

## 研究報告

# 慢性心不全をもつ高齢者が セルフモニタリングを形成していくプロセス

## Process of shaping self-monitoring among elderly people with chronic heart failure

山中 智 尋 (Chihiro Yamanaka)\*<sup>1</sup>  
溝 渕 千 帆 (Chiho Mizobuchi)\*<sup>3</sup>  
高 樽 由 美 (Yumi Takataru)\*<sup>5</sup>

杉 田 綾 乃 (Ayano Sugita)\*<sup>2</sup>  
山 本 麻 衣 (Mai Yamamoto)\*<sup>4</sup>  
内 田 雅 子 (Masako Uchida)\*<sup>5</sup>

### 要 約

本研究の目的は、慢性心不全をもつ高齢者が在宅で療養する中でセルフモニタリングを形成していくプロセスを明らかにすることであった。入院経験があり現在は外来通院中の心不全をもつ高齢者対象に半構成的面接を行った。その結果、セルフモニタリングを形成していくプロセスは、【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験】【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験が心不全と結びつく】【家族が心不全の増悪のサインを観察する】【医療者に言われたから体重・血圧を測定・記録し始める】【自分で検脈をし始める】【目安を基に臨時受診するかを自分で判断する】【定期受診で医療者に心不全が増悪してないか確認したい】の7つのカテゴリーから構成された。また、プロセスに影響していたのは、【今までに経験したことのない胸痛や呼吸困難という突然の出来事】【不整脈の体験】【認知機能の低下】【不整脈の発作が起きる】【生きがいを大切にしたい】【救急車を呼びたいと思うほどの不安を感じる】の6つのカテゴリーであった。高齢者がセルフモニタリングを形成していくうえで、体験した症状と心不全の概念を結び付けられるような看護援助が重要であることが示唆された。

キーワード：慢性心不全 高齢者 セルフモニタリング プロセス

### I. はじめに

近年、心疾患による死亡数は、「人口動態統計の概況」(厚生労働省, 2014)によると、平成26年の死因別死亡総数のうち悪性新生物に次ぎ第2位であり、心不全による死亡数は心疾患の中で最も多い。慢性心不全患者は老年期に急増し、今後人口の高齢化が進むにつれて、慢性心不全をもつ患者は増加する。また、心不全は増悪と寛解を繰り返すことが特徴であり、再入院を繰り返すことでさらに心機能は低下していく。

再入院の原因の多くは、自己管理不足である(嶋田, 野田, 神崎ら, 2007)。そのため、心不全の再入院を予防していく必要がある。慢性心不全の再入院を防ぎ、自らの生活を維持するためにセルフモニタリングは身につけるべき健康管理能力の1つである(服部, 2009)。その能

力の獲得を支援していくにあたって行動変容モデルは重要な示唆を与えてくれる。心不全患者は、入院した体験がきっかけとなり、生活パターンについて省み、再度生活を変えようという動機が高まる。そして、セルフモニタリングが開始されていくと考えられている(古厩, 2008; 柴, 2013)。

慢性心不全をもつ高齢者は身体の感覚が衰えていく中でも、身体変化を感じ取ろうと自分なりの見方によってセルフモニタリングを行っていると報告される。セルフモニタリングの構成要素として、症状・徴候を見る、変化に気づく、体調を考える、の3つが見出された(阿川, 原, 小野ら, 2012)。しかし、慢性心不全をもつ高齢者がセルフモニタリングをどのように形成していくかを明らかにした研究は見当たらない。

そこで本研究では、慢性心不全をもつ高齢者

\*<sup>1</sup>高知大学医学部附属病院  
\*<sup>4</sup>高知医療センター

\*<sup>2</sup>静岡県立静岡がんセンター  
\*<sup>5</sup>高知県立大学

\*<sup>3</sup>神戸市立西神戸医療センター

が在宅で療養する中でどのようにしてセルフモニタリングを形成していくかを明らかにすることを目的とする。本研究の結果は看護職が高齢者のセルフモニタリングの支援を行う一助となると考える。

## II. 研究目的

慢性心不全をもつ高齢者が在宅で療養する中でセルフモニタリングを形成していくプロセスを明らかにし、そのプロセスを効果的に促進する看護支援への示唆を得る。

## III. 研究枠組み

セルフモニタリングを形成していくプロセスには、前熟考期、熟考期、準備期、実行期がある。先行文献の結果を踏まえると、心不全の高齢者の場合、前熟考期は突然の入院、熟考期は生活の振り返り、準備期に内発的動機づけが生まれ、実行期はセルフモニタリングを行うと仮定される。また、このプロセスは直線的に進むというよりは段階を行き来しながら進展する。

そして、セルフモニタリングの先行要件として、知識、技術、関心の3つが仮定される。その3つに影響する要因として、心不全症状の複雑性、感覚機能・認知機能の低下、サポート、価値観があると考えられる。セルフモニタリングの帰結として、異常の早期発見につながると考える。

## IV. 用語の定義

慢性心不全をもつ高齢者のセルフモニタリングとは、慢性心不全をもつ高齢者が在宅で療養する中で自分なりの基準や指標を基に症状・徴候をみて、体調の変化に気づくこと。そして、医療者との関わりを通して身体の見方を学習していくこと。

## V. 研究方法

### 1. 研究デザイン：質的帰納的研究デザイン

2. 対象者：①65歳以上の男女、②慢性心不全の入院経験をもち、その後在宅で6ヶ月以上経過し外来に通院しており、③入院時はNYHA分類Ⅱ～Ⅳ度も、現在Ⅰ～Ⅱ度に改善しており（日常生活で息切れなどの自覚症状がありながらも、自立した生活を送ることができている）、④日本語でコミュニケーションがとれる者を対象とした。また、研究協力者が合併症のため言語的コミュニケーションに困難を伴う場合は研究者側から患者の同意を得て家族へ同席を依頼した。

3. データ収集期間：平成29年8月中旬～10月初旬

### 4. データ収集方法：半構成的面接法

研究協力者1名に対し研究者2名で30～60分間の面接を1回ずつ実施した。面接は、慢性心不全で入院したときの体験、退院後の生活の変化やセルフモニタリングの内容について質問した。インタビュー内容は研究協力者の許可を得て録音とメモをし、逐語録を作成した。

### 5. データ分析方法

研究協力者の語りを理解するために、研究協力者の背景・既往歴をふまえて、逐語録を熟読した。慢性心不全をもつ高齢者のセルフモニタリングのプロセスに関する意味をもつ文節を抜き出しコード化をした。コードの意味が共通しているものを集め、カテゴリー化を行った。研究者の解釈にバイアスがつかないように指導教員のスーパービジョンを受けてカテゴリー化を行った。研究の妥当性・信頼性の確保のために、研究者全員で何度も確認し合い、納得するまで討議を重ねた。

### 6. 倫理的配慮

本研究は高知県立大学研究倫理委員会の承認を得て行った（看研倫17-25号）。研究協力者に研究の概要を説明し、参加は自由意志であること、不利益を被らないこと、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を得た。調査で得た情報は研究目的以外には使用せず、研究者と指導教員のみで取り扱うことの同意も得た。データは情報漏洩を予防し鍵のか

かる場所に保管し、研究終了後に個人情報にかかわる情報は破棄することを説明した。インタビューはプライバシーが確保できる場所で行い、面接の前後で心身の負担の確認を行った。また、面接中にも体調の確認を行いながらすすめた。

## VI. 結 果

### 1. 研究協力者の概要 (表1)

研究協力者は慢性心不全をもつ65歳以上の高齢者9名であった。そのうち分析対象者は、心不全の原因疾患に関する語りが大半であった者を除外し、6名とした。分析対象者の年齢は60～80代で慢性心不全の罹患期間は1～2年であった。研究協力者は少なくとも一度は心不全での入院経験があった。インタビューの平均時間は33.3分であった。

表1 対象者の概要

	性別	年齢	罹患期間	併存疾患	心不全の入院回数	救急車での搬送回数	家族構成
ケースA	男	70代	2年	虚血性心疾患、高血圧、脳血管疾患	2回	1回	独居(家族の支援有)
ケースB	女	80代	2年	弁膜症、高血圧、脳血管疾患	1回	1回	娘、息子、孫
ケースC	男	70代	1年	弁膜症、虚血性心疾患、腎不全	3回	1回	妻
ケースD	男	70代	1年	虚血性心疾患	2回	2回	妻
ケースE	女	80代	2年	不整脈、高血圧、腎不全、脳血管疾患	2回	5回	夫
ケースF	男	60代	1年	虚血性心疾患、2型糖尿病	3回	1回	妻

### 2. セルフモニタリングを形成していくプロセスとその影響要因

セルフモニタリングを形成していくプロセスとして、7つのカテゴリと12のサブカテゴリを抽出した。また、影響要因として、6つのカテゴリと8つのサブカテゴリを抽出した。なお本文中では、カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》で表記した。また、対象者のインタビューの語りを「斜体」で示した。前後の文脈で理解しにくい箇所は( )内に言葉を補った。

#### 1) セルフモニタリングを形成していくプロセス (1) 【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験】

このカテゴリは2つのサブカテゴリで構成された。最初の治療を終えて退院後、呼吸困難や浮腫が再び増悪することで死を想起させ、現在の生活が維持できなくなるという恐怖を感じていることを意味する。《活動や季節の変化によって息が苦しくなる》は、研究協力者が、普段の生活の中での呼吸のしづらさを感じていることを意味する。

ケースA：「友達に足どういたって言われて、足がパンパンになりだして、15分くらい(自転車)漕いだら(自転車のペダルも)踏めなくなって休んでいました。それで病院へ行くことになりました」

《胸や足に水が溜まり生活を維持できなくなる》は、身体の限界を感じて病院へ行き、今までの生活が知らない間にできなくなっていたことに気づいたことを意味する。

ケースF：「力仕事をしていると息ができなくなるんですよ、他にも寝ていたら息ができなくて、毎日息苦しくなる」

#### (2) 【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験が心不全と結びつく】

このカテゴリは2つのサブカテゴリで構成された。研究協力者は、再入院での医療者との関わりを通して、生活の中での増悪体験と心不全が結びつき、心不全の認識が始まることを意味する。《足が腫れてきたら心臓が悪くなっていると思う》は、入院をして医療者からの説明を受け、浮腫は心不全が悪化していることであると初めて気づき、心不全と浮腫が結びついたことを意味する。

ケースB：「心不全の場合は足やなかったっけ…？心不全は結局食べ物から始まって、結局塩分が高くなるからどうしても足が浮腫んでしまい、歩くことがちょっと、そのことからやっぱりちょっと全部に負担がかかってしまって、心不全になった場合もあると思うんですけど」

《息がしづらくなると肺に水が溜まっていると思う》は、入院をして自分の心臓の状態を知

り治療をする中で、息のしづらさが改善されたことを実感し、心不全と関係していることに初めて気づいたことを意味する。

ケースC：「(肺にも水が溜まってくると) いや、(息が) しんどいね、必ず。それで (水を) ぬいてもろうたら楽になる」

### (3) 【家族が心不全のサインを観察する】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーで構成された。《家族が心不全の増悪のサインを観察する》は、家族が心不全の増悪のサインを観察することで研究協力者本人が気づくことができない症状を発見することを意味する。

ケースB (家族)：「本人は分かっているかわかってないのか言わないのか。あれ? っていうのは結構ありますね。(略) ちょっとした行動が気になっている感じはあるけど。本人には言わないですけどね。大丈夫? ぐらいとしか。あまり、変に言うと、本人が逆に心配してしまう。普通に生活ができるくらいだったら大丈夫かなってみてますね」

### (4) 【医療者に言われたから体重・血圧を測定・記録し始める】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーで構成された。《医療者に言われたから体重・血圧を測定・記録し始める》は、心不全の治療を終え、心不全の症状・徴候が消失した状況の中で医療者から言われたものを測定し始めることを意味する。

ケースF：「退院してから (体重・血圧) 測りゆう。先生が言うき病院の指導やきほら」

### (5) 【自分で検脈をし始める】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーで構成された。《自分では分かりにくいので血圧計を使って検脈する》は、頻繁に不整脈(頻拍性心房細動)の発作を起こすので自己検脈をするが、分かりづらいので血圧計を使用して検脈を行うことを意味する。

ケースE：「自分でこうやっても自分でやっても(検脈)分からんでしょ。(脈が) 飛びゆう、こうやって途切れてね、またカツカツとね、また途切れたりするわけよ、ほんで自分でやっ

たらわかりにくい、ほんで(血圧計を使って) 血圧と脈をはかろうと」

### (6) 【目安を基に臨時受診するかを自分で判断する】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。これまでの経験や、医師から告げられた数値を目安に受診するかどうかの判断を行い、臨時受診という行動化を意味する。《ゴルフを続けられるかどうかを受診の目安》は、研究協力者の趣味の身体活動を続けられるかどうかで心不全の症状の増悪を感じとり、臨時受診するかどうかの判断を行っていることを意味する。

ケースC：「遠征でゴルフへ行って、そりゃ苦しかってねえ。こらいかんわって。もう途中でやめたけど。それからここへ(病院)来て、一回水抜いたわ、ここから(胸)一升ばあ抜いたね」

《医師から言われた数値が受診の目安》は、医療者からこれまでの経験を基に研究協力者の受診の目安となる値を伝えられ、その数値を基準に測定・観察した値で受診の判断を行っていることを意味する。

ケースE：「あのねえ、(脈が) 70-80台やったらえいね。まあ大きくみて50-90台の間やったら大丈夫ね。ゆうたら、50きって、40くらいになると安静にせないかん。また、これが余計にさがって30、40切ったら来なさい言われちゆう」

### (7) 【定期受診で医療者に心不全が増悪してないか確認したい】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーで構成された。研究協力者やその家族は、自分の病状把握や、医師との症状の共通理解を図るために、自分では解釈できない体重・血圧などの記録物や気になった症状を医療者に確認してもらいたいという受診行動に対する思いを意味する。《周囲の人に異変を指摘されたため自分の身体がどうなっているか知りたい》は、自分では気づかなかった異変を他者から指摘されたために気になり、自分の身体に何が起きているのかについて知りたいという思いを意味する。

ケースA：「友達から足が腫れちゆうでって



いき皮膚科へ行ったけど、どうにもならん言われてこっちへ（循環器）行った」

《家族が代わりに観察して気になったことを医療者に伝えたい》は、研究協力者だけでは分からない家族からみた身体の異変を心配に思い、研究協力者の身体に問題はないかについて医療者に聞きたいという思いを意味する。

ケースB：家族「冬にはちょっと呼吸がね。夏は大丈夫なんですけどね。冬になると喘息というか呼吸がちょっと細くなるから、すごいびききというか息がそうですね。ここ2年くらい、トイレに行って帰ってくるだけでもハーって肩で息をするような形？だからちょっと見てもらおうかって」

《記録したものを医師に見せ自分の状態を把握したい》は、研究協力者は医師から言われた内容をそのまま測定・記録するのみで、研究協力者自身では記録物の解釈が難しいため、記録物の解釈を医療者に任せ自分の状態を把握したいという思いを意味する。

ケースF：「病院へきて検査した後、（血圧や体重を記録しているノートを）先生に診てもらって資料をもらって（結果が）どうなったか教えてもらいゆう」

## 2) 研究協力者がセルフモニタリングを形成していくプロセスの影響要因

### (1) 【今までに経験したことのない胸痛や呼吸困難という突然の出来事】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。高齢者が普段と違う今までに経験したことのない命の危険を感じる胸痛や呼吸困難という突然の出来事を体験したことを意味する。《普段と違う激しい胸痛に突然襲われる》は、研究協力者の記憶に鮮明に残るほどの激しい胸痛に突然襲われ驚いたことを意味する。

ケースC：「血圧が高いと思った時は、ふわっと浮いたよな感じがして、景色が歪んでくる。（略）家で用事をしていたら急に胸が苦しくなって、いつもの痛みとは違う感じがして、じーっと（痛みが）上がってくるような感覚でしんどくなって苦しかった」

《経験したことのない息のしづらさが現れる》は、研究協力者は経験したことのない、いつも

と違う息のしづらさを感じていたことを今でも忘れずに覚えていることを意味する。

ケースD：「ニトログリセリンではどうすることもできなくて、心筋梗塞とは違う感じで（息が）吸えるけど吐けん状態が続いてね」

### (2) 【不整脈の体験】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーで構成された。《突然の不整脈により救急車で運ばれた》は、頻脈性の上室性不整脈の出現により、今まで経験したことのない胸痛を感じ、救急車を利用し、病院に行かなければならないと思うほどの体験したことを意味する。

ケースE：「もうね、最初はわからんきね、急に胸が痛とうなるがね、息子に救急車呼んでもらって、救急車の中で手を触られて脈を測られよった。ほいで病院ついたら突発性の不整脈言われて、そしたら、血圧はかってもすごい脈がいかんわけよ、脈拍が120越して、140にもなるわけよ、胸が痛とうてね、ほんで入院してました。（略）その後、自分でも脈測ってみようと思って今もやっています」

### (3) 【認知機能の低下】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーで構成された。《脳血管疾患を発症し、認知機能の低下が生じる》は、脳血管疾患の発症をきっかけに、認知機能の低下が生じたことを意味する。

ケースB：家族「1回脳梗塞してから、几帳面だったんですけど、なんか記録するのもできなくなって、ぼーっとしてますね」

### (4) 【不整脈の発作が起きる】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーで構成された。《不整脈の発作が起きる》は、不整脈の治療を続けているが、上室性不整脈の発作が頻繁に出現していることを意味する。

ケースE：「治療（カテーテルアブレーション）は焼いてしたけど、やっぱりこれ（不整脈）は治らんねえ、突然起こるき困る」

### (5) 【生きがいを大切にしたい】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。自分の価値観を基に現在の生活を維

持したいという思いがあることを意味している。《趣味のゴルフを続けたい》は、心不全を持ちながらも趣味であるゴルフをする生活を続けたいと考えていることを意味する。

ケースC：「いや、でもゴルフが好きでねえ。ゴルフへはちょいちょい行きよったわ、夏は休みよったけど、暑い8月はやめちゃうけどねえ。まあ、今しゅっと（入院）したらひと月ばあで退院できるろうき、また10月はゴルフできるかなって感じでおるわけよ」

《余生は人を喜ばせることをしたい》は、人を喜ばせることが自分の喜びであり、人を喜ばせることをしたいと考えていることを意味する。

ケースE：「もう良くはないです。けど、こればあ生きてきたから。手作りの〇〇を100個ばあ作って皆に配ったりご飯を作ったりします。そしたら、皆喜んでくれるきね。もうこれからの余生は人が喜んでくれることをしようと思って。そう思うてよ。命粗末にせられんきね、生きちゃう限りは皆喜んでくれることをしたらえいかなって」

#### (6) 【救急車を呼びたいと思うほどの不安を感じる】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーで構成された。《不整脈が現れたので救急車を呼びたいと思うほどの不安を感じる》は、既往である上室性不整脈の発作が出現することで最初の不整脈の発作時の苦痛を思い出し、救急車を呼びたくなる程の不安が湧き上がることを意味する。

ケースE：「それがね、（不整脈が）何回もね、しょっちゅうね今年になってもね（略）（病院へ）来たんですけどね、救急車で、もうね、この看護師さんがおかえりなさいって、再々来るがです。（略）あのね、夜中じゃき、たいがい。寝よってね、いやっ、胸が痛いと思いだしたらね、もう暫時起きて血压測るわけ、ほいたら脈拍がね、もう120越しちゃうわけ、胸が痛くなったら、予告なしに来る、この心臓は、ほんとにね、予告があつてちょっとね、なんやったらいいけどね、予告なしに急に夕べ元気やったのに思っても夜中に急に具合が悪くなったりする。困る」

#### 3. セルフモニタリングを形成していくプロセス セルフモニタリングを形成していくプロセスの概要を説明する（図1）。

慢性心不全をもつ研究協力者は、心不全の原因疾患を発症することによって、【今までに経験したことの無い胸痛や呼吸困難という突然の出来事】の経験から始まった。その後、心不全治療を終えて症状・徴候が消失し退院した。原因疾患の発症と共に心機能が低下し、慢性心不全の状態となり、日常生活を送る中で【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験】を経て、心不全症状の増悪により入院する。治療や医療者との関わりを通して【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験が心不全と結びつく】体験を重ねていった。医療者の発問から食事や活動などの心不全の原因となる生活行動に気づき、モニタリング行動を始めていた。

セルフモニタリングは【家族が心不全の増悪のサインを観察する】、【医療者に言われたから体重・血圧を測定・記録し始める】、【自分で検脈をし始める】の3つの特徴がみられた。

【家族が心不全の増悪のサインを観察する】は、脳血管疾患による認知機能の低下により、家族の支援が必要となっていた。また、不整脈の既往がある研究協力者は予告なしに出現する不整脈の発作による【不整脈の体験】をし、不安が募るため、【自分で検脈をし始め（る）】ていた。

それぞれのモニタリング行動を試行錯誤する中で、すべての研究協力者が【定期受診で医療者に心不全が増悪していないか確認したい】という思いを抱き、定期受診を続けていた。医師の診察をみてモニタリングの知識・技術を経験的に獲得していた。一方で、臨時受診をしていた研究協力者は、【生きがいを大切にしたい】という思いをもち、自分の生活行動を維持したいため異常の早期発見に努め【目安を基に臨時受診するかを自分で判断（する）】していた。

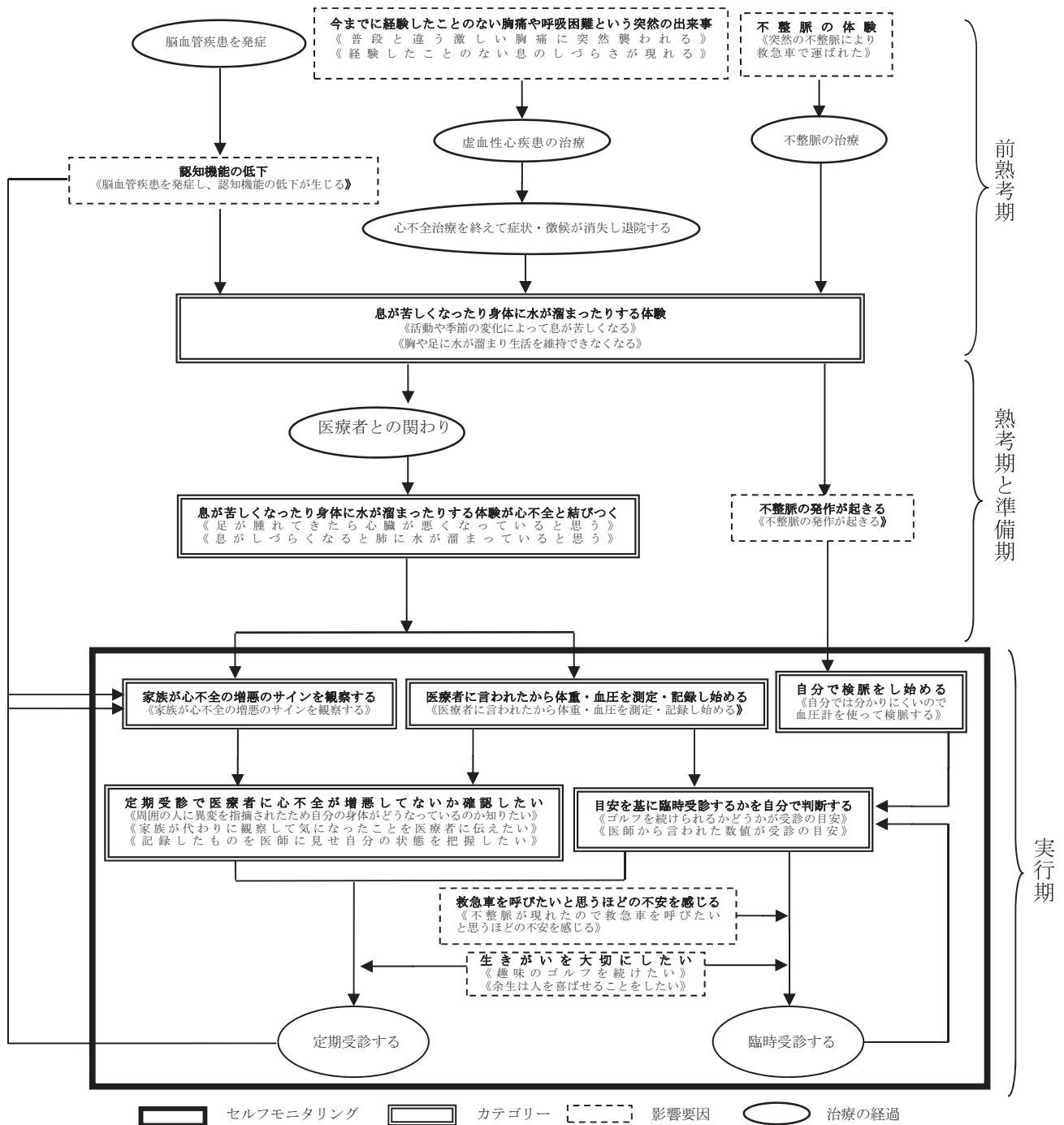


図1 慢性心不全をもつ高齢者がセルフモニタリングを形成していくプロセス

## VII. 考察

本研究で明らかになったセルフモニタリングのプロセスとその影響について、研究枠組みで想定していた行動変容の視点を踏まえて以下に考察する。

### 1. 熟考期、準備期における症状体験の役割

本研究の研究協力者は、心不全の増悪症状として【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験】をしていた。これらの体験は、研究協力者にとって死を想起させ、現在の生活が維持できなくなるという恐怖感を意味していた。

この体験を経て入院し、医療者との関わりや治療を通して、【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験が心不全と結びつく】き、心不全を初めて認識することができ、モニタリングを始める動機づけとなっていた。

文献検討で得られた本研究の枠組みでは、セルフモニタリングの先行要件には知識、技術、関心の3つがあり、突然の入院から生活の振り返りを通して内発的動機づけが生まれセルフモニタリングへ移行すると想定していた。

本研究では、研究協力者の体験が心不全によって起きていることだと結びつくことや医療者の発問によって自己の生活を振り返ることがモニタリングを始める動機づけとなっていた。このことから、本研究の枠組みである前熟考期から熟考期、準備期の段階を経ているといえる。また、入院中に指導されたと考えられる知識や技術は自宅に戻った際に活用している発言はみられなかった。このことから、研究協力者は知識を医療者から学んだことと生活とを結びつけ活用できる知恵に変換していたと考える。また、技術は医療者の観察技術を模倣していた。

したがって、慢性心不全をもつ高齢者のモニタリングの動機づけにおいて、症状体験が心不全によるものであると理解することが重要であると示唆された。さらに、高齢者が自分の生活と結びつけられるような知識の提供の仕方が必要であることが示唆された。

## 2. 実行期におけるセルフモニタリングの3つの特徴

熟考期・準備期を経た研究協力者には、初期のセルフモニタリングの3つの特徴、すなわち【医療者に言われたから体重・血圧を測定・記録し始める】、【家族が増悪のサインを観察する】、【自分で検脈をし始める】がみられた。それぞれのモニタリングを継続する中で、すべての研究協力者が【定期受診で医療者に心不全が増悪してないか確認したい】ため定期受診を続け、医療者との関わりからモニタリングの知識・技術を徐々に獲得していた。一方で、臨時受診をしていた研究協力者は、【生きがいを大切にしたい】という思いを持ち異常の早期発見に努め【目安を基に臨時受診するかを自分で判

断(する)】していた。また、予測することができない上室性不整脈の発作が頻繁に起こることで、【救急車を呼びたいと思うほどの不安を感じ(る)】、救急車で臨時受診を行っていた。

文献検討に基づく本研究の枠組みは、セルフモニタリングの構成要素として、‘症状徴候をみる’、‘変化に気づく’、‘体調を考える’、の3つを想定していた。‘症状徴候をみる’は、初期のセルフモニタリングにおける3つの特徴、すなわち【医療者に言われたから体重・血圧を測定・記録し始める】、【家族が増悪のサインを観察する】、【自分で検脈をし始める】のいずれにもみられた。しかし、研究枠組みで想定していた‘変化に気づく’、‘体調を考える’という構成要素はみられなかった。この理由として、研究協力者の罹患期間が1～2年と短く、また加齢による認知・感覚機能の低下や、複数の併存疾患を有しているなどの背景による影響が大きかったと考えた。しかしながら、こうした身体機能の衰退を自覚している研究協力者は、受診することで、変化に気づく、体調を考える、を医療者の評価・判断にゆだねていた。

したがって、高齢者は、家族や医療者など他者を上手に活用し、共同的モニタリングをしていることが示唆された。こうしたモニタリングは、受診時での医療者との関わりによって、その後、その人なりのモニタリングは変化していった。つまり、医療者が受診時に行う徴候・症状の診察手技や身体状態を振り返らせる発問が、高齢者のモニタリングの知識・技術の獲得に影響することが示唆された。

## 3. セルフモニタリングの形成に影響する要因

研究協力者は、心不全の原因疾患を発症後、現在の生活を維持するために自分の能力に応じたやり方でセルフモニタリングを行っていた。セルフモニタリングを促進していた要因は、【不整脈の体験】【生きがいを大切にしたい】【救急車を呼びたいと思うほどの不安】であった。臨時受診する研究協力者は、死を想起させる【不整脈の発作】に【救急車を呼びたいと思うほどの不安】を感じるため、自分で対処しなければという思いから自己のモニタリングを発展させていた。



本研究の協力者は、現在の生活を維持することを目標にセルフモニタリングをしていた。また、臨時受診をしていた研究協力者は、不整脈の発作や不安が影響し、頻繁に起こる発作を懸念し臨時受診をしていた。先行研究における慢性心不全をもつ高齢者は、周囲に迷惑をかけないように現状の生活を維持するため、病状を悪化させないことを目標にセルフマネジメントに取り組んでいた（岡野，小野，坂本ら，2016）。したがって、心不全をもつ高齢者は、元気の源となる生きがいを大切にし、活動を続けられるように、あるいは活動耐性に応じた生活を調節するために、受診を継続していることが示唆された。

本研究の協力者は、すべて罹患期間が1～2年と短かった。これまでの先行研究には、慢性心不全患者の罹患期間によるセルフモニタリングの相違点を分析したものはみあたらなかった。したがって、本研究結果は、心不全に罹患した初期の高齢者がその人なりのセルフモニタリングを形成していくプロセスを明らかにしたといえよう。

#### VIII. 看護への示唆

慢性心不全をもつ高齢者は、心不全の増悪症状を体験し、入院治療や外来受診での医療者との関わりを通して、体験した症状と心不全が結びつき、その人なりのセルフモニタリングを形成しつつあった。

こうしたプロセスを促進するためには、看護師は、入院中や外来受診時に患者自身が症状・徴候をどのように捉えているかを確認することや、心不全の症状はどのようなものがあるかを高齢者に発問する機会を作ること、罹患期間を考慮した上で心不全について理解しやすい説明を行うなど、体験した症状と心不全が結びつけられるような関わりを入院時から継続して行う必要がある。

このようなかわりを行うなかでとりわけ重要なのが、看護師は患者が測定・記録した値をみながら、その時に患者に体験した症状・徴候を言葉で表現するよう促し、心不全の徴候と症状を結びつけられるよう支援することである。こうした学習支援を継続

的に行うことで、患者は心不全増悪のサインに早期に気づき、再入院を予防することにつながるのではないかと考える。

一方で、高齢者が自分の生きがいに気づけるよう、生活の楽しみや励みにしていることを自分の言葉で表現できるよう日常会話の機会を意識的につくることも必要である。高齢者がどのような生活を送っていきたいのかを振り返り、自分で問い直す機会を通して、その人なりのセルフモニタリングを形成していくプロセスが促進されると考える。

#### IX. 研究の限界と今後の課題

本研究の協力者は、罹病期間が1～2年と短期間であったため、セルフモニタリングが形成途中であり、今後変化していく可能性がある。また、高齢者は複数の疾患を併存しているため、併存疾患や合併症を考慮した上でデータを読み取ることが必要である。すべての研究協力者は家族の支援を受けている高齢者であったため、独居で家族からの支援を受けていない慢性心不全をもつ高齢者へ本研究結果を適用するのは限界がある。

今後は、慢性心不全の罹患期間が長く、一人暮らしでセルフモニタリングをしている高齢者を対象に調査する必要がある。また、本研究の協力者とは異なる併存疾患をもつ高齢者を調査し、慢性心不全をもつ高齢者のセルフモニタリングに併存疾患がどのような影響を及ぼすのか検討する必要がある。

#### X. 結 論

1. 慢性心不全をもつ高齢者におけるセルフモニタリングのプロセスは、心不全の原疾患発症後から、現在の生活を維持するため、その人の能力に応じた方法でセルフモニタリングを始めていた。高齢者はその後、心不全の入院治療の経験、ならびに外来受診時の医療者の診察手技や発問からセルフモニタリングをさらに学習していった。

2. 慢性心不全をもつ高齢者は、治療経験や医療者との関わりを通して【息が苦しくなったり身体に水が溜まったりする体験が心不全と結びつく】体験を重ねていった。また、慢性心不全をもつ高齢者は、医療者の発問から食事や活動などの心不全の原因となる生活行動に気づき、モニタリング行動を始めていた。

3. 慢性心不全をもつ高齢者におけるセルフモニタリングは、家族が心不全の増悪のサインを観察する、医療者に言われたから体重・血圧を測定・記録し始める、自分で検脈をし始めるという3つの特徴がみられた。そして、慢性心不全をもつ高齢者は、できる部分は自分でいき、できない部分は家族や医療者など他者を上手に活用し共同的セルフモニタリングを行っていた。

4. 慢性心不全をもつ高齢者は、入院治療や外来受診での医療者との関わりからモニタリングの知識と技術を学習していた。そのため看護師は、慢性心不全をもつ高齢者が体験した症状、測定した検査値などと心不全を結びつけられるような関わりを入院時から継続していき、セルフモニタリングの形成を促進していく必要がある。

なお、本研究において申告すべき利益相反事項はない。

#### 謝 辞

本研究にご協力いただきました医療施設の通院患者とご家族の皆様、並びに研究の趣旨を理解しご協力いただいた医療施設の医療従事者の皆様に心より感謝申し上げます。

そして、本研究に貴重なご助言をいただきました高知県立大学看護学部看護学科の諸先生方に厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は平成29年度高知県立大学看護

学部研究論文に加筆修正を加えたものである。

#### <引用・参考文献>

- 1) 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. 老年看護学, 17(1), 46-54.
- 2) 上谷千夏, 瀬戸奈津子, 清水安子 (2012). 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.
- 3) 岡野佑子, 小野萌梨, 坂本早紀他 (2016). 慢性心不全をもつ高齢者のセルフマネジメント—自分らしい生活を送るプロセス—高知女子大学看護誌, 41(2), 97-105.
- 4) 柴珠実 (2013). 高齢者に対する歩数増加のための行動変容プログラムの効果. 愛媛県立医療技術大学紀要, 10, 1, 1-10.
- 5) 嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子他 (2007). 再入院を繰返す慢性心不全患者の実態調査と疾病管理. 日本心臓リハビリテーション学会誌リハビリテーション, 12(1), 118-121.
- 6) 仲村直子 (2008). 心不全のディジーズマネジメントの実践を探る—急性期から始めるセルフモニタリングの教育. 看護技術, 54(12), 70-73.
- 7) 服部容子, 多留ちえみ, 宮脇郁子 (2010). 心不全患者のセルフモニタリングの概念分析. 日本看護科学会誌, 30(2), 74-82.
- 8) 服部容子 (2009). 心不全患者のセルフモニタリングに関する文献レビュー—健康管理に関する諸概念との比較—. 甲南女子大学研究紀要, 3, 7-13.
- 9) 古厩智美 (2008). 心不全のディジーズマネジメントの実践を探る—心不全発症予防のための冠動脈疾患後の心身の管理—心理・社会的側面—. 看護技術, 54, 12, 43-48.