

〔資料〕

入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験

浅井 恵理 北村 直子

Experience of Elderly Patients with Chronic Heart Failure
who have Undergone Repeated Admission from Hospitals

Eri Asai and Naoko Kitamura

I. はじめに

近年、我が国の超高齢化社会の進行に伴い、心不全患者のますますの増加が予想されている。心不全はコモン・ディゼーズと言われるように、循環器疾患の専門病院における入院・通院患者に限らず、地域の中核病院や診療所に通院しながら在宅で療養生活を送る患者が多い。そして、心不全は根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患であり、症状の増悪と寛解、入退院を繰り返して徐々に病態が悪化するため、予後予測が難しい。また、症状の改善を期待して最期まで治療が優先されるケースも多く、終末期を見据えたケアの介入時期を逸している現状がある。

2010年に日本循環器学会による「循環器疾患における末期医療に関する提言」では心不全の緩和ケアの在り方が示され、2016年の日本心不全学会による「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」では、終末期医療の指針が示された。また、2018年度の診療報酬改定では、緩和ケア診療の対象疾患として、新たに「末期心不全」が追加されたことから、心不全患者への緩和ケアの提供体制の整備は急務であることが分かる。しかし、具体的な緩和ケアの方策については、まだ明らかにされていない。また、現状では「積極的治療か緩和ケアか」といった二者択一で治療選択をする場面がしばしばあり、緩和ケアは治療と同時に行うことができ、「予後と病状を勘案したうえで、患者の価値観に沿った患者のための最善」をつくり出す医療・ケアであるという認識を広める必要がある、という段階にある（日本循環器学会，2021）。

そもそも、日本において広く活用されているACC/AHA

(American College of Cardiology: アメリカ心臓病学会 / American Heart Association: アメリカ心臓協会) の心不全に関するガイドラインでは、医学診断上の心不全のステージ分類は示されているが、看護実践上の病状の進行のassessment・判断の根拠は明らかにされていない。地域の中核病院（以下、本稿では循環器疾患の専門ではない一般病院を示す）に通院する心不全患者が多い現状から、循環器看護に精通している看護師以外にも多く心不全患者に関わること、症状の寛解と増悪を繰り返す心不全の経過の特性から、看護師側も患者側も「今回もまた良くなる」と期待し、予後不良との認識が低い（浅井ら, 2019）ことがあいまって、看護師は病状の進行のassessment・判断に難渋している。そのため、病状の進行に伴う患者の日常生活上の困難さの実情に即した看護ケアや、患者の価値観を尊重した看護ケアの提供が難しい現状がある。そこで、患者が体験している病状悪化の根拠や対応・工夫点を知り、対象理解を深めることで、患者のニーズや価値観を尊重した支援につながると考えた。

よって本研究では、地域の中核病院に入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験を明らかにし、体験を踏まえた看護支援について検討することを目的とする。

II. 用語の定義

1. 療養生活

本研究では、心不全とともに生きる人が、心不全に対する治療や生活調整を日常生活になじむよう工夫して取り入れながら暮らすことを意味する。

2. 体験

本研究では、地域の中核病院に入院を繰り返す高齢慢性心不全患者が療養生活において経験している事柄であり、思いや考え、望み、期待を含むものとする。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者

対象者は、75歳以上で慢性心不全による入院を3回以上繰り返し、主に在宅で療養生活を送るが、面接時は地域の中核病院に入院中の高齢慢性心不全患者とする。言語的コミュニケーションが可能で、30分程度の面接が可能な心身の状況にあり、研究参加の同意が得られた患者（以下、患者は高齢慢性心不全患者を示す）とする。対象の選定は、循環器内科病棟の看護責任者に依頼した。看護責任者から、研究対象候補患者に筆頭筆者に紹介することの可否を確認してもらい、了解が得られた後に筆頭筆者を紹介してもらい、という段階を踏んだ。

2. データ収集方法と内容

筆頭筆者が30分～60分程度の半構造化面接を行った。面接の主な内容は、高齢慢性心不全患者が病気の進行を実感した経験、療養生活の現状・困難、医療者への要望、である。面接は、対象者から許可を得て録音とメモをとり、面接終了後に逐語録を作成した。面接は原則、入院病棟にあるプライバシーの守れる個室で実施したが、対象者が病室での面接を希望した場合は療養中の相部屋病室で行った。

3. 調査期間

調査期間は2019年2月～2020年2月であった。

4. 分析方法

質的帰納的に分析を行った。逐語録を繰り返し熟読し、

事例ごとに療養生活における体験と思われる部分を抽出し、意味内容が損なわれないよう要約した後、意味内容の類似によって分類しカテゴリー化した。

5. 倫理的配慮

研究の趣旨、方法、研究協力の拒否や撤回による不利益が生じない事の保障、匿名性の確保、本研究以外にデータを使用しない事について書面を用いて口頭で説明し、自由意思による同意を得た。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認を得た（平成30年9月、承認番号0223）後、研究対象患者が入院する病院2ヶ所の倫理審査の承認を得て実施した。

Ⅳ. 結果

1. 対象者の概要

2ヶ所の地域の中核病院に通院する5名を対象とした。対象者の年代は70歳代2名、80歳代3名であり、男性3名、女性2名であった。1名は独居、4名は家族と同居していた。1名が介助を受けての車いす生活を送っており、4名のADLは自立していた（表1）。

2. 入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験

逐語録より151の語りの要約が抽出され、47のサブカテゴリーが生成され、11のカテゴリーに統合された。以下、カテゴリーごとに入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験を述べる。なお、以下本文中において、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >、語りの要約を[]で示し、（ ）部分は筆頭筆者が補足した（表2）。

【病状悪化や自身の変化に対する実感と対応】は<病状の悪化を実感する><病状の悪化を実感し対応する><自身の病状を理解する><病状悪化の原因を見定める>

表1 対象者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏
年代	80歳代	70歳代	70歳代	80歳代	80歳代
性別	女性	女性	男性	男性	男性
心不全入院回数（回）	3回	3回	8回	4回	3回
キーパーソン	夫	友人	妻	妻	妹
同居家族	夫	独居	妻 (息子と 敷地内同居)	妻	弟 (他院入院中)
ADL	要介助 車椅子生活	自立	自立	自立	自立
利用している 社会資源	訪問看護 デイサービス ヘルパー	なし	なし	なし	なし

＜身体変化を実感し対応する＞の計5つのサブカテゴリーを含んでいた。＜病状の悪化を実感する＞は「家ででの生活は変わらないが苦しくなる」[(バイパス手術後)1年ほど経過後に調子が悪くなり、素早く動けなくなった、急に動くとしんどくなり、心臓がついてこない]等の語りの要約を含んでおり、＜病状の悪化を実感し対応する＞は「普通に歩いている時は何ともない。長時間歩く時は途中で止まって休憩する等、無理をしないようにしている」等の語りの要約を含んでいた。対象者は日常生活の中で病状悪化を実感し、病状に応じて対応していた。加えて、病状悪化に限らない身体変化も実感していた。

【自立・自律した生活を保持するための認識と工夫】は＜自立した生活を送る＞＜自己にて家事役割を遂行する＞＜自律した疾患管理の重要性を実感する＞＜水分制限を遵守しつつ葛藤している＞＜食生活に気を配っている＞＜服薬忘れのないよう気をつけている＞＜自分なりに工夫して生活をしている＞＜生活リズムを整える必要性を感じている＞＜老化を実感し対応している＞＜思うように動けないため行動が限られる＞の計10のサブカテゴリーを含んでいた。＜自律した疾患管理の重要性を実感する＞は「水分制限等の管理は、自分でやらないと誰もしてくれない。体重と水分は神経質になるくらい気にしている」等の語りの要約を含んでおり、＜老化を実感し対応している＞は「認知症は一度進行すると後戻りしてくれず進むばかりであるため、人間はどこかで頭を使わなくてはいけない」等の語りの要約を含んでいた。対象者は自立した生活の継続を望むとともに、そのために自律した疾患管理を自らに課し、工夫し実施していた。

【疾患による楽しみや活動の諦め】は＜疾患により楽しみを諦めている＞＜疾病によりやりたいことを諦めている＞の計2つのサブカテゴリーを含んでおり、疾患や、疾患による制限によって楽しみや活動を諦めざるを得ない体験をしていた。

【今後の経過を見据えた覚悟】は＜死を受け入れつつある＞＜今後の経過を見据えている＞＜家族・友人の経験を思い起こす＞の計3つのサブカテゴリーを含んでいた。＜今後の経過を見据えている＞は「今後の病気について、時々考える。今日も医師に「先生、ちょっとでも悪くなったら、すぐに来るよ」と伝えた」の語りの要約を含んでおり、これまでの人生を振り返り悔いはないとしつつも、家族や友人といった同じ病を持つ身近な存在の死を経験し、自身の今後

の経過と照らし合わせ覚悟を決めていた。

【今後の希望】は＜病状が進行しないことを願う＞＜食べたいものを食べたい＞＜今のまま在宅で過ごしたい＞＜通院治療が良い＞の計4つのサブカテゴリーを含んでおり、これ以上病状が悪化しないことを望む一方で、食べたい物を食べたり、在宅で自由に過ごしたいという希望を持っていた。

【病気の寛解への期待と進行への恐れ】は＜治療効果を実感する＞＜病気の寛解を期待する＞＜病気の進行を恐れる＞の計3つのサブカテゴリーを含んでおり、入院治療による症状緩和により治療効果を実感し、疾患の完治を期待しつつ、一方では不摂生等自己管理不足による病気の進行を恐れていた。

【家族・周囲の人々の支援への感謝と家族への気遣い】は＜家族が気にかけて、介助・家事をしてくれることに感謝する＞＜配偶者の存在に感謝する＞＜友人のサポートに感謝する＞＜サービスや家族に感謝する＞＜近所の人への気配りに感謝する＞＜家族が自分の死を受け入れられるよう準備をする＞＜家族に申し訳なく思う＞の計7つのサブカテゴリーを含んでいた。＜家族が自分の死を受け入れられるよう準備をする＞は「子どもたちにも「母ちゃん、心臓が悪いから止まってしまえば最期だよ」と言っている」等の語りの要約を含んでおり、家族や友人、近所の人々による支援や存在に感謝するとともに、自身の症状悪化により家族に心配をかけたり、自分が先に旅立つことによる家族の心労を気遣っていた。

【医療職者・医療体制への信頼と感謝】は＜医師を信頼している＞＜看護師のサポートに感謝する＞＜救急車を信頼している＞の計3つのサブカテゴリーを含んでおり、対象者は主に主治医を信頼しており、確認したい事や心配事は直接医師に相談していた。

【医療を受けることへの遠慮】は＜入院継続に遠慮する＞＜救急車を呼ぶことに遠慮する＞＜看護師に申し訳なく思う＞＜医療者への要望は言えない＞の計4つのサブカテゴリーを含んでいた。治療継続に関して遠慮から申し訳なさを感じており、加えて、ケアを受ける側という立場により、要望を伝えることで不利益を被るのではないかと心理が働き、要望を医療者に伝えることができていなかった。

【家族の支援への不満】は＜面会の少なさに不満がある＞＜外来受診時の協力が得られない＞＜炊事を負担に感じる＞の計3つのサブカテゴリーを含んでいた。前述したよう

表2 入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験

カテゴリー	サブカテゴリー (要約数)	語りの要約 (抜粋)
病状悪化や自身の変化に対する実感と対応	病状の悪化を実感する (12)	家での生活は変わらないが苦しくなる 以前より、胸が苦しくなる頻度が高くなった (バイパス手術後) 1年ほど経過後に調子が悪くなり、素早く動けなくなった、急に動くとしんどくなり、心臓がついてこない
	病状の悪化を実感し対応する (8)	普通に歩いている時は何ともない。長時間歩く時は途中で止まって休憩する等、無理をしないようにしている 仰臥位で寝ると、のどが詰まるような感覚がするため側臥位で寝る
	自身の病状を理解する (7)	主治医に尋ねると体内に水分がたまっており、心臓を圧迫するから胸が苦しくなると言われた
	病状悪化の原因を見定める (5)	入院の理由は、結局、最終的には水分の取り過ぎである。水分を我慢している間は、3ヶ月間入院せずに家で頑張っていた。どこでどうなったか分からないが、胸が痛くなって入院することになった
	身体変化を実感し対応する (3)	健康な人にとっての小寒いが、私の身体からしたら冷凍室の中に身体半分突っ込んだ様な感覚。だから、心不全の人が簡単に外へ出るわけにはいかない
自立・自律した生活を保持するための認識と工夫	自立した生活を送る (6)	屋内に取り付けてあるエレベーターで2階へ上がり、車椅子で自分が動きたいように動いている 退院後に整形外科のリハビリに通院できるよう、ケアマネジャーに依頼して、計画を立てている
	自己にて家事役割を遂行する (4)	洗濯・掃除も自分でしている。今は1人だからそんなに大変ではない
	自律した疾患管理の重要性を実感する (6)	水分制限等の管理は、自分でやらないと誰もしてくれない。体重と水分は神経質になるくらい気にしている
	水分制限を遵守しつつ葛藤している (7)	気を緩めると、水分を余分に摂っていることがある。それが積み重なり、今回入院になってしまったと思う。何とかこんな生活は避けたいと思う
	食生活に気を配っている (5)	塩分には気を付けており、塩鮭を塩分の薄いものにしていく。以前は買ってきた鮭に塩を足していたが、しないようになった
	服薬忘れのないよう気をつけている (3)	薬が多く1度に12、3粒飲むが、食卓に置き、小分けにして袋に入れているため、飲み間違いも飲み忘れもない
	自分なりに工夫して生活をしている (6)	水分制限があるため、米を作ってペットボトルに入れておき、どうしても喉が渇いた時には舐めているというように、自分なりに工夫している
	生活リズムを整える必要性を感じている (1)	昼間はあまり寝ない方が良いが、どうしてもやる事がなく自分の部屋で横になっていると、自然に眠たくなってしまふ
	老化を実感し対応している (2)	認知症は一度進行すると戻りしてくれず進むばかりであるため、人間はどこかで頭を使わなくてはいけない
	思うように動けないため行動が限られる (1)	思っていることが全部できたら良いが、自分で動けないためできることが限られている
疾患による楽しみや活動の諦め	疾患により楽しみを諦めている (6)	全く病気のことを気にせず、人生楽しいと思って生きられると良い。ささやかな趣味だった畑もできなくなった
	疾病によりやりたいことを諦めている (2)	退院後にしたいことについて、医師や看護師に尋ねても無理と言われることが分かっているから聞かない
今後の経過を見据えた覚悟	死を受け入れつつある (3)	心臓が止まれば死ぬだろうと考えており、諦めている 色々経験もしたから、いつ死んでも思い残すことはない
	今後の経過を見据えている (1)	今後の病気について、時々考える。今日も医師に「先生、ちょっとでも悪くなったら、すぐに来るよ」と伝えた
	家族・友人の経験を思い起こす (3)	父親も心臓が悪く、夜中によく病院へ連れて行った 私の知り合いも同じ病気で手術したが、術後2年ほどで死んでしまった
今後の希望	病状が進行しないことを願う (2)	これ以上悪くならないと良いと思うだけ。今後どうなるか考えたところで、仕方がない
	食べたいものを食べたい (3)	田舎育ちだから濃い味が好みのため、薄味の病院の食事はすすまない
	今のまま在宅で過ごしたい (5)	今のままの生活で良いと思っている。夫が炊事もして食べさせてくれるため、味も美味しい 家にいる時の方が、友人と自由に話ができるため気分転換になる
	通院治療が良い (1)	家のこともある色々あるため、本当は通院の方が良い
病気の寛解への期待と進行への恐れ	治療効果を実感する (2)	昨年は入退院を繰り返しており、水分が溜まり過ぎているため、胸が苦しくなると言われた。利尿剤や点滴治療により尿量が多くなると、身体が楽になり体重も減ってくる
	病気の寛解を期待する (1)	3ヶ月入院しなかった時は、自分で心不全が良くなったと思う時があった
	病気の進行を恐れる (1)	塩分を取りすぎて、心不全や腎不全になる方が怖い

表2 入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験（つづき）

カテゴリー	サブカテゴリー (要約数)	語りの要約（抜粋）
家族・周囲の人々の支援への感謝と家族への気遣い	家族が気かけ、介助・家事をしてくれることに感謝する(9)	辛い食べ物をつくさんかける癖があるので、夫が気を付けて取ってくれる 娘の1人が看護師をしており、身体の状態を相談すると、塩分の取り過ぎではないか等助言をくれる 夫が洗濯、炊事、買い物と家事を全てしてくれるので、自分は寝て起きて食べてをしている
	配偶者の存在に感謝する(2)	家内が笑ってくれるからよっぽど良い 家内とは気が合い、出会えて良かったと思う
	友人のサポートに感謝する(8)	買い物は近い友達が連れて行ってくれ、旦那さんも良い人で協力してくれる
	サービスや家族に感謝する(3)	デイサービスでは入浴し、昼食を食べ、お昼寝をし、帰宅すると家では夫が食事を作ってくれるから、自分は楽
	近所の人の気配りに感謝する(3)	救急車を呼んだ後、近所の人に申し訳なかったと謝るが、「そんなことを考えていたら死んでしまうからすぐに呼ばないと」と言ってもらえる
	家族が自分の死を受け入れられるよう準備をする(2)	子どもたちにも「母ちゃん、心臓が悪いから止まってしまえば最期だよ」と言っている
	家族に申し訳なく思う(2)	妹や次女に、遠いところを迎えに来てもらわないといけない。お金があれば透析の帰日もタクシーで帰るが、食べていくのに精一杯のため難しい
医療職者・医療体制への信頼と感謝	医師を信頼している(3)	相談したいと思うことは、外来で医師に直接お願いしている。長い付き合いのためきちんと対応してもらえる
	看護師のサポートに感謝する(2)	訪問看護師に息が「ヒューヒューいっている」と言われ、救急車を呼び入院となった
	救急車を信頼している(1)	救急車は呼ぶとすぐに来てくれる
医療を受けることへの遠慮	入院継続に遠慮する(1)	入院病棟は患者の出入りが多いため、いつまでもベッドを独占していることが恥ずかしい。正直に言って、死んででも、早く退院して次の方々のためにベッドを空けたいという気持ちがある
	救急車を呼ぶことに遠慮する(1)	救急車を呼ぼうとしたら、家族が深夜に救急車を呼んだら近所迷惑だと言うため、送ってもらって病院に来た
	看護師に申し訳なく思う(1)	点滴中は輸液ポンプの電源を抜いてもらわないとトイレに行けない。夜中にナースコールを押して、看護師さんに毎回電源を外してもらい、戻ったら再度はめてもらい、申し訳なく思った
	医療者への要望は言えない(1)	入院中や外来で、看護師や医師からしてもらえると良いなと思うことはあるが、横着だと思われるそうで言えない
家族の支援への不満	面会の少なさに不満がある(1)	夫は忙しいからなかなか来てくれないし、子ども達もそれぞれの仕事があるから来てくれない
	外来受診時の協力が得られない(1)	外来受診時の検査の際、院内を車椅子で移送して欲しいと思うが、家族は誰も担ってくれない
	炊事を負担に感じる(1)	栄養指導の案内を受けたが、我が家は各自で自分の食事を用意している。腰が痛く、栄養指導で受けたような料理を作ることができない
金銭面の不安	年金で生活している(1)	今の生活は、年金生活で食べるだけはある
	通院のため金銭的に負担がある(1)	自分で車に乗れないとタクシーのためお金がかかる
	治療費の支払いに心配がある(1)	自分で動けてもお金がないので困っている。弟の治療費や自分の入院費の支払いができるか心配である

な、家族による支援に感謝する一方で、自身が望む支援に関して家族の協力が得られない場合には不満を感じていた。

【金銭面の不安】は＜年金で生活している＞＜通院のため金銭的に負担がある＞＜治療費の支払いに心配がある＞の計3つのサブカテゴリーを含んでいた。＜年金で生活している＞は[今の生活は、年金生活で食べるだけはある]の語りの要約を含んでいた。金銭的に余裕のある生活ではない中で、通院のための費用や入院費等の支払いが負担となっており、不安を感じていた。

V. 考察

1. 入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験の特徴

1) 病状悪化の実感と自分ごととしての対応
対象者は、[家ででの生活は変わらないが苦しくなる][（バ

イパス手術後）1年ほど経過後に調子が悪くなり、素早く動けなくなった、急に動くとしんどくなり、心臓がついてこない]というように、日常生活において＜病状の悪化を実感＞していた。そして、＜病状の悪化を実感＞すると、＜病状の悪化を実感し対応＞しており、[普通に歩いている時は何ともない。長時間歩く時は途中で止まって休憩する等、無理をしないようにしている]といった対応をしていた。入院を繰り返す中で、主に主治医からの病状説明をもとに＜自身の病状を理解＞した上で、自分なりに病状を解釈したり、これまでの生活習慣を振り返る等して＜病状悪化の原因を見定め＞、【自立・自律した生活を保持するための認識と工夫】を行っていた。特に自律した疾患管理については、[水分制限等の管理は、自分でやらないと誰もしてくれない。体重と水分は神経質になるくらい気にしている]といった思いによって実施されており、自身のこととして覚悟をもって自己

管理がなされていた。石橋ら(2020)は、「後期高齢者は、自分自身が安心・納得する療養生活を送るために、自分で治療に伴う意思決定をする、日常生活における工夫をする、信頼する医療スタッフに安心して任せる等、前向きなストーリーを描き、自ら主体的に行動するなどしていた」と述べている。自律した疾患管理を行う理由は、【今後の希望】として「病状が進行しないことを願う」や、一方で【病気の寛解への期待と進行への恐れ】の「病気の進行を恐れる」といった思いに基づく行動と推察される。ただ、それだけでなく、これまで長い間、病とともに人生を歩んできた高齢慢性心不全患者だからこそ、自身で対応できていたという経験や、自信に裏付けされた主体的な行動に結びついているのではないかと考えられる。

2) 老化の実感とそれをとりまく心配ごと

対象者は、基本的な疾患管理である「水分制限を遵守しつつ葛藤している」「食生活に気を配っている」「服薬忘れのないよう気をつけている」他に、「人間はどこかで頭を使わなくてはいけない」というように、「老化を実感し対応」していた。ただ、高齢の慢性心不全患者であるがゆえに、疾患による影響と老性変化による影響の線引きは明確ではなく、【今後の経過を見据えた覚悟】の「死を受け入れつつある」は、年を重ねることによるものとも考えられる。一方で、「今後の病気について、時々考える」とあるように、「今後の経過を見据えている」対象者もいた。蛭名ら(2017)は、「病状の悪化を、『病状の悪化を示す新たな変化の時間』によって認識していたが、残された時間を考えるときに年齢のことを語り、病状の悪化や身体機能の低下から感じる身体感覚によって『心臓にも生活にも老化を感じる』と捉えていた」と述べている。また「症状については病状の悪化として、残された時間については病状と年齢のことも考慮して捉えていたといえる」と述べている(蛭名ら, 2017)。このように、高齢慢性心不全患者においては、病状の悪化に加え、老化を実感することにより、日々の生活調整を行っていると考えられる。加えて、「家族が自分の死を受け入れられるよう準備をする」といった【家族・周囲の人々の支援への感謝と家族への気遣い】や「年金で生活している」ことによる【金銭面の不安】がある、といった高齢者であるがゆえに遭遇しがちな心配ごとについて、看護師が理解した上での支援の提供が求められると考える。

2. 入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の価値観を尊重した療養生活支援

高齢慢性心不全患者が自身の価値観に基づいた療養生活を送るためには、再入院時に心不全増悪の体験を患者とともに振り返り、病気と症状のつながりを意味づけていくことが必要(今里ら, 2018)と述べられているように、再入院の機会を活かし、患者の体験から再入院の原因と考えられるような出来事を振り返ることが重要である。病状の悪化や老化に対峙している患者がこれからどのように生きていきたいかを考えるためには、患者自身が疾患の経過を踏まえ、現在の自分の状況を認識し、自己決定できることが重要である。そのためには、自己決定できるための知識や環境の提供が必要であると考えられる。そうすることで、患者が真摯に取り組んできた疾患管理が、自身の価値観に基づいた生き方を支えていることを患者自身が実感し、これまでの自分の頑張りを認め、人生を肯定的に捉えることができるのではないかと考える。

そのためには、看護師は病状の理解だけではなく、患者自身が病状をどのように捉え、何を大切に生活しているのかに関心を向けることが重要(今里ら, 2018)と述べられているように、患者の価値観を理解しようという姿勢や機会を看護師が意図的に持つことが必要である。入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験を看護師が理解することで、病状の進行に伴う患者の日常生活上の困難さの実情に沿った看護ケアの提供や、患者が体験している病状悪化の根拠や対応・工夫を活かした支援の提供につながると考える。そして、患者が疾患の経過を理解できるよう、情報提供や教育の機会を提供する看護師の支援が必要だと考える。そのためには、看護師自身が心不全の病態や経過を正しく理解し、適切かつ必要なタイミングで介入できる知識や技術を身につけることが重要だと考える。このように、対象理解を深め、患者の価値観に基づいた自己決定を支えることで、患者の納得のいく生き方につながると考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回の対象者は5名と少なく、一般化するには限界がある。今後はさらに対象者数を増やし、今回得られた結果の検証と充実を図ることが課題である。また、これらの対象者

の体験を踏まえた看護支援の検討・実践を行う必要がある
と考える。

謝辞

本研究にご理解とご協力を賜りました対象者のみなさま、
病院関係者のみなさまに、深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成30年度～32年度日本学術振興
会科学研究費若手研究 課題番号18K17494「高齢慢性心
不全患者へのエンドオブライフケアを可能にする看護モデ
ルの開発」の一部である。

また、本研究の一部を第16回日本循環器看護学会学術
集会で発表した。

利益相反

本研究に関して開示すべきCOIはない。

文献

- 浅井恵理, 梅津美香. (2019). 高齢慢性心不全患者の望む生活を
実現する看護のあり方. 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 15-26.
- 蛭名由加里, 小山幸代. (2017). 慢性心不全を抱える高齢者の入
退院を繰り返す過程における体験. 日本循環器看護学会誌, 13
(1), 28-36.
- 今里郁美, 前田恵. (2018). 再入院した高齢慢性心不全患者の療
養生活の体験. 日本看護学会論文集 慢性期看護, 48, 291-294.
- 石橋みゆき, 森本悦子, 小山裕子. (2020). 地域の一般病院に通院
する後期高齢がん患者の療養生活上の体験 複合的な外来看護
支援モデルの構築に向けて. 老年看護学, 25(1), 113-122.
- 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン. (2021). 2021
年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言. 8.
2021-8-4. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/
2021/03/JCS2021_Anzai.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf)

(受稿日 令和3年8月25日)

(採用日 令和4年1月 5日)