

# 介護老人福祉施設における 慢性心不全を併存する認知症高齢者のセルフケア —オレムのセルフケア理論を活用して—

深 澤 友 里 (千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程)

山 崎 由 利 亜 (千葉大学大学院看護学研究科)

山 下 裕 紀 (関西医科大学看護学部看護学研究科)

正 木 治 恵 (千葉大学大学院看護学研究科)

本研究の目的は、慢性心不全を併存する認知症高齢者のセルフケアを明らかにすることである。

オレムのセルフケア理論を用いて、認知症高齢者本人の言動からみられる普遍的、発達の、健康逸脱に対するそれぞれのセルフケアを導き出す質的記述的研究デザインを用いた。介護老人福祉施設に入所している認知症と慢性心不全の診断のある70～100歳代の高齢者5名を対象に参加観察と半構成的面接を行い、質的に分析した。

普遍的セルフケアは【自分にとって適切な量・質・形態の食事と水分を摂取する】、【ケア提供者からの援助を得て、もしくは自ら自分の心の不安定さに気が付き、自分の心が安定するように行動する】等12カテゴリー、発達のセルフケアは【齢を重ねた身体を受け入れる】、【今の健康を維持したり、より健康に生きていくことを望む】等5カテゴリー、健康逸脱に対するセルフケアは【過去の経験が記憶に残っているかどうかにかかわらず、今の自分の身体感覚を認識する】、【ケア提供者と一緒にもしくは自ら、自分の身体に異変がないかどうかを気にかけている】等11カテゴリーが抽出された。

高齢者はケア提供者からのサポートを受けながら自分なりのセルフケアを発揮しており、健康逸脱に対するセルフケアのみではなく、普遍的、発達のセルフケアも含めてみることで、認知症高齢者が発揮している多様なセルフケアをケア提供者が捉えられる可能性があることが明らかとなった。

KEY WORDS : self-care, dementia, chronic heart failure, nursing home, Orem's nursing theory

## I. はじめに

日本の高齢化率は急速な上昇を続けており、それに伴い認知症高齢者数も増加している。特に介護老人福祉施設では多くの認知症高齢者が暮らしており、介護老人福祉施設利用者の96.7%が認知症を有している状況である<sup>1)</sup>。厚生労働省<sup>2)</sup>は、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるための施策を関係府省庁と共同で推進しており、認知症の人がもつ力を最大限に活かした医療・介護等の質の向上を課題としている。そこで認知症の人がもつ力の一つであるセルフケア能力に着目することは、認知症高齢者の個人的・家庭的活動と社会的参加を困難にする生活障害<sup>3)</sup>を軽減し、自身のもつ力を十分に発揮した自分らしい暮らしにつながるのではないかと考える。施設で暮らす認知症高齢者自身も、周囲の

人から認めてほしい、自分で何かやりたい、健康を保ちたいといったニーズを持っており<sup>4)</sup>、介護を要する認知症高齢者にとってもセルフケアは重要な視点であると考ええる。

さらにセルフケアに着目することは併存する慢性疾患の管理も含めた認知症ケアの充実を可能にするのではないかと考える。特に心不全は高齢者を中心に増加傾向が顕著であり<sup>5)</sup>、介護老人福祉施設での看取りを調査した研究では心不全は老衰に次いで2番目に多い死因となっている<sup>6)</sup>。また心不全の管理においては飲食や運動などの生活習慣の管理も必要であり、心不全の管理においてもセルフケアは重要である<sup>7)</sup>。慢性心不全を併存する認知症高齢者の場合は心不全の管理を行う上で求められている生活習慣の管理において、老化によるADLの低下に加え、全般性注意障害、遂行機能障害、記憶障害、失行といった認知機能障害を起因とする課題もあることが考えられるため、本研究では慢性心不全を併存する認知症高齢者に着眼した。

一方で、認知症高齢者はその人の能力ではなく、認知症という病気の側面に焦点をあててみられることが多く、自己管理が不可能であり、受動的にケアを受けている人としてみられている傾向がある<sup>8)</sup>。オレムは、セルフケアを個人が生命、健康、および安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践<sup>9)</sup>と定義しており、セルフケアが不足している場合は看護師からの支援を受けてケアに参加し、セルフケア能力を実践・開発することも調整できる<sup>10)</sup>と述べている。また、オレムのセルフケア理論では個人がセルフケアに携わるときにもっていなければならない目的として、普遍的セルフケア要件、発達のセルフケア要件、健康逸脱に対するセルフケア要件の3つのタイプを一般化しており、病気が存在する場合には健康逸脱に対するセルフケア要件の充足のみならず、普遍的セルフケア要件と発達のセルフケア要件の効果的充足も不可欠であると述べている<sup>11)</sup>。オレムのセルフケア理論は普遍的に活用されている看護理論であり、認知症高齢者のセルフケアを捉える上でも活用できると考える。オレムのセルフケア理論を操作化し老年看護におけるセルフケアモデルの適応方法を説明している書籍もあり、認知症高齢者の事例を用いた看護過程の展開方法は示されているが<sup>12)</sup>、これまでオレムが一般化しているそれぞれのセルフケア要件に対して認知症高齢者がどのようなセルフケアを発揮し得るかは明らかになっていない。認知症高齢者が具体的にどのようなセルフケアを発揮しているか、またその特徴を確認することは、困難であると捉えられる傾向にある認知症高齢者のセルフケアをケア提供者が捉える際の一助になると考える。

先行研究では慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整<sup>13)</sup>や、地域生活を継続している慢性心不全患者のセルフケア<sup>14)</sup>を明らかにしているものはあった。しかしいずれも認知症高齢者は対象には含まれておらず、慢性心不全に関連した健康逸脱に対するセルフケア要件に着目した研究であった。また認知症と慢性心不全を共に有する高齢者に関する先行研究では、看護職員にとって看護支援が困難と感じる状況を明らかにしたもの<sup>15)</sup>や、家族が捉える心不全の増悪徴候を明らかにしたもの<sup>16)</sup>はあるが、高齢者本人を対象としてセルフケアを明らかにした先行研究はみられなかった。

従って、本研究は普遍的、発達の、健康逸脱に対するそれぞれのセルフケアに着目して、高齢者本人の言動から、慢性心不全を併存する認知症高齢者のセルフケアを明らかにすることを目的とする。

## II. 研究目的

普遍的、発達の、健康逸脱に対するそれぞれのセルフケアに着目して、高齢者本人の言動から、慢性心不全を併存する認知症高齢者のセルフケアを明らかにすること。

## III. 用語の定義

オレムのセルフケア理論<sup>9),11),17)</sup>を基に、認知症高齢者を対象としているという点に着目し、本研究目的に合わせて以下のように操作的に定義する。

セルフケア：自分自身の生命と健康な機能、持続的な個人成長、および安寧を維持増進する自分らしい生活を行うために、普遍的（生命過程、人間の構造・機能の統合性の維持、ならびに一般的な安寧に関すること）、発達の（人間の成長・発達過程、ライフサイクルのさまざまな段階で生じる状態や出来事に関すること）、健康逸脱に対する（遺伝的・体質的欠損や構造的・機能的逸脱とその影響、および医学的診断や治療とその影響に関すること）それぞれについて、周囲の人々からの支援を受けながら調整することも含めた自分自身のための行為。なお行為には知覚し考えること、熟考し内省すること、判断すること、意思決定すること等の知的行為も含む。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究デザインを用いた。

### 2. データ収集施設

高齢者が長期に渡り療養生活を送りながら慣れ親しんだ環境で日常生活を送っている場所であり、身体的・精神的負担とならずに普段の日常生活により近い場面の観察や自然な応答が得られる場所が適していると考え、研究者が非常勤看護職員として勤務する介護老人福祉施設にてデータ収集を行った。なお、データ収集は勤務日以外で行った。

### 3. 研究対象者

繰り返し短期入所を利用している者を含む、介護老人福祉施設に入所中の65歳以上の認知症と慢性心不全の診断のある者5名を対象とした。認知症の重症度は、軽度から中等度の者で言語でのコミュニケーションが可能な者とした。また、慢性心不全に対しては現在も定期的に外来通院を行っている者もしくは薬物療法を継続している者とし、心不全の原因疾患、NYHA分類のステージは問わないこととした。重度の他疾患への罹患により全身状態が不良の者、障害高齢者の日常生活自立度ランクC以上の者は対象から除外した。

#### 4. データ収集方法と期間

認知症高齢者への看護経験のある看護師経験年数4年の第一著者が参加観察と半構成的面接を行った。実施期間は2018年4月から2018年9月であった。

##### 1) 参加観察

対象者に対して勤務している際と同様の看護援助を行いながら、「観察者としての参加者」の立場として対象者の日常生活の様子を観察し、セルフケアに関する言動(目に見える動作、発言、態度、表情等)がみられた場面をフィールドノートに記録した。またセルフケアに関する言動かどうか判断しにくい場合は、自分自身のために行っている行為かどうかを確認するために、対象者に言動の意図を聞きながら参加観察を進めた。

観察対象時間は対象者が主に活動している起床時から就寝時とし、対象者に焦燥性興奮や易刺激性がみられた際には観察を中断した。観察の前に対象者とコミュニケーションをとり、表情や会話などから対象者の精神状態が不安定でないことを確認してから観察を開始し、長時間連続しての観察は行わないようにした。なお第一著者は当該施設での経験年数が1年であったが、研究以前に対象者との直接的な関わりはほとんどなかった。

##### 2) 半構成的面接

対象者のセルフケアをより理解するため、対象者に対してインタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。面接は、参加観察では十分に得られなかった生活に対する思いや意識的に行っているセルフケアを聞く目的で行い、(1)身体や健康についてどのような考えや思いをもっているか、(2)現在の生活や生活の中で関わる人についてどのような考えや思いをもっているか、(3)どのようなことを生きがいや幸せと思っているかについて尋ねた。面接は対象者の精神状態が不安定でないことを確認してから行い、面接を行う前に対象者に同意を得てから録音用ICレコーダーを使用し面接内容を録音した。

#### 5. 分析方法

参加観察と半構成的面接を通して得られたデータの両方を用いて、以下の手順で分析を行った。

##### 1) 個別分析

(1)参加観察によって得られたフィールドノートの記録と、半構成的面接の逐語録から、本研究におけるセルフケアの定義に基づいた「対象者のセルフケア」に関する言動を単位化し元ラベルを作成した。元ラベルは研究者との関わりを含め、なるべくローデータの言葉のまま抜き出し、対象者のセルフケアを捉える上で必要な場合は主語やその時の状況を補足文として( )書きで加え

た。対象者は記憶障害や言語障害のある認知症高齢者であり、その時々に対象者の言動がセルフケアに関する言動かどうか、徘徊等の認知症の行動・心理症状との区別を明確に判断し難い場合もあった。その為、まずはデータ収集を行った第一著者がその場面の対象者の言動がセルフケアに関する言動かどうかを、対象者の普段の様子との比較や対象者の言動の意図を考慮し、セルフケアの定義に基づいて慎重に吟味した上で、対象者の言動がセルフケアに関する言動であると判断した箇所を抜き出し単位化を行った。例えば表1に示したように、同じ廊下を自走している場面であっても、aの場面では対象者の言動から自身の身体のためを思っている行動であると判断しセルフケアとしたが、bの場面では対象者の行動の意図が不明瞭であり、普段の様子と比較をしてもその場面の行動が自分自身のために行っている行動かどうか判断できなかったためセルフケアには含めなかった。その後、研究者間で合意を得てから元ラベルを作成した。

(2)元ラベルをよく読み、セルフケアの意味内容が類似したラベルを集め、その意味内容が損なわないように注意しながら「どのようなセルフケアなのか」を読み取ったものを一文で記述した。この作業をラベルの類似性が感じられなくなるまで繰り返し、最終的に残ったラベルを最終ラベルとした。どのようなセルフケアなのかを表現する際に対象者の意図を誤って解釈しないように研究者間で合意を得ながら対象者のセルフケアを読み取り、記述の際に対象者を主語とする表現になるよう注意した。

(3)本研究は普遍的、発達の、健康逸脱に対するそれぞれのセルフケアに着目してセルフケアを明らかにすることを目的としているため、最終ラベルを普遍的セルフケア、発達のセルフケア、健康逸脱に対するセルフケアの3つに分類した。

##### 2) 全体分析

個別分析で得られた対象者5名分の最終ラベルを、普遍的セルフケア、発達のセルフケア、健康逸脱に対するセルフケア毎に、意味内容の類似性で集め、カテゴリーを導いた。カテゴリー命名の際には個別分析(2)と同様の点に注意すると共に、対象者間で周囲の人々からの支援の程度が異なる場合は、それらの差異を反映したカテゴリー名となるようにした。

#### 6. 信頼性と妥当性の確保

データ収集、分析の過程において認知症看護に精通した複数の研究者とともに合意を得ながら研究を遂行した。

表1 セルフケアと判断した場面と判断しなかった場面の例示

a：セルフケアと判断した場面	b：セルフケアと判断しなかった場面
(夕食終了後、車椅子のハンドリムを両手で押して廊下を自走している。B氏は寝る前まで動いていると話していた。)研究者は「Bさん、これは寝る前まで動いているんですか?」と声をかけるとB氏はハンドリムを押す手を止めて「うん。」と言って頷く。研究者は「あら、大変ですね。」と言うとB氏は「でもね、そうしないとね、身体がだめになっちゃうから。」と話す。研究者は「寝る前まで動いていた方が調子いい感じがします?」と言うとB氏は「そうね。そのほうが調子いいね。」と話す。(B氏は普段、夕食後から寝る直前まで車椅子で廊下を自走している。)	車椅子に乗車し、車椅子のハンドリムを両手で押して廊下を時計回りで自走している。研究者が声をかけるとB氏はハンドリムを押す手を止めて研究者のほうを見て会釈する。研究者が「今何してたんですか?」と言うとB氏は右手を挙げて廊下を指して「今ね、ぐるーっとひと回りしてきた。」と言う。研究者が「疲れませんか?」と言うとB氏は「疲れたね。」と言う。研究者が「ここを回る時ってこっち周り(時計回りの動きを手で示す)の時とこっち周り(反時計回りの動きを手で示す)の時があるのってなにか決めているんですか?」と言うと、B氏は「決めてないね。(右手で大きい円を描く動きをしながら)ただこうやって、ぐるーっとこう回っているだけ。ははは。」と言って笑う。続けてB氏は研究者のほうを見て「よろしくね。」と言って会釈をし、再び正面を向いて車椅子のハンドリムを押して廊下を自走する。

## 7. 倫理的配慮

千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認(承認番号29-115)を得た後に研究を開始した。研究協力施設に研究趣旨と研究方法、倫理的配慮を口頭と文書にて説明し、研究実施の承認を得た。対象者とその家族に対しては、研究趣旨、研究方法、プライバシーへの配慮、個人情報の取り扱い方法、研究参加の自由等について口頭と文書で説明し、書面にて了承を得た。データ収集の際は対象者の身体・精神状態を注視し、十分に配慮しながら行った。

## V. 結果

### 1. 対象者の概要と分析対象データ

対象者の概要と分析対象データを表2に示す。対象者は女性5名であり、年齢は70歳代~100歳代であった。認知症のタイプはアルツハイマー型認知症2名、不明3名であり、NMスケールは17点~21点の中等度であった。全ての対象者は近時記憶障害と時間見当識障害があ

り、C氏とD氏は人物見当識障害もみられた。またB氏、C氏、D氏は会話の中で指示語が多く、喚語困難がみられた。全ての対象者はケア提供者がセッティングを行えば食事を自分で摂取することができていた。またD氏は歩行が可能であったが、それ以外の対象者は移動に車椅子を使用していた。全ての対象者が慢性心不全に対して薬物療法を継続していたが、心不全の重症度については対象施設のカルテ等に記載はなく不明であった。対象者毎に10~27日間の参加観察と、12~25分の面接を1回行った。

### 2. 認知症高齢者のセルフケア

普遍的セルフケアは12カテゴリー、発達のセルフケアは5カテゴリー、健康逸脱に対するセルフケアは11カテゴリーが導かれた。認知症高齢者のセルフケアのカテゴリーの内容を表3に示す。以下、カテゴリーを【 】、またカテゴリーを導き出した代表的な元ラベルを[ ]で示す。

表2 対象者の概要と分析対象データ

対象者	A	B	C	D	E
年齢	100歳代	70歳代	90歳代	90歳代	90歳代
性別	女性	女性	女性	女性	女性
施設入所区分	長期	短期	短期	長期	短期
寝たきり度※1	B2	B1	B1	A2	B1
NMスケール※2	19点	21点	17点	17点	21点
心不全罹患期間	約10年	約10年	約30年	約30年	約30年
心不全の症状	無症状	労作時呼吸困難 下肢浮腫	無症状	無症状	労作時呼吸困難 下肢浮腫
参加観察期間	19日間	16日間	14日間	27日間	10日間
参加観察場面数	39場面	37場面	23場面	29場面	26場面
面接時間	18分間	12分間	18分間	22分間	25分間
元ラベル数	190	109	104	98	112

※1 寝たきり度：障害高齢者の日常生活自立度

※2 NMスケール：N式老年者用精神状態尺度5項目評価

表3 介護老人福祉施設における慢性心不全を併存する認知症高齢者のセルフケアの 카테고리

	カテゴリー	対象者
普遍的セルフケア	自分にとって適切な量・質・形態の食事と水分を摂取する	A, B, C, D, E
	清潔と安全に気を配りながら丁寧に食事を摂取する	A
	自分にとって適切な心の距離感も持ちつつ、温かい気持ちを持って周囲の人と関わり、その気持ちを言葉や行動で表す	A, B, C, D, E
	周囲の人と比較をして自分の行いを確認する	C
	危険な状況をもたらす出来事を防止するために自分なりに考えて行動する	E
	トイレで後に使う人や衛生面にも気を配りながら、必要な部分は援助を受けて排泄する	B, C, D, E
	自分の安寧のために、もしくは周囲の人からの影響を受けて、自分の身体に合わせた休息や身体を動かす活動を行う	A, B, C, D, E
	ケア提供者からきっかけや必要な協力を得ながら、もしくは自らも気が付きながら、可能な範囲で自分で身なりを整える	A, B, C, D, E
	自分の欲求が満たされる活動が行えるように、ケア提供者に伝えるもしくは自らの欲求に合った活動を自ら行う	B, C, E
	ケア提供者からの援助を得て、もしくは自ら自分の心の不安定さに気が付き、自分の心が安定するように行動する	C, D
発達のセルフケア	援助を受けながら食事を摂取するための心の準備を整える	B, C
	安寧な生活を保持するために必要なケア提供者からの援助を受け入れる、もしくは自ら必要だと思ったことを家族やケア提供者に依頼する	A, B, C, D, E
	齢を重ねた身体を受け入れる	A, C, D
	今の健康を維持したり、より健康に生きていくことを望む	A, B, C, D, E
	今の生活が充実するような自分にとっての楽しみを見つける	A, B, D
	家族や自分の周りの人と良好な関係を構築する	B, E
	身近な人を通じて生死に対して思いを巡らせる	A
	過去の経験が記憶に残っているかどうかにかかわらず、今の自分の身体感覚を認識する	A, B, C, E
	身体の不調に対して行っている方策や薬の効果を評価する	B, C, D, E
	健康逸脱に対するセルフケア	自分の身体や心にとって良い行動をするように意識する
過去に自覚した症状や医療者から言われたことをとところどころ記憶している		A, D, E
自分の身体に生じ得る不測の事態に対して因果や対策を練る		A, E
自分の身体や健康のための行いに自信を持つ		A
ケア提供者から勧められた身体の不調に対する方策によって生じた不快な点に対して自分で調整する		E
自分で身体の不調を自覚し、自らもしくはケア提供者からの援助を受けながら、自分にできる対処を行う		A, B, C, D, E
ケア提供者と一緒にもしくは自ら、自分の身体に異変がないかどうかを気にかけている		B, C, D
家族やケア提供者から行われる治療的介入に対して、自分でも可能な範囲で必要な行動をする		A, B, C, D, E
過去の医療者からの助言内容を記憶していない場合もあるが、今、家族や医療者から自分の身体のために行われる援助を受け入れる		B, D, E

### 1) 普遍的セルフケア

普遍的セルフケアは、A氏9、B氏9、C氏11、D氏10、E氏10の計49の最終ラベルによって12カテゴリーが導き出された。普遍的セルフケアは対象者が自ら行っているもの、ケア提供者からサポートを受けながら行っているもの、またその両者が混在しているものがみられた。さらに、精神状態を安定させるためのセルフケアもみられた。以下、代表的なカテゴリーとカテゴリーを導き出した代表的な元ラベルを示す。

【自分にとって適切な量・質・形態の食事と水分を摂取する】は、基本的に食事や水分も決まった時間に、決められた内容のものが提供されている介護老人福祉施設において、対象者が自分なりに工夫をしながら食事や水分を摂取している様子から導き出された。

〔(昼食終了後) 研究者が「お腹いっぱいになりました?」と言うとC氏は「お腹いっぱいになるくらい食べないよ。」と話す。研究者は「あ、お腹いっぱい食べないようにしているんですか?」と言うとC氏は頷きながら「そうそう。あまり量食べられないから。」と話す。(C氏は1日を通して食事摂取量は少なめであり普段は約3割程度しか摂取していない。)]

【ケア提供者からきっかけや必要な協力を得ながら、もしくは自らも気が付きながら、可能な範囲で自分で身なりを整える】は自ら気が付くこともあったが、ケア提供者からの声かけ等もきっかけにしながら、自分のできる範囲で身なりを整えている様子から導き出された。

〔(昼食後) 研究者は口腔ケアの道具をB氏の正面のテーブルにおき「Bさん、歯磨きしてください。」と声

をかける。B氏は口腔ケアの道具を見て表情を変えずに「いい。」と言う。研究者は「どうしてですか？」と言うとB氏は研究者のほうを見て無表情のまま「できないのよ。」と言う。研究者は「じゃあうがいがいいにしましょうか。うがいはできますか？」と言うとB氏は頷き、前傾姿勢となり、コップを持ってうがいをコップの水がなくなるまで繰り返す。その後歯ブラシも持って歯を磨く。研究者は「口拭きますか？」と言ってB氏にちり紙を差し出すと、B氏はちり紙を受け取り口の周りを拭く。]

【安寧な生活を保持するために必要なケア提供者からの援助を受け入れる、もしくは自ら必要だと思ったことを家族やケア提供者に依頼する】は施設で快適に過ごすためのケア提供者からの援助を受容したり、その時必要なサポートを自ら求めている様子から導き出された。

【デイルームで車椅子に乗車し正面の椅子に足を挙上して寝ていたが、開眼して辺りを見渡して右手を挙げている。研究者はE氏に近き「Eさんどうかしましたか？」と声をかける。E氏は少し考え込んでから、右手で下肢をさすりながら「あ、ちょっと寒くなったからなんか掛けるものないかしら？」と話す。研究者は「Eさん、足が寒いですか？」と言うとE氏は「うん、足ってというか全体的に、なんか急に寒くなったんですね。」と話す。]

【ケア提供者からの援助を得て、もしくは自ら自分の心の不安定さに気が付き、自分の心が安定するように行動する】は対象者が精神状態を落ち着けようとしている様子から導き出された。

【D氏は廊下のベンチに座って窓の外を見ている。D氏は窓のほうを指差して、「私はね、あその細い煙突みたいなのが好きなの。」と穏やかな表情で話す。D氏は窓の外を眺めたまま、「その前にある葉っぱがゆらゆら揺れたりしているのを見るの。あの、気持ちだね、落ち着かなくなる時とかあるじゃない。そうすると、ここに座ってそういうのを見るの。」と話す。研究者は「ここでそういうのを見てると落ち着いてくるんですか？」と言うとD氏は「そうね。ここの葉っぱ見たりしてね、そうやって落ち着けるのよ。」と話す。研究者は「Dさんがよくここに座っているのは、外の景色を見て心を落ち着かせているんですね。」と言うとD氏は微笑んで頷く。]

## 2) 発達のセルフケア

発達のセルフケアは、A氏4、B氏4、C氏4、D氏4、E氏4の計20の最終ラベルによって5カテゴリーが導き出された。発達のセルフケアの5カテゴリーは自分

らしい生活を送るために、個々独自の長い人生経験を有している高齢者だからこそ発揮されていた内容であった。以下、代表的なカテゴリーとカテゴリーを導き出した代表的な元ラベルを示す。

【**齢を重ねた身体を受け入れる**】は自分の年齢や老いによる変化を認め、受容している様子から導き出された。

[(A氏の面接中、研究者がこれから先どのように過ごしていきたいか聞くと) これから先のが心配だよね。やっば年とってくっからね。やっば年にはかなわないよね。]

【**今の健康を維持したり、より健康に生きていくことを望む**】は、自分の身体について考え、自分の健康を願っている様子から導き出された。

[(E氏の面接中、生きているうえで大切にしていることを聞くと) まあやっぱり自分の命でしょうね。命がなかったらなんにもできませんもんね。だから、みなさんと肩を並べていられるような健康を自分で維持していかなくちゃっていつもそう思っています。]

## 3) 健康逸脱に対するセルフケア

健康逸脱に対するセルフケアは、A氏7、B氏6、C氏9、D氏8、E氏9の計39の最終ラベルによって11カテゴリーが導き出された。健康逸脱に対するセルフケアも普遍的セルフケアと同様に対象者が自ら行っているもの、ケア提供者からサポートを受けながら行っているもの、またその両者が混在しているものがみられた。また本研究の対象者は自身が心不全を患っていることを記憶していなかった。以下、代表的なカテゴリーとカテゴリーを導き出した代表的な元ラベルを示す。

【**過去の経験が記憶に残っているかどうかにかかわらず、今の自分の身体感覚を認識する**】は、その時々自身の身体感覚を認識していた様子から導き出された。

[(介護士からの情報で、本日の昼頃眩暈の訴えがあったとのこと。) 研究者は「Eさん、今日昼間目眩がしたんですか？」と話す。E氏は「どうだったかしらねえ。そうだったかは分からないけど、でもなんか調子が悪かったみたいね。」と話す。研究者は「今はもう大丈夫なんですか？」と言うとE氏は笑顔で「今は大丈夫です。」と話す。]

【研究者が「お風呂入ると疲れませんか？」というときA氏は「やっぱり疲れるね。」と言って右手で胸部をさすっている。]

【**家族やケア提供者から行われる治療的介入に対して、自分でも可能な範囲で必要な行動をする**】は内服等のケ

ア提供者から治療的介入が行われる際に、協力的な姿勢でその行為に参画している様子から導き出された。

【B氏は車椅子に乗車し廊下を自走している。介護士が与薬の為にB氏に止まるように声をかけるとB氏はダイルームのテーブル横で自走を止め、介護士が薬の準備をするのを待っている。B氏の横のテーブルに介護士がコップを置くとB氏はそのコップに視線を移す。介護士が薬の袋を切ると、B氏はその動作に視線を移す。介護士が薬の袋をB氏の口元に近づけると、B氏は口を開けて頸部後屈する。介護士はB氏の口の中に薬を入れて、B氏の左手にコップを渡す。B氏はコップの水を3口飲み、コップをテーブルの上に置く。左手で口元を拭いて胸元を2回撫で下ろす。】

【ケア提供者と一緒にもしくは自ら、自分の身体に異変がないかどうかを気にかけている】は、自分の身体について自ら気にかけている様子や、ケア提供者からの声掛けをきっかけに気にかけている様子から導き出された。

【(C氏の面接中、研究者が心不全と言われたことはないかを聞くと) ない。それは。それだったら、おっかないもんね。(研究者は心不全だとおっかないって思うか聞くと) 思うよやっぱし。】

【研究者は「足のむくみとかはないですか?」と言うとD氏は「うん、自分では気にならないから、大丈夫だと思うけど。」と話す。(研究者はD氏の足を見て確認し,) 研究者が「大丈夫ですね。」と言うとD氏も自分で足をみて、「ね。皺があるもんね。」と話す。】

## VI. 考 察

### 1. 認知症高齢者のセルフケアの特徴

本研究は介護老人福祉施設を利用している認知症の重症度が中等度の高齢者を対象とした研究であり、併存する慢性心不全の症状が無症状の者も対象に含まれていた。そのような対象者のセルフケアを導き出した結果として、認知症高齢者のセルフケアの特徴を考察する。

オレムは普遍的セルフケア要件を充足するための一般行動<sup>18)</sup>として、「呼吸、水分、食事の摂取を乱用することなく快適に享受する」等を挙げている。本結果の普遍的セルフケアと比較すると行動として行っているセルフケアは類似しているが、本研究ではケア提供者からサポートを受けながら行っているセルフケアがみられた。高齢者がセルフケアを発揮していくためには周囲のサポートは必要不可欠であり<sup>14), 19)</sup>、特に認知症高齢者は認知機能低下やADLの低下によってセルフケアを遂行するために周囲のサポートを要する部分が多い。しかし

サポートを要する場合もただ受動的にケアを受けているのではなく、行為を行うきっかけや必要な援助等のケア提供者からのサポートを受けることでセルフケアが発揮される場合や、認知症高齢者自らが必要なサポートを求めながらセルフケアを発揮している場合があり、ケア提供者からのサポートを受けながらセルフケアを発揮しているという特徴があった。また普遍的セルフケアには精神状態を安定させるために行うセルフケアがみられた。Clareら<sup>20)</sup>は施設で暮らす認知症高齢者が不安や寂しさなどの心理的苦痛を経験していることを報告しており、認知症高齢者は記憶障害や見当識障害等により、生活する上で不安になったり平穏ではいられない状況が生じやすい。本結果もそのような状況の中でみられたセルフケアであり、認知症高齢者はそのような状況において自分自身の心を安定させるためのセルフケアを発揮しているという特徴があった。

金子<sup>21)</sup>は、オレムの示した発達のセルフケア要件の生命過程を支え発達過程を促進する状態とは各発達段階の発達課題そのものであると述べている。Newman<sup>22)</sup>が老年期の発達課題として挙げている、老化に伴う身体的変化に対する対応、新しい役割や活動へのエネルギーの再方向づけ、自分の人生の受容、死に対する見方の発達は、本研究でみられた発達のセルフケアと類似している。これは、発達のセルフケアが認知症や慢性心不全を有しているからというよりもむしろ、個々独自の長い人生経験を重ねた高齢者だからこそみられたセルフケアであることを示しており、認知症を有していても、高齢者としての老いのプロセスに沿って身体的社会的変化を受け入れ、自身のありたい姿を持っているという特徴があった。

健康逸脱に対するセルフケアは、認知症と慢性心不全を有しているからこそ行っているセルフケアがカテゴリーに必ずしも象徴されてはいなかった。それは本研究が認知症高齢者本人の言動からみられるセルフケアを明らかにしたものであり、対象者は記憶障害により自身が認知症や慢性心不全を患っているということを認識していなかったことが理由として考えられる。認知症高齢者を対象としていない研究<sup>13)</sup>では、慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整は、心負荷を回避するために周囲の環境を整え、心機能や体力の限界を考慮し、負荷となる行動は避けて自分のペースを保っていること等が明らかになっている。本結果において、自分のペースで健康を維持しようとする行動はみられたが、認知症高齢者の場合、その行動を行うきっかけや動機が病理理解や過去の経験から行っているとは限らず、行為を行う

きっかけや必要な援助等のケア提供者からのサポートを受けることでセルフケアが発揮されたり、ケア提供者から行われる治療的介入に対して協力的な姿勢でその行為に参画するという形で発揮されるセルフケアもあることが特徴的であった。また、本研究の対象者がその時々の自身の身体感覚を認識していたことから、認知症高齢者は自身がどのような疾患を患っているのかということは記憶していない場合であっても、自身のその時の身体感覚を意識することは可能であり、その時々の自分の感覚を基にして身体状態を認識している可能性が示唆された。

また本研究はデータ収集や分析過程において、表出された言動をセルフケアとしての行為かどうかをどのように見分けるのかという点で困難さがあった。対象者に対しコミュニケーションを図りながらの注意深い観察、普段の様子との比較、言動の意図の確認等を行い、その人自身やその人の思いを理解することでセルフケアとして見出したものもあるが、そのような工夫を行っただけでも、認知症の行動・心理症状と明確に区別しセルフケアと判断できない部分もあった。認知症高齢者は認知機能の低下により自分の思いをあるがままに表出することが困難な場合もあり、服部の研究<sup>23)</sup>では、介護老人施設で暮らす軽度認知症高齢者の自分の《行動の意味をわかしてもらえない》経験を明らかにしている。それゆえケア提供者からセルフケアが不可能であると捉えられることも多いが、本結果から決してセルフケアを行っていないのではなく、セルフケアを行ってはいるが周囲からは捉えにくく、その行為がセルフケアかどうか判断しにくいという点も認知症高齢者のセルフケアの一つの特徴であると考えられる。

## 2. 看護実践への示唆

大津の研究<sup>15)</sup>では、認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の看護支援が困難と感じる状況として、心不全の自覚症状の聞き取りが困難であること、説明しても理解が得られないことが上位に挙げられていた。認知症高齢者の言動の意図を理解せずに、慢性心不全の疾病管理に関連した健康逸脱に対するセルフケアのみに着目してその人のセルフケアをみることは、セルフケアが不可能であり受動的にケアを受けている人として捉えることにつながる可能性がある。本研究は普遍的セルフケア、発達のセルフケアにも着目し、対象者のこれまでの人生経験や今どうしたいのか、どうありたいのかという身体や生活に対する思いを理解しながら、対象者の言動から可能な限りのセルフケアを捉えていった。つまり認知症高齢者のセルフケアを捉える上で、オレムのセルフケア理

論を活用し、セルフケアを普遍的、発達の、健康逸脱に対する3つの視点から見ると、周囲からは捉えにくい認知症高齢者が発揮している多様なセルフケアをケア提供者が捉えられる可能性があることが明らかとなった。

またセルフケアにはケア提供者からのサポートを受けることで発揮されるもの、高齢者自身が自ら必要なサポートをケア提供者に求めながら行っているものがあつたことから、認知症高齢者がセルフケアを発揮するためにはケア提供者がどのようにサポートをするのかも重要である。認知症高齢者に対してはついサポートをしすぎてしまうケア提供者も多くみられるが、ケア提供者は認知症高齢者一人一人が真に必要としているサポートの種類や程度を見極める必要があり、そのような過不足のないケアを提供することで認知症高齢者のセルフケアの発揮を引き出すケアへとつながる可能性が示唆された。

## VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は介護老人福祉施設という生活や疾病を管理されている環境下で得たデータであり、対象者は5名と少なく性別や疾患の重症度に偏りもあるため結果の一般化には限界がある。また研究者がケア提供者として対象者と関わりながら得たデータであり、対象者の言動をセルフケアと捉えるかどうかは研究者の実践能力や思考能力に限定されたものである。今後は対象施設、対象者を増やして検討を重ね、認知症高齢者のセルフケアの発揮を促すような援助方法を確立していくことが課題である。

## VIII. 結論

介護老人福祉施設に入所している慢性心不全を併存する認知症高齢者は、自身が認知症や慢性心不全を患っているという認識はなかったが、常にサポートを行うケア提供者が近くにいる環境下の中で多様なセルフケアを発揮していた。セルフケアには自ら行っているもの、ケア提供者からのサポートを受けることで発揮されるもの、高齢者自身が自ら必要なサポートをケア提供者に求めながら行っているものがあつた。慢性心不全に関連した健康逸脱に対するセルフケアのみではなく、普遍的セルフケア、発達のセルフケアも含めてみることで、その人が発揮している多様なセルフケアをケア提供者が捉えられる可能性があることが明らかとなった。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆様とご家族の皆様、施設職員の皆様方に心より感謝申し上げます。

本論文は千葉大学大学院看護学研究科における修士論文の一部を加筆・修正したものであり、本研究の一部は第24回日本老年看護学会学術集会にて発表した。なお、本研究における利益相反は存在しない。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/gaikyo.pdf> (2020/ 5 /20)
- 2) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）。 [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf) (2020/ 6 /29)
- 3) 朝田隆：厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年度～平成24年度総合研究報告書。 [http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report\\_Part1.pdf](http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf) (2020/ 7 / 9)
- 4) 奥村朱美, 内田陽子：介護老人保健施設入所中の認知症高齢者のニーズの特徴, 老年看護学, 13(2)：97-103, 2009.
- 5) 日本心不全学会：高齢心不全患者の治療に関するステートメント。 [http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement\\_HeartFailure.pdf](http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailure.pdf) (2020/ 2 / 5)
- 6) 小林剛一, 平形ひとみ, 井上まさよ, 横山貞子, 石田美紀, 望月栄美, 高坂寛之, 関口文子, 中村幸男：特別養護老人ホームにおける看取りの意義に関する研究, The KITAKANTO Medical Journal, 68(1)：31-41, 2018.
- 7) 日本循環器学会, 日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン。 [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017\\_tsutsui\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf) (2020/ 6 /29)
- 8) Martin F, Turner A, Wallace L. M, Choudhry K, Bradbury N: Perceived barriers to self-management for people with dementia in the early stages, Dementia (London), 12(4): 481-493, 2013.
- 9) Orem Dorothea E (2001/小野寺杜紀訳)：オレム看護論看護実践における基本概念（第4版），医学書院, p.42, 2005.
- 10) 前掲書9), p.21.
- 11) 前掲書9), p.46.
- 12) 岩瀬緑, 宮崎徳子, 山田紀代美編集：事例を用いた高齢者の看護過程の展開—セルフケアモデルを使って, ヌーヴェルヒロカワ, p.15-19, 2003.
- 13) 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.
- 14) 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, 3：1-10, 2010.
- 15) 大津美香：介護老人福祉施設の認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の看護支援の際に看護職員が抱く困難と看護支援の実態, 日本循環器看護学会誌, 9(2)：30-38, 2014.
- 16) 田口ますみ, 原祥子, 小野光美, 日野雅洋：認知症を有する高齢慢性心不全患者の家族がとらえる心不全増悪徴候, 老年看護学, 21(2)：42-50, 2017.
- 17) 前掲書9), p.61-63.
- 18) 前掲書9), p.213.
- 19) Ploeg J, Canesi M, K D. Fraser, McAiney C, Kaasalainen S, Markle-Reid M, Dufour S, Garland Baird L, Chambers T: Experiences of community-dwelling older adults living with multiple chronic conditions: a qualitative study, BMJ Open, 9(3): e023345, 2019.
- 20) Clare L, Rowlands J, Bruce E, Surr C, Downs M: The experience of living with dementia in residential care: an interpretative phenomenological analysis, Gerontologist, 48(6): 711-720, 2008.
- 21) 金子道子：ヘンダーソン, ロイ, オレム, ペプロウの看護論と看護過程の展開, 照林社, p.164-166, 1999年.
- 22) Barbara M Newman, Philip R Newman (1984/福富護訳)：新版 生涯発達理論学 エリクソンによる人間の一生とその可能性, 川島書店, p.452-464, 1988.
- 23) 服部紀子, 安藤邑恵, 中里知広, 池田沙矢香, 青木律子：介護老人施設で暮らす軽度認知症高齢者の日常での経験, 横浜看護学雑誌, 4(1)：63-70, 2011.

SELF-CARE OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA AND CHRONIC HEART FAILURE  
IN NURSING HOMES:  
BASED ON THE THEORY OF SELF-CARE BY DOROTHEA OREM

Yuri Fukazawa <sup>\*1</sup>, Yuria Yamasaki <sup>\*2</sup>, Yuki Yamashita <sup>\*3</sup>, Harue Masaki <sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>: Doctoral Program student, Graduate School of Nursing, Chiba University

<sup>\*2</sup>: Graduate School of Nursing, Chiba University

<sup>\*3</sup>: Graduate School of Nursing, Faculty of Nursing, Kansai Medical University

KEY WORDS :

self-care, dementia, chronic heart failure, nursing home, Orem's nursing theory

The purpose of this study is to identify upon the self-care of older people with dementia and chronic heart failure. A qualitative descriptive study design identifies self-care based on what older people say and how they behave, and classifies them into three types (universal self-care, developmental self-care, and health deviation self-care) in Dorothea Orem's theory of self-care. Five people – aged between 70 and 100 years and who had been diagnosed with both dementia and chronic heart failure, and who were residing in a nursing home – participated in the study. We conducted observations and semi-structured interviews with the participants and collected their behavioral and narrative data regarding self-care. We then analyzed the data qualitatively.

We identified 12 categories as universal self-care, including [Eating and drinking appropriate quantity, quality, and forms of meal and water], [Taking actions to stabilize their minds, while getting assistance from caregivers or noticing instability of the mind]; five categories as developmental self-care, including [Accepting their bodily conditions as they age], [Hoping to live healthier while maintaining their current health]; and 11 categories as health deviation self-care, including [Paying attention to their health conditions with caregivers or by themselves] and [Paying attention to their health conditions with caregivers or by themselves].

Older people demonstrated self-care with support from caregivers. The results clarify that caregivers can better understand the various self-care needs of older people by regarding them from the perspective of not only health deviation self-care, but via lenses of universal and developmental self-care.