

研究報告

慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケア

Nursing Care Supporting Life Adjustment for Elderly Patients with Chronic Heart Failure

永野裕花 (Yuka Nagano)*
岡村美咲 (Misaki Okamura)*³
市場美穂 (Miho Ichiba)*⁴
池添志乃 (Shino Ikezoe)*⁵

末弘美菜 (Mina Suehiro)*²
畠岡春菜 (Haruna Hataoka)*³
渡邊美保 (Miho Watanabe)*⁵

要 約

本研究の目的は、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアを明らかにし、慢性心不全を繰り返す高齢者の再入院と症状悪化を予防するための示唆を得ることである。慢性心不全をもつ高齢者のケアに関わる看護師5名を対象に、半構成的面接を行い、質的帰納的分析を行った。その結果、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアとして、【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む】【家族の力を結集し自己管理に向けた意欲を高める】【経過に合わせて自己管理行動の獲得を支える】【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】【生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み込む】【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防する】【思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける】の7つのカテゴリーが抽出された。今後、高齢者一人ひとりの価値観や日常性を尊重し、入院時から退院後の療養生活を見据えて、その人に応じたセルフモニタリングの習慣づけを促していくことが求められる。

Abstract

This study aimed to develop insights into nursing care supporting self-monitoring for the elderly with chronic recurrent heart failure, with the aim of preventing re-hospitalization and symptom deterioration in such patients. Semi-structured interviews were conducted with 5 nurses caring for elderly patients with chronic heart failure, and the obtained data were qualitatively and inductively analyzed. Through analysis, 7 categories, representing nursing care supporting self-monitoring for elderly patients with chronic heart failure, were extracted: [understanding the characteristics of elderly patients and dealing with them with respect], [enhancing their motivation to perform self-management with cooperation from other family members], [helping them acquire self-management skills in consideration of the course], [presenting methods to comfortably perform self-monitoring while maintaining their enjoyable activities], [incorporating the habit of self-monitoring into their daily lives], [preventing re-hospitalization by addressing factors associated with symptom deterioration], and [supporting them to lead a life they desire through collaboration with other professionals]. The results suggest the necessity of developing an appropriate habit of self-monitoring for individual elderly patients while respecting their sense of values and daily rhythm, and considering post-discharge care during hospitalization.

キーワード：慢性心不全 高齢者 生活調整 看護ケア

*高知大学医学部附属病院
*⁴ 高知県立中央病院

*² 廿日市市役所 福祉保健部 健康推進課
*⁵ 高知県立大学 看護学部

*³ 愛媛大学医学部附属病院

I. はじめに

人口動態統計の概況（厚生労働省，2016）によると、平成27年の死因別死亡総数のうち、心疾患は、19万6,113人（15.2%）と死因の第2位を占めている。なかでも、高齢者は、加齢による心臓のポンプ機能の低下、心筋収縮力や心拍出量の低下が生じやすく、容易に心不全に傾きやすいと言われている（和田，2009）。

このような状況のなか、心不全を抱える高齢者は、よりよい生活を送るために自分の置かれた状況を考え、身体負荷をかけないようにできる範囲で無理なく生活調整を行っていることが報告されている（小沢，2010）。なお、身体症状は、生活調整の目安となっており、高齢者は自覚症状を頼りに体調を解釈しており（上谷ら，2013）、以前の身体感覚や経験を基準として心負荷がかかる暮らしを予測し、自分のスタイルに合った方法で対処している（上床ら，2010）。そして、高齢者は、これまで獲得してきた知識と技術を活かして生活を管理し（信岡，2007）、医師から指示された制限と生活の楽しみと折り合いをつけていることが報告されている（内藤ら，2007）。

一方、高齢者の心不全の特徴として、症状が顕著に出現せず自覚症状が少ないこと、浮腫や体重の増加、呼吸苦などが出現しても心不全の増悪に気づきにくいことが報告されている（大川ら，2005）。加えて、長年培ってきた生活習慣を変容することは容易ではなく、いかにその人らしい生活と療養行動に折り合いをつけ、生活調整を行うかは重要な課題といえる。

先行研究によると心不全をもつ高齢者の生活調整の支援には、家族を含めた指導や退院後の外来受診、体重管理、食事指導、服薬指導が報告されている（坂部ら，2006；田崎ら，2005；星川ら，2005；大川ら，2005；山下，2011；信岡，2007）。しかし、心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアについて、具体的に言及している研究は少ない。したがって、本研究では、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアを明らかにし、再入院を繰り返す高齢者の急性増悪に伴う心機能低下を予防するための示唆を得ることとした。

II. 研究目的

本研究では、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支えるために、看護師はどのような看護ケアを行っているのか明らかにする。

III. 用語の定義

慢性心不全をもつ高齢者の生活調整：慢性心不全を抱える高齢者が生きがい、信念を基に、必要に応じて周囲の力を活用しながら、身体負荷の回避や生活習慣の振り返りのなかで身体感覚とのつり合いをとること。

高齢者の生活調整を支える看護ケア：看護師が高齢者の思いを汲み取りつつ、高齢者自身が主体的に生活調整を行えるように身体面・精神面・社会面に働きかけること。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、研究対象者の体験に基づく語りのなかから、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整に関する看護ケアを抽出するため質的帰納的研究方法を用いた。

2. 研究対象者

本研究における研究対象者は、以下の要件を満たす看護師を対象とした。

- 1) 臨床経験3年目以上の看護師
- 2) 慢性心不全をもつ高齢者のケアを行った経験がある看護師

3. データ収集方法

研究協力に同意が得られた研究対象者にインタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。インタビューガイドは、文献検討をもとに作成し、プレテストを行い、内容の洗練化を図った。面接は、プライバシーを保つことができる個室で行い、研究者2名1組で研究対象者1名に面接を行った。面接内容は、研究対象者に同意を得て、ICレコーダーに録音した。面接時間は、1時間程度とした。データ収集期間は、平成27年8月～9月であった。

4. データ分析方法

録音したインタビュー内容は、逐語録に起こし、研究メンバー全員がデータを繰り返し読み、ケースごとの理解を深めた。その上で、慢性心不全を抱える高齢者の生活調整を支える看護ケアについて表現されている文脈を抽出し、コード化した。そして、類似したカテゴリーをまとめ、カテゴリーの抽象度を検討した。その抽出過程では、分析の信頼性・妥当性を高めるために、常にデータに戻り、データと照らし合わせ検討を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。研究協力施設には、研究の概要、データ収集のプロセス、研究参加の自由意思、研究協力候補者の選定のお願ひ、データの保管方法、研究結果の公表における匿名化について文書と口頭で説明し、承諾書を交わした。なお、研究対象者には、研究の主旨、研究参加の自由意思、データ収集の方法、プライバシーの確保、データの保管方法、研究結果の公表における匿名化について文書と口頭で説明し、同意が得られた場合は同意書に署名を頂いた。面接の日時や場所は、研究対象者の希望を確認し、時間的不利益が生じないようにした。なお、語っていただく看護ケアは、個人のケアを評価するものではないことを事前に説明した。

V. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は、看護師長から紹介を受けた慢性心不全をもつ高齢者のケアを行った経験がある看護師5名であった。研究対象者の循環器病棟における勤務年数は、5～10年（平均7.2年）であった。

2. 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケア

慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアには、【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む】【家族の力を結集し自己管理に

向けた意欲を高める】【経過に合わせて自己管理行動の獲得を支える】【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】【生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み込む】【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防する】【思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける】の7つの大カテゴリーと19の中カテゴリーが抽出された（表1）。以下、大カテゴリーは【 】, 中カテゴリーは《 》、データは「 」で示す。

1) 【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む】

【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む】とは、加齢変化の特性を理解し、日々の生活のなかで関係性を構築しながら、尊重した姿勢で高齢者と関わることである。

これには、《加齢変化の特性に応じて関わり方を工夫する》《尊敬の念をもって関係性を築く》の2つの中カテゴリーが含まれる。

Aさんは、加齢変化による手指の巧緻性の低下を把握し、「(薬を) 10個のうち3個ぐらい飲んでたらいいやろうみたいな感じで、(薬を) パツて口に入れたりしてポロって落ちてたりするので、必ず入院中は口まで(薬を落とさずもっていけるか) 内服確認をする。」と語り、確実に内服できているか、《加齢変化の特性に応じて関わり方を工夫(する)》していた。

Cさんは、「繰り返し同じことを(医療者から)聞かれるっていうのは自分たちでも嫌だし、一つの質問で普通の会話でも情報がとれるような内容を話している。(中略)(高齢者との) 日常会話でいろいろな情報を得るっていうのは気を付けています」と語り、日常会話からさりげなく(病状に関する)情報を引き出し、高齢者が詮索されているという不快感を抱かないように《尊敬の念をもって関係性を築く》よう心掛けていた。

2) 【家族の力を結集し自己管理に向けた意欲を高める】

【家族の力を結集し自己管理に向けた意欲を高める】とは、治療に対する家族の姿勢を把握し、家族の力を借りながら、その人自身の自己管理に向けた意欲を引き出すことである。

これには、《家族の療養生活に対する準備性を把握する》《家族の力を借りてやる気を引き出す》《できていることを認め自己管理に向けた意欲を高める》の3つの中カテゴリーが含まれる。

Dさんは、「1日1回は（奥さんが見舞いに）来てくれる。来れなかったときは妹さんが来てというふうにしたので、ほぼ奥さんおった。心不全手帳を見せた時も『ああ、こんなのがあるんだ』って自分ですごい熱心に見てくれて。（奥さんも協力することに）いやいやじゃなくて積極的に（心不全手帳に記録を）行ってくれたので、特に問題はなかったけど」と語り、面会時の様子から、《家族の療養生活に対する準備性を把握（する）》していた。また、「家族に言って、家族さんから説明してもらって、じゃあ、しょうがないねって言って処置とかをすることもあって、看護師が言っても無理なことも家族が言ったら、まあやろうかっていう患者さん多いので、家族の力を借りてやる事が多くて」と語り、状況に応じて、《家族の力を借りてやる気を引き出す》していた。

なお、Cさんは、その人の心不全手帳の活用状況から、治療や学習に対する意欲を捉え、「いろいろこう勉強しようっていう気持ちは結構ある感じには捉えたんですけど（中略）割と結構、意欲的にやってくださって、（心不全手帳を）ちゃんと書いて下さってました」と語り、その人の《できていることを認め自己管理に向けた意欲を高め（る）》ていた。

3) 【経過に合わせて自己管理行動の獲得を支える】

【経過に合わせて自己管理行動の獲得を支える】とは、前回の入院時の状態と比較し、病状経過に応じてタイミングを見計らいながら、徐々に本人管理に移行できるよう支援することである。

これには、《前回の入院と比較し高齢者の心機能の状態や意識の変化を捉える》《病状経過に合わせてタイミングを見計らい徐々に自己管理に移行する》の2つの中カテゴリーが含まれる。

Aさんは、「（本人のなかで心不全が悪化しな

いように気をつけようという）意識は徐々に入院の度には上がっていると思うんですけど。たぶん一回の入院で、これがきっかけでここまで意識が変わりました、じゃなくて繰り返す入院でちょっとずつ、今回は体重を気をつけようとか。という感じで変わっていったんだと思います」と語り、《前回の入院と比較し高齢者の心機能の状態や意識の変化を捉え（る）》ていた。

Cさんも、「心不全の急性期の状態の時だと長くしゃべると余計にしんどくなったりとかするのでちょっと状態が落ち着いてから情報収集する」と語り、入院直後は、病状の安定に努め、《病状経過に合わせてタイミングを見計らい徐々に自己管理に移行（する）》していた。

4) 【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】

【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】とは、制限ばかりを押し付けるのではなく、その人自身の楽しみや嗜好品を継続できるように無理なくできる方法をその人と共に考えることである。

これには、《制限範囲内で楽しみや嗜好品を継続できるように調整する》《高齢者の意思を尊重しつつ最低限守ってほしいことを確実に伝える》《生活状況に合わせて自宅で無理なくできる方法を検討する》の3つの中カテゴリーが含まれる。

看護師は、食事やお酒、タバコなどその人自身の嗜好品の摂取状況を把握し、《制限範囲内で楽しみや嗜好品を継続できるように調整（する）》していた。Aさんは、「一日の中での決まった塩分量だったら、これは食べてもいいというものもあるので。決まった中で患者さんの嗜好品だとか」と語り、体調と嗜好品のさじ加減を見定めていた。

そして、心不全の悪化を予防するため、《高齢者の意思を尊重しつつ最低限守ってほしいことを確実に伝え（る）》ていた。Eさんは、「ここは守ってほしい、譲れんっていうところは、それはしっかり伝えるようにはしてます。ごめんけどここはしっかり守ってよって」と語り、普段の生活のなかで生活の楽しみを確保しつつも、心機能の悪化を防ぐため、最低限、療養生

活のなかで守ってもらいたいことを丁寧に説明していた。さらに、高齢者や家族との話し合いから、《生活状況に合わせて自宅で無理なくできる方法を検討(する)》し、実際の生活に沿った実現可能な方法を編み出し、病棟での服薬管理に活かしていた。例えば、「週ごとにポケットのあるようなもの(薬入れ)を準備してこれに(薬を)入れて管理をしてもらうように『ここから(薬を)取るんだよ』って患者さんには指導をした」と語っていた。

5) 【生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み込む】

【生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み込む】とは、入院時から普段の生活状況を振り返り、継続的にセルフモニタリングを習慣づけられるよう入院時から症状コントロールに必要なポイントを取り入れていくことである。

これには、《入院前の生活状況を共に振り返り介入するポイントを見極める》《自宅での生活を見据えてセルフモニタリングを習慣づける》の2つの中カテゴリーが含まれる。

Aさんは、「ここ最近、塩分の多いもの食べてなかった?とか」と塩分の摂取量について確認していた。Bさんも「女性の高齢者で田舎で暮らしている方なので、ラーメン食べたりとか、うどん食べたりとか塩分が高いものを好んで摂ったりとかもしていなかったし、どちらかといったら少食の方で好きな食べ物もそんな特にはないって言った」と語り、年齢や土地柄をふまえて、食事、運動、服薬、飲水について高齢者の生活状況を詳しく把握し、《入院前の生活状況を共に振り返り介入するポイントを見極める》ていた。

また、Aさんは、高齢者が自ら血圧測定、体重測定、飲水チェックなど心不全の症状コントロールに必要な観察を継続的に取り組めるよう心不全手帳への記録を促し、「その症状をみたら自分でもチェックし、振り返る機会ができる。漠然と教えられて、指導されて、気を付けてねっておわりで、毎日日々それを振り返れない、振り返る機会がなければ意味がないので、今はもう、(心不全)手帳を勧めています」と語り、入院中の生活から心不全手帳を取り入れ、《自

宅での生活を見据えてセルフモニタリングを習慣づけ(る)》ていた。

6) 【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防する】

【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防する】とは、自己管理行動のバロメーターになっている誘因や再入院につながる要因を掴み、症状悪化時の体験と結び付け、予防行動がとれるように支援することである。

これには、《高齢者の病気への捉えを把握する》《心不全の症状悪化のバロメーターとなる誘因を見定める》《療養生活における留意点を伝え再入院の予防に活かす》《心不全の症状に結び付けて療養行動への気付きを促す》の4つの中カテゴリーが含まれる。

Cさんは、心不全手帳を用いて、「食事のほうに関しても、結構その細かく心不全手帳のほうにも書いてくれているんですけど、塩分、醤油とかもかけるよりはつけて食べたほうがいいのか、レモン汁をかけてみたらちょっと風味が出て、お醤油、塩分は、控えめになるとか」と語り、高齢者の言動や反応をもとに、心不全の病状や薬に関する理解度を確かめ、《高齢者の病気への捉えを把握(する)》していた。

Aさんは、「心不全の患者さんってしんどくなったら(自己管理を)ちゃんとして、(症状が)良くなったらちょっとだらけてっていうのを繰り返す人が多くて」と語り、《心不全の症状悪化のバロメーターとなる誘因を見定める(る)》、介入の糸口を掴んでいた。そして、水分や塩分を摂取する機会が多い季節は、特に注意が必要であることを推測し、「夏と冬ですね。冬は塩分を取りすぎたり、お正月とかでね、おいしい行事が目白押しで、体重増加で来たり…あと、夏はやっぱり脱水とか水分やっぱり多く取りすぎてしまって入院したり」と語り、《療養生活における留意点を伝え再入院の予防に活か(す)》していた。

Eさんは、「どういうことでしんどくなった?みたいな確認をしてから(中略)浮腫とかよりは、たぶん高齢の方に浮腫が出たらって言っても何をどうやって確認するかもちょっと分からないぐらいの感じかもしれなので、どんなふう

にしんどかった？どんな感じやった？って、本人がわかる症状とか理解しやすい症状を主に伝えたいと思います」と語り、発症時の状況を振り返るなかで《心不全の症状に結び付けて療養行動への気付きを促（す）》していた。

7) 【思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける】

【思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける】とは、高齢者の思い描く生活を目指し、療養生活が円滑に進むように多職種と情報共有を行い、その人に合った独自の療養方法を生み出すことである。

これには、《高齢者の思い描く生活を目指してできることを支援する》《多職種と情報共有しその人の目標に近づける》《療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する》の3つの中カテゴリーが含まれる。

Eさんは、「買い物をするスーパーまでは歩きたい、お庭の庭仕事、草引きとかそういう雑用ができるまでは動きたいっていうのがあると思うので、そういう本人の希望を聞きながら、これくらいの距離歩けたので買い物までは行けるねとか。そういう運動する習慣をつけてもらいながら帰ってもらったほうが、いいかなと思ってます」と語り、なるべく自分のことは自分でしたいというその人自身の思いを尊重し、《高齢者の思い描く生活を目指してできることを支援（する）》していた。

また、Aさんは、「入院中の生活のことで一番身近にわかるのは看護師で、受け持ちなので、その人のキャラクターであったり、本当にそれがカンファレンスで話し合った専門職の方が言ったことを実際できそうかどうかっていうのも、たぶん日頃（身近に）いるからこそ、（医療者が）そんな無理な指導をしても（本人は）自宅では好き放題食べますよとか」と語り、その人の性格や普段の関わりから知り得た情報をもとに《多職種と情報共有しその人の目標に近づける》、個別性に合った方法を模索していた。

Eさんは、「そんな入院中も（家族の）面会もなかったように記憶しているので確実に（服薬管理の支援を）していただけるのはヘルパーさんかそっち（ケアマネジャー）の方だと思っ

たのでヘルパーさんかケアマネジャーさんかに（服薬管理を）依頼をしました」と語り、サービスの利用や協力者の必要性を判断し、《療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼（する）》していた。

VI. 考 察

1. 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアの全体構造

本研究の結果、以下の構造が導かれた。すなわち、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアとは、【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨（む）】み、療養生活の中で治療に伴う制限ばかりに重さが置かれないう

【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出（す）】していた。そして、これらを基に、

【生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み（込む）】、必要に応じて【家族の力を結集し自己管理に向けた意欲を高め（る）】ながら、

【経過に合わせて自己管理行動の獲得を支え（る）】ていた。加えて、これらの看護ケアを行うなかで、慢性心不全を抱える高齢者の【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防（する）】

しており、高齢者の【思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかけ（る）】ていると考えられる。なかでも、【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む】【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】には、その人の価値観や日常性を重んじる姿勢が含まれており、生活調整を支える看護ケアの基盤となっていることが示唆された。

2. 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアの特徴

慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアの特徴には、高齢者の尊厳を守る看護、高齢者の主体的な自己管理の力を支える看護、個々の療養生活に応じた継続可能な予防行動の獲得を支える看護の3つが導かれた。ここでは、その3つの視点から考察を行う。

1) 高齢者の尊厳を守る看護

看護師は、加齢による身体機能や認知機能の

特性を踏まえて、生活の楽しみの継続を図りつつ、無理のない療養生活が送れるように、高齢者の意思を尊重していた。

医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン（日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会，2015）によると、高齢者一人ひとりの尊厳を守ることは、超高齢社会における看護の崇高な使命であると述べられている。本研究においても看護師は、時間をゆっくりにとって困ったことがないか確かめており、日々の関わりを通して、高齢者が遠慮せずに自分の意思を表出することができるよう支援していくことが求められる。

また、加齢変化の特性を理解し、関わり方を工夫するなかで看護師は、その人の聴力や視覚機能に合わせ、難聴がある高齢者にはなるべく近くで話すように心掛けたり、見えやすいように大きな文字のパンフレットを活用するなど、高齢者が必要なサポートやケアを受けることができるように工夫を施していた。したがって、その人自身の加齢変化の特性を理解した上で、必要な機能を補い、時間をかけ療養生活について共に考えていくことは、高齢者自身が療養行動に必要な情報を理解し、活用していくうえで重要な視点といえる。

看護師は、高齢者の楽しみにしている趣味を継続できるように【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】しており、心機能の悪化を防ぐために、ここだけは守ってほしいという譲れないところを確実に伝えていた。先行研究においても、慢性心不全患者は馴染んだ生活をできるだけ維持することの重要性を感じていることが報告されている（山下，2011）。つまり、その人の生活の楽しみを保障することは、長期的な療養生活を支えるための原動力になると考えられ、その人にとって慣れ親しんだ生活を無理に変換させることは、かえってストレスとなり、心不全の症状悪化を引き起こす恐れがあると考えられる。

以上のことから、高齢者の楽しみを把握し、できる範囲で病気管理と生活の楽しみのバランスが保てるように高齢者と共に話し合い決定していくという看護ケアは、高齢者のその人らしさの維持と尊厳を守るうえで必要である。

2) 高齢者の主体的な自己管理の力を支える看護

看護師は、急性期では心不全増悪を和らげることを重視し、病状が落ち着いてから心不全の病態や自己管理について共に振り返り、病状経過に応じて関わりを変えていた。さらに必要に応じて、高齢者と共に家族にも内服や食事制限の必要性を説明していた。また、看護師は、客観的データをもとに質問を投げかけ心不全特有の症状出現への気づきを促し、心不全の症状悪化時の体験に結び付けて身体への影響を説明していた。

内藤ら（2007）は、患者が体重や浮腫の有無などモニタリングを行うことで、自己の身体状況を客観的にとらえ、セルフケアの効果を認識することができるとしている。患者本人のみならず家族に対しても指導・教育することで、自宅生活においてなぜ、このような制限や管理が必要なのか理解し、患者本人の自己管理の協力につながっていると述べている（大川ら，2005）。

以上のことから、病状経過に合わせ、必要に応じて家族の力を借りながら、高齢者の自己管理を支えていくことは、家族間での役割分担や食事内容の協力を得ることにつながり、心負荷を回避するためにも重要であるといえる。

3) 個々の療養生活に応じた継続可能な予防行動の獲得を支える看護

看護師は高齢者の年齢や土地柄に応じた食習慣を把握し、入院前の生活状況について高齢者と共に振り返り、セルフモニタリングの習慣を生活の中に組み込めるように、【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防（する）】していた。また、看護師は、高齢者自身の病気の捉えを確認し、入院にいたるまでの心不全の要因を掴んでいた。

すなわち、高齢者が再入院を繰り返さないように入院初期の段階から再入院しないことを目標に関わり、高齢者の病気への捉えや再入院に至った要因に働きかけているといえる。さらに、本研究において、看護師は高齢者の病や薬に関する理解度を確認し、自己管理ノートの代わりに心不全手帳を活用していた。慢性心不全の知識と自己管理のためのツールとして、媒体を1つに絞ることは、高齢者が混乱をきたさないた

めにも必要なことであると考える。

以上のことから、自宅での生活を見据えて高齢者と一緒に入院前の生活状況を振り返り、症状悪化に至った要因を把握することは、高齢者自身が日々のセルフモニタリングの必要性を理解し、継続的な予防行動の獲得に向かうためにも重要といえる。

Ⅶ. 看護実践への示唆

本研究の結果から、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアとして、以下の示唆が導かれた。

1. 加齢変化の特性に応じて関わり方の工夫を施す看護

看護師は、聴覚や視覚機能、認知機能など、一人ひとりの加齢変化に応じて関わり方を工夫していた。超高齢化社会において、慢性心不全を抱える高齢者の入院はさらに増加することが予想される。したがって、高齢者が医療者に対し、心配事や困ったことを気軽に相談することができるよう日々の関係づくりの構築に努めるとともに、一人ひとりの持っている能力を見極め、関わり方を工夫していくことが求められる。さらに、加齢変化による特性やその人の生活の楽しみを理解し、生活と療養行動の折り合いをつけ、無理のない療養生活を支えていくことは、看護師の重要な役割であると考えられる。

2. 多職種や家族の力を活用し高齢者の思い描く生活を支える看護

看護師は、高齢者の家族や多職種と関わりを持つことで高齢者の療養生活が円滑に行えるように《家族の力を借りてやる気を引き出す》していた。慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支えるためには、一緒に生活する家族や周囲の人の支えが不可欠である。したがって、看護師は、その人の家族関係や信頼できる人の存在を把握し、周囲の資源をうまく活用しながら生活調整の支援に活かしていくことが求められる。

3. 高齢者の退院後の生活を見据えた実現可能な方法を編み出す看護

看護師は、入院前の生活状況を共に振り返り介入するポイントを見極め、退院後の生活を見据え、自己管理に移行できるよう働きかけていた。また、病状経過に合わせてタイミングを見計らい徐々に自己管理に移行することで、高齢者が無理なく自己管理行動を獲得できるよう支えていた。したがって、心不全増悪に伴う再入院を予防するため、入院前の生活状況を共に振り返り、その人の生活背景に合わせて、高齢者自身の自己管理行動の獲得に向けて早め早めに調整していくことが求められる。

Ⅷ. 本研究の限界と課題

本研究は、質的研究であるため、研究者のデータ収集や分析の未熟さが結果に影響を与えていると考える。さらに、研究対象者が少数であるため、今後、対象者を募り、慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアを洗練化していくことが必要である。

Ⅸ. 結 論

1. 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアには、【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む】【家族の力を結集し自己管理に向けた意欲を高める】【経過に合わせて自己管理行動の獲得を支える】【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】【生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み込む】【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防する】【思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける】の7つの大カテゴリーが抽出された。

2. 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケアは、【高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む】なかで、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す】し、生活の折り合いをつけていくことである。そして、これらを基に、【生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み込む】んだり、必要に応じて【家族の力を結集し自己管理に向け

た意欲を高め(る)】ながら、【経過に合わせて自己管理行動の獲得を支え(る)】ている。

3. 看護師は、慢性心不全につながるその人自身の病の捉えや症状悪化の要因を掴み、【症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防する】と共に、高齢者の【思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかけ(る)】ていた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究対象者の皆様、関係施設の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、高知県立大学看護研究論文に加筆・修正を加えたものである。

利益相反：本稿について、開示すべき利益相反は存在しない。

<文 献>

星川英里, 高田敦, 西永正典, 他. 心不全増悪再入院を繰り返す高齢患者の在宅維持に総合的機能・ケア評価が有用であった1例. *Geriatric Medicine*, 43(4), 609-613, 2005.

厚生労働省. 平成27年人口動態統計(確定数)の概況, 2016.
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/00_all.pdf

内藤真弓, 旗持知恵子. 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, 2007.

仲村直子. 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. *看護研究*, 46(2), 163-168, 2013.

日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会. 医療・看護を受ける高齢者の尊厳を

守るためのガイドライン, 2015.

http://www.jnea.net/pdf/guideline_songen_2015.pdf

信岡由夏, 鷹林広美, 徳満久美子, 他. 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. *日本看護学会論文集: 老年看護*, 37, 100-102, 2007.

大川卓也, 真鍋靖博, 小堀岳史, 他. 入退院を繰り返す慢性心不全増悪症例への対応 心不全居宅支援チームによる対応の効果. *心臓リハビリテーション*, 10(2), 272-276, 2005.

小沢久美子. 後期高齢糖尿病患者の療養生活を支援する訪問看護師のケアの構造化の試み. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 14(2), 147-154, 2010.

坂部仁美, 村中和美, 大狩光子, 他. 在宅での心不全患者の管理、現状と諸問題とは?. *ハートナーシング*, 19(8), 860-865, 2006.

田崎美里, 山口幸恵, 砂原洋子, 他. 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, 2005.

上谷千夏, 瀬戸奈津子, 清水安子. 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. *日本循環器看護学会誌*, 8(2), 17-25, 2013.

上床明子, 谷本真理子, 正木治恵. 拡張型心筋症とともに生きる患者が生活調整を行うあり様. *日本循環器看護学会誌*, 6(1), 88-96, 2010.

和田由樹. 進化する慢性病看護 心不全を抱える高齢者への支援 病いをもちながら生活する人へのケア. *看護実践の科学*, 34(4), 57-61, 2009.

山下亮子, 増島麻里子, 眞嶋朋子. 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整. *千葉看護学会誌*, 16(2), 45-53, 2011.

表1 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支えるための看護ケア

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
高齢者の特性を理解し尊重した姿勢で臨む	加齢変化の特性に応じて関わり方を工夫する	高齢者特有の身体機能の変化を捉えようと視聴覚機能に合わせて関わる
		年相応の物忘れの特性を踏まえて心不全手帳の活用を促す
	尊敬の念をもって関係性を築く	薬を飲み忘れることがあるため入院中は薬を確実に飲んでいるか確認する
		加齢による認知機能の低下を推測し繰り返し分けて病態や治療について説明する
家族の力を結集し自己管理に向けた意欲を高める	家族の療養生活に対する準備性を把握する	理解しやすい言葉に置き換えて薬の作用を説明する
		生活に新たなことを導入することが難しいことを高齢者の特徴として踏まえる
	家族の力を借りてやる気を引き出す	目線を合わせて高圧的にならないように心掛ける
		診察されていると感じないように日常会話から情報を引き出す
できていることを認め自己管理に向けた意欲を高める	関係作りのために時間をゆっくりとって困ったことがないか確かめる	
	人生の先輩であることを踏まえてお願いする姿勢で関わる	
経過に合わせて自己管理行動の獲得を支える	前回の入院と比較し高齢者の心機能の状態や意識の変化を捉える	服薬や食事に関する家族の協力体制について把握する
		家族員が相互に補い合い積極的に療養生活を支える姿勢を捉える
	病状経過に合わせてタイミングを見計らい徐々に自己管理に移行する	家族の面会状況をもとに入院に慣れてきたことを推察する
		家族に服薬や食事の協力を得る
楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す	制限範囲内で楽しみや嗜好品を継続できるように調整する	高齢者のやる気を引き出すために家族の協力を依頼する
		家族にケア内容や今後の見通しについて情報提供を行う
	高齢者の意思を尊重しつつ最低限守ってほしいことを確実に伝える	心不全手帳の取り組み状況から高齢者の意欲を捉える
		高齢者ののできていることを認め言葉で伝える
生活の中にセルフモニタリングの習慣を組み込む	入院前の生活状況を共に振り返り介入するポイントを見極める	前回の入院と比較し心機能の状態を査定する
		入院のために気をつけようとする意識の高まりを察知し関わり方を変えていく
	自宅での生活を見据えてセルフモニタリングを習慣づける	入院後に内服薬の量や種類の増加を把握する
		急性期では指導よりも心不全増悪を和らげることを重視する
症状悪化の要因に働きかけ再入院を予防する	高齢者の病気への捉えを把握する	急性増悪を脱した時期を見計らい退院調整を始める
		早い時期から運動や水分・塩分の摂取制限について説明する
	心不全の症状悪化のパロメーターとなる誘因を見定める	高齢者のADLに合わせて日常生活援助や服薬管理を促す
		認知機能や心機能の回復状態に合わせて自己管理のタイミングを見定める
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活における留意点を伝え再入院の予防に活かす	高齢者の楽しみにしている趣味を継続できるように関わる
		制限範囲内で嗜好品を摂取できるように調整する
	心不全の症状に結び付けて療養行動への気づきを促す	安静度の制限がいきすぎているか検討する
		ここは守ってほしいという譲れないところを確実に伝える
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	高齢者の思い描く生活を目指してできることを支援する	制限ばかりを押し付けるのではなく高齢者の意思を尊重し折り合いをつける
		今後の生活を見据えて最低限できなければならないことを説明する
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	自宅での様子をもとに病棟での服薬管理方法を判断する
		自宅での生活行動を考慮し1人ひとりができる方法を見定める
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	高齢者の思い描く生活の実現を目指しできることを広げ自信につなげる	家族の心身の状態や介護負担を把握する
		自宅での生活を振り返り年齢や土地柄に応じた食習慣を掴む
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	入院前の食事・運動・服薬・飲水の生活状況を詳しく把握する
		入院前の活動量を把握し活動範囲の制限を見極める
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	運動する習慣をつけて退院に向かえるよう支援する
		自宅に帰った時に朝晩一回ずつ血圧を測定し変動をみるよう指導する
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	理想体重を目標に設定し毎日決まった時間に体重測定を促す
		自宅での飲水量と比較しながら飲水チェック量の記載を促す
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	自宅でのセルフモニタリングの定着を目指し心不全手帳の記載を促す
		高齢者の病気の受け止め方を掴む
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	高齢者の反応を捉えながら心不全手帳を活用し病状や薬についての理解度を確認する
		疾患に対する理解度があっても実践に移せていないことを把握する
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	家系の中で心疾患を持っている人がいないかスクリーニングを行う
		入院にいたるまでの心不全の原因を掴む
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	高齢者個々のキャラクターを捉える
		言動から自己管理の状況を見極める
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	症状の有無が自己管理行動のパロメーターになっていることを捉える
		病気の自己管理には個人差があることを踏まえる
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	無理しすぎないように歯止めをかける
		症状悪化につながる季節ごとの注意点を説明する
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	入院初期から再入院予防を目標に自己管理を促す
		症状が出始めたらすぐに病院に連絡し診察に来るように伝える
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	客観的データをもとに質問を投げかけ心不全特有の症状出現への気づきを促す
		心不全の症状悪化時の体験に結び付けて身体への影響を説明する
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	心不全の病態と関連づけて食事や運動の必要性について伝える
		心不全以外の病気管理を担うことによる影響を踏まえ継続的な自己管理を支える
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	普段通りの生活に近づける
		高齢者の思い描く生活の実現を目指しできることを広げ自信につなげる
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	自ら掴んだ高齢者の日常生活の情報を多職種と共有する
		他の専門職者から確実な情報を得てケアに活かす
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	多職種の指導状況を把握したうえで関わりを検討する
		多職種の力を借りながら個々の高齢者の目標に近づける
思い描く生活を目指して多職種と協働し働きかける	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	高齢者の生活状況や家族のサポート状況をもとにサービスの必要性を判断し多職種につなぐ
		高齢者の療養生活が円滑に進むように医師に相談する
	療養生活が円滑に進むよう多職種に介入を依頼する	円滑に在宅に移行できるように主に在宅で関わる多職種に情報提供を行う
		薬の詳しい説明について薬剤師に指導を依頼する