

原著論文

後期高齢期にある NYHA I～II度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因



光岡 明子¹⁾, 平田 弘美²⁾

¹⁾ 国立病院機構名古屋医療センター

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

背景 慢性心不全は老年期に急増し、超高齢社会のわが国では高齢者の慢性心不全罹患率は上昇し続け(上村ら, 2012), 今後わが国の社会問題になることが予想されている(合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン, 2010)。慢性心不全患者は, 入退院をくり返すことが多く, その原因はセルフケア行動に関する要因も少なくない(Tsuchihashi et al, 2000)。そのうえ, 高齢患者はさまざまな機能低下により, 自覚症状が出現しにくい, 適切に愁訴できないなどにより, 心不全の初期兆候が見逃され, 高い再入院率に結び付いている(上村ら, 2012)。以上のことから, 高齢の慢性心不全患者の再入院の予防には, 加齢による機能低下を踏まえた心不全を増悪させないための自己管理の継続が重要である。

目的 高齢慢性心不全患者が地域で自己管理を継続できる要因を明らかにすることである。

方法 後期高齢期にある NYHA I～II度の慢性心不全患者 8 名を対象に, 1 年以上再入院せず心不全症状をコントロールし, 日常生活を送ることができている理由について半構成的面接を行い, 質的記述的に分析した。

結果 173 の《コード》から 22 <サブカテゴリー>, 9 の【カテゴリー】が抽出された。研究対象者は, 【医療者からの自己管理指導】や【療養生活での体験を通しての学び】から【自分の病気についての理解】をして, 【自分が身体によいと認識して行動すること】を生活に取り入れていた。そして【信頼する医師の存在】は絶対であり, 信頼する医師の助言が研究対象者の自己管理の実施へと導いていた。さらに, 自らの病気や入院の体験から【高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ】が療養生活に生かされ, また【家族や介護者からのサポート】を受けて自己管理を継続していた。そして, 研究対象者全員が療養生活による制約があってもつらいと述べるものはおらず, 【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】や【病気にとらわれすぎないこと】で自分らしく療養生活を送っていた。

結論 医療者や介護者の支援やサポート, 加齢による機能低下を自覚すること, 症状の体験を通しての学びだけでなく, 病気にとらわれず療養生活を自分らしく送る秘訣が自己管理の継続の要因となっていたことから, その患者の価値観を尊重し患者一人ひとりにあった自己管理方法を考え, 指導していくことが必要である。

キーワード 自己管理, New York Heart Association (NYHA) I～II度, 後期高齢期, 慢性心不全

Self-Care Factors in Older Aged People with Chronic Heart Failure of NYHA I～II

Akiko Mitsuoka¹⁾, Hiromi Hirata²⁾

¹⁾ National Hospital Organization Nagoya Medical Center

²⁾ School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018 年 9 月 30 日受付, 2019 年 1 月 24 日受理

連絡先: 光岡 明子

名古屋医療センター

住 所: 名古屋市中区三の丸 4-1-1

e-mail: cwgmb514@yahoo.co.jp

I. 背景

慢性心不全は老年期に急増し, 50 歳代での慢性心不全の発症率は 1%であるのに対し, 80 歳以上になると 10%に達する。そのため, 超高齢社会のわが国において, 高齢者の慢性心不全罹患率は上昇し続けることが予想されている(合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン, 2010)。また, 慢性心不全患者は入退院をくり返すことが多く, その約 7 割が 65 歳以上である(嶋田ら, 2007)。慢性心不全患者が再入院に至る要因には, 心筋虚血, 不整脈, 感染症などの医学的要因だけではな

く、服薬管理の不徹底や塩分・水分制限の不徹底といった不十分なセルフケア行動に関する要因も少なくない (Tsuchihashi et al, 2000). さらに、高齢患者においては、複数の基礎疾患に罹患していることが多く、自覚症状が非典型的であること、また高齢になるにつれて身体機能の低下をきたし、そのことによって活動が低下することにより自覚症状が出現しにくいこと、感覚機能の低下により自覚症状を感じにくくなること、認知機能の低下により適切に愁訴できないことなどがあり、心不全の初期兆候が見逃されやすいことが再入院をくり返す要因として報告されている (上村ら, 2012). これらのことから、高齢の慢性心不全患者の再入院を予防するには、加齢による機能低下をふまえた心不全を増悪させないための自己管理の継続が重要である。

高齢慢性心不全患者に関する先行研究は、再入院の実態調査 (赤土ら, 2008; 濱岸ら, 2012; 平田ら, 2011; 児玉ら, 2004; 信岡ら, 2006; 森脇ら, 2010; 山根ら, 2009), 自己管理に関する実態調査 (古知ら, 2009; 長岡ら, 2011; 内藤ら, 2007; 関, 2008; 上谷ら, 2013), 自己管理における介入研究 (原田ら, 2005; 平野ら, 2013; 乾ら, 2009; 内藤ら, 2013; 仲村, 2013; 尾島ら, 2005; 志賀ら, 2010; 谷井ら, 2008; 田崎ら, 2005; 上田ら, 2012; 脇本, 2013) があつた。それらの結果から高齢慢性心不全患者が、心不全の増悪により再入院に至る要因として、内服、食事・塩分制限、水分制限、安静、症状の観察が行えていない・守れていないということが明らかになった。また、これらの自己管理が行えていない要因の背景には、加齢による身体的・心理的・社会的変化や、医療者の患者への具体的な自己管理指導の不足が影響し、正しい自己管理が行えていないという実態が明らかになった。そして、すべての自己管理における介入研究において、患者の自己管理のための介入は効果的であったと報告されていた。その反面、自己管理を継続することで心不全症状をコントロールし、再入院することなく療養生活を送っている患者に焦点をあてた研究はほとんどなかった。さらに、慢性心不全の発症率が急増する後期高齢期にある慢性心不全患者を対象にした研究はみあたらなかった。

以上のことから、後期高齢期にある慢性心不全患者が、どのように症状をコントロールしながら入退院をくり返さず、自宅・地域で療養生活を送っているのかを明らかにすることは重要である。それらを明らかにすることで、看護師による効果的な高齢慢性心不全患者の自己管理指導のあり方を検討し、指導による患者の自己管理実践により患者の再入院を軽減することができるのではないかと考える。

II. 目的

本研究の目的は、慢性心不全の発症率が急増する後期高齢期にある New York Heart Association (NYHA) I～II度の慢性心不全患者を対象に、患者が症状の増悪を予防するために、症状をうまくコントロールしながら自己管理をどのように行っているのか、地域で自己管理を継続して行うことができる要因は何かを明らかにすることである。

III. 用語の定義

自己管理：心不全を含む自分の病気の悪化を予防するために日常生活において行っている健康管理のこと。健康管理には、合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン (2010) のなかで自己管理の教育の項目としてあげられている一般的事項 (心不全についての理解、身体的変化、精神的变化、予後)、食事療法、薬物療法、症状のモニタリングと管理、運動や安静、入浴、ワクチン接種、危険因子 (喫煙、アルコール等) の是正が含まれる。さらに、前述した以外にも患者が療養生活のなかで行っている健康を維持するための習慣、療養生活そのものも含める。また、本研究の対象者は後期高齢期であることから、自己管理は自らの意思で行うが、加齢による心身機能の低下があり、介助者が援助して身体的な管理をしている場合も自己管理とする。

NYHA I度：心疾患があるが身体活動にとくに制約はない患者。日常的な身体活動の範囲では過度の疲労感・動悸・息切れ・狭心症発作は起こらない状態。

NYHA II度：心疾患により身体活動の軽度制限をきたしている患者。安静時は無症状であるが、日常的な身体活動により疲労感・動悸・息切れ・狭心症発作が起こる。

IV. 方法

1. 研究デザイン

本研究は、慢性心不全患者の経験や生き方の語りを記述し要約する質的記述的研究である。

2. 研究対象者

A 県下にある大学病院に通院中の後期高齢期にある慢性心不全患者を研究対象とした。選定条件として、1) 認知症と診断されていないこと、2) NYHA 分類で I～II度の患者、3) 前回の心不全の急性増悪による入院から1年以上経過し、地域で療養生活を継続している患者とした。以上の条件を満たす者で、本研究の意義、目的、方法について別紙で説明し、研究の同意が得られた者を

研究対象者とした。

3. データ収集方法

データ収集は、2015年3～4月に行った。面接は研究対象者のプライバシーを保護するために、病院内の個室で行った。基本情報については、患者から聞き取りを行った。年齢、性別、基礎疾患、合併疾患、心不全の発症時期、心不全の入院歴、治療内容、検査データについては、カルテから情報を得た。面接は半構成的面接法によりインタビューを行い、同意を得てICレコーダーに録音し、必要時メモをとった。

インタビューでは「医療者からどのような自己管理の指導がありましたか?」「普段行っている自己管理にはどのようなことがありますか?」「慢性心不全の症状が1年以上悪化することなく、地域で日常生活を送ることができている理由は何だと思えますか?」などについて質問し、その回答のなかで医療者からの自己管理指導や行っている自己管理の内容についても自由に語ってもらった。家族や介護者の付き添いがあった場合は、家族や介護者も面接に同席した。患者の回答した内容が明確でない場合は、家族や介護者から補足説明をうけた。

4. 分析方法

インタビューより得た内容について逐語録を作成し、逐語録をくり返し読み、語りの内容を対象者の思いや意図の文脈が損なわれないよう文脈のまま抜粋し、コード化した。共通した意味のあるコードをまとめ、サブカテゴリーを生成した。さらにいくつかのサブカテゴリーを集め、カテゴリーを生成した。分析の妥当性の確保のため、

経験豊かな質的研究者のエキスパートにスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

研究対象者に対して研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険について、文書と口頭により十分な説明を行った。研究対象者は、この内容を理解したうえで同意書に署名した。データは研究以外用いないこと、データの保管に当たっては、個人を特定できないようにして取り扱うなど安全管理の徹底を図った。研究終了後、個人情報を含むデータは、消去または裁断処理により廃棄した。また、研究対象者は後期高齢期にあり、体調には十分配慮して面接を行った。インタビュー中に気分が悪くなった場合は質問を中止し、必要時は診療科医師の診察を依頼するよう予定していたが、体調不良を訴えた研究対象者はいなかった。なお、本研究は、A大学とB大学病院の研究に関する倫理審査委員会で承認を得ている。

V. 結果

1. 研究対象者の属性

研究対象者は8名(男性5名、女性3名)、年齢は78～95歳(平均年齢84.4歳)であった。NYHA分類はインタビュー時I度1名、II度7名であった。心不全の急性増悪による一番最近の入退院からインタビューまでは、最短で1年3ヵ月、最長で12年11ヵ月が経過していた(表1)。

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	面接時EF	最終入院から面接迄の期間	心不全での入院回数
1	男	80歳	妻 息子家族と2世帯	II	心房細動 高血圧症 虚血性心疾患	糖尿病	55%	4年0か月	2回
2	女	86歳	独居	I	心房細動 高血圧症 大動脈弁狭窄症	糖尿病 胃癌	60%	3年11か月	1回
3	男	83歳	娘家族と同居	II	心房細動	慢性腎臓病	55%	4年4か月	1回
4	女	88歳	独居	II	心房細動 僧房弁狭窄症	糖尿病 慢性腎臓病 甲状腺機能低下症	40%	3年0か月	4回
5	男	95歳	息子家族と同居	II	高血圧症	慢性腎臓病	30%	5年1か月	1回
6	女	78歳	夫	II	拡張型心筋症 高血圧症	慢性腎臓病	50%	8年11か月	1回
7	男	87歳	有料老人ホーム	II	心房細動 高血圧症 虚血性心疾患 大動脈弁閉鎖不全症	糖尿病 慢性腎臓病	30%	1年3か月	2回
8	男	78歳	妻 息子家族と2世帯	II	心房細動 高血圧症 虚血性心疾患 胸部大動脈瘤	糖尿病 慢性腎臓病 C型肝炎 アルコール性肝障害	50%	12年11か月	1回

* EF (%) : 左室駆出率正常値 男性 64±5 女性 66±5 (合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン, 2010)

2. 分析結果

研究対象者8名に対して、1名ずつ1時間程度、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173のコード、22サブカテゴリー、9カテゴリーに分類

された(表2)。なおカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >、コードは《 》、研究対象者の語りの引用は斜字で示す。

表2 後期高齢期にあるNYHA I～II度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
医療者からの自己管理指導	医療者からの自己管理指導	塩分制限についての指導 薬は絶対に飲むようにという服薬指導 適度に体を動かすようにという指導 定期受診は必ずするようにという指導 苦しくなる前に安静にするようにという指導
信頼する医師の存在	信頼する医師の助言	長生きしたければ言われたことを守るようにという助言 好き勝手すると自分の命が縮まるから言われたことを実行するようにという助言
	信頼する医師が導いた行動	医師を信頼しているので医師の言うことは絶対守ること 命を助けてもらった医師の言うことは絶対なので従う
家族や介護者からのサポート	家族や介護者からのサポート	家族や介護者が塩分控えめの食事をつくってくれること 介護者が内服したか確認すること
自分の病気についての理解	心不全についての理解	心不全は放っておいてはいけなくて理解すること
	心不全以外の病気についての理解	不整脈が心不全に影響すると理解すること
療養生活での体験を通しての学び	自己管理継続の効果の実感	食事療法の効果を実感すること 運動を継続することで体調がよいと感ずること
	苦しい症状の体験を通しての学び	自分の体験から心不全症状を理解できたこと 長湯して苦しくなったため長湯はいけなくてという学び
	自己管理の重要性の認識	心不全が悪くならないように自己管理しなければならないと認識すること
	病気体験での気づきと行動変容	入院するまでは健康だと過信していたという気づき 退院後身体のことを考えて運動するようになったこと
	入院が日常生活に及ぼす影響の認識	病気になる入院したことで仕事に支障があったという認識
自分が身体によいと認識して行動すること	食生活に自分がよと思うことを取り入れること	好きな肉をたくさん食べることが身体によいと感じて取り入れること
	自分がよと思う運動を実施すること	ラジオ体操が身体によいと感じて実施すること ウォーキングを行うことが身体によいと感じて実施すること
	自分がよと思うことを普段から実施すること	規則正しい生活をするのが身体によいと感じて実施すること
	常に自分の身体をいたわること	調子が良くても無理しないような行動をとること
療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと	趣味をもち楽しく生きること	デイサービスでお話する楽しみをもつこと 園芸の趣味を続けて楽しく生きること
	目標をもって生きること	できるだけ長生きしたいという目標をもつこと
	自分の自信や信念をもって生きること	自分でできることは無理してでも自分でやりたいという信念 病気で落ち込んででも気力で乗り越えてきたという自信
	ストレスをためないこと	我慢せず病気を忘れる日を作りストレスをためないこと
高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ	高齢による機能低下を自覚することでの自己管理における工夫	薬を飲み忘れたり間違えないためにケースにセットするなどの工夫をすること
	入院によりおこる機能低下を自覚したことで回復にむけて努力すること	入院中の安静により体力が低下したと感ずることによって体力をつけるようになったこと
病気にとらわれすぎないこと	病気にとらわれすぎないこと	病気のことをあれこれ気にしすぎないこと

1) 【医療者からの自己管理指導】について

【医療者からの自己管理指導】のカテゴリーは、医療者からの指導や助言といった自己管理指導が自己管理継続の要因になっていたことを示している。

＜医療者からの自己管理指導＞について

食事については、6名の研究対象者が《塩分制限についての指導》をうけており、塩分制限を含む食事療法を8名全員が実施していた。食事指導の内容は、塩辛いものを控えるように、麺類には塩分が多いから気をつけるように、うどんやラーメンの汁は飲まないように等といった内容であった。研究対象者8は次のように述べていた。

塩分は（医師に）控えるように言われて、控えているつもりだけど、ラーメンなんかも食べるけど、汁は飲まんようにしてる。家でもラーメンは1人前作っても食べれんから、（妻に）半分食べてもらってる。

また、塩分制限について「医師から言われているから」、「心臓に悪いから塩分を控える」という理由で全員が塩分制限を実施していた。研究対象者のなかには「塩辛いものを食べると口が乾くしむくむ」、「血圧が上がる」という自分の体験から、塩分制限の必要性を理解し実施していた。

内服については、5名の研究対象者が《薬は絶対に飲むようにという服薬指導》があったと述べていた。また、研究対象者全員が内服薬を飲み忘れないような工夫をして、自分で内服管理を行っていた。研究対象者3は医師からの指導内容や薬剤師の一包化の協力、指導をもとに毎日必ず内服していることについて次のように述べていた。

一番最初の先生には、薬を絶対に忘れちゃいかん、薬は食事と一緒にだから、食事したら必ず薬を飲むということをやってくれと言われてます。体調がいいから薬を調整したりやめたりすることは絶対にいかんと言われて。（中略）ここでもらった8種類の薬を、その薬剤師さんが一包にしてくれるので、それだけ飲めばいいわけですから。だから薬の飲み忘れは絶対ありません。

このように述べ、《薬は絶対に飲むようにという服薬指導》により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。また、《心臓の病気は怖いから薬は必ず飲むようにという指導》、《薬はずっと継続するようにという指導》という指導があり、研究対象者全員が必ず内服することを徹底して行っていた。

運動については、2名の研究対象者が運動につい

て指導があったと述べていた。《適度に体を動かすようにという指導》、《苦しくなる運動はしないようにという指導》等の指導があり、6名の研究対象者が日常生活のなかで意識して運動していると述べていた。研究対象者3は運動療法についての医師からの指導内容や日常生活において実施していることを次のように述べていた。

急激な運動はしないほうがいいと言われてました。準備運動してからするように言われています。（中略）運動不足になるといかに、身体を動かすラジオ体操のようなことをやるようにしなさいと言われてました。今でも1週間に2回くらいラジオ体操をしています。散歩は、家のごみを捨てていくのが私の仕事になっていて、それが週2回。そのごみをもっていった足で、そのまま散歩に行くんですよ。だいたい1500～1600歩くらいですね。そういうことはやってます。それをやると調子もいいです。

受診については、5名の研究対象者が《定期受診は必ずするようにという指導》や《異常時はすぐに受診するようにという指導》があったと述べていた。研究対象者3は実際に異常時に受診したときのことについて次のように述べていた。

その（心不全で入院した）ときは定期受診じゃなくて何か調子が悪くて受診したんです。予約日以外でもおかしいときは（病院に）来いと医師に言われてましたから。そのとき先生に心不全がおきてるって言われてね。自分は（心不全とは）わからなかったけど異常は感じてました。その日入院させられて、でも心不全で入院したのは1回だけ。心不全（の入院）以後は入院していませんね。受診は必ず予約通りに来ます。行くのをやめたりは絶対ないですね。

安静については、2名の研究対象者が医師からの指導があったと述べていた。その内容は《動きすぎるから無理せず休憩するようにという指導》、《苦しくなる前に安静にするようにという指導》であった。その指導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や、仕事で入院できない状況や、自分のことは人に頼らず自分で何でもやりたいという心情などを医師が感じ、指導していた。そのことを研究対象者も認識し、守ることができていた。

2) 【信頼する医師の存在】について

【信頼する医師の存在】のカテゴリーは、医師と研究対象者と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。

a. <信頼する医師の助言>について

研究対象者は病気の経過とともに医師との信頼関係を築いており、3名の研究対象者が、「先生のおかげで助かった」と述べていた。そして今でも<信頼する医師の助言>が忘れられないと述べていた。その助言には《長生きしたければ言われたことを守るよ」という助言》、《好き勝手すると自分の命が縮まるから言われたことを実行するよ」という助言》等があり、いつも医師から言われたことを思い出して自己管理を継続していた。研究対象者6は、一時は心不全が重症化し、何度も入院を勧められていたが、自営業のため仕事の都合がつかないことから入院を拒否していた。そのときの医師から言われたことが忘れられないと、次のように述べていた。

(医師から)「心臓の病気は治らないから、長生きしたかったらきちんと言われたことを守りなさい」って言われた。「Nさんがめっちゃめっちゃやると、命が短くなるから僕たち医者はどうしようもしてあげようもないから、自分のことは自分できちんとやるように」言われた。

b. <信頼する医師が導いた行動>について

研究対象者は医師から厳しいことを言われても《医師を信頼しているので医師の言うことは絶対守ること》を普段から実行していた。研究対象者6は、自分が自己管理を継続してできるようになったのは医師の指導のおかげであるということを次のように述べていた。

(指導されたことは) 毎日しているよ。先生に言われたから。すごくいい先生だったからね。だから私はあの先生だったから助かったと思って。それこそ、ここの病院に来て、きちんとできるようになった。ひっくり返って寝れるようになったのは先生に診てもらおうようになってから。大の字で寝れるようになった。すごくうれしかったよ。それまではいつも夜中苦しくなってるね、そうすると先生の顔が仏さんのようにでてるよ。

3) 【家族や介護者からのサポート】について

【家族や介護者からのサポート】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、そのサポートが自己管理継続の要因になっていたことを示している。

<家族や介護者からのサポート>について

研究対象者全員が<家族や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自己管理を継続していた。食事については、研究対象者

の男性5名が家族や介護者のサポートをうけていた。そして、サポートする家族や介護者全員が研究対象者とともに【医療者からの自己管理指導】をうけたことで、塩分制限の必要性を理解していた。研究対象者8は、《家族や介護者が塩分控えめの食事をつくってくれること》について次のように述べていた。

食事は(妻に)作ってもらってる。薄味で何でもつくってくれて、味噌汁作っても味が薄い。お酒のつまみもお刺身とか魚の天ぷらとか。たまに塩辛つくってくれるけど、塩気がものすごい少ない。買ってくるやつはまるつきり塩だで食べん。うちのおちゃん(妻)は気にしてくれとる。

内服については、研究対象者全員が自己にて管理をしていたが、そのうちの2名は家族や介護者が飲み忘れを心配し《介護者が内服したか確認すること》で薬を飲み忘れることはないと述べていた。

病院の受診については、5名の研究対象者が病院への送迎や診察の付き添いといった<家族や介護者からのサポート>をうけていた。

これらのこと以外にも研究対象者5は、95歳と高齢であり、症状に対する自覚や訴えが乏しいため、普段から家族が症状の出現がないか注意して観察したり、無理しないようにと家族が研究対象者5に言い聞かせていた。

4) 【自分の病気についての理解】について

【自分の病気についての理解】のカテゴリーは、研究対象者が心不全を含む自分の病気を理解することが、自己管理継続の要因となっていたことを示している。

a. <心不全についての理解>について

5名の研究対象者が《心不全は放っておいてはいけな」と理解すること》ができていた。研究対象者3は「急性心不全になると危険だから通院を継続する」、肺炎が契機で心不全が増悪した研究対象者1は、「今度肺炎になったら心不全が悪くなって死ぬかもしれない」というように、心不全は危険であると認識していた。また、研究対象者1は「BNP値は心不全で上がっていると理解している」、研究対象者2は「BNPは高いと把握している」のように、検査データから心不全の状態を自分なりに理解していた。

b. <心不全以外の自分の病気についての理解>について

心不全以外の自分の病気に対して、研究対象者3は「不整脈で心不全になった」と述べ、《不整脈が心不全に影響すると理解すること》ができていた。

研究対象者6は「拡張型心筋症で心不全になった」、「肺炎が原因で心不全が悪くなった」、「心臓の病気は治らない」というように、心不全になった原因についても理解していた。

5) 【療養生活での体験を通しての学び】について

【療養生活での体験を通しての学び】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、自己管理継続の要因になっていたことを示している。

a. <自己管理継続の効果の実感>について

4名の研究対象者が自己管理を継続することで<自己管理継続の効果の実感>があると述べていた。研究対象者1は、食事療法を始めた当初はストレスの蓄積や苦労や挫折があり、失敗をくり返していた。しかし、徐々に自分なりに試行錯誤し、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》があり、そのことについて、研究対象者1は次のように述べていた。

ふつう80キロカロリーを1単位で計算するだろう。1日千何百（キロカロリー）とか食うだろう？でもそんな（カロリー計算）毎日のことやっとなんか、はじめはやったよ、食事の写真を写した本買って、80キロカロリーを1単位にして書いてある。だからこれを食べたら80キロカロリーとわかるように、本に写真ついたのがあって、結局今食べる時に気にしてるのはご飯、いわゆる炭水化物、それを極力減らすということ。今は1日60gくらいしか食べない。そのかわり魚、肉は遠慮なく食べる。塩分は気にしたら、そしたら今度は（Na値が）下がりすぎで、（医師に）上げろって言われて、（中略）BNPもこれ普通じゃないでしょ？でも最初はずっと高かった。

また、運動の効果について、研究対象者8は「毎日のウォーキングの効果で症状が悪化しない」、研究対象者3は「散歩すると調子がよいと実感する」と《運動を継続することで体調がよと感じること》について述べていた。

このように、自分なりに実践可能なことを実施し、<自己管理継続の効果の実感>をすることで効果を励みに自己管理を継続していた。

b. <苦しい症状の体験を通しての学び>について

研究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、その《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。研究対象者6は今までのさまざまな体験を次のように述べていた。

心臓もう治らんって言われた。拡張型心筋症って

いわれた。突発性にくるから急に苦しくなっちゃうからね。前はピアノを1人でひきずいたら苦しくてね。だで無理はしない。朝の冷え込みも怖い。お風呂も気をつけて入ってる。先生に言われたし、自分が大変な思いをしたから。熱いのは入ったらいかんのだわ。ぬるめで半身浴。心臓の病気は怖いんだわ。よっぽど気をつけんとね。自分のからだは自分が一番わかる。人ではわからん。苦しくなる時はわかる。そういう時は何もしない、もたれるのが一番いい。

研究対象者4は入浴時長湯をして動悸が出現したという苦しい体験から、熱い湯での入浴や長湯が症状を引き起こすことを学んだことについて次のように述べていた。

お風呂なんかはどぼんだわ。やっとなんか入ると出てからお布団はいつてから心臓があぶつから。だからどぼん、どぼんが多いね。毎日入らない。汗もかかんし。1日おき。

また、研究対象者8は体調に異変を感じていたがすぐに受診しなかったことで、突然呼吸ができない苦しみ、生死をさまよう体験をしたことについて次のように述べていた。

救急車でとにかくほったたかかれて、寝ていかん、寝ていかんって言われて、ゆすられて連れて来られたわ。眠ったら命がないって言われて。（中略）病院についても苦しくて、息がまともにできなかった。起きてから助けてもらえたんだなあと思った。

このように、研究対象者は<苦しい症状の体験を通しての学び>から、その時の自分の行動を振り返り、体験を通して普段から心負荷に注意して行動することなどの自己管理を実施することの必要性を学んでいた。

c. <自己管理の重要性の認識>について

5名の研究対象者が<自己管理の重要性の認識>をしていた。研究対象者3は《心不全が悪くならないように自己管理しなければならないと認識すること》について次のように述べていた。

退院したときにどうして入院してどういう病気かとあとは気をつけなきゃいかんことを先生が手書きで書いてくれて、今でもその紙がとってありますよ。それで生活上のことも無理しないように、無理せん程度にやってきました。だから体調はどんどんよくなった気がします。

d. <病気体験での気づきと行動変容>について

7名の研究対象者が、病気による苦しい症状やつ

らい入院生活を強いられることで、《入院するまでは健康であると過信していたという気づき》から健康であることのありがたみを知り、身体を大切にしよう、無理しないようにしようなどの気持ちが芽生えていた。そして、《退院後身体のことを考えて運動するようになったこと》等の身体のことを考えた行動を普段の生活に取り入れるようになっていた。研究対象者7は「意識して運動するようになった」と述べていた。また、研究対象者8は病気になり入院したことで、健康だと過信していたということに気づき、退院後は血圧測定したりウォーキングしたりするようになったことについて次のように述べていた。

(心筋梗塞、心不全になって)14年くらいになるけど、その(退院)時は、ステッキをついてかろうじて歩けるくらいだった。だで、それから今のこと思えばものすごい丈夫になったと思うよ。今は、血圧は毎日(妻と)一緒に測ってるよ。それ(入院する)までは血圧測ることもなかったし、病院なんて行ったことがなかった。健康保険を使うことがなかった。それくらい自分は丈夫だと思ってたけど、心筋梗塞と心不全になっちゃったんだ。でも(病気してからのほうが)体調がよくなったってこと。体調も生活も何もかもよくなった。先生が薬をええふうにあわせてくれてると思う。ウォーキングも(身体に)いいと思ってる。

e. <入院が日常生活に及ぼす影響の認識>について
5名の研究対象者が入院したことによりそれまでの日常生活においてさまざまな支障があり、「もう入院したくない」と述べていた。研究対象者6は、美容院を経営しており、「入院した時に従業員が見習いをつれてやめてしまった」と述べていた。そのため、その後心不全が増悪したことがあったが、「入院を勧められたが拒否したことがあった」と述べていた。しかし、医師から入院しない代わりに、症状が悪化しないように自己管理をきちんと行うよう指導があったため、研究対象者6は「医師からの指導内容を守り、それ以降再入院することはなかった」と述べていた。

6)【自分が身体によいと認識して行動すること】について
【自分が身体によいと認識して行動すること】のカテゴリーは、研究対象者が身体によいと認識して行動することが、自己管理継続の要因となっていたことを示している。

a. <食生活に自分がよいと思うことを取り入れること>について
6名の研究対象者が<食生活に自分がよいと思う

ことを取り入れること>を普段から行っていた。研究対象者4は「肉や豆腐を食べるようにしている」、研究対象者5は「肉でも何でも食べる」、研究対象者1は「糖尿病もあるから炭水化物を減らしてその分肉魚をしっかり食べる」、研究対象者7は「施設での塩分制限の食事がまずくて食欲が低下してしまったので、今は汁物だけ塩分制限をしている」、「好きな肉をたくさん食べることが身体にいいと感じる」等と述べていた。このように《好きな肉をたくさん食べることが身体によいと感じて取り入れること》等といった<食生活に自分がよいと思うこと>を取り入れること>を自己管理として取り入れていた。

b. <自分がよいと思う運動を実施すること>について
研究対象者全員が普段から<自分がよいと思う運動を実施すること>を継続していると述べていた。研究対象者1, 3, 8は《ウォーキングを行うことが身体によいと感じて実施すること》や、研究対象者3は《ラジオ体操が身体によいと感じて実施すること》を普段から行っていた。老人ホームで生活する研究対象者7は次のように述べていた。

体調がいいと午前1回と午後1回、天気がいい風が吹かない日に外に出て駐車場の中をぶらぶら散歩してね。腰掛があるのでそこに座ってね。年よりのおばあちゃんを1人ずつ連れてずっと歩くんですわ。そうすると1時間か1時間半経つんですよ。あとは木刀をふってね、もともと剣道してたから。

c. <自分がよいと思うことを普段から実施すること>について

研究対象者全員が<自分がよいと思うことを普段から実施すること>を継続していると述べていた。研究対象者5は《規則正しい生活をするのが身体によいと感じて実施すること》、研究対象者3, 4は《自分の病気についてのテレビや本を見ること》、研究対象者2は《血液データの結果をみて必要なサプリメントを飲むこと》等、病気になった自分の身体のことを考えて、自分が身体によいと感じたことを普段の生活に取り入れていた。

d. <常に自分の身体をいたわること>について

研究対象者全員が、病気になってからは《調子が良くても無理しないような行動をとること》を心がけ、<常に自分の身体をいたわること>が大切であると述べていた。研究対象者6は「調子がよくても加減して行動する」、研究対象者7は「体調にあわせて休息をとる」と述べていた。研究対象者2は疲れた日の翌日は休むことについて次のように述べていた。

今日みたいに1日病院（の受診）は長いでしょ、病院に行く前の日から準備してね。そうすると疲れるんですよ。だから次の日は食べることで1日休んでます。無理しないようにしています。

7) 【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】について
【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】のカテゴリーは、研究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自己管理継続の要因となっていたことを示している。

a. <趣味をもち楽しく生きること>について

7名の研究対象者が<趣味をもち楽しく生きること>で自分らしい療養生活を送っていた。その楽しみや趣味には、飲酒といったことも含まれていたが、<趣味をもち楽しく生きること>が療養生活の支えとなっていた。研究対象者5はデイサービスが何よりの楽しみと言い、次のように述べていた。

デイサービスは楽しいです！いろいろな人と話すのが楽しみです。いろんなことをしています。碁とかワープロもやります。みんなあそこ（デイサービス）で習いました。

また、研究対象者8は《お酒をのみ楽しく生きること》などの趣味をもって生活する様子を次のように述べていた。

今から家に帰れば（お酒を）飲む。それが楽しみ。（中略）ウォーキングから帰ったら一杯飲んで。その後新聞広げてテレビみたり。こうやってお迎えが来るのを待つだけ。これはほんとどうしようもない。温泉旅行はしょっちゅういく。ウォーキング仲間。今月も月2回行く。カラオケもできるし。だで楽しみはいっぱいある。今年も正月は（家族）みんなスキー行ったけど、孫が高校受験だで、孫と留守番とった。でも無事いい高校受かった。いろいろ楽しみはある。幸せしとるわけだ。

このように研究対象者8はインタビューのなかで、終始、お迎えがいつ来るかわからないのでそれは仕方がないと受け入れながらも、<楽しみや趣味をもつこと>で充実した毎日を送っていると述べていた。その楽しみや趣味には、《お酒を飲み楽しく生きること》のように自己管理において好ましくないことも含まれていたが、研究対象者8にとってお酒を飲むことだけはどうしてもやめることができない趣味であった。そのため医師から指導されていた禁酒ができないかわりに食事療法や運動療法、内服、必要な休息といった自分自身で実践可能な自己管理

を確実に継続していた。

b. <目標をもって生きること>について

研究対象者全員が<目標をもって生きること>で制限のある療養生活を「がんばれる」と述べていた。4名の研究対象者が《できるだけ長生きしたいという目標をもつこと》が大事であると述べていた。研究対象者7は、長生きしたいという目標を次のように述べていた。

寿命の続く限りがんばりたいと思っています。でもあんまり迷惑かけたくないけどね。もうすぐ初のひ孫もできるで。自分で努力して世話かけんようにはしてる。気力はあるよ。自分なりにやることはやりたいと思っています。

c. <自分の自信や信念をもって生きること>について

研究対象者全員が後期高齢者であり、今まで生きてきた人生のなかでさまざまな経験をしていた。そして、そのさまざまな経験が<自分の自信や信念をもって生きること>につながり、その自信や信念をもつことが療養生活を自分らしく送る秘訣となっていた。研究対象者4は「病気で落ち込んだこともあるけど、それを乗り越えてきたから自分に自信がある」と述べていた。研究対象者3は「信頼され、自分の役割を果たすことへの喜びが自分の自信となっている」と述べていた。

また、6名の研究対象者が「自分の信念をもって生きることが大事」と述べていた。研究対象者5は自分のことを「負けん気が強い性格で、人間は負けん気がなくなったら終わり」と述べていた。また、研究対象者4は《自分でできることは無理してでも自分でやりたいという信念》をもち、その信念が生きるうえで大事であるということを次のように述べていた。

家の母親は寅年で、92歳で亡くなったの。だでね、私も92歳まで生きたいなあと思ってるけど、こればかりはね。寿命ばかりはわからんけど、ある程度気力が大事だと思う。（誰かが）やってくれるのを待つとるんじゃなくて、自分からやればいいんだから。そうすると気力も出るでしょ。私はやっただと言われても嫌なの。無理してでも自分でやりたいの。一石だでね。自分でやるのが楽しいから、それがいいんじゃないの。だから病気は自分で気をつけるのと気力と両方じゃないかな。気力がないとだめ。（中略）買い物も息子が連れてったるといわれても「大丈夫」っていうの。息子に迷惑をかけたくないし。軽いものは近所の友だちとゆっくり歩いてバスにのっていくの。それも楽しい。

d. <ストレスをためないこと>について

4名の研究対象者が<ストレスをためないこと>が良いと感じており、それが療養生活において自己管理が継続できる要因になっていると述べていた。研究対象者1は、飲酒できないことが一番のストレスであり、禁酒できない代わりに炭水化物を食べず、塩分を控える食事を摂取することで、ストレスをためずに療養生活を送っていることを次のように述べていた。

今も欠かさず(酒を)飲んでる。たばこはやめた、もう20年になれせんか。お酒はかわらない、前は焼酎だったけど、今はワインにかえた。ワインは瓶半分くらい飲む。そりゃあ(医師に)言われるわな、そんなもん(医師は)あたりまえに言うわ。でも酒は百薬の長、我慢することはいかん。病気を忘れる日をつくって朝まで飲んだることもある。

同じように、研究対象者3は次のように述べていた。

普段は食事とか、暴飲暴食しないように気をつけてます。お酒は週2回くらい。でも盆正月は羽目を外して飲み食いします。好きな物も食べたいだけ食べたりしますしね。シルバーセンターの仲間でもカラオケ行ったときとかね。たまにはそういうこともいいですよ。

このように述べ、医師に食事や飲酒を注意されているが飲酒はやめられないため、飲酒は週2回にして、時には我慢せず病気を忘れる日を作り、ストレスをためないようにすることが療養生活を自分らしく送る秘訣となっていた。

8) 【高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ】について

【高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ】のカテゴリーは、高齢であることや入院したことでさまざまな機能低下を体験し、その体験を通していろいろな心がけができるようになったことが、自己管理継続の要因になっていたことを示している。

a. <加齢による機能低下を自覚することでの自己管理における工夫>について

6名の研究対象者が加齢による記憶力の低下などのさまざまな機能低下を自覚していた。そのような機能低下を自覚することでのさまざまな自己管理を継続するための工夫ができていた。例えば内服管理に関しては、《薬を飲み忘れてたり間違えないためにケースにセットするなどの工夫をすること》を行い、自分なりに内服することを忘れない工夫をしていた。

そのことについて研究対象者3は次のように述べていた。

僕は薬を忘れないように幼稚くさいけど大きなカレンダーを作ってね、朝昼晩の欄を作ってあってね、薬飲んだら必ずカレンダーに書きますから、その癖がついてます。カレンダーの横に薬箱がつくってあって薬はそこに置いてあるんです。薬箱は食事するところにおいてあります。

b. <入院によりおこる機能低下を自覚したことで回復にむけて努力すること>について

6名の研究対象者が「入院したことによりさまざまな機能低下があった」と述べていた。そのうち2名の研究対象者が「入院中はベッド上での生活を強いられ、足が弱ってしまった」と述べていた。また、研究対象者5の家族は「入院時に安静を強いられたことや入院による環境の変化により認知機能の低下や運動機能の低下があった」と述べていた。このように高齢での入院は心身機能の低下や自主性の低下などを招き、自己管理能力の低下につながっていたが、研究対象者は《入院中の安静により体力が低下したと感ずることによって体力をつけるようになったこと》等の<入院によりおこる機能低下を自覚したことで回復に向けて努力すること>、さらに家族や介護者のサポートを得て自己管理を継続していた。

9) 【病気にとらわれすぎないこと】について

【病気にとらわれすぎないこと】のカテゴリーは、研究対象者が自分の病気にとらわれすぎずに療養生活をおくることが、自己管理継続の要因となっていることを示している。

<病気にとらわれすぎないこと>について

7名の研究対象者が<病気にとらわれすぎないこと>が療養生活を継続するうえで大事であると述べていた。研究対象者8は「症状をあれこれ気にしない」、研究対象者3は「心不全ということを忘れてしまうことがある」と述べていた。研究対象者4は、自宅では血圧測定や自己検脈をしないことについて、その理由を次のように述べていた。

血圧は測らない。ここ(病院)で測るだけ。あのね、私の知ってる人が血圧ばかり測ってノイローゼになった。気にしすぎはいかん。ペースメーカーやる前は、脈は小さくてとれなかった。今脈は毎日確認していない。ペースメーカー入れる前は失神するの。そういうことがくり返しあって、ペースメーカー入れたの。それからは倒れることはないの。だから、脈も測ってないよ。気にしすぎると神経質になってかえっていかんの。

VI. 考 察

1. 医療者や介護者からの支援やサポート

今回の研究対象者は後期高齢期にあるため、慢性心不全以外にも複数の疾患を抱えていた。そのうえ、記銘力の低下、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、慢性心不全が増悪することなく地域で生活することができていた。それは研究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【医療者からの自己管理指導】を行ったことで、研究対象者やその介護者が自己管理の必要性を理解し、研究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】を受けることができたからではないかと考える。加藤（2013）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実践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【医療者からの自己管理指導】や【家族や介護者からのサポート】は高齢患者が地域で自己管理を続けていくうえで必要な要因であると考える。

また、研究対象者が療養生活のなかで自己管理を継続することができたのは、《長生きしたければ言われたことを守るよ」という助言》や、《好き勝手に自分の命が縮まるから言われたことを実行するよ」という助言》等の＜信頼する医師の助言＞があったからだとして述べていた。仲村（2013）は、慢性疾患の管理は長期にわたるため、長い間診察を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、研究対象者の「医師のおかげで助かった」という感謝の気持ちや、《命を助けてもらった医師のいうことは絶対なので従う》という＜信頼する医師が導いた行動＞となり、研究対象者の自己管理のやる気と継続する力を導き、慢性心不全を増悪することなく自己管理を継続することにつながったのではないかと考える。

2. 後期高齢患者自身の体験からの学び

今回の研究対象者全員が苦しさを伴う心不全症状を体験していた。そして、そのような症状の出現は恐怖であり、「突然苦しくなった」、「呼吸できない恐怖を体験した」と述べ、症状をくり返すなかで「苦しくなる前に安静にするようになった」等の症状出現時の対処法を見いだしていた。阿川ら（2012）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（2008）は、心不全患者が入退院をく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態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、今回の研究対象者においては、後期高齢期に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」などの対処ができ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

る。藤田（2014）は、病氣と折り合いをつけて生きていくためには、自らが意思決定したやり方で病氣や生活をマネジメントできるセルフケア能力を獲得していくことが重要であると述べている。今回の研究対象者においても、飲酒できないことが一番のストレスであり、禁酒できない代わりに炭水化物を食べず、塩分を控える食事を摂取し、ストレスをためずに療養生活を送っていた。このように、研究対象者は病氣と折り合いをつけ、自分自身のやり方で生活をマネジメントしたからこそ、制限の多い療養生活のなかでストレスをためずに自己管理を継続することができていたのではないかと考える。

また、今回の研究対象者は後期高齢期にあり、日常生活を送るなかで認知機能の低下や運動機能の低下等、加齢によるさまざまな機能低下を自覚していた。信岡ら（2006）は、高齢者においては記憶・判断能力・理解力・情報処理能力、感覚・知覚機能、運動能力の低下などの機能低下がみられ、これらの機能低下は避けることができず、高齢者の生活管理に及ぼす影響は大きいと述べている。今回の研究対象者においても、「指導されても指導されたことを忘れてしまう」「ときどき薬を飲み忘れることがある」等と記憶力の低下を自覚していた。しかし、研究対象者は《薬を飲み忘れたり間違えないためにケースにセットするなどの工夫をすること》等、試行錯誤しながら自分にあった方法を取り入れ、自己管理を継続していた。これは【高齢であることや入院による機能低下を体験したことでの心がけ】ができたことにより、自分の機能低下を認識し、どうすれば自分で自己管理ができるかを考え、自分なりの管理方法を確立できたことが心不全症状を悪化させずに療養生活を送ることができた要因になっていたのではないかと考える。

3. 後期高齢患者自身の生き方や生きる姿勢

今回の研究対象者全員が、制約の多い療養生活を送るなかで「つらい」等の悲観的なことを訴える研究対象者は1人もおらず、日々＜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。そして、後期高齢者である研究対象者は、今まで生きてきた長い人生のなかで築いてきた習慣やこだわりや価値観をもって生活していた。研究対象者は、

「自分でやるのが楽しい」、「無理してでも自分のことは自分でやりたい」と述べ、＜自分の信念や自信をもって生きること＞で、主体的に療養生活を自分らしく送っていた。また、日々の食事制限や運動などの自己管理を継続するかわりに、ときには「たまに好きなものを好きなだけ食べる」、「我慢せず病気を忘れる日をつくり、とことんお酒を飲む」等の＜ストレスをためないこと＞で療養生活のなかで生じるさまざまなストレスを上手くコントロールしながら療養生活を送っていた。藤田(2014)は、慢性期にある人は、病気のマネジメントのために生活習慣や生活行動の変更を余儀なくされるため、基本的ニーズを充足し、趣味や楽しみを継続して、生きがい感をもって主体的に療養生活を送ることが大切であると述べている。今回の研究対象者においても、医師から指導されたことを実践しながら、自分の信念や価値観を大切にすることで、ストレスをためずにうまく病気をマネジメントしたことが、慢性心不全を増悪させずに再入院することなく地域で療養生活を送ることができた要因の1つと考える。

さらに、松岡(2013)は、高齢の慢性心不全患者のケアにおいては、心負荷を恐れるあまり生活を規制しすぎてその人らしさを失わせたり、生活の質を損なったり、規制によって活動が減少することがある。そのため高齢心不全患者への患者教育は、患者の特徴を踏まえたうえで個々の生活背景を十分に考慮して行うことが重要だと提言している。今回の研究対象者においても、心負荷になるということもわかっているが「無理してでも自分のことは自分でやりたい」という思いで日々生活していた。このように自分の信念をもって生きる背景には、「家族に迷惑をかけたくない」という気持ちや、独居という生活背景などさまざまな要因を含んでいたことも明らかになった。そのため、看護師は「家族に迷惑をかけたくない」ために「無理してでも自分のことは自分でやりたい」という患者の心情を理解し、高齢患者の生活背景、信条などをアセスメントしたうえで、患者が自分らしく療養生活を送れるように支援することが必要であると考える。

Ⅶ. 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にある慢性心不全患者を対象に、自己管理を継続して行うことができる要因は何かを明らかにすることを目的に実施した。

研究対象者だけでなく家族や介護者が【医療者からの自己管理指導】をうけたことにより、【家族や介護者からのサポート】をうけ、研究対象者は自己管理を継続できていた。さらに、【信頼する医師の存在】やその＜信

頼する医師の助言＞が、患者の自己管理行動を導いていた。

今回の研究対象者は後期高齢期にあり、加齢に伴う機能低下はさけることができず、研究対象者の生活にも影響を及ぼしていたが、【高齢であることや入院による機能低下を体験したことでの心がけ】や機能低下を自覚することで自分にあった方法を考え、自分なりの自己管理を行っていた。

また、研究対象者は【療養生活での体験を通しての学び】から、【自分の病気についての理解】をし、【自分が身体によいと認識して行動すること】を生活に取り入れていた。その一方で、今まで行ってきた習慣や楽しみを継続し、また自分の信念や価値観を大切にして【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】、さらに【病気にとらわれすぎないこと】で自分らしく療養生活を送っている現状も明らかになった。

これらのことから、看護師は研究対象者が長い間かけて築いてきた信念や価値観を尊重し、患者一人ひとりにあった自己管理方法を考え、支援していくことが必要であるということが示唆された。

Ⅷ. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では、NYHA I～II度にある患者を対象にした研究であり、NYHA III～IV度を含むすべての患者を対象にしている研究ではないため、今回の研究結果がすべての慢性心不全患者にあてはまるものではないと考える。NYHA III～IV度の患者は、I～II度の患者よりもさらに重症度が増すため、療養生活においてさらに厳しい制約を必要とし、また容易に症状が増悪するため、地域での自己管理はNYHA I～II度の患者よりもさらに心不全症状が増悪しないよう状態を維持するよう自己管理することは困難であることが予想される。今後はNYHA III～IV度の患者についてもデータ収集し、NYHA III～IVの患者が地域で自己管理を行い、療養生活を送れるような支援のあり方を検討する研究を行ってきたい。

謝 辞

本研究の実施にあたり、調査に協力していただきました研究対象者の方々、A大学病院の医師、看護師の方々、心から感謝いたします。また、論文作成にあたりご指導いただきました先生に深謝いたします。

文 献

- ・阿川慶子, 原祥子, 小野光美, 他 (2012). 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, 17 (1), 46-54.
- ・赤土壽枝子, 吉田さとみ, 袖山孝子, 他 (2008). 再入院した慢性心不全患者の日常生活における自己コントロール不足の要因と指導の検討. 奈良三室病看誌, 24, 7-10.
- ・濱岸泰美, 西本佳奈 (2012). 高齢者の心不全再発患者の実態調査. 能登病院医誌, 22, 33-55.
- ・原田園子, 石井あや, 影土井裕子 (2005). 個別性を考慮した服薬指導の効果—正しい知識がない慢性疾患患者の1事例を通して—. 山口県看護研究会学術プログラム・集録4, 48-50.
- ・平野由衣, 谷口恵子, 八文字早希, 他 (2013). 慢性心不全患者の継続支援におけるシートの有用性—慢性心不全自己管理シートを用いて—. Best Nurse, 24 (11), 70-73.
- ・平田明美, 服部紀子, 青木律子, 他 (2011). 後期高齢者にある心不全患者の入退院の実態と支援体制. 横浜看護学雑誌, 4 (1), 99-103.
- ・藤田佐和 (2014). 成人看護学 慢性期看護論 (第3版). 4-7, 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- ・乾早紀子, 西田典子, 三木紗希恵, 他 (2009). 再入院する心不全患者への生活指導—心不全アセスメントシートを用いた個別的生活指導を試みて—. 奈良三室病看誌, 25.
- ・加藤尚子 (2013). 高齢患者の看護ケアのポイント疾患管理. Heart, 3 (3), 65-72.
- ・古知里美, 旗持知恵子 (2009). 慢性心不全患者の服薬コンプライアンスに関する調査, 呼吸器&循環器ケア, 9 (4), 98-103.
- ・児玉理恵, 土斐崎聡子, 村松智子 (2004). 入退院を繰り返す心不全患者の日常生活の実態調査. しょうけいん浜松労災病院学術年報 2003, 139-141.
- ・松岡志帆 (2013). 循環器疾患を有する高齢患者の治療とケア; 心不全. Heart, 3 (3), 44-49.
- ・長岡沙紀子, 内田陽子 (2011). 高齢心不全患者の退院時及び退院2か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア; 安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討. 群馬保健紀, 32, 61-69.
- ・内藤真弓, 有泉優子, 飯室昌美, 他 (2013). 心不全患者へのセルフモニタリングの有用性. 山梨中病年報, 39, 71-73.
- ・内藤真弓, 旗持知恵子 (2007). 高齢心不全患者のセルフケアの実態—独居と家族同居の患者の事例を通して—. ハートナーシング, 20 (12), 1246-1251.
- ・仲村直子 (2008). 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①. 看技, 54 (12), 124-128.
- ・仲村直子 (2013). 看護実践における事例研究 事例研究の実際—2病院に通院する複合疾患患者の心不全のコントロールと生活調整. 看研, 46 (2), 163-168.
- ・関利志子 (2008). 慢性心不全で通院する後期高齢者のセルフケアの課題と看護援助. 老年看, 13 (1), 40-48.
- ・日本循環器学会, 日本冠疾患学会, 日本救急学会, 他 (2010). 慢性心不全治療ガイドライン (2010改訂版). 2013年6月29日, http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_matsuzaki_h.pdf.
- ・信岡由夏, 鷹林広美, 徳満久美子, 他 (2006). 高齢の心不全患者の生活上の問題—再入院患者の調査より—. 日看論集: 老年看, 37, 100-102.
- ・尾島直子, 島崎博子, 田中敬子 (2005). 入退院を繰り返す心不全患者へのニーズに合った個別的な退院指導—ヘンダーソンのニーズ論を活用して—. ICUとCCU, 29 (9), 818-822.
- ・森脇陽子, 武田沙織, 松本圭子, 他 (2010). 再入院した高齢患者と家族の自宅での服薬管理方法に関する実態. 松江市立医誌, 14 (1), 35-41.
- ・佐佐木智絵, 重松裕二 (2013). 慢性心不全患者のセルフマネジメントと健康関連 QOL; 一般自己効力感との関係. 近大姫路大看紀, 5, 21-30.
- ・志賀幸子, 平川かなこ, 松崎由美, 他 (2010). 慢性心不全患者の服薬アドヒアランス向上を目指した地域連携の取り組み. 心臓リハ, 15 (2), 314-318.
- ・嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子, 他 (2007). 再入院をくり返す慢性心不全患者の実態調査と疾患管理. 心臓リハ, 12 (1), 118-121.
- ・谷井有紀, 石橋里美, 井ノ本裕子, 他 (2008). カルガリー—家族アセスメントモデルを用いた家族援助の振り返り—慢性心不全での再入院を繰り返さないために—. 広島病医誌, 40 (1), 163-169.
- ・田崎美里, 山口幸恵, 砂原洋子, 他 (2005). 慢性心不全患者管理における服薬指導の重要性—心不全治療における看護サイドからのアプローチ—. ハートナーシング, 18 (6), 602-605.
- ・Tsuchihashi-M, Tsutsui H, Kodama K, et al. (2000). Clinical Characteristics and prognosis of hospitalized patients with congestive heart failure—a study in Fukuoka Japan. Jpn Circ J. 953-959.
- ・上村史朗, 齊藤能彦 (2012). 高齢者心不全の生活管理. Geriatric Medicine, 50 (1), 39-42.
- ・上田美香, 石川佳子, 関谷志麻子, 他 (2012). 心不全患者の生活指導に EASE プログラムと自己効力感を

使用した事例. 山口大学医学部付属病院看護部看護研究抄録, 6-11.

- ・ 上谷千夏, 瀬戸奈津子, 清水安子 (2013). 仕事をもつ慢性心不全患者が生活調整をするためのセルフモニタリング. 日循環器学会誌, 8 (2), 17-2.
- ・ 脇本育美 (2013). 心不全教室を取り入れた患者指

導の有効性の検討. 福岡赤十字看護会集録, 27, 21-24.

- ・ 山根弘典, 清水志保, 寺崎昌美, 他 (2009). 再入院をする心不全患者の実態調査. 京都市病紀, 29 (1), 35-37.

(Summary)

Self-Care Factors in Older Aged People with Chronic Heart Failure of NYHA I ~ II

The Purpose of the study is to explore why older individuals with CHF are capable of maintaining self-management at home.

This study was a descriptive qualitative design. Eight participants aged 75 years or older with New York Heart Association Class I or II heart failure, who have not been re-hospitalized for more than one year, were interviewed regarding the self-management of their health.

Results: 9 categories were extracted, including “self-management guidance by medical staff,” “support from caregivers,” “experience dealing with CHF symptoms by themselves,” “understanding their own disease,” “carrying out daily living in accord with what they think is good,” “not

worrying about disease,” “having methods to maintain good health in his/her own way,” and “being aware of the disease in their function with aging.” Implications: These findings suggest that medical staff need to provide appropriate self-management guidance for each older individual with CHF. In order to effectively provide such guidance, medical staff must understand and respect the important habits and views that older individuals with CHF have acquired over the course of their lives.

Key Word self-care New York Heart Association(NYHA) I ~ II older aged people Chronic heart failure