

〔資料〕

高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処

籾内 亜希¹⁾ 中山美由紀²⁾ 井上 敦子²⁾

要 旨

本研究は、高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処を明らかにし、高齢心不全患者の家族への看護の示唆を得ることを目的とした。高齢心不全患者の家族7名に対し、半構成的面接を実施、質的記述的分析を行った。

高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処は【“今”の生を肯定的に捉え、心の準備をする】【これまでの患者との関係性から療養生活への関わりを考え、取り組む】【患者の心理的負担を軽減する】【患者の体調の安定を維持できるよう活動を支える】【患者の体調の変化に不安を認識し、行動を制約する】【他の家族員や友人との関係を保ち、周りの人々から支援を得る】等の10カテゴリーに分類された。

家族は過去の経験や家族の歴史から療養生活を捉え、患者が療養管理を継続できるよう働きかけていた。また、家族は心不全特有の不安を抱え自身の行動を制約し、周囲の人々との関係を保ちつつ、役割変更や生活調整に取り組んでいた。このため、看護師は高齢者家族の状況や関係性から療養生活への認識を把握し、家族の健康的な側面を捉える必要がある。家族が療養生活に取り組んでいることを意識できるように関わり、患者と家族が担う療養管理を互いに理解できるよう支援する。そして、家族の心理的負担の軽減に努め、家族内外の資源を用いて多彩な対処に取り組めるようにすることが重要である。

キーワード：家族の対処、高齢心不全患者、移行期、生活の変化

1. 緒 言

心不全患者の多くは高齢者であり、高齢化の進行は心不全の増加に反映する（平野，眞茅，2019）ため、今後も心不全患者が増加することが予想されている。心不全は再入院率が高く（日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン，2022）、心不全増悪の誘因には、不十分なセルフケア行動が大きな割合を占めている（加藤，2019）。高齢者は加齢による身体機能や認知機能の低下によって、治療に必要な生活習慣の改善や服薬の遵守が困難になる（眞茅，

2019）ため、再入院のリスクを抱えており、療養管理を継続するためには家族からの支援の有用性が報告されている（光岡，平田，2019；永野，末弘，岡村，他，2017）。

高齢心不全患者は入院時に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、退院後も最初の不整脈の発作時の苦痛を思い出すことで、救急車を呼びたい程の不安を感じ（山中，杉田，溝渕，他，2018）、家族も心不全の悪化を心配し、昼夜を問わず、心や感情、身体を占領されるような感覚を抱えている（Strom, Andersen, Korneliussen, et al., 2015）。また、心不全患者の家族は複雑な疾病管理や治療内容に戸惑い（平野，眞茅，2019）、

1) 徳島赤十字病院

2) 大阪公立大学看護学研究科

服薬管理や入浴介助等の目に見えるケアだけでなく、患者の症状の観察や活動量の評価等の目に見えないケア (Clark, Reid, Morrison, et al., 2008) に取り組んでおり、ともに過ごす家族への支援は重要である。

先行研究では、慢性心不全患者の自己管理継続の要因 (光岡, 平田, 2019) や高齢心不全患者がセルフモニタリングを形成していくプロセス (山中, 他, 2018) が報告されており、患者自身が療養管理を継続できるように支援することが重要視されている。また、看護師は入院時から普段の生活状況を共に振り返り (永野, 他, 2017)、高齢心不全患者の退院後の生活を見据えた介入を行っており、より効果的な介入を行うためには家族の生活への理解が不可欠である。心不全の診断は患者と家族の生活に大きな影響を与え、心不全患者と家族は初回心不全診断後の時期に複雑な療養管理に苦勞する (Kitko, McIlvennan, Bidwell, et al., 2020) とされるが、高齢心不全患者とともに過ごす家族が心不全と診断され退院後に療養管理を生活に取り入れて、家族としての生活を成り立たせる移行期にどのような取り組みを行っているのかは明らかになっていない。そのため、本研究は高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処を明らかにすることで、高齢心不全患者の家族への看護の示唆を得ることを目的とする。これによって、心不全増悪による再入院を防ぐための退院支援や患者を含めた家族が長期的に療養管理を継続するための看護援助の検討につながり意義があると考えられる。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究は質的記述的研究である。質的記述的研究は、研究領域が比較的新しい、あるいは研究しようとしている現象についてほとんど分かっていない時に実施され、研究対象となっている現象を記述することにより、その現象を理解することが目的である

(グレッグ, 2016)。今回、高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処を理解するために適した手法であると考え、この手法を用いた。

2. 用語の操作的定義

1) 家族

絆を共有し、情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも、家族であると自覚している、2人以上の成員 (Friedman/野嶋, 監訳, 1993) とする。

2) 生活

人間の生存そのものである。大きく分けて、(1) 生命活動 (生命維持に直結する生体のプロセス)、(2) 日常生活 (毎日の生活で生じた基本的ニードを満たす行動。生命を維持し、生活の質を高め、尊厳を保つために不可欠なもの)、(3) 暮らし (その人の望む生き方や社会にかかわる生活の側面) の3つから捉える (日本看護科学学会, 2019)。

3) 対処

家族が生活の変化に対して、高齢心不全患者と家族がともに過ごすための認識や行動とする。

4) 移行期

移行は、経験された時間と変化を結びつけるもの (Meleis/片田, 監訳, 2019) であり、行動変容ステージモデル (Prochaska, Redding, Evers, et al./木原, 他, 訳, 2018) から行動変容が習慣化されていない時期を移行期と考える。このことから本研究の移行期は、高齢心不全患者が心不全診断後に療養管理を生活に取り入れて、家族としての生活を成り立たせていく期間とする。

3. 研究参加者

研究参加者は、高齢心不全患者と生活をともにする、または別居であっても主に介護に携わっている成人の家族員で、患者の条件として以下の1)~3)を満たす者とした。1) 心不全診断後に初回入院をした65歳以上の者、2) 退院後在宅での生活経験が3ヶ月以上ある者、3) 研究内容を理解し、研究への情報提供に同意が得られる者とした。上記の理由

として、患者と家族は心不全の入院治療により、入院中から再入院を予防する看護ケア（永野，他，2017）や生活に関する指導を受けており、これによって、患者と家族は病状への認識を深め、退院後の生活に変化が起これると予想される。また、行動変容ステージモデル（Prochaska, et al./木原，他，訳，2018）では、明確な行動変容を起こした維持期は行動を変えて6ヶ月以上であることから、行動変容が習慣化されていない3ヶ月以上の在宅での生活に対して、家族は何らかの対処を行っていると考え、患者を含めた家族が退院後に療養管理を取り入れて生活を成り立たせていく期間をおおよそ3ヶ月とした。

4. 研究参加者の選定方法

便宜的に抽出した循環器内科の入院病床を有する医療機関のうち、同意を得られた施設の看護師長の協力を得て、条件を満たす研究対象者に研究協力依頼書、研究者との連絡方法を記した資料と日程調査用紙の配布を依頼した。紹介された研究対象者とその患者に対して、研究者より研究の趣旨と方法、倫理的配慮、同意撤回について口頭と文書で説明し、研究対象者とその患者の双方から研究参加の同意が得られた場合に、研究対象者を研究参加者として選定した。

5. データ収集期間

2023年9月～11月

6. データ収集方法

本研究および面接に同意が得られた研究参加者に対して、面接時の情報収集用紙を用いた調査とインタビューガイドに沿った面接を1人1回40～60分程度行った。面接場所はプライバシーが確保できる個室とし、面接内容は研究参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

7. 調査内容

研究参加者に対し、患者が心不全と診断されて退院後の移行期の生活にどのような変化があったのか、その変化に対して家族がどのように受け止め、取り組みや工夫を行ったのかを質問した。

8. 分析方法

面接内容について、研究参加者ごとに個別分析し、その後全体分析を行った。個別分析は研究参加者ごとに面接の逐語録を作成し、研究参加者の語りの文脈を尊重しながら、高齢心不全患者とともに過ごす家族の移行期における生活の変化への対処について語られている部分を抽出した。抽出した文章を精読し、意味内容が明確になるよう一つの文章で表現し、簡潔な一文とした。全体分析は、研究参加者ごとに導き出した簡潔な一文の類似性から共通する意味内容を一文で表現し、サブカテゴリーとした。次に、サブカテゴリーの類似性によって分類し、共通する意味内容を一文で表現し、カテゴリーとした。分析に当たり、家族看護学を専門とする複数の研究指導者と各段階での確認を繰り返すとともに、研究指導者以外の副指導教員にもスーパーバイズを受け、真実性と妥当性の確保に努めた。

9. 倫理的配慮

研究対象者とその患者に対し、本研究の趣旨と方法、研究参加や研究への情報の取り扱いへの同意は自由意思であり、同意撤回の権利とそれらによる不利益は生じないこと、個人情報保護、研究結果の公表予定、研究結果の還元、研究資料の保管および廃棄の方法について、口頭と文書で説明し、双方の同意を得た。本研究は、大阪公立大学大学院看護学研究科研究倫理審査委員会（承認番号：2023-28）と研究協力施設の倫理委員会による承認を得て実施した。

III. 結 果

1. 研究参加者の概要

循環器内科の入院病床を有する病院1施設の協力を得て、研究参加者である高齢心不全患者の家族7名に面接を実施した。研究参加者とその患者の概要を表1に示す。

2. 面接調査の分析結果（表2）

高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処は、269の

表1. 研究参加者の概要

家族構成	同居/別居	研究参加者		患者				
		年齢	続柄	年齢	退院から 面接までの 期間	心不全の 入院期間	その他の治療中の疾患	
A	夫婦	同居	70歳代	妻	70歳代	8ヶ月	20日間	後縦靭帯硬化症, 糖尿病
B	夫婦, 長女	同居	60歳代	妻	70歳代	5ヶ月	10日間	悪性リンパ腫, 糖尿病
C	夫婦	同居	70歳代	夫	70歳代	8ヶ月	11日間	心房細動
D	夫婦	同居	70歳代	妻	70歳代	4ヶ月	23日間	虚血性心疾患, コレステロール塞栓症
E	夫婦, 長女	同居	50歳代	娘	80歳代	14ヶ月	14日間	高血圧, 狭心症
F	夫婦	同居	70歳代	妻	70歳代	10ヶ月	9日間	狭心症, 糖尿病, 腰椎圧迫骨折
G	夫婦	同居	50歳代	妻	70歳代	7ヶ月	17日間	虚血性心疾患, 高血圧

簡潔な一文を抽出し、55サブカテゴリー、10カテゴリーに分類した。結果の説明については、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを [] で表記した。また、代表的な研究参加者の語りを「 」に斜体とし、分かりにくいところは () で言葉を補った。

1) 【“今”の生を肯定的に捉え、心の準備をする】

このカテゴリーは、[心臓病であった身近な人の突然死の経験からの心構えを持つ]、[これまでの経験から“今”命が助かっていることを肯定的に受け止める]などの3つのサブカテゴリーで構成され、家族が過去の経験や患者の命が助かり患者の病状を把握することで、現状を前向きに捉えていることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「親が56(歳)で、心筋梗塞で亡くなったんです。あの人(患者)の親がね。(結婚して)きて4年目で。あの人(患者)も左心室も悪かったみたいですしね。もう、いつかはねえ、この時がくるっていうのをずーと思っていましたよ。ずーと、恐怖感というかね。いつかはくる、ほなからいつかはくるって、ずーと思っていましたやけど。…(中略)…その恐怖心がずーとあったもんやからね。他の方よりかは、ましかなって思っ。」(D)

2) 【これまでの患者との関係性から療養生活への関わりを考え、取り組む】

このカテゴリーは、[患者への支援はこれまで

行ってきたこととして捉え、負担に思わない]、[抱えている心配事を他の家族員ではなく患者に話す]などの7つのサブカテゴリーで構成され、家族が入院前の患者との関係性や患者の性格を踏まえ、療養生活への関わりを検討し取り組んでいることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「(妻は患者の)して欲しいことをするようにしている)だから、あんまり不自由を感じんのだろうな。(退院後も)今までしてきたことがそのまんま。」(B)

「心配なことね。娘にもあんまり言わんしね。本人(患者)との会話が一番多いような気がする。嫁にもあんまりはね、まあ経過は言うけど。今日、病院に行ってくるからね、こんなんだったよとは言うけれどもね。娘にもあんまり言わない。」(D)

3) 【患者の状態や活動を把握して安心を得る】

このカテゴリーは、[患者が元気そうに過ごしており、心配が軽減する]、[患者が測った血圧や体重の値を共有する]などの5つのサブカテゴリーで構成され、家族は患者が入院時のような症状がないことや測定した血圧などの値を確認し、患者の様子を把握して安心を得ていることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「帰ってきて、主人(患者)と話をしたりするのも、なんて言うかな。軽減になるわね。なんかこう、元気そうに、冗談も言ったりして、ね。話

表2. 高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処

カテゴリー	サブカテゴリー
“今”の生を肯定的に捉え、心の準備をする	心臓病であった身近な人の突然死の経験からの心構えを持つ これまでの経験から“今”命が助かっていることを肯定的に受け止める “今”が患者を支援する期間と捉える
これまでの患者との関係性から療養生活への関わりを考え、取り組む	これまでの生活から療養管理を当たり前に行うこととして考える 患者への支援はこれまで行ってきたこととして捉え、負担に思わない 患者に対する支援は患者への恩返しと捉える 患者の性格から療養行動を守れないことは仕方ないと捉える 患者に入院前のように活動することを求める 抱えている心配事を他の家族員ではなく患者に話す 患者に対し入院前と同じように言いたいことを伝える
患者の状態や活動を把握して安心を得る	患者に入院時のような症状がないため、負担に思わない 患者が元気そうに過ごしており、心配が軽減する 患者が病状を気につけないため、負担に思わない 患者が測った血圧や体重の値を共有する 患者が体調をみながら活動をしていることを把握する
患者の心理的負担を軽減する	患者の様子から病気による心理的な負担を抱えていると捉える 患者の不安が軽減するように言葉をかける 不安を抱える患者の要望に応える 患者が体調を維持できるように、患者の取り組みを肯定する
医療者の説明や市販の制限食を取り入れ、前向きに食事療法に取り組む	検査結果や医療者からの説明を食事に取り入れる 市販の制限食品や弁当の献立を活用する 食事療法が必要なことと受け止め、一緒に取り組む 患者の気分や体調に合わせて、制限のなかでも食べやすいように食事を準備する 制約があることを肯定的に捉えて、食事療法に取り組む
確実な服薬を支え、患者の体調の変化を早期に捉えて対応する	患者が飲み忘れないように薬を管理する 夜間や入浴中に患者に異変がないか確認する 患者の体調の変化を気につけ、医療者に相談する 患者に症状があった場合に対応する 緊急時に家族員同士が連絡を取れるようにする
患者の体調の安定を維持できるように活動を支える	退院直後は日常生活の援助を行う 家族員の行動を伝え、患者が困らないようにする 患者の身体的な状態からできることはしてもらい、できないことを代わりに行う 患者の回復の程度に応じた活動を支える 患者の体調の変化を気につけ、今の状態を維持できるように助言をする 患者が一人で運転することがないように調整する
患者の体調の変化に不安を認識し、行動を制約する	患者の病状を現実的に捉え、少しの変化を心配する 患者の急な症状の出現に対して不安を抱く 不在時に何かあったらどうしようと考え、患者から離れないようにする 患者の予定や患者への支援を優先する 患者が一人で過ごす時間をできる限り少なくする 患者の機嫌を見ながら、活動する
仕事や家事、介護役割を変更し、家族の生活を調整する	患者の体調に応じて家事を分担する 患者の代わりに支援が必要な他の家族員への支援を行う 患者に代わって自営の仕事を担当 自営の仕事の継続について話し合う 自営の仕事と療養管理を行う時間の調整を行う 生活のためには仕事を継続する 他の家族員と協力して活動を調整する 患者の負担を考え介護の必要な家族員との同居を断念する
他の家族員や友人との関係を保ち、周りの人々から支援を得る	介護の経験がある友人に患者のことを相談する 他の家族員に患者の療養について話し、助言を得る 夫婦間の考えに相違がある場合に子どもが間を取り持つ 他の家族員からの支援や関わりが生活の支えになっていると捉える 離れて暮らす家族員に患者の状態を連絡する 他の家族員や友人の生活を考え、負担をかけないよう気遣う

よったら、ちょっとそれも軽減されとうかなって思う、心配をね。」(G)

「(患者が) 体重が下がったとか言うたり、今日ここが痛い、そこが痛いとかいうのを (妻は) 聞いてあげるだけやね。」(F)

4) 【患者の心理的負担を軽減する】

このカテゴリーは、[患者の不安が軽減するように言葉をかける]、[患者が体調を維持できるように、患者の取り組みを肯定する]などの4つのサブカテゴリーで構成され、家族が患者の様子から抱えている心理的な負担を理解し、患者の不安の訴えや要望に対応することで、心理的負担の軽減に努め、患者の取り組みを支えていることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「(患者は血圧を) 測っていますね。そうやね、心配性やからすぐに言ってくる。こないだも (患者が) 『血圧が180もあった』って言うて。ほなけど、あんまり心配だったらやっぱり病院に連絡して、相談をせないかんけど。『ほれぐらいは心配ないでよ』とは言うてね。ほなって高い日もあるでえね。」(C)

「(患者自身が) 自分で食べた時には、(血糖値を) 測っている。自分で気にして測っていると思う。私も『なんぼだった?』って聞いて、(患者は) 『100なんぼ』って言うて、(妻は) 『ほな良かったな』って (伝える)。」(A)

5) 【医療者の説明や市販の制限食を取り入れ、前向きに食事療法に取り組む】

このカテゴリーは、[検査結果や医療者からの説明を食事に取り入れる]、[制約があることを肯定的に捉えて、食事療法に取り組む]などの5つのサブカテゴリーで構成され、家族が食事療法による制約を前向きに捉え、患者の体調に合わせて、食事療法に取り組んでいることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「これ食べたらいかん、あれ食べたらいかんっていうたら、枠が決まってくるから、スーパー行ったっていらんもの買わんでえね。塩もあかんとか。無駄づかいもせんしね。本当にねえ、目からうるこ。」(D)

6) 【確実な服薬を支え、患者の体調の変化を早期に捉えて対応する】

このカテゴリーは、[患者が飲み忘れないように薬を管理する]、[夜間や入浴中に患者に異変がないのか確認する]などの5つのサブカテゴリーで構成され、家族は患者の服薬管理を支援し、患者の息苦しさなどの症状や急な体調の変化を早期に捉え、対応できるようにしていることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「『飲みよ』っていうて渡すんですけど。そのあと自分 (患者) は、これ食べたらとか、これ飲んだらとかっていうて、そのままポケットに入れてしまうんですよね。それで、そのまま忘れて飲まないみたいなんですよ。」(E)

「(患者の) お風呂がちょっと長かったりしたら、声かけしたりとかね。するようになるね、やっぱり。(妻は) 『生きとる?』とか言うて。やっぱりね、お風呂もちょっと心配でしょう。なんか、長いなと思ってね。倒れとんだらうかとか思ったりもね。」(G)

7) 【患者の体調の安定を維持できるよう活動を支える】

このカテゴリーは、[退院直後は日常生活の援助を行う]、[患者の身体的な状態からできることはしてもらい、できないことを代わりに行う]などの6つのサブカテゴリーで構成され、家族が患者の体調を維持できるように、退院直後は日常生活援助を行い、患者の回復に合わせて患者の活動を支えていることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「(患者は既往歴により手足が動きにくかった

が、退院後はさらに動きにくくなり) こう、ぱつと羽織るものでも、私がした方が早いんやけど、じっと待っとんよ。やっぱり、(妻は以前の仕事の経験から) ヘルパーで (自分が) 行ったりするんだったら、なるべくその人の機能を使えるものを使えるようにしなさいよって。全部を手伝ったらいかんのよな。(患者に対しても) 黙ってこう。私は待っておかないかんなど。」(A)

8) 【患者の体調の変化に不安を認識し、行動を制約する】

このカテゴリーは、[患者の病状を現実的に捉え、少しの変化を心配する]、[不在時に何かがあったらどうしようと考え、患者から離れないようにする]などの6つのサブカテゴリーで構成され、家族は患者の心不全発症により、患者の病状を現実的に捉えて不安を抱き、家族自身の行動を制限することを示している。代表的な語りを以下に示す。

「娘がおるときに、『泳いできたら』とか言うてくれるけども、そういう気分にもならんし。やっぱり、心配。娘がいるからちょっと行って来るっていうんは、その間に何かがあったらどうしようとか、思うから。(行く) 気持ちもならんし。」(B)

9) 【仕事や家事、介護役割を変更し、家族の生活を調整する】

このカテゴリーは、[患者の体調に応じて家事を分担する]、[患者の代わりに支援が必要な他の家族員への支援を行う]などの8つのサブカテゴリーで構成され、家族が患者の負担を考慮し、役割変更や家族の生活を調整していることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「(娘はいつも調理をしている患者(母)に調理方法について) 何をどうするかみたいなの、これはどれだけ入れるとか、何するみたいな感じで、聞いてすると(父は) それは最後まで食べるんです

ね。不思議と。私(娘)が自分で(調理)したものを食べないくせにと思うんですけど。」(E)

10) 【他の家族員や友人との関係を保ち、周りの人々から支援を得る】

このカテゴリーは、[他の家族員からの支援や関わりが生活の支えになっていると捉える]、[他の家族員や友人の生活を考え、負担をかけないよう気遣う]などの6つのサブカテゴリーで構成され、家族は他の家族員や友人との関わりが療養生活への支えとなっており、周りの人々との関係を維持しつつ、支援を得ていることを示している。代表的な語りを以下に示す。

「(孫が) 来たら、『じいちゃん』ってくるものな。帰るときも大きい声で、『じいちゃん、また来るね』って言うて帰るよるわ。ほんなんがいいんと違う。孫は来てくれるし。楽しみで、元気やな。活力にもなっている。」(A)

「私が心配になったりしたら、うちの母も健在ではないけん、あんまり心配事もかけたらいかんなと思って。たまにね、たまに(話を)聞いてもらうぐらい。」(G)

IV. 考 察

1. 高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処

本研究の結果から、家族援助の示唆を得るために家族看護の視点(鈴木, 2020a)を参考に、個人のレベルとして病気の受け止めや療養生活への認識、家族間の関係性レベルとして心不全患者の療養生活に対する働きかけ、家族一単位のレベルとして患者の状態に応じた家族の生活調整に分けて考察する。

1) 病気の受け止めや療養生活への認識

高齢心不全患者とともに過ごす家族は、過去の経験や家族の歴史を通し、【“今”の生を肯定的に捉え、心の準備をする】ことで、移行期の生活を前向

きに受け止め取り組んでいた。家族は家族員が心不全と診断されることで、患者を失うかもしれない恐怖や複雑な療養管理に取り組むために多くの負担を抱えている。そのなかで家族は「心臓病であった身近な人の突然死の経験からの心構えを持つ」ことや「これまでの経験から“今”命が助かっていることを肯定的に受け止める」ことにより、移行期の生活の変化への負担を軽減していた。そして、家族はこれから先を「“今”が患者を支援する期間と捉える」ことで、患者との療養生活への意欲を高めていた。家族は過去の対処経験から多くを学び、対処のレパートリーを広げる（渡辺, 2021a）ことから、研究参加者である高齢者家族も、これまで積み重ねてきた経験や家族の歴史を心不全診断後の移行期の生活へ活かし、取り組んでいると考える。また、家族は【これまでの患者との関係性から療養生活への関わりを考え、取り組む】ように、患者との関係性や患者の性格を踏まえ、療養管理にどのように関わるのかを考えていた。先行研究で心不全患者の家族の生活体験は、患者への愛と愛情に満ちたもの（Petruzzo, Paturzo, Naletto, et al., 2017）であり、家族は情緒的な親密さによって、患者への支援は自発的に行われていることが示されていた（Strom, et al., 2015）。これは、本研究の家族が【患者に対する支援は患者への恩返しと捉える】ことと類似した結果であり、高齢者家族の長年の歴史から培われた情緒的なつながりによって、療養生活を前向きに捉えていると考える。近年日本では、一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加しており（厚生労働省, 2023）、高齢期のパートナーシップの重要性が述べられている（平野, 2023）。本研究の家族は、性別役割分業型家族（長津, 2023）であり、これまでの家族の生活は、妻が家事を担い、夫を支えて生活を築いてきたと予想される。そのため、家族は「抱えている心配事を他の家族員ではなく患者に話す」という行動をとり、研究参加者の多くが妻であったため、【患者への支援はこれまで行ってきたこととして捉え、負担に思わない】という認識につ

ながったと推察される。他に、先行研究では心不全患者の療養生活において、患者は自身の価値観と症状悪化予防のどちらを優先すべきか揺れ動く状況が生じている（山下, 増島, 眞嶋, 2011）と示されている。家族は【患者の性格から療養行動を守れないことは仕方ないと捉える】ことから、高齢者家族はこれまでの価値観を変更し、療養管理を取り入れ新たな生活を築くことは容易ではなく、家族は患者とともに試行錯誤をしながら移行期の生活に取り組んでいると考えられる。

心不全患者は過去の療養生活の経験から自分に見合った活動を体得し（村上, 鈴木, 鹿村, 他, 2009）、自己管理継続の要因（光岡, 平田, 2019）となり、患者は経験を積み重ね、療養管理を身につけている。本研究の対象は、初めて心不全と診断された移行期であり、心不全の療養生活の経験が少なく、患者と家族はより一層困難感を抱いていたと推察される。家族は家族の健康問題に対し、工夫や努力をしてもストレスが持続して事態の悪化が避けられず、自分たちの力で状況を変えることができない場合に認知的努力を行うことが家族の助けになる（渡辺, 鈴木, 2020）と示されている。本研究の家族は、【患者の状態や活動を把握して安心を得る】という認知的努力により、移行期の生活に対する見方を変え、患者の現状を受け止めることで、移行期の生活に意味を見いだしていると推察される。このような認知的努力は、療養生活だけでなく、他の対処行動へつながる家族の強みになると考えられる。

2) 心不全患者の療養生活に対する働きかけ

初回の心不全診断後の家族は、必要なセルフケアへの適応、ライフスタイルの変更、服薬アドヒアランスの促進など患者が心不全に対処するための支援を中心に行っており（Kitko, et al., 2020）、家族は問題が生じた時に患者が対処できるよう支援している（Petruzzo, et al., 2017）。本研究において、家族は【患者の心理的負担を軽減する】、【医療者の説明や市販の制限食を取り入れ、前向きに食事療法に取り組む】、【確実な服薬を支え、患者の体調の変化を

早期に捉えて対応する】、【患者の体調の安定を維持できるように活動を支える】という対処をとっており、先行研究と類似した結果である。心不全患者の介護者は、患者の症状や併存疾患、患者と介護者の関係、治療法の複雑さなどによって、具体的な業務内容は大きく異なる (Kitko, et al., 2020) ことが示されている。本研究の対象の患者は初めて心不全と診断された高齢者であり、家族は「退院直後は日常生活の援助を行う」ことで、移行期の生活を通して患者の身体活動機能は入院前に近いほどに回復していた。しかし、心不全特有の心理的負担は大きな問題であり、移行期の生活に影響を及ぼしていたと考えられる。先行研究において、抑うつ症状はセルフケア行動に影響し (石田, 眞茅, 2018)、家族の精神的なサポートは患者が困難に陥ることを防ぐ (Sullivan, Marcuccilli, Sloan, et al., 2016) と述べられている。本研究の家族は「患者の不安が軽減するように言葉をかける」、[不安を抱える患者の要望に応える] ことで、患者の心理的負担の軽減に努め、患者が療養管理に取り組む上で困難に陥ることを防いでいた。また、心不全患者の家族は患者の表情や心身の状態から健康状態を読み取り、必要に応じて休養を勧め、患者の役割を代行しており (Clark, et al., 2008)、家族は患者に対し医療者では補うことのできない独自の観察の視点、能力を備えている (鈴木, 2020b)。本研究の家族は「患者の体調の変化を気かけ、医療者に相談する」ことで、患者の病状の変化に早期に対応し、[患者の回復の程度に応じた活動を支える] ことにより、患者が過活動になることを防ぎ、これらは先行研究と類似した結果である。そして、家族は「患者の様子から病気による心理的な負担を抱えていると捉える」、[患者が体調を維持できるように、患者の取り組みを肯定する] ことにより、患者の心不全特有の心理的負担を捉え、患者が療養管理を継続できるよう動機付けていた。これらの働きかけは、患者とともに過ごす家族であるからこそ可能な観察能力を活かしたものであると考えられる。

先行研究では心不全患者は療養生活において、家族とともにセルフモニタリングの形成を行っており (山中, 他, 2018)、心不全患者がセルフケアを維持するには、他者の励ましや支えだけでなく、医療者や家族など他者との相互関係が円滑であることが重要である (村上, 他, 2009) と示されている。移行期の生活では、家族は患者とのやり取りを通して「家族員の行動を伝え、患者が困らないようにする」ことや、患者の自立を尊重し「患者の身体的な状態からできることはしてもらい、できないことを代わりに行う」ようにしていた。この結果から、患者と家族は療養管理を生活の中に取り入れる過程で知識を共有し、互いに何を望んでいるのかを理解し合い、それぞれが担う療養管理を明らかにすることで、相互理解のある関係を築いてきたと考える。その他に、家族は患者の食事療法を通し「制約があることを肯定的に捉えて、食事療法に取り組む」ことで、家族の食生活を見直している。家族が自身の健康や生活にとって食事療法が良いものと考え前向きに取り組むことは、移行期の生活において病気の体験を肯定的に捉えることにつながると推察される。これらの対処は、患者の療養管理への取り組みを支え、心不全増悪による再入院の予防に結びつくと考えられる。

3) 患者の状態に応じた家族の生活調整

心不全は急性増悪により身体活動機能が大きく低下するが、退院時にはある程度回復する (弓野, 2019) とされており、研究参加者の患者の多くは患者自身が療養管理に取り組むことができる状態であった。しかし、家族は「患者の病状を現実的に捉え、少しの変化を心配する」というように患者の変化に敏感となり、[患者の予定や患者への支援を優先する] ように行動していた。先行研究では心不全患者の家族は、突然死による患者の喪失や病気の見通しが立たないこと、病気の悪化や心不全の不測の事態に対処する知識がないことが不安や恐怖となる (Petruzzo, et al., 2017) と示されている。また、家族は患者のニーズに応えるために自分の習慣や行動

を修正し、家族自身の生活に制約が生じる (Petruzzo, et al., 2017) とされ、本研究の結果と一致している。家族は不安や恐怖から患者の状態の変化に注意を払い、監視しており、このような常に警戒する状態は急性期だけでなく持続してみられ、家族は常にそばにいることはある程度の期間は可能であったが、大きな負担となる (Strom, et al., 2015) と示されている。このことから、家族の【患者の体調の変化に不安を認識し、行動を制約する】という対処は、移行期に限定され、長期的な対処としては有効ではないと考えられる。家族は患者への愛着や一体感が強い場合には、献身的に患者に尽くし、患者の満足のために犠牲的に努力する (渡辺, 2021b) ことから、高齢者夫婦は長年の情緒的なつながりによって、[不在時に何かあったらどうしようと考え、患者から離れないようにする] 行動をとり、他の家族員を頼らず抱え込む傾向があると推察される。先行研究では、家族が自分自身を大切にすることに関心を持ち (Sullivan, et al., 2016)、家族介護者は介護生活から適度に距離を置くことによって、家族が精神的に消耗することを防ぐ (櫛, 2021) ことが示されている。本研究の家族は協力をして [患者が一人で過ごす時間をできる限り少なくする] ことや [患者の機嫌を見ながら、活動する] ことによって、家族が自分の時間を持ち、精神的に疲弊しないように移行期の生活に取り組んでいると考えられる。

家族は [患者の体調に応じて家事を分担する] ことで、柔軟に役割を変更し [他の家族員と協力して活動を調整する] という統合的対処行動をとり、【仕事や家事、介護役割を変更し、家族の生活を調整する】取り組みを行っている。先行研究では、家族は親族がそばにいることに感謝し、介護への意欲を高めている (Gusdal, Josefsson, Adolfsson, et al., 2016) ことから、家族は [他の家族員に患者の療養について話し、助言を得る] ことで、家族内の支援を得て療養生活を維持している。また、家族は [介護の経験がある友人に患者のことを相談する] ことで情緒的サポートを得て、[離れて暮らす家族員に

患者の状態を連絡する] という方策的対処行動により、必要なときに支援を得られるようにしている。このように家族が多彩な対処の方略を用いることは、長期的な対処につながると考えられる。その他に、高齢者は取り巻くネットワークの規模が縮小し、少数の人と深い付き合いをしており (平野, 2023)、移行期の生活に取り組む家族は親の老化に伴い、子が親を支援する関係性に変化する時期 (川上, 2018) となる。そのため、高齢者家族の移行期の生活では、周囲のサポートを得にくい状況が考えられ、家族は [他の家族員や友人の生活を考え、負担をかけないよう気遣う] 行動をとっていると推察される。本研究の家族が【他の家族員や友人との関係を保ち、周りの人々から支援を得る】取り組みは、家族が周りの人々との関係性を大切にし、家族の健康的な生活を維持するための重要な取り組みであると考えられる。

2. 看護への示唆

高齢心不全患者とともに過ごす家族は、これまでの経験や家族の歴史、情緒的なつながりを活かし、移行期の生活を前向きに取り組んでおり、このような療養生活への認識は移行期の生活ではより重要である。移行期の生活を前向きに捉え取り組むことは、家族のもつ力を活かした家族の健康的な側面である。この健康的な側面を高め、家族の主体的な取り組みを促すために、高齢者家族のこれまでの経験や家族の関係性、家族が置かれている状況から、家族の病気の受け止めや療養生活に対する認識、家族が移行期の生活をどのように意味づけているのか把握する必要がある。また、家族は患者と試行錯誤をしながら移行期の生活に取り組んでおり、その過程で相互理解のある関係を築いていると推察される。そのため、家族の関係やコミュニケーションを把握し、退院指導や外来受診時には患者と家族が担う療養管理を相互に理解できているかを明らかにする必要がある。家族が患者とともに療養生活を築くためには、家族のもつ力を活かして移行期の生活に取り組んでいることを家族自身が意識できることが重要

である。看護師は家族の取り組みをフィードバックし、家族が患者の療養管理に携わっていることを意識できるように関わる必要がある。それによって、家族と患者が互いにもつ力を十分に発揮し、共通の目標に向かって取り組めることができると考える。そして、家族は不安や恐怖から自らの行動を制約しており、社会的にも孤立してしまう傾向にあるため、看護師は心不全特有の心理的負担の軽減に努める必要がある。看護師は患者や家族と相談しやすい関係性を築き、患者の緊急時の対応や家族の療養生活に対する心配事を明確にする必要がある。他にも、家族が周りの人々との関係を維持しながら、家族の役割変更や生活調整に取り組めることが重要であり、高齢者家族の情緒的なつながりや周りの人々との関係性を把握し、家族が家族内外から必要な支援を得て、多彩な対処に取り組めるように支援する必要がある。

3. 本研究の限界と課題

本研究は、初回心不全診断後の移行期の生活の変化に焦点を当てており、患者の既往歴や入院の経過、重症度による違いを比較することができないため、高齢心不全患者とともに過ごす家族の生活の変化への対処のすべてが明らかになったとは言えない。今後は患者の既往歴や心不全を発症した経緯、重症度による違いを明確にし、研究結果の信頼性と妥当性を高めるために、より多くのデータから分析することが必要である。

V. 結 論

高齢心不全患者とともに過ごす家族の心不全診断後の移行期における生活の変化への対処について、以下のことが明らかとなった。

1. 高齢心不全患者とともに過ごす家族は、これまでの経験や家族の歴史、認知的努力により、移行期の生活を前向きに捉えていた。また、これまでの関係性から患者をどのように支えるのかを検討し、高齢者家族の情緒的なつながりを活

かし、試行錯誤をしながら移行期の生活に取り組んでいた。

2. 高齢心不全患者とともに過ごす家族は、患者の心理的負担の軽減に努め、家族であるからこそ可能な観察能力を活かし、患者が療養管理を継続できるように働きかけていた。また移行期の生活において、患者と家族は療養管理を生活の中に取り入れる過程で知識を共有し、互いが担う療養管理を理解し合う関係を築いていた。
3. 高齢心不全患者とともに過ごす家族は、心不全特有の不安や恐怖を抱え、家族自身の行動を制約していた。家族は周りの人々との関係を維持しながら、患者の状態に応じて家族内外の資源を活用し、役割変更や家族の生活調整など多彩な対処に取り組むことで、家族の生活を維持していた。
4. 高齢心不全患者とともに過ごす家族への看護実践では、これまでの経験や家族の歴史、入院前の関係性から、療養生活への認識を把握し、家族の健康的な側面を高められるように支援する。また、家族が家族のもつ力を活かし療養管理に携わっていることを意識できるように関わり、患者と家族が担う療養管理を相互が理解し、共通の目標に取り組めるようにする。そして、心不全特有の心理的負担の軽減に努め、高齢者家族が周りの人々との関係を維持し、役割変更や家族の生活調整ができるよう支援することで、長期的な対処につなげることが重要である。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はありません。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究参加者の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究の実施にあたり、研究参加者の選定をはじめ、ご尽力くださいました研究協力施設の皆様に心より感謝申し上げます。

各著者の貢献

AY, MNは、研究の着想に貢献し、AYはデータ収集、分析と解釈、原稿作成を行った。MNは、データ分析と解釈、原稿への示唆、研究プロセス全体への助言を行った。AIは、データ分析と解釈、原稿への示唆を行った。著者らは最終原稿を読み、承認した。

{ 受付 '24.06.03 }
{ 採用 '25.03.24 }

文 献

- Clark, A. M., Reid, M. E., Morrison, C. E., et al.: The complex nature of informal care in home-based heart failure management. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4): 373-383, 2008
- Friedman, M. M. / 野嶋佐由美 (監訳), 家族看護学理論とアセスメント, 12-13, へるす出版, 東京, 1993
- グレッグ美鈴: IV 主な質的研究と研究手法, グレッグ美鈴, 麻原清美, 横山美江 (編著), よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして 第2版, 64-84, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2016
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T., et al.: Informal Caregivers' Experiences and Needs When Caring for a Relative With Heart Failure An Interview Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4): E1-E8, 2016
- 平野順子: 第11章 高齢期の社会関係と生きがい, 長津美代子, 小澤千穂子 (編著), 三訂 新しい家族関係学, 167-182, 建帛社, 東京, 2023
- 平野美樹, 眞茅みゆき: 22 心不全ケアにおける家族の役割と家族および介護者への支援. 眞茅みゆき (監), 池亀俊美, 加藤尚子, 大津美香 (編). 心不全ケア教本 第2版, 387-392, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2019
- 樫 直美: 家族介護者の介護肯定感のための対処行動の検討. *ホスピスケアと在宅ケア*, 29(3): 222-228, 2021
- 石田洋子, 眞茅みゆき: 心不全患者と家族の心理的問題に対する看護介入. *心臓リハビリテーション (JJCR)*, 24(2): 86-90, 2018
- 加藤尚子: 17 心不全におけるセルフケア ①心不全患者に必要なセルフケア, 眞茅みゆき (監), 池亀俊美, 加藤尚子, 大津美香 (編). 心不全ケア教本 第2版, 297-307, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2019
- 川上千春: 第1章 高齢者の生活 1節 高齢者と家族・地域社会 4 高齢期の家族看護, 亀井智子, 小玉敏江 (編), 高齢者看護学 第3版, 15-19, 中央法規出版株式会社, 東京, 2018
- Kitko, L., McIlvennan, C. K., Bidwell, J. T., et al.: Family Caregiving for Individuals With Heart Failure, A Scientific Statement From the American Heart Association, 864-878, 2020
- 厚生労働省: 2022 (令和4) 年国民生活基礎調査の概況. I 世帯数と世帯人数の状況. 02.pdf (mhlw.go.jp). 2023年12月28日
- 眞茅みゆき: 15 心不全における疾病管理, 眞茅みゆき (監), 池亀俊美, 加藤尚子, 大津美香 (編). 心不全ケア教本 第2版, 277-282, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2019
- Meleis, A. I. / 片田範子 (監訳): 第2章 看護の関心事としての移行 移行の定義, 様相, および構成要素, 移行理論と看護 実践, 研究, 教育, 38-40, 学研メディカル, 東京, 2019
- 光岡明子, 平田弘美: 後期高齢期にあるNYHA I~II度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因. *人間看護学研究*, 17: 1-14, 2019
- 村上礼子, 鈴木美津枝, 鹿村眞理子, 他: 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*, 3: 1-10, 2009
- 永野裕花, 末弘美菜, 岡村美咲, 他: 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケア. *高知女子大学看護学会誌*, 42(2): 87-96, 2017
- 長津美代子: 第6章 夫婦関係の諸相, 長津美代子, 小澤千穂子 (編著), 三訂 新しい家族関係学. 建帛社, 東京, 2023
- 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). 2022更新. *JCS2017_tsutsui_h.pdf* (j-circ.or.jp). 2023年2月7日
- 日本看護科学学会: 日本看護科学学会第13・14期看護学術用語検討委員会報告書 2019年3月. *yougo_houkoku sho2019.pdf* (jans.or.jp). 2023年3月12日
- Petruzzo, A., Paturzo, M., Naletto, M., et al.: The lived experience of caregivers of persons with heart failure: A phenomenological study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7): 638-645, 2017
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Evers K. E. / 木原雅子, 加治正行, 木原正博 (訳): 第II部 個人レベルの健康行動理論・モデル 第7章 トランスセオレティカルモデル, 健康行動学 その理論, 研究, 実践の最新動向, 116-139, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2018
- Strom, A., Andersen, K. L., Korneliusson, K., et al.: Being "on the alert" and "a forced volunteer": a qualitative study of the invisible care provided by the next of kin of patients with chronic heart failure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8: 271-277, 2015
- Sullivan, B. J., Marcuccilli, L., Sloan, R., et al.: Competence, Compassion, and Care of the Self Family Caregiving Needs and Concerns in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3): 209-214, 2016
- 鈴木和子: 第1章 家族看護学とは何か 3 家族看護の定義・目的・評価・焦点, 鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子, 家族看護学: 理論と実践 第5版, 12-15, 日本看護協会出版会, 東京, 2020a
- 鈴木和子: 第1章 家族看護学とは何か 5 健康問題への家

- 族の対応能力, 鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子, 家族看護学: 理論と実践 第5版, 21-25, 日本看護協会出版会, 東京, 2020b
- 渡辺裕子: 第2部 地域にくらす家族を対象とした看護を学ぶ 第4章 家族看護の実践について学ぶ, 渡辺裕子(監), 中村順子, 本田彰子, 炭谷靖子, 他(編), 家族看護を基盤とした地域・在宅看護論 第5版, 99-137, 日本看護協会出版会, 東京, 2021a
- 渡辺裕子: 第2部 地域にくらす家族を対象とした看護を学ぶ 第3章 家族について学ぶ 2 要介護者を介護する家族について学ぶ, 渡辺裕子(監), 中村順子, 本田彰子, 炭谷靖子, 他(編), 家族看護を基盤とした地域・在宅看護論 第5版, 84-95, 日本看護協会出版会, 東京, 2021b
- 渡辺裕子, 鈴木和子: 第3章 家族看護過程 1 家族看護アセスメント, 鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子, 家族看護学: 理論と実践 第5版, 62-86, 日本看護協会出版会, 東京, 2020
- 山中智尋, 杉田綾乃, 溝渕千帆, 他: 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. 高知女子大学看護学会誌, 44(1): 156-165, 2018
- 山下亮子, 増島麻里子, 眞嶋朋子: 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整. 千葉看護学会誌, 16(2): 45-53, 2011
- 弓野 大: 21 在宅における心不全ケア, 眞茅みゆき(監), 池亀俊美, 加藤尚子, 大津美香(編), 心不全ケア教本 第2版, 365-370, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2019

Family Coping with Changes in the Lives of Older Patients with Heart Failure Transition Period after Diagnosis

Aki Yabuuchi¹⁾ Miyuki Nakayama²⁾ Atsuko Inoue²⁾

1) Tokushima Red Cross Hospital

2) Osaka Public University Graduate School of Nursing

Key words: family coping, older heart failure, transition, changing lives

This study aimed to determine how families who spent time with older patients with heart failure coped with life changes during the transition period following the diagnosis. Furthermore, this study provided suggestions for nursing care for families of older patients with heart failure. Semi-structured interviews were conducted with seven family members of older patients with heart failure. Furthermore, qualitative descriptive analysis was conducted.

Coping with life changes during the transition period after diagnosis for family members who spent time with older patients with heart failure was classified into 10 categories, which included “reduced the patient’s psychological burden, of the patient” “supported activities to help the patient maintain physical stability,” “felt anxious regarding changes in the patient’s medical condition and restricted the family’s own behavior,” “took advantage of relationships with those around them to ease burdens” and “maintain relationships with other family members and friends and gain support from others” among others.

The results of this study indicate that nurses should understand the family’s perception of their recuperation life based on their past experiences and relationships and provide support to enhance their healthy aspects. Furthermore, they should also be involved in helping the family recognize their commitment to care and help the patient and their family mutually understand their respective care management. It is important to try to reduce the psychological burden on the family and to support them to engage in a variety of coping strategies by utilizing resources within and outside the family.