 ヶ月目)「手帳の書く所が無くなったから、自分で準備して書いてるよ。お弁当も続けている。病院でよく出た酢の物は自分で作ったりもしてる。自分のためだからねーちゃんとやってみるでしょ?」</p>
③ 目標の設定	<p>(入院 5 日目、介入 1 日目:心不全手帳をお渡し)「これ(心不全手帳)に毎日体重と血圧を書くのね。自分のってわかるように名前とかも書いてこうね。」</p> <p>(入院 7 日目、介入 3 日目:心不全の兆候・症状の説明)「浮腫んでる足は入院前の時みたいな感じね。指で押してみたらわかるとね、今は大丈夫。手帳にも確認できるところがあるね、書いてらいいね。」</p> <p>(退院前日、介入 10 日目:受診のタイミングを説明)「体重を手帳に毎日書くね。血圧計はケアマネさんに聞いてみる。体重が増えすぎたら病院に行くね。表紙の値と見比べてちゃんと測るよ。家に帰ってからも足が浮腫んでないか見とかんといかんね。」</p>
④ 計画の立案	<p>(入院 5 日目、介入 1 日目)心不全手帳への血圧・脈拍・体重の記載を開始。</p> <p>(入院 7 日目、介入 3 日目)心不全の兆候・症状の説明。看護師と共に 1 日 2 回心不全兆候のチェック。血圧・体重の目標値を心不全手帳の表紙に明示し、測定値の評価を実施。</p> <p>(入院 8 日目、介入 4 日目～)栄養指導を栄養士に依頼。指導後、病院で提供する減塩食の内容や以前利用した宅配食も踏まえて、退院後の工夫方法や理解度の確認を実施。減塩宅配食の情報も提供。</p> <p>(退院前日、介入 10 日目)体重増加時と心不全の自覚症状が出現した時には外来予定日を待たずに受診行動をとるように指導。</p>
⑤ 結果の評価	<p>(退院後 13 日目)「血圧計は買って、体重と血圧も毎日測って書いてる。浮腫みもないよ。ちゃんと確認してる。弁当は始めたけど薄味だね。でも必要なことだから続けてみるよ。」</p> <p>(退院後 2 ヶ月目)「手帳の書く所が無くなったけど、自分で準備して書いてるよ。お弁当も続けている。」</p> <p>入院中に指導した内容を理解し、手帳記載や自己チェックを継続できており、外来面談で看護師に対して療養生活を正しく行えていると伝えることができています。また、自分のために必要なことから頑張れると継続意欲がある発言も聞くことができた。</p>