

# A病棟に入院した高齢慢性心不全患者の自己管理に対する理解度の評価

浅野 貴之<sup>†</sup> 本田 奈々絵 牧野 侑歩 豊岡 康弘  
篠原 理佐 黒瀬 水紀 船田 淳一\*

IRYO Vol. 75 No. 1 (76-80) 2021

## 要 旨

A病棟の心疾患患者における自己管理指導の現状は、患者の理解度、これまでの生活や病気のプロセスを理解した個別性のある指導が実施できておらず、画一的な指導で終わっていることが多い。また、A病棟は高齢者が多く入院している背景があり、自己管理指導を行った患者に対して、妥当性のある評価方法を用いて理解状況の評価を行った経験もなく、客観的視点から患者の理解度を評価できていない。今回、A病棟に入院した心疾患患者の中で、高齢慢性心不全患者の自己管理に対する理解度を「高齢慢性心不全患者のセルフケア評価尺度」を用いて評価した。65歳以上の高齢慢性心不全患者4名を対象とした。1. 必要な知識と実践, 2. 生活の中で獲得される管理の習慣と継続, 3. 身体徴候の変化に対する認識と対応, 4. 自ら獲得する支援体制の4つのカテゴリで単純集計を行った。結果、各カテゴリ間に平均点の差は認められなかった。「適切な運動量」について対象者の理解度が低く、日常生活に即した運動形態・負荷量や外食時の選び方について患者に確認し、具体的な方法についての指導が行えていない現状が明らかとなった。「体重のセルフモニタリング」について、退院後の自己管理行動における知識と実践が結び付けられていない現状が明らかとなった。今回の研究で明らかになった問題点から、今後はセルフモニタリングが退院後においても実践可能な指導方法について検討していく必要がある。また、早期に患者および家族から自己管理状況を聴取し、日常生活に即した自己管理指導が行えるように、家族を含めた指導介入を行っていくことが重要である。

キーワード 自己管理行動, 高齢者, 慢性心不全

A病棟：独立行政法人国立病院機構 愛媛医療センター 2階病棟

## はじめに

厚生労働省平成28年人口動態の概要<sup>1)</sup>によると

「日本における死因別死亡総数の順位では、心疾患による死亡は悪性新生物に次ぎ2番目に多い。その中でも、心不全による死亡は心疾患の内訳の中で

国立病院機構愛媛医療センター 看護部 \*循環器内科 †看護師  
著者連絡先：浅野貴之 国立病院機構愛媛医療センター 看護部 〒791-0281 愛媛県東温市横河原366  
e-mail : asano.takayuki.hb@mail.hosp.go.jp  
(2019年10月21日受付, 2020年9月11日受理)

The Assessment of Self-management Comprehension in Hospitalized Elderly Patients with Chronic Heart Failure  
Takayuki Asano, Nanae Honda, Yuho Makino, Yasuhiro Toyooka, Risa Shinohara, Mizuki Kurose and \*Junichi Funada,  
Department of Nursing and \*Department of Cardiology, NHO Ehime Medical Center  
(Received Oct. 21, 2019, Accepted Sep. 11, 2020)

Key Words : self-management behavior, elderly person, chronic heart failure

表1 対象者の属性

性別	年齢	診断名	ステージ分類	入院歴	手術歴	家族の支援	独居	自己管理 (内服)	自己管理 (体重)	自己管理 (栄養)	自己管理 (運動)	
B氏	男	78歳	大動脈弁狭窄症	C	初回	あり	あり	なし	できる	できない	できない	できる
C氏	女	92歳	心房粗動	C	4回目	なし	あり	なし	できる	できる	できない	できない
D氏	男	84歳	心筋症・大動脈瘤	C	18回目	あり	あり	なし	できる	できる	できない	できない
E氏	女	88歳	徐脈性心房細動	C	初回	あり	あり	なし	できる	できる	できない	できる

もっとも死亡数が多い疾患である」といわれており、心不全患者は急性増悪による再入院を繰り返しながら、徐々に治療抵抗性の末期心不全期に向かっていくため、いかに再入院を防ぐかが課題となる。再入院の大きな要因として光岡ら<sup>2)</sup>は「高齢慢性心不全患者が、心不全症状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」と述べており、さらにその要因として「医療者が患者に具体的な自己管理指導を行えていないという医療者側の要因がある」と指摘している。

A病棟は、循環器科だけでなく一般内科・外科等、さまざまな患者を受け入れている50床の混合病棟である。指導介入が必要な患者には各疾患に合わせた自己管理指導を行っている。今回の3カ月間の調査期間で総入院患者は177名であった。循環器疾患患者の新規入院患者は72名(平均年齢: 80±8歳)で、49名に心不全を合併していた。期間中に複数回の入院を必要とした患者5名の平均年齢(平均年齢: 86±6歳)はさらに高齢であった。その一方で、A病棟に入院した高齢慢性心不全患者の自己管理指導の現状は、患者の理解度や、これまでの生活および各病態を評価した個別性のある指導が実施できておらず、画一的な指導で終わっていることが多い。また、自己管理指導を行った患者に対して、理解度を客観的に評価できていない。今回、A病棟に入院した慢性心不全患者の自己管理行動に対する現状と理解度を評価し、より有効な自己管理指導を行っていくために本研究を計画した。

## 目 的

A病棟に入院した高齢慢性心不全患者の自己管理行動に対する理解度を評価し、指導介入における問題点を明らかにする。

## 対象および方法

研究デザインは質問紙による実態調査研究である。2018年11月-2019年1月の3カ月間に慢性心不全の急性増悪によりA病棟に入院した65歳以上の高齢者患者のうち、認知機能の保たれている患者(改訂長谷川式簡易知能評価スケール21点以上)で、自己管理指導が必要と考えられる慢性心不全患者を無作為に抽出した。認知症の確定診断を受けている患者とNYHA心機能分類Ⅳ度に該当する患者は対象外とした。入院中、本研究への参加同意を得られた対象患者に、大林ら<sup>3)</sup>が作成した「高齢慢性心不全患者のセルフケア評価尺度」を配布し、記述回答による評価を行った。回答後の評価尺度用紙は、病棟に設置した回収箱に投函してもらい回収した。研究対象者の看護記録、データベースから患者の属性(疾患、年齢、性別、既往歴)、自宅での自己管理状況(内服、体重、栄養、運動)について情報収集した。評価尺度は5段階のリッカートスケールとし、結果を単純集計し平均値を求めた。また、本研究開始前に、国立病院機構愛媛医療センター倫理審査委員会において平成30年9月21日承認を得た(承認番号: H30-14)。

## 結果・考察

アンケート回収は総数7名(有効回答率100%)であった。改訂長谷川式簡易知能評価スケール21点未満の3例は除外したため本研究対象者は4名(表1)であった。全例、後期高齢者で家族と同居しているステージCの心不全患者であった。対象患者の個別集計を表2に示す。総得点150点満点で最高は128点(C氏)、最低は85点(B氏)であった。平均値3.0を下回る結果を5項目に認めた(表2)。

「1. 必要な知識と実践」では、塩分制限や水分制限の必要性については理解が高かった。しかし、運動については平均点2.8と低い結果となった。A病

表2 高齢慢性心不全患者のセルフケア評価尺度個別集計結果

		B氏	C氏	D氏	E氏	平均値
①必要な知識 と実践	①自分の1日の適正水分量を知っていますか	4	3	4	5	4.0
	②自分の1日の適正塩分量を知っていますか	4	4	5	5	4.5
	③1日の水分量を決めてとるようにしている	2	4	4	4	3.5
	④自分の適正な運動量を知っていますか	2	4	3	2	2.8
	⑤自分の適正な体重を知っていますか	2	4	4	4	3.5
	⑥体重を測定している	2	5	5	4	4.0
	⑦体重が増えないように気をつける必要があると思う	4	4	5	4	4.3
	⑧自分が飲んでいる薬がなぜ飲む必要があるのか知っていますか	2	5	4	4	3.8
	⑨水分量を気にかけて生活する必要があると思いますか	3	5	5	4	4.3
	⑩心不全についての情報を自分から取り入れている	4	4	3	4	3.8
	⑪体重測定したものを記録している	2	2	1	5	2.5
合計(55点満点)/平均		31	44	43	45	3.7
②生活の中で 獲得される 管理の習慣 と継続	①塩分をとりすぎないように食事をしている	3	2	3	4	3.0
	②楽しみを保ちつつ心不全の管理ができています	3	4	3	2	3.0
	③自分で心不全症状がでたときに気づくことができる	4	5	3	4	4.0
	④心不全のことを考えて長い時間・熱い湯に入らないように入浴している	3	5	4	4	4.0
	⑤症状がでたとき、自分から家族や周りに訴えることができる	4	5	4	5	4.5
	⑥医療者に勧められた方法のなかから、自分に合った管理を行っている	3	4	3	3	3.3
	⑦体を動かした後は休むようにしている	2	5	4	5	4.0
	⑧塩分量を気にかけて食事をする必要があると思う	3	5	5	5	4.5
	⑨自分に合った運動量で体を動かしている	3	4	3	4	3.5
	⑩心不全のことを考えて外食時は食事を選んでいる	1	4	4	2	2.8
	⑪これまでの生活習慣を振り返ることができる	3	5	3	3	3.5
合計(55点満点)/平均		32	48	39	41	3.6
③身体徴候の変 化に対する認 識と対応	①息切れがでたとき、それを心不全の症状だと思う	1	5	5	2	3.3
	②足のむくみがでたとき、それを心不全の症状だと思う	5	5	4	3	4.3
	③体重が増えたら、それを心不全によるものだと思う	2	5	4	2	3.3
	④体重が3-4日で2kg増えたときは医者へかかる	2	3	4	1	2.5
	⑤心不全はまた悪くなることもあると思う	4	5	5	4	4.5
合計(25点満点)/平均		14	23	22	12	3.6
④自ら獲得す る支援体制	①家族や周りの人に薬の管理を協力してもらっている	1	4	1	1	1.8
	②家族や周りの人に食事の管理を協力してもらっている	3	4	4	5	4.0
	③心臓に負担がかかる事は家族や周りの人へ任せている	4	5	5	4	4.5
合計(15点満点)/平均		8	13	10	10	3.4
総得点(満点150) /平均		85	128	114	108	3.6

棟の運動についての指導は心臓リハビリテーションを実施している患者の多くは運動負荷試験を行い、主治医が患者に説明と指導を行っている。一方で、運動負荷試験を行っていない患者の説明と指導は看護師が行うことが多く、各患者の日常生活に即した具体的な指導が行えていない現状がある。また、今回内服・体重測定について実践は行えているが、体重の記録については低い評価でありセルフモニタリングが行えていない現状が明らかになった。A病棟では体温、血圧、脈拍、体重、身体症状の記載欄のある心不全手帳を活用しているが、体重の記入ができていない傾向があった。体重の増加が心不全の悪化を示すデータの一つであることを説明し、患者が自ら体重測定できるよう入院時より指導介入していくことが重要であると考え。服部<sup>4)</sup>は「心不

全患者のセルフモニタリングは、心不全増悪の徴候を早期発見したり、体調管理や治療を適切に継続するために、自ら心不全の状態を観察し、生じていることを把握することである」と述べており、セルフモニタリングを継続して行うことが再入院の予防につながっていくと考えられる。そのため、入院中だけでなく退院後も継続して記録するように指導し、外来受診時などに手帳の血圧・体重の記載の確認をするなど外来との連携内容も検討する必要がある。知識と実践が結びつくような指導を行っていく必要がある。

「2. 生活の中で獲得される管理の習慣と継続」では、心不全のことを考えて外食時の食事を選んでいることが示唆された。食事指導については家族にも同席してもらい栄養士からの指導を行ってい

る。一方で、具体的指導内容について患者とともに振り返りを行っておらず把握できていない。患者は慢性心不全という完全に根治できない疾患を抱えながら長期にわたりさまざまな制約の中で生活をしている。永野ら<sup>5)</sup>は「慢性心不全を持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ともなう制限ばかりに重きが置かれないよう【楽しみの継続を図りつつ無理のない方法を見出す】】と述べている。すなわち、患者の嗜好品などの情報を収集した上で、内服・体重・栄養・運動について患者と共に生活のバランスが保てるように話し合い、患者の楽しみをなくさないよう調整していくことが大切である。そして、その患者が無理のない範囲で自己管理を継続できる指導介入が大切であると考える。

「3. 身体徴候の変化に対する認識と対応」では、身体徴候に対する認識は高い結果が出ていたが、対応については「体重が3-4日で2kg増えたときは医者へかかる」が平均2.5と低い数値となった。体重変動は、日々の変化を客観的にみることができデータであり、体重増加は心不全増悪の徴候だと認識してもらうことが重要だと考える。心不全患者のセルフモニタリングについて服部ら<sup>6)</sup>は「心不全患者が得た情報を増悪の徴候かどうかを正しく『解釈』できないことも考えられ、『反応』自体が生じない場合が予測される」と述べている。A病棟に入院している患者は高齢者が多くを占めているが、他の症状との関連性も含めた客観的判断の理解・実践については、患者本人だけでなく家族を含めた指導介入が必要である。

「4. 自ら獲得する支援体制」では、薬の管理については家族の支援を受けることなく自己管理を行うことができていた。また、食事の管理や心臓に負担がかかることについての支援は、家族に協力を依頼できていたと考えられる。金子<sup>7)</sup>は「高齢者にとって家族や身近で世話をしてくれる人は、生活を支える最も重要な人的資源であり、加齢や病気にとともなう身体的・精神的変化に対する手段的な協力者である。家族や身近な人の協力や理解により高齢者は励まされ気力と生きる張りあいをもってセルフケアへの可能性を高めるのである」と述べている。すなわち、患者の支援の有無だけをみるのではなく、誰がどの程度協力しているか把握することが重要である。現時点で自己管理できることに関しては維持で

きるよう見守りを行い、今後、高齢化および認知機能の低下により、自己管理が困難になった時は、家族の協力を依頼できるように調整していくことが病状の安定と、自己効力感を高めることによる結果、再入院予防に繋がっていくと考えられる。

---

## 本研究の限界と課題

---

研究期間が短く、評価した患者が4名と少数であるため、今回の結果がA病棟に入院する高齢慢性心不全患者の自己管理行動を的確に反映しているとは判断できない。今後、評価・検討を継続し症例数を積み重ねることにより、高齢慢性心不全患者の自己管理行動における問題点がより明らかとなり、A病棟における有効な指導介入の実践と再入院予防が可能な自己管理指導に繋げていくことが重要である。

---

## 結 論

---

今回検討した慢性心不全患者4名の自己管理行動の評価・検討から、

1. 適切な運動量について患者の理解度が低いことが明らかになった。
2. 日常生活に即した運動形態・負荷量や外食時の選び方について患者に確認し、具体的な方法についての指導が行えていない現状が明らかとなった。
3. 退院後の自己管理行動における体重のセルフモニタリングについて知識と実践が結び付けられていない問題が明らかとなった。
4. 早期に患者、家族から自己管理状況を聴取し、日常生活に即した自己管理指導になっているか、患者だけでなく家族を含めた指導介入を行っていくことが重要である。

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

---

## 【文献】

- 1) 厚生労働省. 平成28年(2016)人口動態統計(確定数)の概況.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html>
- 2) 光岡明子, 平田弘美. 高齢の慢性心不全患者の自己管理に関連した文献検討. 人間看研. 2015; 13:

81-91.

- 3) 大林実菜, 百瀬由美子. 高齢慢性心不全患者のセルフケア評価尺度の開発. 老年看. 2016; 21: 10-8.
- 4) 服部容子. 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. 甲南女子大研紀 看リハ. 2009; 30: 7-13.
- 5) 永野裕花, 末弘美菜, 岡村美咲ほか. 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケア. 高知女大看会誌. 2017; 42: 87-96.
- 6) 服部容子, 多留ちえみ, 宮脇郁子. 心不全患者のセルフモニタリングの概念分析. 日看科会誌. 2010; 30: 74-82.
- 7) 金子史代. 看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関する要因. 日看研会誌. 2011; 34: 181-9.