

原 著

慢性心不全患者が直面する自己管理上の課題

松本くるみ¹⁾, 今井多樹子²⁾, 高瀬美由紀²⁾¹⁾NTT 東日本関東病院²⁾安田女子大学看護学部看護学科

(2018年8月23日受付)

要旨:【目的】本研究では、文献検討を通して、慢性心不全患者の自己管理上の課題を明らかにし、再発と再入院を予防するための看護援助を検討した。【方法】文献検索のためのデータベースは医学中央雑誌 Web (ver.5) を用いた。分析対象文献から「慢性心不全患者の自己管理上の課題」に関する記述部分をそのまま抽出し、コード化・サブカテゴリー化・カテゴリー化した。【結果】分析対象文献 (13 件) は全て質的研究であり、対象となった慢性心不全患者は在宅療養中で、再入院の経験がある 50 歳以上の者であった。慢性心不全患者の自己管理上の課題として、【必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ】【疾患・治療に対する無関心さ】【身体症状に関する認知・管理不足】【疾患・治療に関する理解不足】【服薬管理の困難さ】【自己判断の誤り】【自己管理に関する誤った解釈】【他者への遠慮による自己管理の困難さ】が明らかになった。【考察】慢性心不全患者の自己管理を困難にする主な一因として、【疾患・治療に関する理解不足】が考えられた。慢性心不全患者の看護にあたり、看護師は再入院の要因を把握し、患者の理解度に応じた個別性のある患者教育を段階的かつ計画的に行う必要がある。そのためには、多くの慢性心不全患者に当てはまるような患者教育プログラムを開発し、医師や看護師のみならず、チームの連携によって、病院から地域・在宅に向けて、退院後も継続して介入できるような体制作りが必要であると考えられた。

(日職災医誌, 67:199—205, 2019)

—キーワード—

慢性心不全患者, 自己管理, 文献検討

はじめに

日本で実施された心不全患者数の予測に関する疫学研究では、2030年に心不全患者は130万人に達すると推計されている¹⁾。こうした心不全患者の増加は、今後ますます慢性心不全患者が増加することを示唆している。慢性心不全の治療は、薬物治療に加え、生活習慣の管理が重要となる。そのため、治療においては患者の自己管理が重要な役割を果たし、自己管理能力を向上させることにより、生命予後やQOLの改善が期待できる²⁾。しかし、慢性心不全患者の約40%は1年以内に再入院しており、再入院率が高い割合となっていることから、患者は適切に症状の悪化を予防するための自己管理を行えていないことが課題となっている³⁾。心不全は、生活習慣病の一つであり、個人の生活習慣を見直し正しい自己管理を行うことで疾病の悪化予防を行うことができる。しかし、生活習慣は患者が長年築いてきたものであり、単に自己管

理のための知識を提供されても行動変容につなげることは容易ではない。ゆえに、再入院を繰り返す患者にとって、自己管理の知識を一時的に与えるだけでは行動変容は期待できない。これまでに、慢性心不全患者の自己管理をテーマとした看護研究としては、慢性心不全患者のセルフマネジメントの現状や再入院に至った要因の実態調査などが散見されるが、わが国では再入院、再発率の減少には至っていない⁴⁾⁵⁾。そこで、本研究では先行研究の知見を基に慢性心不全患者の自己管理上の課題を整理し記述することで、再発と再入院を予防するための看護援助を検討した。

目 的

以上から、本研究では、文献検討を通して、慢性心不全患者の自己管理上の課題を明らかにし、再発と再入院を予防するための看護援助を検討した。

方 法

文献検索と分析対象文献の選定

文献検索のためのデータベースは医学中央雑誌 Web (ver.5)を用いた。検索対象期間は1986年～2017年までとし、検索可能な最長期間とした。検索式を「慢性心不全」and「患者」and「自己管理」とし、「原著論文」「看護文献」「会議録除く」に限定し検索を行った。選定基準は「学術論文としての形式が整っている」「論文中に慢性心不全患者の自己管理上の課題に関する記述が含まれている」の条件を満たすものとし、重複した文献は除外した。また、認知症を発症している慢性心不全患者を対象者とした文献は、一般の患者とは異なる自己管理能力上の課題を有するものと考え除外した。

分析対象文献の分析

分析対象文献は、マトリックス方式⁶⁾により、引用文献、目的、対象者、結果を抽出・分類し、整理し、全体感を捉えた。次に、分析対象文献から「慢性心不全患者の自己管理上の課題」に関する記述部分をそのまま抽出し、コード化した。類似したコードは、内容を損なわないように要約し、類型化したものをサブカテゴリー化した。さらに共通した意味内容を呈するサブカテゴリーに集約し、カテゴリー化した。以上の結果を基に、再発と再入院を予防するための看護援助について検討した。なお、質的帰納的分析にあたっては、複数の研究者で検討を重ね、結果における真実性の確保に尽くした。

倫理的配慮

分析対象文献は一般に出版・公開されており、著作権に配慮し、著者の表現や言葉などを改変せず、引用部分を明示し、出典を明記した。

結 果

検索の結果、174件の文献が抽出され、このうち選定基準を満たした13件^{5)7)~18)}を分析対象文献とした。これらの分析対象文献は全て質的研究であり、対象となった慢性心不全患者は在宅療養中で、再入院の経験がある50歳以上の者であった。慢性心不全患者の自己管理上の課題に関する記述から66件のコード、27件のサブカテゴリー、8件のカテゴリーに分類された(表)。各カテゴリーの概要は以下の通りであった。なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを [], コードを『 』で示した。

【必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ】

このカテゴリーは「減塩の必要性を理解しているにも関わらず塩分の高い食事を好んで摂取している」「減塩の必要性を理解し家族の支援が得られているにも関わらず塩分の高い食事を好んで摂取している」「水分の過剰摂取を自覚しているにも関わらず摂取量を制限できない」「徐々に煙草を減らしてはいるが禁煙しきれない」の

4サブカテゴリーで構成された。『制限の必要性を理解しているが味の濃い食事や塩分を過剰摂取していた⁷⁾』『たばこを吸う本数を減らしているが禁煙はできない⁸⁾』というように、減塩や禁煙、食事・水分制限の必要性は理解しているが、自己の生活習慣上の嗜好を優先し、治療上必要な行動変容に至らない様子が示された。

【疾患・治療に対する無関心さ】

このカテゴリーは「もともと水分・体重管理をしていない」「もともと食事管理をしていない」「自己管理しようとする意志がない」の3サブカテゴリーで構成された。『水分の摂取量は気にしていない⁹⁾』『体重計が家にない¹⁰⁾』というように、もともと自己管理をする意思が無いため、行動変容に至る余地がない様子が示された。

【身体症状に関する認知・管理不足】

このカテゴリーは「症状・身体的変化がないことで病気・症状の認識を欠く」「自覚症状が現れても病気・症状の認識を欠く」の2サブカテゴリーで構成された。『体重に変化がないため尿や浮腫まで気にしていない⁵⁾』『体重増加時に息切れを自覚していたが心不全の徴候と認識できなかった⁷⁾』というように、自覚症状がある場合でも、ない場合でも共に身体症状に対する認識が乏しく、病状に応じた自己管理の困難さが示された。

【疾患・治療に関する理解不足】

このカテゴリーは「薬剤について理解できない」「服薬指導に対して認識が出来ない」「病気について自分本位に解釈している」「心不全という病気について理解できない」「心不全の成り行きがわからない」「食事管理について理解・管理できない」「水分摂取量・範囲について知らない」「メディア情報により誤った自己管理をしてしまう」の8サブカテゴリーで構成された。『薬の内容、数や形態、効果を理解できていない¹¹⁾』『心不全がどのような病気なのかかわからない¹²⁾』というように、自己管理の基盤となる疾患や治療に対する理解不足の内容は多様で、深刻な様子が示された。

【服薬管理の困難さ】

このカテゴリーは「薬を飲み忘れる」「自分一人では服薬管理ができない」「薬剤数が多く服薬管理が難しい」の3サブカテゴリーで構成された。『服薬を忘れやすい⁵⁾』『一人で外出時の薬の調整方法がわからない¹³⁾』『薬剤数や服薬回数が多い⁸⁾』というように、薬剤数の多さや、自己管理の限界など、多様な理由で、服薬が上手くできない様子が示された。

【自己判断の誤り】

このカテゴリーは「服薬に甘んじて水分管理が不十分になる」「尿量に応じて薬を飲むか否か判断している」の2サブカテゴリーで構成された。『薬を飲んでいて少しくらい水分制限を守らなくてもいいのではないかと考えている¹⁴⁾』『利尿剤を飲むと排尿が多く大変なため、時々飲むのをやめている¹⁵⁾』というように、誤った自己判

表 慢性心不全患者が直面する自己管理不足の要因

カテゴリー (記録単位)	サブカテゴリー (記録単位数)	コード
必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ (9)	減塩の必要性を理解しているにも関わらず塩分の高い食事を好んで摂取している (4)	制限の必要性を理解しているが味の濃い食事や塩分を過剰摂取していた ⁷⁾ 。 制限の必要性は理解しているが好みの味つけになるよう塩分を足していた ⁷⁾ 。 制限の必要性は理解しているが塩辛いものが好きで、漬物を食べてしまう ⁵⁾ 。 塩分が高い食事であることは理解しているが摂取していた ¹⁰⁾ 。
	減塩の必要性を理解し家族の支援が得られているにも関わらず塩分の高い食事を好んで摂取している (1)	塩分制限の必要性を理解し妻が制限内で調理していたが食べる時に醤油をつけていた ⁷⁾ 。
	水分の過剰摂取を自覚しているにも関わらず摂取量を制御できない (2)	水分を多く摂取していることはわかっているが量を気にせず飲んでいて ⁹⁾ 。 水分の飲みすぎを自覚しているが自分で制御できない ⁷⁾ 。
	徐々に煙草を減らしてはいるが禁煙しきれない (2)	ニコチンの値を低いものにしてはいるが禁煙はできない ⁸⁾ 。 タバコを吸う本数を減らしているが禁煙はできない ⁸⁾ 。
疾患・治療に対する無関心さ (8)	もともと水分・体重管理をしていない (5)	水分の摂取量は気にしていない ⁹⁾ 。 自分で体重はあまり気にしていない ⁹⁾ 。 自分で体重はほとんど測らなかった ⁹⁾ 。 自宅では体重をまったく測っていない ¹⁰⁾ 。 体重計が家がない ¹⁰⁾ 。
	もともと食事管理をしていない (2)	食事は別に気にかけていない ¹⁵⁾ 。 食事は自分で作り (塩分に注意することなく) 好きなものだけを食べていた ¹⁷⁾ 。
	自己管理しようとする意志がない (1)	制限の下で生活するよりも例え飲酒によって病状が悪化しても飲酒を続ける ¹⁶⁾ 。
身体症状に関する認知・管理不足 (4)	症状・身体的変化がないことで病気・症状の認識を欠く (2)	体重に変化がないため、尿や浮腫まで気にしていない ⁵⁾ 。 症状がないときは自分が病人だという意識がない ¹⁵⁾ 。
	自覚症状が現れても病気・症状の認識を欠く (2)	体重増加時に息切れを自覚していたが心不全の徴候と認識できなかった ⁷⁾ 。 息苦しくなったが安静にしていればよくなると思われ我慢していた ⁵⁾ 。
疾患・治療に関する理解不足 (19)	薬剤について理解できていない (4)	自分が内服している薬の効果を理解できていない ⁷⁾ 。 薬の内容、数や形態、効果を理解できていない ¹¹⁾ 。 薬の内容、数や形態、効果の理解が不十分なまま服薬していた ¹¹⁾ 。 何に効く薬か詳しくわからない ⁵⁾ 。
	服薬指導に対して認識ができない (1)	服薬指導を受けているにも関わらず、指導を受けていないと認識していた ¹¹⁾ 。
	病気について自分本位に解釈している (2)	疾患について自分なりの理解で解釈している ¹⁶⁾ 。 自分だけは悪くならないという過信がある ¹⁶⁾ 。
	心不全という病気について理解できていない (3)	心不全と言われてもそんなに悪くないと思う ¹⁴⁾ 。 心不全がどのような状態なのかわからない ⁵⁾ 。 心不全とはどのような病気なのかわからない ¹²⁾ 。
	心不全の成り行きがわからない (2)	心不全で息苦しくなる原因がわからない ¹⁴⁾ 。 どうして心不全になったのかわからない ¹⁴⁾ 。
	食事管理について理解・管理できていない (2)	薄口と減塩の違いを理解できていない ¹²⁾ 。 薄味のを多く食べるよりも濃い味のを少し食べたほうが良いと自己流の管理をしていた ⁷⁾ 。
	水分摂取量・範囲について知らない (3)	水分摂取の範囲がわからない ⁵⁾ 。 1日の水分量を把握していない ¹²⁾ 。 低血糖時のジュースを水分として認識していなかった ⁷⁾ 。
	メディア情報により誤った自己管理をしてしまう (2)	水を多く飲むと体にいいというテレビを見て、無理をして水を飲んだ ⁵⁾ 。 テレビを見て、外出時に熱中症予防のためにスプーン1杯の塩を入れたお茶を持参していた ¹²⁾ 。
服薬管理の困難さ (13)	薬を飲み忘れる (7)	服薬を忘れやすい ⁵⁾ 。 うっかり薬の飲み忘れをしていた ¹¹⁾ 。 服薬をついつい後回しにして忘れてしまう ⁹⁾ 。 薬を飲み忘れても調子は変わらない ¹⁴⁾ 。 軽度の認知症により服薬を忘れやすい ⁸⁾ 。 食事摂取時間が不規則で飲み忘れがある ⁸⁾ 。 薬の準備は妻がしていたが、飲み忘れや飲み残しがあった ⁷⁾ 。
	自分一人では服薬管理が出来ない (3)	一人で外出時の薬の調整方法がわからない ¹³⁾ 。 ヘルパーが来ない日に飲み忘れがある ⁸⁾ 。 家族の外出時に飲み忘れがある ¹⁷⁾ 。
	薬剤数が多く服薬管理が難しい (3)	薬剤数や服薬回数が多い ⁸⁾ 。 薬の種類が多く、自分で準備するのが大変である ⁵⁾ 。 薬の数が多く制限された水分量内では飲みづらく、飲水制限が守れない ¹⁴⁾ 。

表 慢性心不全患者が直面する自己管理不足の要因 (continued)

カテゴリー (記録単位)	サブカテゴリー (記録単位数)	コード
自己判断の誤り (4)	服薬に甘んじて水分管理が不十分になる (2)	薬を飲んでいるため、少しくらい水分制限を守らなくてもいいのではないかと考えている ¹⁴⁾ 。 薬を内服しているため、少しくらい水分摂取量が増えても大丈夫だと思う ¹⁴⁾ 。
	尿量に応じて自分で薬を飲むか否か判断している (2)	尿が出ているため少しくらい薬を飲まなくてもいいのではと考えている ¹⁴⁾ 。 利尿剤を飲むと排尿が多く大変なため、時々薬を飲むのをやめている ¹⁵⁾ 。
自己管理に関する誤った解釈 (2)	自己管理に関する誤った解釈 (2)	体重測定をしていたが食べ過ぎの日安としていた ⁷⁾ 。 体重測定をしていたが長年の習慣と食べ過ぎの日安としていた ⁷⁾ 。
他者への遠慮による自己管理の困難さ (7)	仕事で活動が制御できない (2)	仕事の際に他人に頼むことが出来ず、率先して自分で無理に動いてしまう ¹⁶⁾ 。 仕事の際に自分がやらなければならないという思いが先行して無理をする ¹⁶⁾ 。
	家族・支援者が調理した食事は塩分が高くて仕方なく食べる (3)	塩分が多い食事でも人に作ってもらった物は仕方なく食べる ⁵⁾ 。 食事は妻が作るため濃い味になり塩分摂取量が多くなってしまふ ¹⁷⁾ 。 妻が作る食事は病院食より濃い味付けであった ⁷⁾ 。
	医師への質問を躊躇して不安を抱いている (1)	他の患者の待ち時間に配慮をし、医師に聞きたいことがあっても聞かずに不安を抱いている ¹⁶⁾ 。
	自分の身近な支援者に対する遠慮 (1)	自分を支えてくれる身近な人々に対して迷惑にならないようにしたい ¹⁸⁾ 。

断によって確実な治療（服薬や水分管理）が行えていない様子が示された。

【自己管理に関する誤った解釈】

このカテゴリーは『体重測定をしていたが食べ過ぎの日安としていた⁷⁾』というように、心不全との関連から体重測定の目的が理解できていないため、誤った認識で自己管理を行っている様子が示された。

【他者への遠慮による自己管理の困難さ】

このカテゴリーは「仕事で活動が制御できない」[家族・支援者が調理した食事は塩分が高くて仕方なく食べる]「医師への質問を躊躇して不安を抱いている」[自分の身近な支援者に対する遠慮]の4サブカテゴリーで構成された。『仕事の際に他人に頼むことが出来ず率先して自分で無理に動いてしまう¹⁶⁾』『塩分が多い食事でも人に作ってもらった物は仕方なく食べる⁵⁾』『他の患者の待ち時間に配慮をして医師に聞きたいことがあっても聞かずに不安を抱いている¹⁶⁾』というように、家族や他者への遠慮により、自己管理の必要性を理解していても自己管理が上手くいかない様子が示された。

考 察

疾患・治療に関する理解不足への介入

心不全（再発）を予防するには、セルフケア（自己管理）が必要であり、これには今までの生活習慣を変えるという行動変容が求められる¹⁹⁾。オレムは「セルフケア行為は自分の健康状態を認識することから始まる」「セルフケア行為はその人が所有している科学的な健康についての知識によって影響を受ける」と述べている²⁰⁾。このように、自分の健康状態を認識すること、すなわち自分の疾患・治療を見定め、その意味を理解することは、患者が自己管理を行う上で基盤となるものと考えられる。その意味では、慢性心不全患者の自己管理を困難にする主な一因として、【疾患・治療に関する理解不足】

が考えられた。事実、【薬剤について理解できない】[心不全という病気について理解できない]というように、患者の【疾患・治療に関する理解不足】は、【身体症状に関する認知・管理不足】【自己管理に関する誤った解釈】をもたらし、結果的に【疾患・治療に対する無関心さ】【自己判断の誤り】【服薬管理の困難さ】などを生み出していると考えられる。こうした現状は、自ずと患者の病状悪化と入院の必要性を導く。したがって、慢性心不全患者の再発と再入院を予防するためには、患者の【疾患・治療に関する理解不足】を解消することが先決といえる。医療現場では、主治医が十分に説明したつもりでも、医療従事者ではない患者には説明された内容が正確に理解されていないことは多々ある。実際に、慢性心不全患者の治療に対する理解度は「水分の摂りすぎに注意して」「病院と同じくらいの塩分量を守って」など、漠然としていることが指摘されている⁵⁾。ゆえに、看護師による患者教育にあたっては、【疾患・治療に関する理解不足】が患者に内在することに配慮して、患者の疾患や治療に対する理解度を把握し、必要性に応じて確認テストを行うぐらいの配慮が必要と考えられた。特に、再入院の経験がある患者の場合、パンフレットで繰り返し説明しても効果がない²¹⁾。【疾患・治療に関する理解不足】の内容は多様であり、個別性がある。看護師は患者の【疾患・治療に関する理解不足】の有無・内容と共に、これによる自己管理への影響を具体的に捉え、再入院に至った要因を考え、たうえで個別性に合った患者教育を行っていく必要がある。

生活習慣を変容することの困難さへの介入

慢性心不全患者は、減塩や禁煙など、治療をめぐる自己管理の【必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ】を抱えてもいた。この現状は、生活習慣病所以の必要性は理解しているが自己のニーズを優先してしまうという根深い問題であり、患者の理解

不足を解消すれば、患者が減塩や禁煙などの自己管理に取り組めるという単純な問題ではないこと、すなわち看護介入の難しさを示唆している。人の生活は様々な行動から成り立っており、その行動の根底には、その人自身の思いや価値観が存在している²¹⁾。よいと思われることを行うか・行わないかにも、その人なりの理由が存在しているがゆえに、行動を変えるということは、その人自身の価値やその人なりの理由を変えるということであるため、容易ではない²²⁾。それゆえ、減塩や禁煙のように、人の嗜好に根ざした生活習慣の変容に関わる自己管理は、看護介入が最も難しい部分といえる。

特に、生活習慣の変容においては、人の行動が変わって維持されるようになるまでに「無関心期」「関心期」「準備期」「行動期」「維持期」という5つの段階があり²³⁾、人によっては、よいと思われることを行う・行わないという状況を何度も繰り返す。したがって、看護師は行動変容の観点から、患者の日頃の生活状況や生活習慣を捉え、生活に即したかたちで取り入れられるように、個別性に応じた患者教育を確認しながら繰り返し、段階的に行う必要がある。そのために看護師は、患者自身の思いや価値観を受け止めた上で、患者が生活との折り合いをつけながら、自分なりの生活習慣の整え方を見つけ、自己管理できるように支援する必要がある²²⁾。しかしながら、こうした支援（患者教育）の重要性は医療現場では周知されており、基本的ともいえるが、現実的には患者一人ひとりに沿った教育が行われていない現状が指摘されている⁵⁾。したがって、【必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ】を解決するためには、個別性に応じた基本的な患者教育を確実に行うことが先決といえる。とはいえ、多忙を極める臨床現場で、個別性に応じた基本的な患者教育を、限られた人や時間のなかで確実に行うことは課題となり得る。これらの現状を踏まえた課題解決にあたっては、慢性心不全患者が有する【必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ】について共通点・相違点を明らかにした上で、多くの慢性心不全患者に当てはまるような患者教育プログラムを開発し、医師や看護師のみならず、栄養士や薬剤師、保健師など複数の専門家が、病院から地域・在宅に向けて、退院後も継続して介入できる堅固な協力体制を構築する必要がある。

加えて、【他者への遠慮】に目を向けると、これは【必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ】に類似した課題といえる。【他者への遠慮】もまた、患者本人が自己管理の必要性を理解していても家族や他者への遠慮により自己管理が上手くいかないという難しい問題である。したがって、看護師は患者が「仕事で活動が制御できない」「家族・支援者が調理した食事は塩分が高くても仕方なく食べる」「医師への質問を躊躇して不安を抱えている」という個別的な問題を抱え

ている可能性を視野に入れ、必要に応じて医師や家族に働きかけるなど、配慮的に介入する必要がある。

本研究の限界と課題

本研究では文献検討により、慢性心不全患者が直面する自己管理上の課題を抽出することができたと考えられる。しかし、本研究の限界として、文献検討においては著者が記述したことを面接調査のように深く探究できないことが挙げられる。そして、著者が用いた言語にも元々曖昧な特性がある。文献数も希少であったことを踏まえて、今後の研究では、同じ研究課題でさらなる追求が望まれる。

結 論

慢性心不全患者の自己管理上の課題として、【必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない治療上の困難さ】【疾患・治療に対する無関心さ】【身体症状に関する認知・管理不足】【疾患・治療に関する理解不足】【服薬管理の困難さ】【自己判断の誤り】【自己管理に関する誤った解釈】【他者への遠慮による自己管理の困難さ】が明らかになった。慢性心不全患者の自己管理を困難にする主な一因として、【疾患・治療に関する理解不足】が考えられた。慢性心不全患者の看護にあたり、看護師は再入院の要因を把握し、患者の理解度に応じた個別性のある患者教育を段階的かつ計画的に行う必要がある。そのためには、多くの慢性心不全患者に当てはまるような患者教育プログラムを開発し、医師や看護師のみならず、チームの連携によって、病院から地域・在宅に向けて、退院後も継続して介入できるような体制作りが必要であると考えられた。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) Okura Y, Ramadan MM, Ohno Y, et al: Impending Epidemic—Future Projection of Heart Failure in Japan to the Year 2055—. *Circulation Journal* 72 (3): 489—491, 2008.
- 2) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン：急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版). <http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/topics20180323.pdf> (参照 2018-4-23).
- 3) Tsutsui H, Tsuchihashi MM, Kinugawa S, et al: Clinical characteristics and outcome of hospitalized patients with heart failure in Japan. *Circulation Journal* 70 (12): 1617—1623, 2006.
- 4) 田中さおり, 足立久子: 再入院を繰り返す慢性心不全患者の自己管理行動とその患者を支える家族への援助の現状と課題. *岐阜看護研究会誌* (3): 67—77, 2011.
- 5) 田瀬裕子, 橋本由加理, 梅津千津子, 他: 入退院を繰り返す心不全患者のセルフケア不足の要因. *日本看護学会論文集成 成人看護学II* 34: 141—143, 2003.
- 6) Garrard J: 第5章レビュー・マトリックス—研究文献の要約方法, 看護研究のための文献レビュー—マトリック

- ス方式. 第1版. 安部陽子訳. 東京, 医学書院, 2012, pp 81—96.
- 7) 赤土壽枝子, 吉田さとみ, 袖山孝子, 他: 再入院した慢性心不全患者の日常生活における自己コントロール不足の要因と指導の検討. 奈良県立三室病院看護学会雑誌 24: 7—10, 2008.
 - 8) 内藤真弓, 簗持知恵子: 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.
 - 9) 山根弘典, 清水志保, 寺崎昌美, 他: 再入院をする心不全患者の実態調査. 京都市立病院紀要 29: 35—37, 2009.
 - 10) 福井園子, 出張ひとみ, 大西良子, 山田千春: A病棟における高齢心不全患者の再入院に関する調査 ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度を用いて. 北海道看護研究学会集録 36—38, 2016.
 - 11) 森脇陽子, 武田沙織, 松本圭子, 壺倉由子: 再入院した高齢患者と家族の自宅での服薬管理方法に関する実態. 松江市立病院医学雑誌 14 (1): 35—42, 2010.
 - 12) 根岸 愛, 荒木絵里, 五十嵐有紀, 他: 心不全で入退院を繰り返す患者や家族の入院前・入院後の自己管理の現状と課題. 川崎市立川崎病院院内看護研究集録 69: 19—22, 2015.
 - 13) 関利志子: 慢性心不全で通院する後期高齢者のセルフケアの課題と看護援助. 老年看護学 13 (1): 40—48, 2008.
 - 14) 高橋幸子, 板垣伸子, 大塚弘子, 他: 心不全患者における退院後の薬の自己管理について. 平成15年度 山口大学院内看護研究発表会集録 46—51, 2003.
 - 15) 小池絵美奈, 大木 梢, 西 恵実, 遠藤千春: 再入院経験のある心不全患者の退院後における日常生活を知る. 長野県看護研究学会抄録集 37: 97—100, 2016.
 - 16) 村上礼子, 鈴木美津枝, 鹿村真理子, 錦見俊雄: 地域生活を継続している慢性心不全患者のセルフケア—外来患者のセルフケア影響要因に注目して—. 獨協医科大学看護学部紀要 1—10, 2009.
 - 17) 濱岸泰美, 西本佳奈: 高齢者の心不全再発患者の実態調査. 公立能登総合病院医療雑誌 22: 33—35, 2010.
 - 18) 岡野祐子, 坂本早紀, 小野萌梨, 他: 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—. 高知女子大学看護学会誌 41 (2): 97—105, 2016.
 - 19) 松本千明: 健康行動理論を理解する, 健康行動理論を活用した心不全患者のセルフケア支援. 初版. 角口亜希子編. 三浦稚郁子監修. 東京, 中山書店, 2014, pp 12—13.
 - 20) Orem DE: オレム看護論—看護実践における基本概念—. 第3版. 小野寺杜紀訳. 東京, 医学書院, 2005, pp 42—43.
 - 21) 木暮あすか, 小武方希穂子, 山地のぶ子: 心不全疾病管理プログラムの活用. 看護技術 57 (7): 645—650, 2011.
 - 22) 角口亜希子: セルフケア支援が心不全を予防する. 健康行動理論を活用した心不全患者のセルフケア支援. 初版. 角口亜希子編. 三浦稚郁子監修. 東京, 中山書店, 2014, pp 2—9.
 - 23) Prochaska JO, Velicer WF: The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion 12 (1): 38—48, 1997.

別刷請求先 〒731-0153 広島県広島市安佐南区安東6-13-1
安田女子大学
今井多樹子

Reprint request:

Takiko Imai
Yasuda Women's University, 6-13-1, Yasuhigashi,
Asaminami-ku, Hiroshima, 731-0153, Japan

Challenges in Self-Management Faced by Patients with Chronic Heart Failure

Kurumi Matsumoto¹⁾, Takiko Imai²⁾ and Miyuki Takase²⁾

¹⁾NTT Medical Center Tokyo

²⁾Yasuda Women's University, Faculty of Nursing, School of Nursing

【Purpose】 Through a literature review, the present study aimed to clarify the challenges in self-management faced by patients with chronic heart failure. In addition, nursing care was examined to prevent the recurrence of chronic heart failure and subsequent re-hospitalization. **【Method】** We conducted a qualitative analysis of 14 references obtained from Ichushi-Web Ver.5. **【Results】** All subjects were chronic heart failure patients over the age of 50 who were being cared for at home and who had been re-hospitalized at least once. The challenges in self-management faced by patients with chronic heart failure were classified into the following categories: “difficulty in treatment owing to patients’ inability to completely change their lifestyles despite understanding the necessity of doing so,” “indifference to the disease and treatment,” “lack of understanding and management of the physical symptoms,” “lack of understanding of the disease and treatment,” “difficulty in medication management,” “errors in self-judgment,” “incorrect understanding of self-management,” and “difficulty in self-management by reserve against others.” **【Discussion】** The lack of understanding of the disease and treatment was considered one of the main cause of patients’ difficulties in self-management. Nurses caring for patients with chronic heart failure must gain an understanding of the factors that cause patients to be re-hospitalized. They must then, gradually and systematically, impart personalized education according to each patient’s level of understanding. Therefore, it is necessary to develop a diverse patient education program that applies to the maximum possible number of patients with chronic heart failure. This program must allow for the continuation of interventions even after patients’ return to the community/home after discharge and requires collaboration between doctors, nurses, and medical teams.

(JJOMT, 67: 199—205, 2019)

—Key words—

patients with chronic heart failure, self-management, literature review