

後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援と困難感の実態

佐藤 晶子¹, 百瀬由美子²

Types of support available for nurses providing self-care to older patients with heart failure in acute care hospitals

Masako Sato¹, Yumiko Momose²

【目的】後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援と困難感を明らかにし看護師教育の示唆を得る。

【方法】急性期病院看護師950名を対象に自作の自記式質問紙への回答を郵送で求めた。後期高齢心不全患者のセルフケア支援の質問46項目の探索的因子分析を行い、重要性の認識と実施状況の差を検討した。困難感の質問20項目への回答を集計し自由記述の内容を分類した。

【結果】調査票は381部回収（回収率40.1%）、因子分析の結果得られた11因子すべてで重要性の認識に対し実施状況が有意に低く、心理社会的側面と感覚障害のアセスメントが双方とも最も低かった。支援の困難感として老老介護等家族のサポートの脆弱化に対する困難感が高く、自由記述の分類により【その人らしい療養生活の支援に対する困難感】が抽出された。

【考察】心理社会的側面と感覚障害の客観的評価方法、地域連携や継続看護、意思決定支援に関する看護師教育の必要性が示唆された。

キーワード：心不全，後期高齢者，セルフケア，看護師，困難感

I. 緒 言

日本の高齢化は諸外国に類を見ない速さで進み、2018年10月1日現在、高齢化率は28.1%、後期高齢者は全人口の14.2%を占める（内閣府，2019）。心疾患はわが国の死因の第2位であり、その内最も多いのは心不全である（厚生労働省，2018）。高齢慢性心不全患者の再入院率は退院後6か月以内で27%、1年後で35%（Tsutsui, Makaya, Kinugawa, Goto, & Takeshita, 2006）とされ、再入院の誘因は、感染、不整脈等の医学的要因よりむしろ、塩分や水分制限の不徹底、過労、治療薬服用の不徹底などセルフケアにより回避可能な因子が上位を占めている（Tsuchihashi, Tsutsui, Kodama, Kasag, & Takeshita, 2000）。

後期高齢心不全患者は加齢に伴う恒常性維持機能の低

下により、ささいな誘因で急性増悪をきたし再入院に至りやすい。故に再入院予防やQuality of Life（生活の質、以下QOL）の維持・向上には、日々の服薬、塩分・水分管理、適度な運動、感染予防などの管理に加え、心不全症状・徴候のモニタリングによる増悪時の症状・徴候の早期発見と適切な対処行動といったセルフケアが重要となる。後期高齢心不全患者のセルフケア支援において、看護師の果たすべき役割は大きい。

しかし現実には、看護師による心不全患者教育の実施率は1～3割程度と低いことが示されている（大津，2013，森山，2006，嶋田他，2007）。この背景として、スタッフ数・専門スタッフの不足、看護師が行う教育が診療報酬の対象にならない（森山他，2006）、心不全教育プログラムの不在（大津・森山，2008）、職員の疾病予防に対する意識が不十分（嶋田他，2007）といった医療者側の問題が指摘されている。

¹愛知県立大学大学院看護学研究科，²愛知県立大学看護学部

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について阿川・原・小野(2012)は、自分の望む生活が送れているかを重視すること、自己調整できる苦しさであるという自覚によって対処が遅れる可能性を指摘している。また、和田(2006)は、虚血性心疾患に罹患した高齢者の自己管理について、生活になじんだ自己管理行動であり、自分らしい生活を送るために行っていることを意味していたと述べている。このような高齢者特有のセルフケアの様相は、危機感の薄さ、諦めといった高齢者の特性や、急性増悪及び対処の遅れにつながる管理不足として医療者側に認識される可能性がある。

一方、外来通院中の慢性心不全患者を対象とした調査では日常生活に関連した指導について全員が受けていないと回答している(大津・森山, 2008)。看護師による一般的な心不全の指導が、高齢者の生活になじむ形で提供されていないと推察される。高齢者は一般に65歳以上とされているが、以上のような状況は近年の超高齢社会においては主に後期高齢者に該当すると考えられる。

後期高齢心不全患者のセルフケアの継続には、より顕著となる加齢性変化や心理社会的特性を踏まえ、個々の生き方や望み、生活を丁寧にアセスメントし、生活の中で行える具体的な方法を共に考え、生活の中に編み込んでいく継続的な支援が必要となる。

そこで本研究では、後期高齢心不全患者のセルフケアに対する支援において、加齢性変化や心理社会的特性を踏まえた看護師の実践の実態とその困難感を明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

後期高齢心不全患者のセルフケアに対し、急性期病院看護師が重要と認識している支援とその実態、及び困難感を明らかにし、看護師教育の示唆を得る。

III. 研究方法

1. 調査対象

DPC(Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類)対象病院で2012年度心不全の治療実績が100件以上ある愛知県内40、静岡県内25、岐阜県内12の病院計77病院の内研究協力の承諾を得られた43病院(承諾率55.8%)に所属する循環器疾患患者が入院する病棟の看護師950名とした。

2. 調査期間

2014年7月～8月

3. データ収集方法

郵送による自記式質問紙調査法によって行った。77対象病院の看護部長に研究協力依頼文書と承諾書を郵送し、協力が得られる場合、承諾書の記載と返送を依頼した。承諾書には、質問紙調査票配布可能な看護師数の記載欄を設けた。承諾を得られた病院の看護部長宛に調査対象者への依頼文書と質問紙調査票、返信用封筒をまとめて送付し対象看護師への配布を依頼した。調査協力への同意は調査票の記載と個別投函をもって得られたものとした。

4. 調査内容

1) 「後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援についての質問項目」

後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援についての質問項目が先行研究に見当たらなかったため、欧州心臓病学会(以下ESC)ガイドライン(2008)のTable 18 Essential topics in patient education with associated skills and appropriate self-care behaviors(心不全セルフケア行動とスキルに関する教育項目)をベースに、日本の慢性心不全治療ガイドライン(2010年改訂版)の「慢性心不全患者および家族・介護者に対する教育・カウンセリングの内容」を参考に質問を作成した。ESCガイドライン(2008)は「心不全の定義と病因」「心不全の症状と徴候」「薬物治療」「危険因子の是正」「食事療法」「運動療法」「性生活」「予防接種」「睡眠と呼吸障害」「アドヒアランス」「心理社会的側面」「予後」の12項目を教育項目としているが、その内「危険因子の是正」と「睡眠と呼吸障害」の2項目は該当患者が限定されるため今回は省いた。また、患者を主体とした行動目標を患者が獲得するための看護師の支援について問う内容及び表現に変更した。さらに、後期高齢心不全患者のセルフケアには、心不全一般のセルフケアに加え、高齢者の加齢性変化と心理社会的特性を踏まえた支援が必要となるため、先行文献を参考に質問を追加し、内容及び表現を吟味した。

プレテストとして、看護師5名(看護師経験:12～24年, 平均17.6年, 循環器疾患看護経験:2～12年, 平均7.0年, 高齢者看護経験:12～20年, 平均15年)に回答を依頼した。その後面接にて表現の適切性、回答

のしやすさ、追加すべき質問の有無について聞き取りを行った。それらを踏まえ共同研究者である老年看護学の専門家と再度検討し、項目を精選し一部表現を修正し46項目を設定した（以下「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」）。

各質問項目に対し、重要性の認識について、1：全く重要でない、2：あまり重要でない、3：どちらともいえない、4：やや重要である、5：非常に重要である、実施状況について、1：全く実施していない、2：あまり実施していない、3：どちらともいえない、4：時々実施している、5：いつも実施しているの5件法で回答を求めた。

2) 後期高齢心不全患者のセルフケアに対する支援の困難感を問う質問項目

後期高齢心不全患者のセルフケアに対する支援の困難感を測定する適切な尺度が先行研究に見当たらなかったため、看護師の高齢者ケアの困難感に関する先行研究(山幡・野口・沼本・小野, 1996; 湯浅・吉田・野口・佐藤・内山, 1997; 佐藤・吉田・湯浅・野口・内山, 1998; 大津他, 2013)より、高齢者のケアで困ること、その理由と困難感の対象、看護師側の問題、高齢者の家族に関連する問題の調査結果を一つずつ書き出し、類似したものを分類しその内容を表現するようネーミングした。分類、表現の妥当性については共同研究者である老年看護学の専門家と検討を重ね、20項目を設定した（以下「後期高齢心不全患者のセルフケア支援の困難感についての質問項目」）。各質問項目に対し困難を、1:全く感じない、2:あまり感じない、3:どちらともいえない、4:やや感じる、5:とても感じる、の5件法で回答を求めた。加えて、困難感の具体的内容や質問項目以外の困難感の内容についても記載できるよう、自由記述の回答欄を設けた。

5. 分析方法

回収された381部を対象に回答分布を確認し、平均値、標準偏差を算出した。欠損値を含むケースをリストごと削除した352部を対象とし、ESCガイドライン(2008)の心不全セルフケア行動とスキルに関する教育項目の10項目(以下、ESCガイドライン教育10項目)をベースに作成した「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」が仮定した要素から構成されているか検討するために探索的因子分析を行った。ESCガイドライン教育10項目を基盤とした解釈可能性と因子負

荷量0.40を基準とし、主因子法、プロマックス斜交回転を使用し因子解を順次検討した。「摂取可能なアルコールの量について説明する」「嚥下・咀嚼機能に問題はないかアセスメントする」を除外し、「生活上可能な減塩方法を本人と共に考える」「塩分制限が食欲不振の原因になっていないかアセスメントする」「受診継続の重要性について説明する」「現在の心不全の状態(ステージ)を本人と共に確認する」の4項目は因子負荷量が0.40に満たないが、共同研究者である老年看護学の専門家、慢性疾患看護学の専門家とともに協議し、後期高齢心不全患者のセルフケアへの支援において重要な意味を持つものと判断し除外しないこととした。その結果、44項目11因子を最適解として採用し、内的整合性を検討するために、Cronbach α 係数を算出した。

「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の重要性の認識と実施状況の差を検討するため、5件法の回答を数値化し1から5の数字をそのまま点数化し、因子ごとの項目の平均値と全項目の平均値についてウィルコクソンの順位和検定を行った。統計処理には、統計解析ソフトIBM SPSS Statistics version 21を使用した。有意水準は5%とした。

「後期高齢心不全患者のセルフケア支援の困難感についての質問項目」の回答結果を集計し各質問項目の分布を確認した。自由記述の回答について記述された内容をすべて書き出し、意味内容ごとに1データとし、データごとに内容の共通性に従いカテゴリ化し、コード、サブカテゴリ、カテゴリをそれぞれ抽出し、データ数を集計した。

6. 倫理的配慮

看護部長には文書を用いて研究目的や方法、倫理的配慮について説明し、調査協力の承諾を文書で得た。対象看護師には、匿名堅持や自由意思による回答、研究目的以外でデータを使用しないこと等を文書にて説明し、調査協力への同意は質問紙調査票の返送をもって得られたものとした。本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会の許可を得て実施した(25愛県大管理7-42)。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

回収できた調査票は381部であった(回収率40.1%)。対象者の属性は、女性350名(91.9%)、男

性30名(7.9%), 不明1名(0.2%), 年代は20代140名(36.7%), 30代141名(37.0%), 40代76名(19.9%), 50代21名(5.5%), 60以上1名(0.2%)であった。看護師経験平均11.56年(±8.05), 循環器看護経験平均5.13年(±4.14), 高齢者看護経験平均9.06年(±6.69)であった。

2. 「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の探索的因子分析と信頼性の検討
得られた44項目11因子の因子構成(表1)及び因子

相関行列(表2)を示す。各因子はESCガイドライン教育10項目と、後期高齢者の加齢性変化と心理社会的特性として追加した心身機能の低下やその障害、セルフケアを継続するためのアセスメントや支援内容を踏まえそれぞれ命名した。

44項目全体のCronbach α 係数は.96, 11因子の α 係数は.78から.93であった。各因子間の相関係数は.20から.67であった。

表1 「後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援についての質問項目」の因子構成 N = 352
全体 $\alpha = .96$

因子名	質問項目	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	共通性
I 心理社会的側面と予防接種・性生活 $\alpha = .91$	40 抑うつ症状による生活への影響はないかアセスメントする	1.09	0.04	0.02	0.05	0.00	-0.02	-0.08	0.03	0.03	-0.05	-0.23	0.90
	39 抑うつ症状がないかアセスメントする	1.04	0.06	-0.03	0.05	-0.04	0.04	-0.05	0.05	-0.04	0.00	-0.20	0.85
	38 抑うつになりやすいことを説明する	0.85	-0.13	0.04	-0.06	0.02	0.07	0.01	0.00	-0.06	0.00	0.10	0.75
	41 メンタルヘルスの専門家に相談が必要か判断する	0.68	0.14	0.10	-0.03	0.09	-0.03	-0.06	-0.08	0.02	0.05	0.04	0.71
	35 インフルエンザ・肺炎球菌等、感染症の予防接種をすすめる	0.48	-0.03	0.09	0.07	-0.14	-0.07	0.13	-0.04	0.12	-0.11	0.20	0.44
	34 性生活の注意点について説明する	0.46	-0.07	0.00	-0.06	0.08	-0.08	0.13	0.07	-0.08	0.08	0.19	0.48
II 子後とアドヒアランス $\alpha = .87$	46 継続的な支援の必要性についてアセスメントする	0.04	0.91	0.04	0.03	-0.09	0.05	0.09	-0.03	-0.06	0.00	-0.16	0.75
	45 今後の治療について本人が意思決定できるよう支援する	-0.01	0.88	0.05	0.02	-0.01	0.09	-0.10	-0.02	-0.15	0.10	-0.04	0.69
	44 今後の治療について本人が理解している内容を確認する	-0.05	0.87	-0.09	-0.02	0.07	0.01	0.09	-0.05	-0.05	0.04	-0.04	0.71
	43 希望するライフスタイルについて本人と話し合う	0.21	0.62	-0.08	-0.07	0.00	-0.09	0.13	-0.06	0.01	-0.02	0.10	0.62
	37 受診継続に支障はないかアセスメントする	0.11	0.45	-0.08	0.07	-0.05	-0.09	-0.12	0.04	0.20	-0.02	0.23	0.50
	36 受診継続の重要性について説明する	-0.03	0.39	0.06	0.14	-0.10	-0.01	-0.16	0.14	0.21	-0.14	0.14	0.39
42 現在の心不全の状態(ステージ)を本人と共に確認する	0.16	0.29	-0.06	-0.19	0.11	0.03	0.08	0.11	0.00	-0.02	0.29	0.55	
III 体重管理 $\alpha = .83$	6 体重計の準備を依頼する	0.01	-0.07	0.86	-0.06	-0.01	0.04	-0.17	-0.07	0.10	0.09	0.10	0.68
	7 記録用紙(ノート)を準備する	0.07	-0.03	0.69	-0.04	0.05	0.02	0.08	-0.16	-0.05	-0.01	0.11	0.53
	5 体重をいつ、どこで計るかを本人と共に決定する	0.10	-0.07	0.60	0.09	0.01	-0.09	0.17	0.10	-0.07	0.03	-0.04	0.54
	8 受診の目安となる体重増加の程度と期間を数字で提示する	0.01	-0.03	0.53	-0.01	-0.03	0.13	0.04	0.05	0.09	-0.02	0.07	0.51
	4 心不全悪化と体重増加を結びつけて説明する	-0.08	0.13	0.52	0.10	-0.04	-0.04	0.08	0.18	-0.05	-0.01	-0.05	0.44
IV 薬物治療継続のためのアセスメント $\alpha = .85$	14 手指の巧緻性の低下によって内服行動に問題はないかアセスメントする	0.04	-0.02	0.01	0.91	-0.05	-0.10	0.07	-0.06	-0.08	0.04	0.16	0.79
	13 視覚障害により内服行動に問題はないかアセスメントする	0.11	-0.08	-0.08	0.86	0.07	0.08	0.04	-0.02	-0.09	0.02	-0.02	0.73
	12 認知機能低下により内服行動に問題はないかアセスメントする	-0.11	0.13	0.13	0.64	0.09	0.05	-0.12	0.05	0.03	-0.06	-0.08	0.57
	15 セルフケア行動にどの程度他者のサポートが必要かアセスメントする	-0.12	0.12	0.00	0.45	0.06	0.09	0.01	-0.04	0.26	0.04	-0.10	0.49
V 薬物治療 $\alpha = .86$	10 薬の効果について本人と確認する	-0.01	-0.06	-0.06	0.05	0.98	0.01	-0.02	0.01	0.09	-0.03	-0.06	0.88
	9 薬の用量について本人と確認する	0.04	-0.05	0.04	0.00	0.84	0.04	-0.12	-0.01	-0.03	-0.02	-0.02	0.60
	11 薬の副作用について本人と確認する	-0.01	0.05	0.02	0.10	0.74	-0.08	0.02	0.01	-0.08	0.01	0.10	0.67
VI 心過負荷時の対処 $\alpha = .90$	29 心臓への負荷がかりすぎた場合の対応について本人に説明する	0.04	0.00	0.01	0.07	0.05	0.90	-0.02	-0.07	-0.05	-0.03	0.03	0.85
	28 心臓への負荷がかりすぎた時に出現する症状について本人と確認する	-0.03	0.05	0.06	-0.04	-0.01	0.81	0.07	0.01	0.09	-0.02	-0.10	0.75
	30 心臓への負荷がかりすぎる原因が日常生活にないか本人と共に確認する	-0.01	0.06	-0.01	0.03	-0.06	0.67	0.01	0.14	-0.06	-0.01	0.16	0.68
VII 水分塩分管理 $\alpha = .86$	19 1日の水分摂取の方法を本人の生活に即して共に考える	-0.02	0.04	0.03	0.01	-0.03	-0.01	0.90	-0.07	0.02	-0.01	-0.02	0.75
	18 1日の水分摂取量の目標を数値で本人に提示する	-0.03	0.06	0.18	-0.06	-0.09	0.03	0.82	-0.01	0.03	-0.03	-0.08	0.71
	20 脱水の徴候について説明する	0.06	-0.13	-0.16	0.16	-0.07	0.06	0.57	0.11	0.06	0.03	0.17	0.54
	16 1日の塩分制限の目標を数値で本人に提示する	-0.05	0.07	0.10	-0.07	0.32	0.01	0.41	0.09	0.00	0.02	-0.08	0.54
	17 生活上可能な減塩方法を本人と共に考える	0.01	0.06	0.19	-0.01	0.25	0.02	0.34	0.02	0.02	-0.03	0.02	0.53
VIII 心不全の病態と症状・徴候 $\alpha = .78$	2 心不全の症状が出現した理由を本人と確認する	0.08	-0.09	-0.07	0.00	-0.10	0.09	0.06	0.88	-0.05	0.08	-0.06	0.70
	1 心不全の原因について本人と確認する	-0.05	-0.04	0.00	-0.05	0.10	-0.05	-0.05	0.82	0.00	0.02	0.05	0.68
	3 心不全悪化の症状・徴候を本人の具体的な言葉で確認する	0.01	0.11	0.18	-0.02	0.09	-0.05	-0.10	0.51	0.09	-0.10	0.04	0.45
IX 食事療法継続のためのアセスメント $\alpha = .78$	25 食事の準備は誰が行うか情報を得る	-0.01	-0.13	0.03	-0.07	0.02	0.04	0.00	0.02	1.03	0.04	-0.15	0.80
	26 食事の準備にサポートが必要かアセスメントする	0.03	0.06	0.01	0.06	-0.03	-0.07	0.13	-0.06	0.80	0.01	-0.04	0.77
	27 塩分制限が食欲不振の原因になっていないかアセスメントする	0.22	-0.01	-0.14	0.02	0.09	0.07	0.06	0.00	0.28	0.08	0.19	0.49
X 食事に影響する加齢に伴う感覚障害 $\alpha = .93$	24 嗅覚障害はないかアセスメントする	0.03	0.07	-0.01	-0.02	0.01	0.00	0.01	0.02	-0.03	0.94	-0.04	0.94
	23 味覚障害はないかアセスメントする	0.03	0.01	0.09	0.06	-0.06	-0.05	-0.05	0.04	0.10	0.85	0.01	0.83
XI 運動療法 $\alpha = .84$	32 運動の利点について説明する	-0.03	-0.06	0.09	0.03	-0.01	0.03	0.03	-0.02	-0.08	-0.06	0.92	0.76
	33 生活の中で行える運動を本人と共に考える	0.03	-0.01	0.08	0.02	-0.01	-0.01	-0.05	0.03	-0.13	0.03	0.85	0.69
	31 動けなくなることへの不安がないか本人に確認する	0.22	0.06	-0.07	-0.05	0.07	0.16	-0.06	-0.10	0.10	0.10	0.44	0.62

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiserの正規化と伴うプロマックス回転

表2 「後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援についての質問項目」の因子相関行列

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
I 心理社会的側面と予防接種・性生活		0.58	0.30	0.27	0.41	0.34	0.49	0.25	0.47	0.59	0.67
II 予後とアドヒアランス			0.38	0.45	0.47	0.55	0.53	0.32	0.66	0.41	0.58
III 体重管理				0.34	0.47	0.47	0.57	0.53	0.39	0.20	0.43
IV 薬物治療継続のためのアセスメント					0.38	0.44	0.31	0.32	0.53	0.19	0.33
V 薬物治療						0.50	0.61	0.58	0.34	0.41	0.57
VI 心過負荷時の対処							0.53	0.47	0.47	0.25	0.56
VII 水分塩分管理								0.50	0.50	0.45	0.62
VIII 心不全の病態と症状・徴候									0.34	0.20	0.42
IX 食事療法継続のためのアセスメント										0.36	0.54
X 食事に影響する加齢に伴う感覚障害											0.54
XI 運動療法											

3. 「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の回答結果

回答分布を表3に示す。

1) 重要性の認識の回答分布

「非常に・やや重要である」の回答が多かった項目は「認知機能低下により内服行動に問題はないかアセスメントする」98.4%, 「受診継続の重要性について説明する」97.4%, 「セルフケア行動にどの程度他者のサポートが必要かアセスメントする」97.3%であった。一方「全く・あまり重要でない」の回答が多かったのは、「性生活の注意点について説明する」29.8%, 「嗅覚障害はないかアセスメントする」19.0%, 「抑うつになりやすいことを説明する」14.1%であった。また、これらの項目は「どちらともいえない」の回答が4割前後を占めていた。

2) 実施状況の回答分布

「いつも・時々実施している」の回答が多かったのは「認知機能低下により内服行動に問題はないかアセスメントする」89.9%, 「食事の準備は誰が行うか情報を得る」89.6%, 「セルフケア行動にどの程度他者のサポートが必要かアセスメントする」87.9%であった。一方「全く・あまり実施していない」の回答が多かったのは、「性生活の注意点について説明する」81.9%, 「抑うつになりやすいことを説明する」69.0%, 「嗅覚障害はないかアセスメントする」55.9%で、重要性の認識とほぼ同様であった。

4. 「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」11因子の重要性の認識と実施状況の差の検討

重要性の認識と実施状況について因子ごとと全項目の

平均値と標準偏差を表4に示す。平均値の低い因子及び高い因子は、重要性の認識と実施状況ではほぼ同様であり、特に「心理社会的側面・予防接種・性生活」と「食事に影響する加齢に伴う感覚障害」の実施状況の低さが目立った。

重要性の認識と実施状況の差を検討するために、因子ごとと全項目の平均値についてウィルコクソンの順位和検定を行った結果、すべての因子において重要性の認識に対し実施状況が有意に低かった。

5. 「後期高齢心不全患者のセルフケア支援の困難感についての質問項目」の回答結果

表5に回答分布を示す。

全質問項目に困難を「非常に感じる」「やや感じる」の回答が多かった。98.0%が「老老介護」に対し困難を「非常に・やや感じる」と回答した。続いて90%以上が「家族も高齢で指導内容について理解が得られない」, 「家族の介護負担・介護ストレス」, 「家族の支援の不足」といった家族のサポートの脆弱性に対し困難を「非常に・やや感じる」と回答した。

6. 後期高齢心不全患者のセルフケア支援の困難感の自由記述の分類

回収した調査票381部の内、177部(46.5%)に記述があった。得られた368のデータを内容の共通性に従いカテゴリ化し、コード、サブカテゴリ、カテゴリのデータ件数を集計した。

その結果、【家族のサポートの脆弱化に対する困難感】【効果的な指導が行えないことに対する困難感】【加齢に伴うセルフケア能力の低下に対する困難感】【その人らしい療養生活の支援に対する困難感】【社会サービス調整上の困難感】【加齢に伴う生理機能・予備力低下に対

表3 「後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援についての質問項目」の回答分布

因子名	質問項目	重要性の認識					実施状況						
		1 全く N	2 あまり 重要でない	3 どちら ともい えない	4 やや 重要であ る	5 非常 に重要で ある	1 全く 実施して いない	2 あまり 実施し ていない	3 どちら ともい えない	4 時々 実施し ている	5 いつ も実施 している		
I 心理社会的側面と予防接種・性生活	40. 抑うつ症状による生活への影響はないかアセスメントする	378	8 (2.1)	29 (7.7)	143 (37.8)	140 (37.0)	58 (15.3)	377	89 (23.6)	114 (30.2)	101 (26.8)	52 (13.8)	21 (5.6)
	39. 抑うつ症状がないかアセスメントする	381	7 (1.8)	29 (7.6)	140 (36.7)	140 (36.7)	65 (17.1)	378	91 (24.1)	107 (28.3)	100 (26.5)	60 (15.9)	20 (5.3)
	38. 抑うつになりやすいことを説明する	381	10 (2.6)	44 (11.5)	173 (45.4)	115 (30.2)	39 (10.2)	377	136 (36.1)	124 (32.9)	91 (24.1)	22 (5.8)	4 (1.1)
	41. メンタルヘルスの専門家に相談が必要か判断する	380	10 (2.6)	35 (9.2)	160 (42.1)	116 (30.5)	59 (15.5)	378	102 (27.0)	108 (28.6)	99 (26.2)	45 (11.9)	24 (6.3)
	35. インフルエンザ・肺炎球菌等、感染症の予防接種を勧める	381	4 (1.0)	25 (6.6)	99 (26.0)	157 (41.2)	96 (25.2)	378	105 (27.8)	103 (27.2)	76 (20.1)	62 (16.4)	32 (8.5)
34. 性生活の注意点について説明する	379	32 (8.4)	81 (21.4)	155 (40.9)	76 (20.1)	35 (9.2)	376	228 (60.6)	80 (21.3)	50 (13.3)	12 (3.2)	6 (1.6)	
II 予後とアランス	46. 継続的な支援の必要性についてアセスメントする	378	1 (0.3)	3 (0.8)	32 (8.5)	137 (36.2)	205 (54.2)	376	12 (3.2)	37 (9.8)	69 (18.4)	151 (40.2)	107 (28.5)
	45. 今後の治療について本人が意思決定できるよう支援する	380		2 (0.5)	35 (9.2)	153 (40.3)	190 (50.0)	377	10 (2.7)	42 (11.1)	86 (22.8)	152 (40.3)	87 (23.1)
	44. 今後の治療について本人が理解している内容を確認する	380	1 (0.3)	3 (0.8)	24 (6.3)	166 (43.7)	186 (48.9)	377	10 (2.7)	36 (9.5)	64 (17.0)	168 (44.6)	99 (26.3)
	43. 希望するライフスタイルについて本人と話し合う	381	4 (1.0)	12 (3.1)	59 (15.5)	159 (41.7)	147 (38.6)	376	27 (7.2)	79 (21.0)	102 (27.1)	108 (28.7)	60 (16.0)
	37. 受診継続に支障はないかアセスメントする	379	2 (0.5)	3 (0.8)	31 (8.2)	128 (33.8)	215 (56.7)	378	17 (4.5)	40 (10.6)	67 (17.7)	114 (30.2)	140 (37.0)
36. 受診継続の重要性について説明する	380		18 (4.7)	10 (2.6)	74 (19.5)	296 (77.9)	376	3 (0.8)	9 (2.4)	37 (9.8)	74 (19.7)	253 (67.3)	
42. 現在の心不全の状態(ステージ)を本人と共に確認する	381	3 (0.8)			103 (27.0)	152 (39.9)	105 (27.6)	378	53 (14.0)	106 (28.0)	111 (29.4)	77 (20.4)	31 (8.2)
III 体重管理	6. 体重計の準備を依頼する	380	1 (0.3)	9 (2.4)	54 (14.2)	133 (35.0)	183 (48.2)	377	40 (10.6)	61 (16.2)	73 (19.4)	104 (27.6)	99 (26.3)
	7. 記録用紙(ノート)を準備する	381	2 (0.5)	10 (2.6)	65 (17.1)	149 (39.1)	155 (40.7)	375	49 (13.1)	76 (20.3)	61 (16.3)	104 (27.7)	85 (22.7)
	5. 体重をいつ、どこで計るかを本人と共に決定する	381		5 (1.3)	29 (7.6)	128 (33.6)	219 (57.5)	377	8 (2.1)	44 (11.7)	52 (13.8)	134 (35.5)	139 (36.9)
	8. 受診の目安となる体重増加の程度と期間を数字で提示する	378	5 (1.3)	31 (8.2)	146 (38.6)	196 (51.9)	376	36 (9.6)	65 (17.3)	56 (14.9)	123 (32.7)	96 (25.5)	
	4. 心不全悪化と体重増加を結びつけて説明する	381		2 (0.5)	12 (3.1)	84 (22.0)	283 (74.3)	377		11 (2.9)	24 (6.4)	133 (35.3)	209 (55.4)
IV 薬物治療	14. 手指の巧緻性の低下によって内服行動に問題はないかアセスメントする	380		1 (0.3)	14 (3.7)	109 (28.7)	256 (67.4)	378	3 (0.8)	22 (5.8)	59 (15.6)	122 (32.3)	172 (45.4)
	13. 視覚障害により内服行動に問題はないかアセスメントする	380			15 (3.9)	92 (24.2)	273 (71.8)	377	1 (0.3)	24 (6.4)	53 (14.1)	109 (28.9)	190 (50.4)
	12. 認知機能低下により内服行動に問題はないかアセスメントする	381			6 (1.6)	61 (16.0)	314 (82.4)	378	1 (0.3)	10 (2.6)	27 (7.1)	92 (24.3)	248 (65.6)
	15. セルフケア行動にどの程度他者のサポートが必要かアセスメントする	379			10 (2.6)	82 (21.6)	287 (75.7)	373		11 (2.9)	34 (9.1)	135 (36.2)	193 (51.7)
	10. 薬の効果について本人と確認する	380		2 (0.5)	35 (9.2)	142 (37.4)	201 (52.9)	378	11 (2.9)	35 (9.3)	91 (24.1)	171 (45.2)	70 (18.5)
V 薬物治療	9. 薬の用量について本人と確認する	380		9 (2.4)	47 (12.4)	123 (32.4)	201 (52.9)	376	12 (3.2)	63 (16.8)	93 (24.7)	123 (32.7)	85 (22.6)
	11. 薬の副作用について本人と確認する	380		7 (1.8)	52 (13.7)	157 (41.3)	164 (43.2)	376	19 (5.1)	68 (18.1)	114 (30.3)	131 (34.8)	44 (11.7)
	29. 心臓への負荷がかりすぎた場合の対応について本人に説明する	380		2 (0.5)	23 (6.1)	119 (31.3)	236 (62.1)	378	4 (1.1)	30 (7.9)	64 (16.9)	144 (38.1)	136 (36.0)
VI 心臓への負荷の対処	28. 心臓への負荷がかりすぎた時に出現する症状について本人と確認する	381		19 (5.0)	116 (30.4)	246 (64.6)	376	3 (0.8)	21 (5.6)	47 (12.5)	148 (39.4)	157 (41.8)	
	30. 心臓への負荷がかりすぎた原因が日常生活にないか本人と共に確認する	381		2 (0.5)	19 (5.0)	130 (34.1)	230 (60.4)	377	3 (0.8)	32 (8.5)	74 (19.6)	145 (38.5)	123 (32.6)
	19. 1日の水分摂取の方法を本人の生活に即して共に考える提示する	381		10 (2.6)	37 (9.7)	143 (37.5)	191 (50.1)	377	21 (5.6)	52 (13.8)	80 (21.2)	143 (37.9)	81 (21.5)
VII 水分塩分管理	18. 1日の水分摂取量の目標を数値で本人に提示する	379		7 (1.8)	30 (7.9)	138 (36.4)	204 (53.8)	374	14 (3.7)	26 (7.1)	60 (16.0)	133 (35.6)	141 (37.7)
	20. 脱水の徴候について説明する	381	1 (0.3)	10 (2.6)	56 (14.7)	159 (41.7)	155 (40.7)	378	21 (5.6)	78 (20.6)	116 (30.7)	113 (29.9)	50 (13.2)
	17. 1日の塩分制限の目標を数値で本人に提示する	380	1 (0.3)	16 (4.2)	55 (14.5)	149 (39.2)	159 (41.8)	377	28 (7.4)	70 (18.6)	85 (22.5)	120 (31.8)	74 (19.6)
	16. 生活上可能な減塩方法を本人と共に考える	380		5 (1.3)	29 (7.6)	158 (41.6)	188 (49.5)	377	26 (6.9)	46 (12.2)	90 (23.9)	137 (36.3)	78 (20.7)
	2. 心不全の症状が出現した理由を本人と確認する	380		3 (0.8)	20 (5.3)	121 (31.3)	236 (62.1)	378	4 (1.1)	37 (9.8)	57 (15.1)	172 (45.5)	108 (28.6)
VIII 心不全の病態と症状・徴候	1. 心不全の原因について本人と確認する	380		3 (0.8)	16 (4.2)	133 (35.0)	228 (60.0)	378	3 (0.8)	43 (11.4)	58 (15.3)	172 (45.5)	102 (27.0)
	3. 心不全悪化の症状・徴候を本人の具体的な言葉で確認する	381		3 (0.8)	19 (5.0)	114 (29.9)	245 (64.3)	376	3 (0.8)	28 (7.4)	55 (14.6)	14 (39.1)	143 (38.0)
	25. 食事の準備は誰が行うか情報を得る	381		3 (0.8)	8 (2.1)	125 (32.8)	245 (64.3)	376	2 (0.5)	6 (1.6)	31 (8.2)	124 (33.0)	213 (56.6)
IX 食事のためのアセスメント	26. 食事の準備にサポートが必要かアセスメントする	378		4 (1.1)	21 (5.6)	135 (35.7)	218 (57.7)	373	3 (0.8)	11 (2.9)	47 (12.6)	133 (35.7)	179 (48.0)
	27. 塩分制限が食欲不振の原因になっていないかアセスメントする	378		7 (1.9)	80 (21.2)	163 (43.1)	128 (33.9)	375	26 (6.9)	65 (17.3)	105 (28.0)	104 (27.7)	75 (20.0)
X 食事に影響する加齢に伴う影響	24. 嗅覚障害はないかアセスメントする	379	8 (2.1)	64 (16.9)	155 (40.9)	98 (25.9)	54 (14.2)	374	95 (25.4)	114 (30.5)	107 (28.6)	34 (9.1)	24 (6.4)
	23. 味覚障害はないかアセスメントする	381	3 (0.8)	47 (12.3)	148 (38.8)	123 (32.3)	60 (15.7)	373	71 (19.0)	119 (31.9)	112 (30.0)	42 (11.3)	29 (7.8)
XI 運動療法	32. 運動の利点について説明する	379	1 (0.3)	15 (4.0)	79 (20.8)	172 (45.4)	112 (29.6)	376	19 (5.1)	69 (18.4)	97 (25.8)	127 (33.8)	64 (17.0)
	33. 生活の中で行える運動を本人と共に考える	381		20 (5.2)	68 (17.8)	178 (46.7)	115 (30.2)	378	25 (6.6)	80 (21.2)	93 (24.6)	124 (32.8)	56 (14.8)
	31. 動けなくなることへの不安がないか本人に確認する	381	2 (0.5)	16 (4.2)	97 (25.5)	176 (46.2)	90 (23.6)	377	30 (8.0)	91 (24.1)	133 (35.3)	92 (24.4)	31 (8.2)

* ()内の数値は各質問項目の回答に占める割合(%)を示す

する困難感】の6つのカテゴリが抽出された。(表6)

IV. 考 察

1. 「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の信頼性

「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の因子構成は、ESCガイドライン教育10項目

の内容に後期高齢者の加齢性変化と心理社会的特性を踏まえた内容を追加したことにより、11要素が抽出されたと考えられる。ESCガイドライン教育10項目では「心理社会的側面」「予防接種」「性生活」3項目は独立しているが「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の因子分析では、3項目ともに重要性の認識及び実施状況が低いため1要素となったと考えられる。一方「薬物治療継続のためのアセスメント」「食事

表4 「後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援についての質問項目」の重要性の認識と実施状況の比較

N = 352

因子名	重要性の認識		実施状況		p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
心理社会的側面と予防接種・性生活	3.50	0.77	2.28	0.86	<0.001
食事に影響する加齢に伴う感覚障害	3.44	0.94	2.51	1.14	<0.001
運動療法	3.98	0.72	3.25	0.95	<0.001
薬物治療	4.36	0.65	3.49	0.94	<0.001
水分塩分管理	4.32	0.61	3.54	0.89	<0.001
予後とアドヒアランス	4.37	0.54	3.71	0.77	<0.001
体重管理	4.42	0.55	3.73	0.89	<0.001
心不全の病態と症状・徴候	4.57	0.52	3.95	0.80	<0.001
心過負荷時の対処	4.57	0.56	4.04	0.86	<0.001
食事療法継続のためのアセスメント	4.42	0.56	4.05	0.76	<0.001
薬物治療継続のためのアセスメント	4.72	0.42	4.31	0.73	<0.001
合計得点	4.24	0.42	3.52	0.62	<0.001

注) p<0.001 は 0.001 未満を示す

表5 「後期高齢心不全患者のセルフケアに対する支援の困感感について質問項目」の回答分布

質問項目	N	1 全く感 じない	2 あまり感 じない	3 どちらとも いえない	4 やや感 じる	5 非常に 感じる
1. 家族の支援の不足	351		3 (0.9)	24 (6.8)	200 (56.8)	125 (35.5)
2. 家族の介護負担・介護ストレス	351		1 (0.3)	22 (6.3)	189 (53.7)	140 (39.8)
3. 老老介護	352		7 (2.0)	7 (2.0)	108 (30.8)	236 (67.2)
4. 経済的問題を理由に在宅療養を希望すること	352	4 (1.1)	35 (9.9)	72 (20.5)	150 (42.6)	91 (25.9)
5. キーパーソンの不在	352		16 (4.6)	45 (12.8)	166 (47.3)	124 (35.3)
6. 家族も高齢で指導内容について理解が得られないこと	352		6 (1.7)	26 (7.4)	155 (44.2)	164 (46.7)
7. 反応が乏しく理解しているのか判断が難しいこと	351	1 (0.3)	8 (2.3)	37 (10.5)	166 (47.2)	140 (39.8)
8. 指導の成果が見えないこと	352		13 (3.7)	68 (19.3)	168 (47.7)	103 (29.3)
9. 退院前に十分に指導をする機会がないこと	352	5 (1.4)	37 (10.5)	84 (23.9)	154 (43.8)	72 (20.5)
10. 介護度が低く認定され在宅サービスが十分に受けられないこと	351	2 (0.6)	52 (14.8)	116 (33.0)	131 (37.3)	50 (14.2)
11. 配偶者が認知症であり必要なサービスを活用できないこと	352	3 (0.9)	44 (12.5)	94 (26.7)	140 (39.8)	71 (20.2)
12. 在宅サービスの導入を拒否すること	352	4 (1.1)	63 (17.9)	87 (24.7)	151 (42.9)	47 (13.4)
13. 訴えが乏しく悪化症状を捉えにくいこと	352	1 (0.3)	47 (13.4)	91 (25.9)	166 (47.2)	47 (13.4)
14. 自立意欲が低く依存的であること	352	1 (0.3)	22 (6.3)	73 (20.7)	178 (50.6)	78 (22.2)
15. 複数の疾患を持ち管理が難しいこと	352	1 (0.3)	13 (3.7)	37 (10.5)	157 (44.6)	144 (40.9)
16. 順調な経過を辿らないこと	352	1 (0.3)	25 (7.1)	80 (22.8)	162 (46.2)	83 (23.6)
17. 自分の考え・やり方を固辞し医療者の意見を受け入れないこと	352		36 (10.2)	71 (20.2)	169 (48.0)	76 (21.6)
18. セルフケア指導に必要な情報を得られないこと	351	2 (0.6)	50 (14.2)	114 (32.5)	154 (43.9)	31 (8.8)
19. 加齢に伴う生理的変化と病的状態の判断がつきにくいこと	352		42 (11.9)	106 (30.1)	165 (46.9)	39 (11.1)
20. 一人ひとりに応じた最低限必要な項目のアセスメントが難しいこと	351	1 (0.3)	40 (11.4)	125 (35.5)	154 (43.8)	32 (9.1)

* () 内の数値は各質問項目の回答に占める割合 (%) を示す

療法継続のためのアセスメント」「食事に影響する加齢に伴う感覚障害」といった後期高齢者の特性を踏まえた要素が抽出された。44項目全体の α 係数は.96であり、各因子間ではそれぞれ相関が認められ、「後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援についての質問項目」として概ね要素が網羅され、一定の信頼性があると考えられる。

2. 後期高齢心不全患者のセルフケアに対し看護師が重要と認識している支援とその実態からの示唆

「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の各因子は、重要性の認識に対し実施状況が有

意に低かった。また、重要性の認識の低い因子は実施状況も低い傾向にあった。そのため、実施状況の低い「心理社会的側面と予防接種、性生活」「食事に影響する加齢に伴う感覚障害」について看護師の重要性の認識を高める必要がある。

ここでは、後期高齢者の加齢性変化と心理社会的特性を踏まえた後期高齢心不全患者のセルフケア支援において重要と考える「心理社会的側面」と「味覚障害と嗅覚障害」を取りあげ、必要な看護師教育について考察する。

1) 心理社会的側面

心不全患者の21.5%が抑うつ症状を有し、NYHA

表6 「後期高齢心不全患者セルフケアに対する支援の困難感」の自由記述の分類

N = 368

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	記録 単位	(注)
家族のサポートの脆弱化に対する 困難感 n = 134 (36.4%)	独居や老老介護の増加	独居・老老介護・キーパーソンも高齢	16	73
		独居や老老介護によりセルフケアが不十分	16	
		独居や老老介護によるサポート力の不足	15	
		独居や老老介護により指導が困難	12	
		キーパーソンの不在	8	
	家族の介護力・サポート力の不足	老老介護により退院調整が難しい	3	61
		老老介護で入退院を繰り返す	3	
		家族関係が希薄・不和	18	
		家族の理解・協力が得られにくい	14	
		介護者も認知症である	6	
効果的な指導が行えないことに対する 困難感 n = 94 (25.5%)	指導の成果が見えにくい	家族が病院に来れず指導できない	6	33
		日中独居	5	
		家族が遠方である	4	
		マンパワーの不足	4	
		家族の負担が大きい・家族自身も忙しい	4	
	独自の価値観を持つ	どこまで理解できているかわからない	12	32
		入院中はできても在宅では継続できない	7	
		指導しても入退院を繰り返す	6	
		行動変容が見られない	4	
		指導の意味・効果を感じられない	3	
指導に十分時間が取れない	誰に指導したら効果的かわからない	1	16	
	自分のやり方・意思を固辞し、受け入れない	13		
	独自の解釈・自己流を通す/こだわりが強い	11		
	病識がなく、セルフケアにつながらない	8		
	業務上十分指導する時間がとれない	10		
後期高齢者に応じた指導内容の未 整備	手間と時間がかかる	4	8	
	高齢者の反応を待つ余裕がない	2		
	個別性が求められる・指導が生活に即していない	5		
	適切な資料がない	3		
	アセスメントが難しい	4		
加齢に伴うセルフケア能力の低下 に対する困難感 n = 48 (13.0%)	加齢による理解力の低下・認知症 がある	情報が得られない	1	37
		理解力・認知機能の低下 認知症がある	24	
	療養管理できない	内服管理できない	7	11
		食事管理できない	2	
		水分・塩分制限が守れない	1	
尿量チェックできない	1			
その人らしい療養生活の支援に対 する困難感 n = 47 (12.8%)	治療上の制限とその人らしさの尊 重とのジレンマ	長年の生活スタイルの変容は難しい	14	25
		本当に必要な指導か迷う/高齢者に制限を求めたくない	6	
	本人・家族・医療者間の思いが一 致しない	制限とその人らしく生活することのどちらを優先するか迷う	3	22
		医療をどこまでやったらよいか終りが見えない	1	
		何もしないわけにはいかない	1	
社会サービス調整上の困難感 n = 26 (7.1%)	サービスを受け入れない	本人・家族と医療者の認識の相違	13	9
		本人と家族の意思の相違	4	
	経済的問題	独居で介護が必要でも自宅退院を希望する	3	
加齢に伴う生理的機能・予備力低 下に対する困難感 n = 19 (5.2%)	回復過程にある後期高齢者の特徴	本人の家族への遠慮	1	4
		医師の説明不足により話しにくい	1	
	後期高齢者の疾病の特性	サービスを断る	6	
社会サービス・地域連携の不足	経済的問題	他人が家に入るの嫌がる	3	9
		経済的問題でサービスを受けられない	8	
	経済的負担を訴える	1		
加齢に伴う生理的機能・予備力低 下に対する困難感 n = 19 (5.2%)	回復過程にある後期高齢者の特徴	地域連携不足	6	8
		サービスの使いにくさ	2	
	後期高齢者の疾病の特性	依存的・意欲がない	9	
社会サービス・地域連携の不足	回復過程にある後期高齢者の特徴	退院先が見つからない/その間に病態が悪化する	2	15
		不隠になりやすい	2	
	入院により機能が低下する	2		
後期高齢者の疾病の特性	回復過程にある後期高齢者の特徴	合併症がある	2	4
		非定型的な経過・予想がつきにくい	1	
	加齢による心機能の低下	1		

注) サブカテゴリごとの記録単位合計数

(New York Heart Association) 心機能分類Ⅲでは38%、Ⅳでは42%の有病率(Thoms, Veronica, Sarah, Barry, & Paul, 2006)とされている。日本においても慢性心不全患者の抑うつと不安症状の頻度は30~40%(山田他, 2007)、抑うつ症状が心不全増悪による入院や心臓死の独立した規定因子であることが示されている(Kato, Kinugawa, Yao, Hatano, Shiga, & Kazuma, 2009)。また、高齢者のうつ病有病率は概ね10%で加齢とともに高まり、身体疾患や機能障害の併存率が高まることと関連することが指摘されている(栗田, 2010)。

しかしながら「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」の回答結果で、抑うつ症状のアセスメントについて53.8%が「非常に・やや重要である」と回答したが、21.2%が「いつも・時々実施している」、52.4%が「全く・あまり実施していない」と回答した。心不全入院プログラムで実施している教育内容においてうつへの対処は0.8%との報告もあり(森山他, 2006)、抑うつ症状の把握と支援の重要性が十分に認識されていない可能性がある。

一方、薬物治療継続のためのアセスメントの因子において認知機能低下による内服行動への影響のアセスメントは98.4%が「非常に・やや重要である」、89.9%が「いつも・時々実施している」と回答した。しかしながら、急性期病院看護師の認知機能のアセスメント実施率は高いが自己流の方法であり、半数以上が推奨されるアセスメント方法を知らないとの指摘がある(川崎他, 2013)。また、治療の妨げとならない低活動型せん妄は見逃されやすく、入院治療を受ける後期高齢心不全患者の臨床像において、抑うつと認知機能低下、低活動型せん妄の鑑別が困難な状況が推察される。抑うつ及び認知機能、せん妄のアセスメントと支援について、スケールを用いた客観的な評価方法やメンタルヘルスの専門家への相談に関する看護師教育が必要と考える。

2) 味覚障害と嗅覚障害

塩分制限の不徹底は心不全増悪による再入院の要因の上位を占め、味覚・嗅覚の障害はセルフケアの要となる食事療法に影響を及ぼす。さらに味覚・嗅覚の障害は食欲不振から低栄養状態につながり全身状態や心不全悪化の要因ともなりうる。しかし「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」で味覚と嗅覚のアセスメントは重要性の認識、実施状況ともに低かった。これには客観的な検査方法がないことが影響していると考え

える。味覚の感受性検査にはろ紙ディスク検査、電気味覚検査、嗅覚には基準嗅覚検査があり、特にろ紙ディスクによる味覚検査は看護師にも実施可能な簡易な検査方法である。

一方、高齢者の味覚の障害は加齢性変化のみならず、薬剤性、内臓疾患によるものが多いとされる(池田, 2012)。味覚障害の副作用がある薬剤は多岐にわたり、催眠鎮静剤、精神神経用剤に並んで循環器用薬に多く、多剤併用、長期内服によりリスクが高まる(厚生労働省, 2011)。これには不整脈治療薬、利尿薬、血圧降下剤や睡眠導入剤が含まれ、後期高齢心不全患者の多くが内服していると考えられる。高齢者は加齢の影響により薬剤の分布、代謝、排泄が低下し、薬物血中濃度が上昇しやすく有害事象を生じやすい。さらに、慢性疾患や複合疾患の合併により多剤併用となり、認知機能低下や視覚障害、手指の巧緻性の低下などにより服薬管理に困難が生じ、有害事象がより生じやすい。

これら味覚・嗅覚障害がもたらす食事療法への影響や簡易な検査方法、薬物療法との関連についての知識を提供するとともに、高齢者の服薬支援の具体的方法に関する看護師教育が必要と考える。

3. 後期高齢心不全患者のセルフケア支援の困難感からの示唆

後期高齢心不全患者のセルフケア支援の困難感として、老老介護や家族の介護負担・ストレス、家族の支援の不足といった家族のサポートの脆弱化に対する困難感が高かった。また、自由記述の分類により、先行文献から作成した質問項目にはなかった【その人らしい療養生活の支援に対する困難感】が抽出された。これらから必要となる看護師教育について考察する。

1) 家族のサポートの脆弱化に対する困難感

「後期高齢心不全患者のセルフケア支援の困難感についての質問項目」の回答結果と同様に、自由記述においても【家族のサポートの脆弱化に対する困難感】が目立った。【加齢に伴うセルフケア能力低下に対する困難感】をベースに、サポートする家族の不在やサポート力の不足に対する困難感である。これら家族のサポートの脆弱化は今後も強まることが予測されている。独居や老老介護の後期高齢心不全患者がセルフケアを継続し在宅での生活を継続するためには、介護保険サービスや訪問看護の利用など地域での継続的支援のための調整が重要とな

る。看護師の退院支援や社会資源に対する知識・認識・関心の不足（井上 他, 2012; 藤澤, 2012）が指摘されており、地域連携や継続看護に関する看護師教育が必要であると考ええる。

2) その人らしい療養生活の支援に対する困難感

後期高齢心不全患者の再入院予防やQOL維持のためには療養上の制限は必要だが、それまでの長い生活スタイルの変容は容易でないことが多く、また残された人生をその人らしく生きることを尊重し支援することも重要であると看護師は感じていた。心不全は増悪と軽快を繰り返しながら徐々に悪化する進行性、予後不良の疾患である。伝統的にクリティカルなイメージが色濃い循環器科においては、看護師自身にも終末期ケアや緩和ケアに対する苦手意識が潜在する（山内, 2012）と指摘されている。看護師は心不全のステージを踏まえ今後の治療と療養生活についてなるべく早期から本人・家族と話し合うことの重要性を認識しても、話し合うことが難しい現状が推察される。

また、〈本人・家族・医療者間の思いが一致しない〉背景にはコミュニケーション不足が存在すると考えられる。後期高齢者本人の意思を確認しそれに寄り添いながら、医療者・家族間のコミュニケーションを促進し合意形成を目指す意思決定支援に関する看護師教育が必要と考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究で使用した「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質問項目」は尺度ではなく統計的手法による妥当性の検証は行っていない。

本研究により、後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援の実態と困難感が一部明らかとなり、看護師教育の示唆を得た。今後は、これらをもとに教育を実践・評価し、看護師の実践力向上に寄与する効果的な教育内容について検討を重ねることが課題である。また、今回の調査は看護師の主観的な評価による結果であり、今後はセルフケアへの支援を受けた後期高齢者の客観的評価により成果を検証することが必要と考える。

VI. 結 論

「後期高齢心不全患者のセルフケア支援についての質

問項目」の各因子は、重要性の認識に対し実施状況が有意に低く、特に心理社会的側面や味覚・嗅覚障害のアセスメントについて重要性の認識、実施状況がともに低かった。家族のサポートの脆弱化に対する困難感が高く、その人らしい療養生活の支援に対する困難感が抽出された。

これらのことから、急性期病院循環器領域の看護師による後期高齢心不全患者のセルフケアに対する支援において、抑うつや認知機能、低活動型せん妄などの客観的評価方法や味覚の検査方法、家族介護力の問題に対応できるよう継続看護や地域連携に関する内容、その人らしい療養生活のための本人・家族・医療者間の合意形成に向けた意思決定支援に関する教育の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました対象者の皆さま、ならびにご指導くださいました先生方に心より深く感謝申し上げます。本研究は平成26年度静岡看護協会の看護研究助成を受けて行った。また、愛知県立大学大学院看護学研究科博士前期課程課題論文の一部に加筆・修正したものである。

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. *老年看護学*, 17(1), 46-54
- 栗田主一 (2010). 後期高齢者に多い疾患 うつ病. *治療*, 92(1), 53-56
- 藤澤まこと (2012). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部) —医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化—. *岐阜県立看護大学紀要*, 12(1), 57-65
- 池田稔 (2012). 加齢と味覚障害. *口腔咽頭科*, 25(2), 133-138
- 井上史子, 井ノ上梢, 河野万美他 (2010). 急性期病院の退院調整における病棟看護師の役割 (その1) 退院調整を実施した患者事例の実態より. *日本看護学会論文集 地域看護*, 40, 166-168
- 循環器病の診断と治療に関するガイドライン2009年度合同研究班報告 (2010). 慢性心不全治療ガイドライン2010年改訂版. 17-20.

- http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_matsuzaki_h.pdf
- Kato N, Kinugawa K, Yao A, Hatano M, Shiga T, Kazuma K, (2009) Relationship of depressive symptoms with hospitalization and death in Japanese patients with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 15(10), 912-919
- 川崎タミ, 横井郁子, 森秀美, 安武綾, 寺島涼子, 菊池京子, 渡邊典子 (2013). 急性期病院における高齢患者のヘルスアセスメントの実施状況. *東邦看護会誌*, 10, 9-14
- Kenneth D. A., Gerasimos F, John J. V. M., Piotr P, Philip A, Anna S, ... Karl Swedberg (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388-2442. doi: 10.1016/j.ejheart.2008.08.005
- 厚生労働省 (2011). 重篤副作用疾患別対応マニュアル薬物性味覚障害. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1s01.pdf>
- 厚生労働省 (2018). 平成30年 (2018) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況—死因順位 (1~5位まで) 別死亡数・死亡率 (人口10万対)・性・年齢 (5歳階級) 別 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/gaikyou30.pdf>
- 森山美知子, 柘植尚子, 古井祐司, 中野真寿美, 田久浩志, 岩本晋 (2006). 医療機関における患者教育の実態及び疾病管理サービスの利用意向に関する調査. *病院管理*, 43(1), 47-57
- 内閣府 (2019). 令和元年高齢社会白書 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf
- 大津美香, 森山美知子 (2008). 慢性心不全患者の疾病の自己管理の実態と心不全の臨床指標との関連. *広島大学保健学ジャーナル*, 7(2), 66-76
- 大津美香, 森山美知子, 眞茅みゆき (2013). 認知症を有する高齢慢性心不全患者の再入院の要因と在宅療養に向けた疾病管理の実態. *日本循環器看護学会誌*, 8(2), 35-46.
- 佐藤禮子, 吉田千文, 湯浅美千代, 野口美和子, 内山順子 (1998). 大学病院等高度先進医療を行う病院における老人看護の問題に関する研究—看護婦の意識から—. *千葉大学看護学部紀要*, 20, 7-19
- 嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子他 (2007). 再入院を繰り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*, 12(1), 118-121
- Thomas R, Veronica A. R, Sarah E. L, Barry H. G, Paul J. M (2006). Depression in Heart Failure A Meta-Analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527-1537. doi: 10.1016/j.jacc.2006.06.055
- Tsuchihashi M, Tsutsui H, Kodama K, Kasagi F, Takeshita A (2000). Clinical characteristics and prognosis of hospitalized patients with congestive heart failure—a study in Fukuoka, Japan. *Jpn Circ J*, 64(12), 953-959
- Tsutsui, H., Makaya, M., Kinugawa, S., Goto, D., & Takeshita, A. for the JCARE-CARD Investigators (2006). Clinical Characteristics and outcome of hospitalized patients with Heart Failure in Japan Rationale and Design of Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD). *Circulation Journal*, 70, 1617-1623 https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/70/12/70_12_1617/_pdf
- 和田由樹 (2006). 虚血性心疾患に罹患した高齢者の自己管理に関する研究. *老年看護学*, 11(1), 30-38
- 山田純生, 長谷部武久, 井澤英夫, 大宮一人, 大野三良, 加藤林也, 室原豊明, 横田充弘 (2007). 慢性心不全の不安・抑うつへの運動介入をどうとらえるか. *心臓リハビリテーション*, 12(1), pp. 47-51
- 山幡信子, 野口美和子, 沼本教子, 小野幸子 (1996). 看護の経験年数別に見た病院の老年看護の実態. *老年看護学*, 1(1), pp. 106-114
- 湯浅美千代, 吉田千文, 野口美和子・佐藤禮子・内山順子 (1997). 大学病院等高度先進医療を行う病院において高齢者をケアする上で看護婦が抱く困難感について. *千葉大学看護学部紀要*, (19), pp. 117-124