

研究ノート

高齡の慢性心不全患者の
自己管理に関連した文献検討光岡 明子¹⁾, 平田 弘美²⁾¹⁾滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程²⁾滋賀県立大学人間看護学部³⁾彦根市立病院

心不全はすべての心疾患の終末的な病態といわれており、老年期に急増する。高齡慢性心不全患者は、入退院を繰り返すことが多く、その要因として、服薬管理や塩分・水分制限の不徹底といった不十分なセルフケア行動に関する要因があげられる。今回、高齡慢性心不全患者の自己管理に関する研究において、明らかにされていないことを明確にすることを目的に文献検討を行った。

文献検討の結果、高齡慢性心不全患者が再入院する要因や、医療者が患者への自己管理指導不足が影響し、正しい自己管理が行えていないという実態が明らかになった。その反面で、自己管理を継続し、症状を悪化させずに療養生活を送る患者の生活は明らかにされていないことも判明した。また、自己管理におけるすべての介入研究において、療養生活を送るうえで適切な自己管理の継続や、患者の特性をふまえた実践可能な具体的な自己管理指導の重要性が示唆された。しかし、その介入の効果は退院直後など短期的にしか評価されておらず、信頼性・妥当性が検証されていない独自の尺度で評価している研究がほとんどであった。今後、介入の評価時期や、評価の尺度など評価方法の検討の必要性が示唆された。

キーワード 慢性心不全、高齡患者、自己管理、文献検討

I. 緒言

心不全はすべての心疾患の終末的な病態といわれており¹⁾、進行すれば生命予後は非常に悪く、5年生存率は50%以下である²⁾。慢性心不全は老年期に急増し、50歳代での慢性心不全の発症率は1%であるのに対し、80歳以上になると10%に達する¹⁾。超高齡社会の我が国にお

いて、高齡者の慢性心不全罹患率は上昇し続け³⁾、今後我が国の主要な社会問題になることが予想されている¹⁾。

慢性心不全患者は、入退院を繰り返すことが多く、再入院の実態調査では、73.9%が65歳以上であった⁴⁾。慢性心不全が憎悪し、再入院に至る要因として、心筋虚血、不整脈、感染症などの医学的要因だけではなく、服薬管理の不徹底や塩分・水分制限の不徹底といった不十分なセルフケア行動に関する要因も少なくない⁵⁾。その上高齡患者においては、複数の基礎疾患を重複していることが多く、自覚症状が非典型的であること、運動量の低下により自覚症状が出現しにくいこと、認知機能低下により適切に愁訴できないことなどがあり、心不全の初期兆候が見逃され、高い再入院率に結び付いていると報告されている³⁾⁶⁾。高齡者の心不全による再入院を予防するためには、心不全症状の増悪を予防することが必要である。そのためには、自宅での服薬管理や食事・水分の調節・管理を徹底して行えるような支援（自己管理支援）が必要不可欠となる⁷⁾。

自己管理行動への支援とは、心不全憎悪の要因となる水分管理、塩分制限、適切な運動と休息、薬物療法、適

Literature Review of Self-Care in Elderly Patients with Chronic Heart Failure

Akiko Mitsuoka¹⁾, Hiromi Hirata²⁾

¹⁾Human Nursing Graduate School, The University of Shiga Prefecture

²⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：光岡 明子

滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程

住 所：彦根市八坂町2500

切な受診行動を、患者や家族が効果的に実行・継続できるような教育的支援である⁸⁾。しかし、高齢者にとって長年培ってきた生活習慣は簡単に変えられるものではなく、自己管理の知識を提供しても行動に移すことが困難な場合が多いと言われている⁷⁾⁸⁾。そのため、医療者は一方的に患者に知識の提供をするのではなく、患者の認識や価値観、患者の望む生活を把握したうえで、患者が継続できる患者教育が必要である⁹⁾。また、再入院を繰り返す患者においては、その患者にとって今何が課題かを患者とともに考え、自己管理ができるように焦点をあてた支援が重要である⁸⁾。さらに高齢者においては、加齢に伴う身体的、認知・心理的、社会的変化が影響するため、心疾患だけでなく、合併疾患の管理、身体機能・認知・心理状態の把握、家族を含めた個別性の高い患者教育支援が重要である¹⁰⁾。そして、症状増悪を予防できるように患者を導くためには、医療者がセルフケアという患者自身による健康管理を継続することの困難さを理解し、患者が適切に継続して実践できるよう働きかけることがきわめて重要である¹¹⁾。

II. 研究方法

今回の文献検討では、高齢の慢性心不全患者の自己管理に関する文献検討を行い、高齢の慢性心不全患者の自己管理に関する研究において明らかにされていないことを明確にすることを目的とした。医学中央雑誌Web版を用いて、「心不全・高齢者・自己管理・患者教育/患者指導・再入院」をキーワードとして、原著論文で、看護に関する条件とし、1998年11月から2014年1月までの文献を検索した。

III. 研究結果

医学中央雑誌Web版を用い、原著論文、看護文献を条件とする文献で、「心不全and高齢者」をキーワードとして抽出した文献は169件、「心不全and高齢者and自己管理」は34件、「心不全and高齢者and患者教育/患者指導」は30件、「心不全and高齢者and再入院」は20件であった。その中から、研究内容を吟味し、重複文献を除外した結果、45件の文献が選出された。これら45件を、高齢慢性心不全患者における1. 再入院に至る要因、2. 患者の特性、3. 自己管理指導の実践について分類した。

1) 再入院に至る要因

高齢の慢性心不全患者を対象にした再入院の実態調査¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾、自己管理に関する実態調査¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾²²⁾²³⁾、自己管理における介入研究^{24)~24)}の介入前のアセスメントより、再入院に至る要因を導きだした。その結果、慢性心不全患者が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、症状の観察について、指導されたことが確実に実行できていないことが明らかになった。また指導されたことが実行できないのは、加齢による身体的、心理的、社会的変化が原因となっていることも明らかになった。

(1) 内服について

内服が確実に実行できない理由として、内服を飲み忘れる、落としてしまう、中断してしまうということが報告されている。内服を忘れてしまう理由としては、うっかり飲み忘れる、飲んだか飲まないか忘れるといった加齢に伴う記憶力・認知機能の低下¹²⁾¹³⁾¹⁶⁾¹⁷⁾²¹⁾³⁰⁾³²⁾、家族やヘルパーが不在で飲み忘れる²¹⁾³⁰⁾、介護者が忙しく忘れてしまう¹³⁾、食事時間が不規則である²¹⁾といった介護者による理由や患者の生活上の問題が報告されている。また、薬を落としてしまうと視力低下のため見つけられない¹⁶⁾といった加齢に伴う感覚機能の低下や、薬の数や回数が多いこと²¹⁾も確実に内服できない理由として報告されている。

また、医師の指示なく内服を中断してしまい、それが原因で症状が悪化し再入院となる場合もある。中断してしまう理由としては、「症状がよくなったからやめた」²⁴⁾、「症状がないことから内服の必要性を自覚しにくく、薬の内服に抵抗がある」、「経済的な負担がある」¹⁹⁾ことなどが報告されている。

忘れずに内服ができていない患者の中からは、「薬の作用を知らない」¹²⁾¹⁶⁾³⁵⁾、「薬の名前が分らないが飲むように医療者にいわれているから内服はしている」¹²⁾¹⁷⁾、「飲み忘れ時の対処方法がわからない」³⁵⁾、「将来薬をやめることができると思っている」³²⁾などといった患者の発言が報告されている。これらの発言から、内服はしているが内服薬や内服の必要性の理解不足であると思われる、医療者側の指導・説明の不足が指摘されている¹⁷⁾。

(2) 食事療法・塩分制限について

高齢慢性心不全患者が、食事療法・塩分制限が確実に実行できない原因として、患者が食事制限の必要性を理解できない等の患者側の原因と、患者への指導不足といった医療者側の原因が報告されている。患者の理解不足については、食事療法や塩分制限について指導を受けたが守ることができない¹²⁾²⁵⁾³⁶⁾、退院後は守れていたが徐々に味付けが濃くなってしまった、今までの食生活を変えることができない¹³⁾、薄味の食事に塩分を足して食べていた¹²⁾¹⁶⁾、家族からうるさく言われるストレスで間食してしまう³¹⁾というように、指導されたことを理解していても患者の治療に対する意欲が低く、継続できないことが報告されている。また濃い味のものを少し食べたほうが良いといった自己流の管理をしていた¹²⁾という間違った知識により塩分制限

ができていない現状も報告されている。

その一方で、医療者からの具体的な指導が行われていない²¹⁾、食事指導をうけた人と食事を作る人が違うために適切な食事療法が実行できていない¹⁶⁾というように、医療者側の指導不足や不適切な指導方法が原因で、退院後食事・塩分制限が守れていないことが報告されている。

(3) 水分制限について

水分制限が確実に実行できない原因として、水分制限の必要性を指導され気をつけていたが、具体的な対策もせず守れていない¹⁶⁾、わかっているにもかかわらず口渇という現象に耐えられず、飲みすぎと感じていても水分摂取してしまう¹²⁾¹⁸⁾³¹⁾、うるさく言われるためにストレスで飲水してしまう³¹⁾というように、水分制限の必要性は理解できていても具体的な対策ができていない、欲求やストレスで飲んでしまうということが報告されている。また水をたくさん飲んだほうがよいと聞いた¹⁴⁾³³⁾、ジュースは水分に入れていなかった¹⁶⁾、水分はジュースのことでお茶やお水を水分とは思っていない¹⁶⁾というように、間違った知識のために水分制限が守れていない現状も報告されている。

患者が水分制限を実行できない医療者側の原因として、患者に1日の水分量を指導していない¹²⁾¹⁸⁾というように、医療者が患者の退院後の生活において何が重要なかを具体的に指導していないために実行できないことが報告されている。

(4) 安静について

必要な安静が守れない原因として、心負荷はいけないとわかっているにもかかわらず安静が守れていないということが明らかになった。その理由として、体調がいいと動きすぎてしまう²⁹⁾³⁶⁾というように、体調がよいと過信して動きすぎてしまい、心負荷をかけていた。また、他者を頼りたくないために自分で動いてしまう³¹⁾³⁷⁾³⁸⁾、夫の介護を自分がおこなわなければならない³⁷⁾、エレベーターがなく階段で4階まであがらなければならない²⁸⁾といった人に頼りたくないという意思や、他者への遠慮、心負荷を避けることができない生活環境などにより心負荷を軽減できない行動をとっていることが明らかになった。

(5) 心不全症状の観察について

高齢心不全患者が、症状の観察を正しく行えない理由として、指導をしても時間が経つと症状や体重管理のことを忘れてしまう¹³⁾、体重増加時に息切れがあったにもかかわらずそれを心不全増悪の兆候であると認識できない³³⁾というように、心不全症状の理解不足により、心不全症状の観察が正しく行えず、適切な行動をとることができないことが報告されている。その一方で、心不全の症状に気づいていても次の受診まで待

つ¹²⁾¹⁸⁾、我慢して受診しない¹²⁾というように、症状の悪化を感じながらも適切な行動をとることができていない現状も報告されている。

(6) 高齢に関することについて

高齢心不全患者においては、加齢による身体的、心理的、社会的要因が影響し、それが心不全増悪の原因になっていることが報告されている。感冒などの感染症・肺炎・嚥下機能低下による誤嚥性肺炎により心不全が増悪し再入院となること¹⁴⁾、足が悪いなどの身体的な理由で受診に介助が必要であり、受診に苦痛を感じている¹⁶⁾²⁸⁾という加齢に伴う身体的影響で心不全症状が悪化し再入院となったり、受診が遅れたりすることが報告されている。また受診・治療や交通費がかかるという経済的な負担があり、通院が困難となる¹⁶⁾、というように、年金生活の中での経済的負担といった高齢者特有の原因も報告されている。

2) 患者の特性

平田ら¹⁴⁾は、心不全で入院した後期高齢者の患者の状況の把握と看護師・薬剤師・栄養士の介入状況を把握し、後期高齢者の心不全患者の再入院を予防するための支援を検討している。1年間の調査期間の間に心不全により入院した患者は66名、平均年齢83.2±4.6歳であり、そのうち期間中に2回以上入院したものは19名(28.8%)であった。再入院までの期間は61~90日までが8名(42%)で、再入院の理由は低心機能6名(31.6%)、虚血性心疾患3名(15.8%)、塩分水分過剰摂取3名(15.8%)、腎機能低下3名(15.8%)が多くみられた。しかし、再入院数については、調査期間の1年の間に再入院した患者が19名であり、調査期間以前に入院歴があり、今回の期間中に入院したといった期間中以外の再入院数は不明である。しかし1年間という間に28.8%は再入院し、90日以内に14名(73.7%)が再入院していると報告している。

長岡ら²⁰⁾は、安全安楽な在宅生活を送るための効果的な看護支援の検討を目的に、高齢心不全患者の退院時と退院2か月後に身体・生活・心理状態を比較している。2か月間に再入院した患者としなかった患者を比較し、2か月間に再入院した者は、今までも心不全での入院歴が多く、心不全の程度が重症であることがわかった。また、独居、家事役割がある、要介護者、自己管理においての自己評価が高いというような特徴・特性があることが判明した。

佐佐木ら³⁹⁾は、2病院に通院中の循環器疾患患者94名(31~90歳)を対象に、慢性心不全患者のセルフマネジメントと健康関連QOL、自己効力感の関連を明らかにすることを目的にアンケート調査を行った。その結果、男性よりは女性で、慢性疾患を合併し、禁煙できた者、家族形態が単身よりも2人暮らしの患者が、問題解決方

法を獲得していると報告している。また退院7～12か月より退院6か月以内で、心不全の重症度が軽い患者の方が、生活の調整・工夫しながら自己管理行動を行っている」と報告している。そして、退院7～12か月で「生活の工夫」の得点が低下することから、退院後6か月を境に自己管理の継続が困難となり、症状が増悪することに影響していると述べている。この研究は、循環器疾患を有する患者を対象にしており、対象者の平均年齢は67.9歳であるが、最少年齢は31歳であるため、高齢患者のみの研究結果ではない。

上谷ら²³⁾は、仕事をもつ慢性心不全患者の生活調整についての実態を調査し、患者がどのようなセルフモニタリングを行っているのかを明らかにしている。50～70歳代の6名(男性5名)の患者を対象とし、心不全の入院回数は1回が5名、2回が1名で、罹患期間は1年3か

月～4年半であった。患者は、過去の経験から症状を把握しており、身体から感じる限界を目安にして活動量を調節していた。また、そのような生活調整の根底には、医師の評価や意見を受診時以外に聞くことができないため、自分自身で活動量を調節するしかないという患者の思いがあることがわかった。また、仕事を大切にしつつ健康管理を優先する患者と、仕事をしていると体の細かいことまで気にしてられない、効果がないことは続けてられないという生活調整への関心を向ける余裕がない患者が存在することが明らかになった。山下ら³⁷⁾も同様に、症状が悪化しない生活を優先する患者と、症状悪化よりも価値観を優先する患者が存在すると報告している。価値観を優先する患者は、心不全状態が重症(NYHAがⅡ度以上)で、独居や高齢者世帯、経済的な問題を有するといった患者の特性を報告している。

表1 患者の自己管理に関する介入研究

研究方法	題名	対象	指導前のアセスメントの方法と内容	指導内容	評価時期と方法
症 例 研 究	カルガリー式家族アセスメントモデルを用いた家族援助の振り返り～慢性心不全での入退院を繰り返さないために～ (2008, 谷井ら, 広島県立病院医誌)	再入院した患者2名(70代男性、80代女性)とその家族	入院時にカルガリー式家族アセスメントモデルを使用し、自己管理の実態、認知、行動、感情についての問題、患者と家族の間の悪循環パターンについてアセスメント	アセスメントにより導いた問題点	退院1年後に面接または電話による聞き取り調査により評価
	個別性を考慮した服薬指導の効果～正しい知識がない慢性疾患患者の1事例を通して～ (原田ら, 2005, 山口県看護研究会学術集会プログラム集録)	入院した85歳女性1名	改訂長谷川式簡易質問知能評価スケールにて認知症の有無を確認後、服薬能力判定試験(J-RACT)を使用した面接にて服薬状況、薬効に対する知識、副作用への対応、服薬理由の理解、服薬に対する自覚についてアセスメント	薬について(薬名、薬効、服薬回数、量、副作用)、内服の必要性	指導開始し、実際に自己管理を行い、4日間連続して自己管理できたとき
	心不全患者の生活指導にEASEプログラムと自己効力感尺度を使用した事例 (上田ら, 2012, 山口大学医学部付属病院看護部看護研究集録)	再入院した患者2名(73歳男性、64歳男性)	慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度を用いて自己効力感を測定し、さらに面接により、入院前の日常生活状況についてアセスメント	自己効力感が低い項目(食事、飲水制限、体重管理など)	面接により評価
	入退院を繰り返す心不全患者へのニーズに合った個別化的な退院指導 (尾島ら, 2005, ICUとCCU)	再入院を繰り返す85歳女性1名	入院2日後一般病棟に転床時にヘンダーソンのニーズ論を活用し、患者・家族の未充足なニーズを分析	未充足な部分(飲水制限、過負荷について)	退院後初回外来時または電話で確認し評価
	2病院に通院する複合疾患患者の心不全コントロールと生活調整 (仲村, 2013, 看護研究)	再入院した83歳女性1名	入院中適宜面接を実施	塩分制限の方法や過活動に対する対処法	外泊後に評価(方法の記載はない)
	再入院する心不全患者への生活指導～心不全アセスメントツールを用いた個別的な生活指導を試みて～ (乾ら, 2009, 奈良県立三室病院看護学雑誌)	再入院した患者3名(64歳男性、83歳男性、58歳男性)	自宅での生活状況、とくに問題と考えられる塩	アセスメントシートで明らかになった問題点	退院後(時期や回数は不明)に診療録、看護記録、CNS実践記録より確認し評価

研究方法	題名	対象	指導前のアセスメントの方法と内容	指導内容	評価時期と方法
症 例 研 究	心不全患者へのセルフモニタリングの有用性 (内藤ら, 2013, 山梨県立中央病院年報)	患者6名 (男性2名、平均年齢61歳、初回入院5名、6名とも同居家族あり)	記載なし	バイタルサイン、体重、水分、内服、自覚症状 自己管理表への記載を指導	退院後初回と外来受診時 面接を実施
	慢性心不全患者の継続支援を考える～自己管理シートを用いて (平野ら, 2013, Best Nurse)	慢性心不全患者6名 (70～90代、男性3名、初回入院2名、家族の支援必要な患者1名)	指導前に独自のアセスメント用紙を使用し、入院前の生活習慣(症状の観察、内服、塩分・食事・水分制限、感染予防、運動)についてアセスメント	症状の観察、内服、塩分・食事・水分制限、感染予防、運動	外来受診時に自己管理チェックリストによる自己評価と面接
	心不全教室を取り入れた患者指導の有効性の検討 (脇本, 2013, 福岡赤十字看護研究会集録)	心不全患者15名 (男性9名、平均年齢83.1歳) A群(指導歴なし8名) B群(指導歴あり7名)	慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度を用いたアンケート調査と面接により日常生活行動についてアセスメント	症状の観察、内服、塩分・食事・水分制限、運動	教室の後に退院1週間後、セルフ・エフィカシー尺度によるアンケートにて調査
	高齢心不全患者の服薬アドヒアランス向上を目指した地域連携の取り組み (志賀ら, 2010, 心臓リハビリテーション)	70歳以上の入院患者で心臓リハビリテーション・服薬指導を受けた患者19名 (男性8名、平均年齢82.1±5.6歳)	指導前に独自のアセスメント用紙を使用し、服薬状況と管理能力についてアセスメント	服薬管理能力に応じた服薬管理	訪問時適宜確認
	慢性心不全患者管理における服薬指導の重要性 (田崎ら, 2005, ハートナーシング)	心不全増悪で入院し、退院後6か月以上経過観察できた患者62名 (男性37名、平均年齢75±10歳)	入院後症状が軽快した時、独自のアセスメント用紙を用いて服薬や心不全に対する知識についてアセスメント	服薬の重要性、服薬中断による弊害に重点をおいた指導 くすり箱を使った実践	退院6か月後にアンケート調査
	慢性心不全の外来患者に対する自己管理教育プログラムの有効性 (大津ら, 2011, Japan Journal of Nursing Science)	心不全外来患者102名 介入群(50名)対照群(52名)		心不全の病態・症状、悪化の誘因、症状増悪時の症状と対処法、毎日の体重測定、塩分、水分、内服管理、運動、活動、危険因子の是正	6・9・12か月後

3) 自己管理指導の実際

高齢の慢性心不全患者に対して、実際に自己管理指導の介入をした研究の文献が12件あり、表1に示した。これらの12件の文献のうち、6件が1～3名を対象とした事例研究、5件が準実験研究、1件が実験研究であった。

(1) 事例研究における自己管理支援と効果

6件の事例研究があり、そのうち4件の研究²⁶⁾²⁸⁾²⁹⁾³¹⁾は、慢性心不全患者の再入院が多いことに着目し、入退院を繰り返す患者を対象にしていた。

原田ら²⁴⁾は、内服管理のできない83歳の女性を対象に、改訂長谷川式簡易質問知能評価スケール(HDS-R)、服薬能力判定試験(J-RACT)と面接を行うことで、実際の服薬状況や知識、服薬する理由の理解などを確認しアセスメントを行った。アセスメントの結果、

看護師は患者にあった方法を検討し、内服自己管理を開始した。その結果、患者は内服の知識が身につく、自己管理が可能になったと報告している。しかし詳しい指導内容や自己管理の方法が記載されていないため、看護師の指導がどのように効果的であったのかわからなかった。

乾ら²⁶⁾は、心不全増悪により再入院した患者3名に対して、独自のアセスメントシートを用いてこれまでの生活を振り返り、再入院の要因を明らかにし、具体的な目標を患者とともに立案し、キーパーソンを含めた介入を行った。指導の評価は、退院2週間後に、患者の外来カルテから退院後の生活状況と脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)、心胸郭比(CTR)、体重のデータから判定し、指導が効果的であったと報告している。

しかし、患者の基礎疾患、左室駆出率（EF）、BNP、CTRのデータをふまえて、どのように具体的な指導を行ったのかは明記されていなかった。

仲村²⁸⁾は、糖尿病と慢性心不全の治療のために2つの病院に通院する80歳代女性を対象に、医療者の記録から看護援助をまとめ、患者との面接により、今までの自己管理行動についてアセスメントを行い、看護支援について検討し、介入している。その結果、具体的な指導や介入を行うことで再入院までのインターバルが延長し、再入院時の体重を抑えることができるようになったなど、介入の効果を報告している。

尾島ら²⁹⁾は、再入院を繰り返す85歳女性を対象に、ヘンダーソンのニード論を活用し、なぜ自己管理が不十分であるかをアセスメントし、基本的欲求を充足するために必要な援助を見出していた。その結果、再入院の要因は食事と心臓への過負荷と考え、それらについて具体的に指導した。退院後は娘やヘルパーの支援により自己管理の継続が可能となり、その後再入院したが、入院時の重症度は以前に比べ軽減し、入院日数の短縮、再入院までのインターバルは延長し、指導の効果を報告している。

谷井ら³¹⁾は、2名の再入院した患者（70代男性、80代女性）とその家族を対象に、カルガリー家族介入アセスメントモデル（CFIM）を用いて、各患者の再入院の要因や患者と家族間の悪循環パターンによりおこる要因を分析した。悪循環パターンを断ち切るための看護介入を検討し、パンフレットを用いて自己管理指導や看護支援を行った。その結果、退院1年後の電話による聞き取り調査では、自己管理が継続できており、患者と家族の悪循環パターンも改善したと報告している。

上田ら³³⁾は、再入院した慢性心不全患者2名（73歳男性、64歳男性）を対象に、自己効力感を測定し、自己効力感の低い項目を中心に患者から半構成的インタビューを行い情報収集し、EASEプログラム（Encourage Autonomous Self-Enrichment Program）から患者の目標や性格にあった技法を選択し、その技法で指導を行った。退院後の初回外来時に指導したことが継続できているか、入院前と退院後の生活の違い等について再度半構成的インタビューと自己効力感測定を行った。介入前後で比較した結果、患者2名とも指導されたことは継続でき、自己効力感も向上していた。しかし、今までの指導と比べてEASEプログラムを導入したことがどのように効果的だったのかが評価されていなかった。

(2) 準実験研究における自己管理支援と効果

5件の準実験研究のうち、自己管理指導を行うために、パンフレットを用いて指導を行った研究が3件あ

った²⁵⁾²⁷⁾³⁴⁾。

平野ら²⁵⁾は、患者7名（70～90歳代）を対象に、指導前にパンフレットを使用し、患者と今までの生活習慣をふりかえり、問題点を抽出した。そして、実践可能な管理方法を患者とともに考え、患者は具体的な内容を記載した慢性心不全自己管理シートを用いて自己管理を実践した。指導後と退院後の外来受診時にチェックリストを用いて聞き取り調査を行い、5段階評価し、できた理由とできなかった理由を振り返った。その結果、対象者全員の退院後の評価が維持・向上したと効果を報告している。

内藤ら²⁷⁾は、患者6名を対象に、セルフモニタリングの有用性と行動変容について検討することを目的として、バイタルサイン・体重・水分管理・内服の有無・自覚症状の有無をセルフモニタリングできるよう自己管理表を作成し、患者にそれらを継続して記入してもらった。その結果、退院後の外来受診時に面接を行った際に、自己管理表の記入が継続できており、対象者全員の症状悪化はなかった。また、家族も患者と一緒に症状の観察を行い、内服や食事の管理をするといった家族の意識にも変化があったと報告している。対象患者は、年齢が40代1名、50代2名、60代2名、80代1名（平均年齢61歳）と成人期から老年期と幅があり、1名は心不全と診断されて14年経過した入院歴（4回）がある患者、残り5名は初回入院患者と対象に偏りがあり、患者の心不全の重症度を示す記載はなかった。また介入前に患者の生活状況などアセスメントをどのように行ったか、またどのような指導を行ったうえで自己管理表を用いた介入を行っているのか明記されていなかった。

志賀ら³⁰⁾は、患者が在宅で服薬を確実にに行えないことを問題とし、その解決策として在宅で確実に服薬できる方法を検討し、指導することを目的とした地域連携での取り組みを報告している。慢性心不全患者で心臓リハビリテーションと服薬指導を行った19名（男性8名、平均年齢82.1±5.6歳）のうち、服薬指導を受けた患者14名を対象に行った。入院時に患者、家族から情報を得るだけでなく、ケアマネージャーからも情報提供を依頼した。その情報から在宅での服薬状況についてアセスメントし、抽出された問題点から具体的な解決策を検討し、その解決策を家族やケアスタッフと共有した。入院中から退院後の状況をふまえて服薬指導し、患者が内服管理を実践できるようになったと報告している。また、家族やケアマネージャーに退院後に必要な援助を依頼し、退院後も患者が服薬を確実に行えるよう、家族やケアスタッフから協力が得られるようになったと報告している。

脇本³⁴⁾は、15名（男性9名、年齢51～88歳、平均83.

1歳)の患者を対象に、集団指導による自己効力感向上の効果を検討することを目的に、心臓病教室(1回4~6名で30~40分間パンフレットを用いた集団指導)を実施した。指導前後と退院後に慢性疾患患者の健康行動に対するセルフエフィカシー尺度を用いたアンケート調査を行い、自己効力感の変化を比較した。その結果、自己効力感は、指導前より指導後に16.4%上昇するが、退院1週間後は指導後より4.3%低下していた。また、退院後のアンケート結果では、退院後の自己管理の不安や困難が自己効力感低下の原因となっていることがわかった。脇本(2013)は、対象者をA群(指導歴なし8名)とB群(指導歴あり7名)に分類し、アンケートの得点から自己効力感の変化の違いを調査した。その結果、B群は過去に指導を受けた経験があるため、退院後の生活を意識しやすく、また集団指導という場で他患者と意見交換をすることで、患者同士が精神的な支えになり、自己効力感の向上につながったと集団指導の効果を報告している。しかしA群は、1回の指導では心不全や自己管理に対して十分理解できないこと、また安心できた入院生活とは違い退院後の生活に不安を生じることから、退院1週間後に自己効力感が低下すると分析している。

田崎ら³²⁾は、再入院の原因が服薬の乱れであったという先行研究の結果から、今回の研究では服薬指導によりコンプライアンスを改善し、心不全増悪による再入院を予防することを目的として、慢性心不全増悪で入院し、退院後6か月以上経過観察できた患者62名(男性37名、平均年齢75±10歳)を対象に、服薬指導の介入とその効果を報告している。介入前にアンケート調査を行い、心不全に対する理解度や服薬に対する考え方等、服薬指導するうえで必要な情報収集を行い、その結果をもとに、看護師が対象者に心不全の正しい知識を指導した。服薬については、薬剤師が患者だけでなく家族を含めて指導した。その結果、退院時にはほぼ全員の患者が確実に服薬できるようになったと報告している。また、服薬指導を行っていなかった事前調査時と比較し、6か月以内に再入院した患者は27%から16%に減少し、そのうち服薬の乱れで入院した患者は21例から1例に減少したと報告している。

(3) 実験研究における介入の効果

大津ら⁴⁹⁾は、慢性心不全の外來患者の臨床転帰を改善することを目的として、自己管理教育プログラムを用いたランダム化対照試験を行った。慢性心不全の外來患者102名を対象に、介入群50名と対照群52名に分け、対照群には医学的治療と標準ケアを行い、介入群にはそれに加え6か月間の自己管理教育プログラム(外來診察時に看護師が毎月1回の指導を行う)を実施し、その後6か月のフォローアップセッションを実

施した。性別、年齢、独居者、基礎疾患、血圧値、NYHAの分類、内服薬の種類については、2群間での差はなかった。プログラムを実施した結果、主要転帰として、介入群においては、3か月、6か月後のBNP値が著しく改善していた。NYHAの分類に関しては、介入前はⅢ度の割合が全体の20%であったが、12か月後には全体の6.4%になり、13.6%の対象者がⅡ度に改善していた。また、収縮期血圧、体重についても介入群においては、改善が認められたと報告している。さらに、Mac Newの心不全特異的尺度において、感情面、身体面、社会面と、それらをトータルしたものにおいて、介入群の得点は対照群と比較して6、9、12か月すべてで有意な差を認めたという二次的な転帰を報告している。

IV. 考 察

1) 高齢慢性心不全患者に対する自己管理支援のあり方

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、守れていないということが明らかになった。そしてこれらの要因の背景には、加齢による身体的、心理的、社会的な要因が影響しているということや、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ことがわかった。また、再入院する患者は、心不全の程度が重症であり、心不全の入院歴が多く、独居や高齢者のみの世帯で生活しており、家事役割がある、要介護者、経済的な問題があるなどの特徴があることが明らかになった。また、退院後の自己管理に関する調査において、自己評価が高いという特性をもっていることも明らかになった。これらのことから、心不全の病態がそれほど重症ではなく、ある程度自己管理できる患者であれば、心不全の症状を増悪させずに再入院を予防することが可能であると考えられる。

先行研究の結果から、看護師は患者個々の生活習慣や患者が今まで生きてきた過程・価値観などの生活背景を把握し²¹⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁸⁾²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾³³⁾³⁷⁾、病気の背景や加齢により起こっている身体機能の低下、精神的な変化や認知機能の低下、経済的な問題がないかなど患者が療養生活を送るうえでの症状が増悪するリスクを把握し¹⁶⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾³⁷⁾、再入院する患者の特性を含めた情報収集を行いアセスメントすること²⁰⁾が重要であるということがわかった。しかし、患者への自己管理指導は、患者の病気に対する認識の違いや長年の生活習慣の確立により、看護師が患者に決められた自己管理指導を一方的に行うだけでは、患者が退院後の生活調整を行い、自己管理を確立していくことは困難である。眞茅ら⁷⁾は、生活習慣は長年培ってきたもので

あり、様々な知識を有していても行動に移すことが困難な場合が多く、患者の退院後の生活をアセスメントしたうえで、患者が継続できる療養指導を提供すること、そして、患者が生活の中で心不全とうまく折り合いをつけてやっていく自信をもてるように援助することが必要であると述べている。また、先行研究からも、看護師は患者が望む生活を把握し²¹⁾²⁸⁾²⁹⁾³¹⁾³⁷⁾、患者とともに自己管理の目標を考え、患者の生活に即した実践可能な自己管理方法を検討し、それが実践できる具体的な指導する行うこと²¹⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁸⁾²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾³²⁾³³⁾³⁷⁾が重要であるということが示唆された。さらに、小川ら⁴¹⁾は、療養者のセルフケア不足や家族の協力が得られない等によって再入院がおこっていると判断された段階で、訪問看護の導入を推奨している。また支援の有無にかかわらず再入院を繰り返す場合には、患者と話し合う場をもち、患者が頼れる支援者を提供することの必要性も述べている。先行研究からも、患者だけでは自己管理の継続が困難であると判断した場合は、患者を支える家族やケアマネージャー・ケアスタッフといった医療スタッフとコンタクトをとり、自宅での介護者にも同様の指導を行い、援助を依頼することの必要性²⁰⁾²¹⁾³⁰⁾³¹⁾が示唆された。

2) 自己管理継続に必要な評価のあり方

眞茅ら⁷⁾は、心不全患者の退院後の自己管理は、医療者が提供した教育や相談支援の効果を評価する際の重要な結果であり、臨床転帰改善のための手段でもあるため、患者の自己管理に対する指導効果を検証していくことは必要であると述べている。先行研究における介入研究の効果の評価は、自己管理指導の介入の直後や、退院後の初回外来時で評価されている研究がほとんどであった。長期的に自己管理指導の介入効果を評価しているものは、退院6か月後に評価していた研究1件のみであった。また、介入効果を評価する方法や、評価する時期は研究により異なり、どうしてその時期にその評価方法にしたのかという根拠を明確にしている研究はなかった。自己管理指導の効果の評価方法として、信頼性・妥当性が検証されていないオリジナルの質問紙で評価している研究がほとんどであり、信頼性・妥当性が検証された尺度を使用した研究は、慢性疾患患者の健康行動に対するセルフエフィカシー尺度を使った2件のみであった。また、信頼性・妥当性が検証されたヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度日本語版を用いて自己管理の評価をしている研究はなかった。

自己管理の評価時期として、平田ら¹⁴⁾は、退院後6か月で2.5割、退院1年後に3割が再入院すると報告していることや、佐佐木ら³⁹⁾は、自己管理の継続は6か月を境に自己管理継続が困難になると報告していることから、退院後6か月以降に自己管理指導の評価をすることが必

要かと思われる。特に退院後の再入院患者が増加すると予測される時期に自己管理指導の評価をすることは有用であると考えられる。しかし、先行研究における自己管理指導の介入研究では、長期的・定期的に介入の評価が行われていないため、退院後の患者の自己管理が継続できているのか、患者の症状が悪化することなく長期的に再入院を予防できているのかは明らかにされていない。

3) 先行研究から導いた今後検討すべきこと

平田ら¹⁴⁾の研究結果から、高齢慢性心不全患者は、7割近い患者が再入院せず療養生活を送っていると推測された。しかし慢性心不全患者に関するほとんどの先行研究が、正しい自己管理ができず再入院する患者のみを対象に、自己管理の現状や問題点を明らかにする研究であった。その反面、自己管理を継続し、心不全症状をコントロールし、再入院することなく療養生活を送っている患者に焦点をあてた研究はほとんどなかった。心不全患者が療養生活を送る中で自分なりに生活調整する現状を明らかにする研究が2件あったが、それらはいずれも後期高齢期にある患者を対象にした研究ではなかった。

以上のことから、高齢慢性心不全患者が自己管理を継続し、症状をうまくコントロールしながら療養生活を送る患者の生活は明らかにされていない。そのため、後期高齢期にある慢性心不全患者が、どのように症状をコントロールしながら自宅で療養生活を送っているのか、生活の中で症状が悪化しないように行っていることは何なのかなど自己管理を行うことができる要因を明らかにすることが必要である。そのことから、高齢慢性心不全患者の自己管理指導のあり方を検討し、看護師による効果的な指導の実践により患者の自己管理で症状をコントロールし、再入院を軽減することができるのではないかと考える。

V. 結語

今回、高齢慢性心不全患者に関する文献検討を行うことで、患者の心不全症状が増悪し、再入院する患者の要因やそれらの要因の背景には加齢による身体的・心理的・社会的な変化や、医療者の患者への具体的な自己管理指導の不足が影響し、正しい自己管理が行えていないという実態が明らかになった。その反面で、患者自身が自己管理を継続し、心不全症状を悪化させずに療養生活を送る患者の生活は明らかにされていないということも判明した。

また、自己管理におけるすべての介入研究において、患者の自己管理のための介入は効果的であったと報告されていた。そしてその効果から、療養生活を送るうえで適切な自己管理の継続や、患者の特性をふまえた実践可

能な具体的な自己管理指導の重要性が示唆された。しかし、その介入の効果は、退院直後など短期的にしか評価されておらず、介入の長期的な効果は明らかにされていない。そして、その評価は、信頼性・妥当性が検証されたセルフケア行動を測る尺度を用いて評価されていない現状があり、これらのことから評価時期や評価方法の検討が求められる。

引用文献、参考文献

- 1) 日本循環器学会, 日本冠疾患学会, 日本救急学会等合同研究班報告: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン慢性心不全治療ガイドライン2010改訂版, http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_matsuzaki_h.pdf, 2010.
- 2) 佐藤幸人, 沼澤洋平, 香坂俊, 他: 心不全治療・看護の必修キーワード21&63のオキテ ハートナーシング13, 2013.
- 3) 上村史朗, 斉藤能彦: 高齢者心不全の生活管理, *Geriatric Medicine*, 50(1), 39-42, 2012
- 4) 嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子, 他: 再入院を繰り返す慢性心不全患者の実態調査と疾患管理 心臓リハビリテーション12(1), 118-121, 2007.
- 5) Tsuchihashi M, Tsutui H, Kodama K et al.: Clinical characteristics and Program hospitalized patients with congestive heart failure-a study in Fukuoka Japan, *Japan Circulation Journal*, 953-959, 2000.
- 6) 松本和則, 島田裕之: 高齢者の臨床, 老年医学2版, 中外医学社, 2010.
- 7) 眞茅みゆき, 池亀俊美, 加藤尚子: 心不全ケア教本, 株式会社メディカルサイエンスインターナショナル, 2012.
- 8) 宮脇郁子: 生きるよろこび -療養生活を支える循環器看護の専門性-, 日本循環器看護学会誌, 19(1), 10-12, 2013.
- 9) 鷲田幸一: 病院と在宅をつなぐチーム医療の新たな挑戦-, 日本循環器看護学会誌, 19(1), 69-71, 2013.
- 10) 眞茅みゆき: 超高齢者心不全ケア, 内科, 113(3) 505-509, 2014.
- 11) 服部容子: 心不全患者のセルフモニタリングの概念分析, 日本看護科学学会誌, 20(2), 74-82, 2010.
- 12) 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雑誌24, 7-10, 2000.
- 13) 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, 33-55, 2012.
- 14) 平田明美, 服部紀子, 青木律子, 他: 後期高齢者にある心不全患者の入退院の実態と支援体制, 横浜看護学雑誌4(1), 99-103, 2011.
- 15) 児玉理恵, 土斐崎聡子, 村松智子: 入退院を繰り返す心不全患者の日常生活の実態調査, しょうけん浜松労災病院学術年報2003, 139-141, 2004
- 16) 信岡由夏, 鷹林広美, 徳満久美子, 他: 高齢の心不全患者の生活上の問題-再入院患者の調査より-, 日本看護学会論文集, 老年看護, 37号, 100-102, 2007.
- 17) 森脇陽子, 武田沙織, 松本圭子, 他: 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), 35-41, 2010.
- 18) 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(1), 35-37, 2009.
- 19) 古知里美, 旗持知恵子: 慢性心不全患者の服薬コンプライアンスに関する調査, 呼吸器&循環器ケア9(4), 98-103, 2009.
- 20) 長岡沙紀子, 内田陽子: 高齢心不全患者の退院時及び退院2か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア: 安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討, 群馬保健学紀要32, 61-69, 2011.
- 21) 内藤真弓, 旗持知恵子: 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.
- 22) 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.
- 23) 上谷千夏, 瀬戸奈津子, 清水安子: 仕事をもつ慢性心不全患者が生活調整をするためのセルフモニタリング, 日本循環器看護学会誌8(2), 17-25, 2013.
- 24) 原田園子, 石井あや, 影土井裕子: 個別性を考慮した服薬指導の効果-正しい知識がない慢性疾患患者の1事例を通して-, 山口県看護研究学会学術プログラム・集録4, 48-50, 2005.
- 25) 平野由衣, 谷口恵子, 八文字早希, 他: 慢性心不全患者の継続支援におけるシートの有用性-慢性心不全自己管理シートを用いて-, *Best Nurse* 24(11), 70-73, 2013.
- 26) 乾早紀子, 西田典子, 三木紗希恵, 他: 再入院する心不全患者への生活指導-心不全アセスメントシートを用いた個別的な生活指導を試みて-, 奈良県立三室病院看護学雑誌25, 2009.

- 27) 内藤真弓, 有泉優子, 飯室昌美, 他: 心不全患者へのセルフモニタリングの有用性, 山梨県立中央病院年報39, 71-73, 2013.
- 28) 仲村直子: 看護実践における事例研究 事例研究の実際-2 病院に通院する複合疾患患者の心不全のコントロールと生活調整, 看護研究46 (2), 163-168, 2013.
- 29) 尾島直子, 島崎博子, 田中敬子: 入退院を繰り返す心不全患者へのニーズに合った個別的な退院指導-ヘンダーソンのニーズ論を活用して-, ICUとCCU 29 (9), 818-822, 2005.
- 30) 志賀幸子, 平川かなこ, 松崎由美, 他: 慢性心不全患者の服薬アドヒアランス向上を目指した地域連携の取り組み, 心臓リハビリテーション, 15 (2), 314-318, 2010.
- 31) 谷井有紀, 石橋里美, 井ノ本裕子, 他: カルガリー家族アセスメントモデルを用いた家族援助の振り返り-慢性心不全での再入院を繰り返さないために-, 広島県立病院医誌40 (1), 163-169, 2008.
- 32) 田崎美里, 山口幸恵, 砂原洋子, 他: 慢性心不全患者管理における服薬指導の重要性-心不全治療における看護サイドからのアプローチ-, ハートナーシング, 18 (6), 602-605, 2005.
- 33) 上田美香, 石川佳子, 関谷志麻子, 他: 心不全患者の生活指導にEASEプログラムと自己効力感を使用した事例, 山口大学医学部付属病院看護部看護研究抄録, 6-11, 2012.
- 34) 脇本育美: 心不全教室を取り入れた患者指導の有効性の検討, 福岡赤十字看護研究会集録27, 21-24, 2013.
- 35) 相馬幸理子, 手島和江, 秋吉三保子, 他: 高齢心不全患者の家族介護者の内服薬に関する知識と服薬管理の実際, 西尾市民病院紀要22 (1), 78-82, 2011.
- 36) 後藤秀世, 長井裕介, 長沼文雄, 他: 慢性心不全患者における在宅療養上の問題点の抽出および患者教育に関する検討, 心臓リハビリテーション10 (1), 130-135, 2005.
- 37) 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, 千葉看護学会会誌16 (2), 45-53, 2011.
- 38) 與儀晃美, 松本美恵, 水田厚子: 入退院を繰り返す慢性心不全患者の看護-在宅療養に向けたサポート体制作りを中心として-, ハートナーシング16 (6), 523-527, 2003.
- 39) 佐佐木智絵, 重松裕二: 慢性心不全患者のセルフマネジメントと健康関連QOL 一般自己効力感との関係, 近大姫路大学看護学部紀要5, 21-30, 2013.
- 40) Otsu H, Moriyana M: Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure, Japan Journal of Nursing Science 8 (2), 140-152, 2011.
- 41) 小川真里子: 病院と在宅をつなぐ-チーム医療の新たな挑戦-, 日本循環器看護学会誌9 (1), 72-73, 2013
- 42) 阿川慶子, 原祥子, 小野光美, 他: 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, 2012.
- 43) Hamaguchi S et al. : Predictors of long-term adverse outcomes in elderly patients over 80 years hospitalized with heart failure : A report from the Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD), Circulation Journal 75, 2403-2410, 2011.
- 44) 旗持知恵子: 心不全患者のセルフマネージメントの概念分析, 山梨県立看護大学短期大学部紀要9 (1), 103-113, 2003.
- 45) 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, 甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編 (3), 7-13, 2009.
- 46) Hattori Y, Taru C, Miyawaki I: Development of an Evaluation Scale for Self-Monitoring by Patients with Heart Failure, Kobe Journal of Medical Sciences 57 (2), E63-E74, 2011.
- 47) 加藤綾子: ADL維持と安静を支える援助を通して学んだこと-患者の行動変容を促すには-川崎市立川崎病院事例研究集録13回, 22-24, 2011.
- 48) 加藤尚子, 佐野美穂, 脇田早苗, 絹川弘一郎: 心不全疾患看護プログラムの開発と展望 心不全疾患管理プログラムの意義と開発までの経緯, 看護技術57 (7), 640-645, 2011.
- 49) 小暮あすか, 小武方希穂子, 山地のぶ子: 心不全疾患看護プログラムの開発と展望 疾患管理プログラムの活用, 看護技術57 (7), 645-650, 2011.
- 50) 小泉雅子: 高齢患者の看護ケアのポイント-フィジカルアセスメント-, HEART 3 (3), 56-64, 2013.
- 51) 小島雅代: 慢性疾患患者のQOLと疫学: Quality of Life Journal 12 (1), 85-90, 2011.
- 52) 中原賢一: 臨床 高齢者の心不全 高齢者心不全のCGAと介護, 日本老年医学学会雑誌43 (2), 179-181, 2006.
- 53) 大津美香: 介護老人福祉施設において認知症を合併する高齢慢性心不全療養者に対して実施されている疾病管理の実際, 日本循環器看護学会誌9 (1),

- 109-116, 2013.
- 54) 大津美香：看護師が診療所外来に通院中の認知症を有する高齢心不全療養者の疾病管理において抱えている対応困難と支援の実態，保健科学研究3, 101-111, 2013.
- 55) 大津美香：外来看護師が感じる認知症を有する高齢心不全患者の対応困難と支援の実態，日本認知症ケア学会誌12 (3), 619-630, 2013.
- 56) Otsu H, Moriyana M : Follow-up study for a disease management program for chronic heart failure 24 months after program commencement, Japan Journal of Nursing Science 9 (2), 136-148, 2012.
- 57) 大津美香, 森山美知子, 眞茅みゆき：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, 2013.
- 58) 大津美香, 森山美知子, 眞茅みゆき：認知症を有する高齢心不全患者の急性増悪期において看護師が対応困難と認識した支援の実態，日本循環器看護学会誌 8 (2), 26-34, 2013.
- 59) 三野恭代, 小島礼奈：慢性心不全患者の過程での生活管理方法を探る－個別性を重視した支援に向けて取り組んだ1事例の振り返り，公立能登総合病院医療雑誌23, 24-26, 2013.
- 60) 竹松百合子, 小島重子, 齊藤文子, 他：退院後2年間在宅治療した慢性心不全患者のQOLとセルフケアの評価，心臓44 (10), 1258-1264, 2012.
- 61) Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S et al. : Home-Based Disease Management Program to Improve Psychological Status in Patients With Heart Failure in Japan , Circulation Journal 77 (4), 926-933, 2013.
- 62) Tsutui H , Tsuchihashi-Makaya M, Kinugawa S et al. : Clinical characteristics and outcome of hospitalized patients with heart failure in Japan. Rationale and Design of Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (J-CARE-CARD). Circulation Journal, 1617-1623, 2006.
- 63) 山口雄司, 高橋永子, 相田舞, 他：心不全を有する認知症のある患者の看護－看護師の認識の変化が看護援助を効果的にした事例，日本看護学会論文集, 老年看護, 41, 80-83, 2011.