

生活習慣改善にかかる自己効力感や行動目標達成率は、介入群においていずれの指標も顕著に改善がみられていた。さらに、QOLや抑うつ指標も介入群において顕著に改善していたことから、本介入プログラムは有効であったと考える。介入効果が長期的にも継続するかについて、引き続き観察を続ける必要がある。

効果の現れたプロセスについては、自己効力感やQOL、抑うつに顕著な改善がみられていることから、患者の自己管理を教育支援する看護師の介入による効果が大きいことが推測される。患者が知識を得ることで病気に関する自己管理の方法を知り、実施し、看護師の支援を受けることによって病気の管理に自信が付き、自己効力感が上がり、自己管理行動の目標達成度も上昇したと考えられる。河口（2005）らの研究によると、生活習慣改善など自己管理行動の実施は患者個人のみでは6ヶ月で約半数の患者に自己管理行動の低下がみられることが報告されている。本研究では、患者の自己管理行動が看護師の定期的な支援によって継続され、行動変容や臨床指標の改善につながっていると言える。

改善状況とその要因の検討

(1) 危険因子の明確化とその自覚を促すこと

初回面接において、危険因子の特定と療養のポイントを丁寧に説明し、自覚を促し、対処方法を教えることが改善につながったと考える。

(2) かかりつけ医との連携

定期受診、内服治療遵守を参加者に促し、参加者の状況をかかりつけ医に報告するなど かかりつけ医とのコミュニケーションを促すことによって、治療連合が図れたと考える。これによって、患者はかかりつけ医に対して信頼感を増し、治療に対しての積極性を高めていたことも自己効力感の上昇の要因になったと考える。

(3) 日々のセルフモニタリング行動が強化されたこと

毎月、目標を設定し、手帳に毎日記録することで、介入群においてはすべての項目で目標達成度が上昇し、生活習慣の改善が起きていた。

(4) 担当看護師による心理的サポートの有効性

参加者の言葉からも、「常に誰かが見ていてくれること」がやる気と継続につながったと考える。心理状態においては、うつ尺度得点の改善が介入群で顕著にみられ、QOLでも得点の上昇（改善）がみられた。

これらの結果から、本研究の仮説である脳梗塞の患者は看護師の教育支援によって、①病気や療養行動に関する知識が向上し、②療養行動（セルフマネジメント行動）が身につく（血圧測定、食事療法、リハビリテーションの実施率と目標達成率の向上、療養の実施の自信）、その結果、③血圧をはじめとする生理学指標が改善し、④QOLが向上し、抑うつが低減するとともに、⑤脳梗塞の再発予防ができ、死亡率の低下につながるという仮説が支持されたと考える。

3. プログラム介入の必要性と有効性に関する検討

1) 学習支援型教育を提供する必要性と重要性

看護師が、継続的に電話や面接で学習支援型教育を提供する必要性と重要性について、

まとめた。

(1) 学習によって身に付けた自己管理能力の重要性

食事・運動療法による効果を、患者本人の血液データやセルフモニタリングの値を交えて看護師が説明することで、患者の理解や行動変容が進み、明らかに自己管理能力が向上している。さらに、血圧の上昇が続いたためかかりつけ医を定期受診日以外に受診するなどといった、臨床指標から異常を患者自らが判断し、対処する能力も向上していた。

また、看護師が定期的に肯定的なフィードバックを行うことから、患者は「自分が頑張ったことで病気が改善していること」を理解し、「誉めてくれる人がいることで頑張れる」と動機付けられていた。このようなモチベーションの向上が、食事・運動療法やセルフモニタリングの継続につながっていた。

(2) 専門的知識を有する第三者が関わることの重要性

プログラムに参加した対象者の家族の多くが、「これまでも何度も（生活習慣を）注意したが聞き入れてもらえず、絶えず言い合いをしていた。医療者が注意をしてくれることによって、（対象者が）聞くようになってくれた」と述べている。さらに家族が減塩食について理解してくれないといった患者の家族に、家族全員に減塩食の必要性があることを専門家である看護師が電話や手紙で伝えることによって、家族の協力が得られるようになったと述べた患者もいた。このように、患者だけでなく家族にまでも医療者が関わることによって、行動変容を起こさせ生活習慣の改善が起きやすくなることが観察されている。

(3) 家庭を訪問する利点

本プログラムでは、可能な者に対しては家庭訪問を行った。自己申告では「塩分は控えている」といいながら、台所を観察すると練り物を醤油で煮込んだものを毎日3食摂取するといった申告とは異なる生活の実態が明らかになり、実態に即した具体的な指導が可能となっている。また、内服の間違いやヘルパーへの食事指導の必要性など、家庭訪問をして初めてわかる実態も多く、さらに、家族も含めた指導が可能となることから、費用対効果については検討する必要があるが、家庭を観察する重要性も認識できた。

(4) 具体的な改善方法をわかりやすく説明する必要性

生活改善の重要性に関する認識レベルは対象者によって異なるものの、「懇切丁寧に、何度でもわかりやすく教えてくれることはありがたい」と一様に感想を述べており、患者の生活に基づいた具体的な指導を行うことの効果は大きい。このように、長期に関わることで、季節（冬場や夏場）や行事（正月や盆など）の対処方法の学習機会が得られ、個別の指導が強化されることも重要な特徴である。

(5) 衝撃後の不安を和らげる支援となる役割

脳梗塞では、麻痺などの障害を伴う者もあり、精神的なダメージは大きく、特に一人暮らしの者からは「聞いてもらえることで、心の支えになっている」といった感想が述べられており、このプログラムを実施する看護師が精神的な支えになっていることが伺えた。

(6) 脳梗塞後遺症である抑うつ¹の早期発見と支援

本プログラムにおける抑うつ¹の改善効果は高かった。介入を行わない場合、脳梗塞発症後1年の患者のうちの約38.7%がうつ¹を発症する (Aben, et al., 2002)、また、発症頻度が高いのは3~6ヶ月 (Castillo, et al., 1995) との報告がある。また、症状もうつ特有の不眠や気力の低下のほか、頭痛の訴えも多い。しかし、本研究では、初回にCES-Dを用

いて抑うつ程度をアセスメントし、認知への介入などの支援を行った。また、電話のたびに、担当看護師が脳梗塞の後遺症として抑うつがあることを患者に説明し、認知への介入を行い、かかりつけ医に報告することによって、早期の対処ができ、これが結果の改善につながったと考える。

(7) 包括的アプローチの重要性

脳梗塞は、複数の危険因子が相乗して発症することから、複数の疾患や症状を有する者が多い。本研究の担当看護師が対象者の状態を、家庭環境や治療環境も含めて総合的にアセスメントし、患者とかかりつけ医の双方向に確認と助言をすることによって、包括的な疾病管理が可能となる。

(8) データ管理を行う役割の重要性

本研究では、担当する看護師が対象者のデータを常に管理し、変動を観察しながら、対象者とかかりつけ医にフィードバックしており、これらが治療や行動変容に反映される利点も観察された。

(9) 病気の理解を深め、対処スキルを身に付けることの重要性

脳梗塞の再発、TIA 発症、虚血性心疾患の合併を起こした者がいたが、いずれも、本プログラムで学んだ症状（兆候マネジメントスキルの学習）によって早期に発見し、学んだ対処行動に従って受診行動をとり、治療の遅れによる悪化が回避された。繰り返し病気に関して教育を行うことで、患者の知識が深まり、それが対処行動につながった。

(10) 患者の相談できる時間を確保することの重要性

脳梗塞の患者は何らかの自覚症状を有することが多く、それによって不安を抱える患者も少なくない。本プログラムでは、タイムリーに面談や電話によって患者の抱える些細な相談に乗ることが出来ている。また、その内容もかかりつけ医にフィードバックすることで、かかりつけ医も患者の抱える問題を早期に把握し対処することが出来ている。

(11) 分かりやすい評価方法の提示

本研究では、総合的な評価指標として Framingham Risk Score (CVD) を、危険因子ごとの評価指標を患者に明示し、これを目標に患者の努力を促してきた。指標を提示することによって、患者は血液検査の際には自身で照らし合わせて目標範囲に入っているかを確認することができていた。このような明確な評価を提示することによって、患者が状態を把握しやすくなり、セルフモニタリングや生活習慣改善へのモチベーションにつながっていた。

4. 研究の限界と今後の方向性：分析方法と対照群の取り扱い

プログラム進行中であり、症例数がそろっていないことから、今回の分析では臨床指標で正規性が取れなかった項目も多くみられた。脳梗塞は危険因子を複合して持っている患者も多く、病型によって危険因子も異なり、かかりつけ医によっては危険因子とみなさないものについては検査を行わないことから、欠損も多くみられた。途中経過ではあるが、多くの指標において有意差がみられたことから、目標症例数まで症例数を増やし、最終的には評価指標の病型別分析も行う計画である。

また、生理学的評価指標と目標達成率のいくつかにおいて、介入群と対照群の両群で同じような改善の変化が起こっていた。これは、倫理的配慮から、対照群の患者にも、初回

の面談のみではあるが、療養指導を行ったことから、この影響があったと考えられる。本研究の仮説から考えると、ベースラインの自己効力感の高い患者では、1回の指導により脳梗塞再発に関しての知識が高まり、セルフモニタリングや内服遵守が実施されており、これが生理学的指標の改善につながったと考えられる。

E. まとめ

本研究では、自己管理行動スキルを獲得するための学習支援型教育プログラムを、脳梗塞及び一過性虚血発作を発症した対象者に提供し、評価指標の改善を観察している。現時点で174人の対象者を介入群と対照群の2群に分け、介入を行っている。現評価時点においては、すべての評価項目において改善がみられ、特に自己管理行動の目標達成度、自己効力感、うつ、QOL（日常役割機能、全体的健康感、健康の推移）のほか、収縮期血圧と拡張期血圧、総コレステロールとLDLコレステロール、空腹時血糖、Framingham Risk Score：CVDにおいて統計的に有意な改善が認められており、介入の効果を立証できていると推測される。また本プログラムの実施を通して、今後の改善に向けた多くの示唆を得ることができている。

《参考文献》

- Aben, I., Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F., Wojciechowski, F., Honig, A.(2002). Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients: A 1-Year Prospective Follow-Up Study. *Stroke*, 33, 2391-2395.
- Castillo CS, Schultz SK, Robinson RG.(1995). Clinical correlates of early-onset and late-onset post stroke generalized anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1174-1179.
- D'Agostino RB., Vasan RS., Pencina MD., Wolf PA., Cobain M., Massaro JM. and Kannel WB.(2008) General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: The Framingham Heart Study. *Circulation*, 117, 743-753.
- Dickinson, HO., Manson, JM. and Nicolson, DJ. et al.(2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of hypertension*. 24, 215-233.
- Fukuhara, S., Bito, S., Green, J. (1998). Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1037-1044.
- Fukuhara, S., Ware, JE., Kosinski, M. (1998). Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1045-1053.
- 橋本洋一郎, 渡邊進, 平山好文, 山鹿真紀夫 (2009). 脳卒中地域連携パス, 治療 91(11), 2571-2576.
- Hata, J., Tanizaki, Y., Kiyohara, Y., Kato, I., Kubo, M., Tanaka, K., Okubo, K., Nakamura, H., Oishi, Y., Ibayashi, S., & Iida, M. (2005). Ten year recurrence after

- first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 368-372.
- 磯博康 (2008). 脳卒中の危険因子と罹患・死亡の動向. 医学の歩み 特集 脳卒中のパラダイムシフト—Brain attack 時代の最新動向. 医歯薬出版, 23-27.
- 河口てる子、東めぐみ、横山悦子、中西睦子、水流聡子 (2005). 糖尿病自己管理教育(食事療法)の高度専門看護実践アルゴリズム試案「認知と行動」に依拠するアルゴリズムは可能か. *看護研究*, 38 (7), 59-72.
- 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 (1996). 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連. *心身医療学会*, 36 (6), 500-505.
- 清原裕 (2008). 心血管病の時代的推移と現状. *脈管学*, 48, 443-448.
- 小林祥泰編集 (2009). 脳卒中データバンク 2009. 中山書店
- 厚生統計協会編集 (2009). 国民衛生の動向 2009/2010. 厚生統計協会
- 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室 (2010) 平成 21 年国民健康・栄養調査結果の概要 第 2 章 たばこ、飲酒に関する状況. (結果報告 2010.12.7) 厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000xtwq-img/2r9852000000xucf.pdf> (2011/11/30 取得)
- Kraus, WE., Houmard, JA. and Duscha, BD. et al.(2002). Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med.*, 347(19), 1483-1492.
- 松本昌泰, 森山美知子, 長束一行 (2010). 脳卒中及び心筋梗塞の再発予防のための医療機関における保健指導(患者教育)の実態調査, 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業. 保健指導を中心とした地域における脳卒中及び心筋梗塞の再発予防システムとエビデンス構築に関する研究 平成 21 年度 総括・分担研究報告書, 67-116.
- 峰松一夫監修, 横田千晶編集 (2010). 脳卒中レジデントマニュアル. 中外医学社. 255-256
- 森山美知子, 中野眞寿美, 古井祐司, 中谷隆 (2008). セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討. *日本看護学会誌*, 28(4), 17-26.
- Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., & Nakaya, T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 6, 51-63.
- Prochaska J.O., Velicer W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change, *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 11(3), 385-401.
- 篠原幸人, 小川彰, 鈴木則宏, 片山泰朗, 木村彰男, 脳卒中合同ガイドライン委員会編集 (2009). 脳卒中治療ガイドライン 2009. 協和企画.
- Wister, A., Loewen, N., Kennedy-Symonds, H., McGowan, B., McCoy, B., Singer, J. (2007). One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk. *CMAJ*, 177(8), 859-865.

脳卒中患者の再発予防教育（保健指導）プログラムの構築 —セルフマネジメント教育を主眼とした疾病管理プログラム—

本稿では、急性期病院を退院した後、地域で在宅療養を送る脳卒中患者に対する保健指導プログラムについて、その開発プロセスとプログラムの構造について解説する。

1. 保健指導プログラムの構造

本プログラムは、脳卒中の再発予防、すなわち基礎疾患（危険因子）のコントロールを主目的とし、そのために、患者自身が自己管理（セルフマネジメント）行動を身に付けることをゴールとしている。したがって、セルフマネジメント教育（保健指導）を以下のように操作的に定義し、これに沿ってプログラムを構築した（図1：網掛け部分）。

セルフマネジメント教育（保健指導）：医療者は患者とパートナーシップを築き、患者に医療者や家族、ピアサポートの活用方法を教え、医療者と対話でき、データを見ながら自己の行動を評価し修正できるように、必要な疾患・データの読み方の知識を提供すると共に、これによって動機付けを行う。適切なセルフマネジメント行動が取れるよう、食事、活動・運動・休息、ストレスマネジメント、加えて、疾患特有の症状マネジメントや兆候マネジメント（どのようなときに医療機関にかかる必要があるのか等）、薬剤管理の方法などの知識を提供し、患者自身がこれらの知識をもって、周囲のサポートを活用しながら療養行動に関する意思決定を行い、重症化予防を図ることができるように支援する。

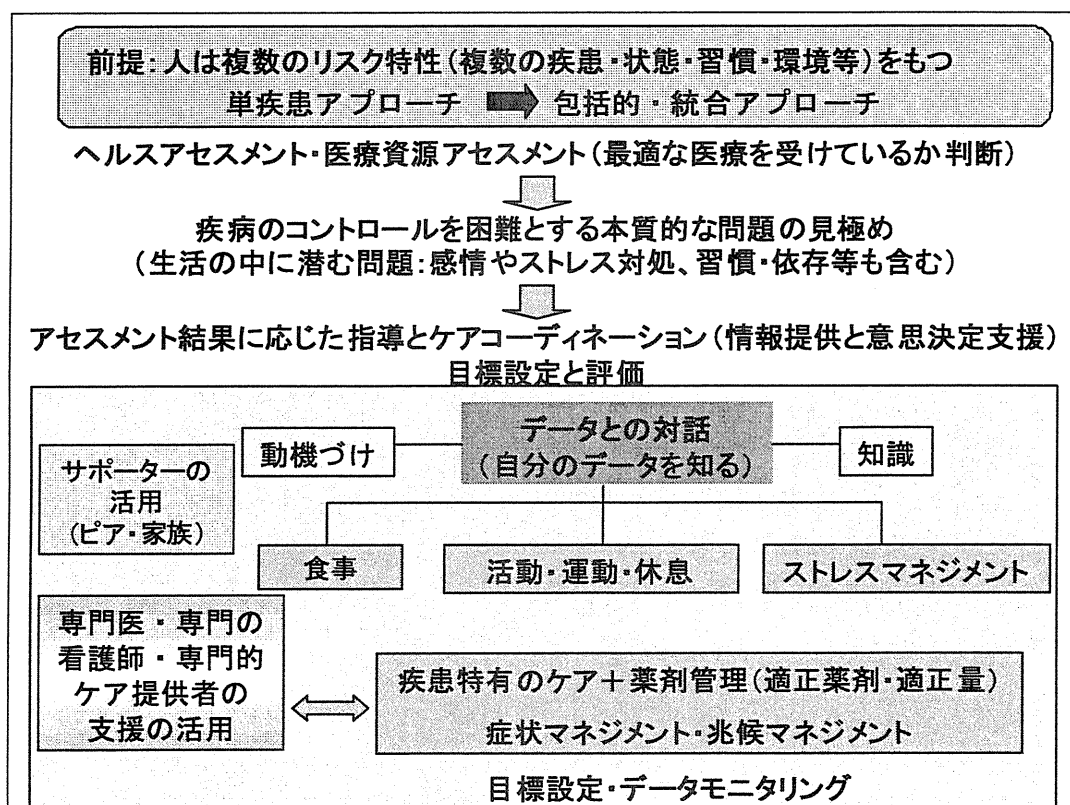


図1 セルフマネジメント教育（保健指導）プログラムの構造と展開方法

療養行動の柱は、すべての基礎疾患に共通する「食事」「活動・運動・休息」「ストレスマネジメント」であり、これに疾患特有のケア・薬剤管理・症状マネジメント・兆候マネジメントを加えた。

2. 保健指導プログラムの展開の構造

脳卒中は、複数の危険因子から発症する。言い換えれば、糖尿病、脂質異常症、高血圧症、不整脈といった複数の基礎疾患に加え、喫煙や飲酒といった生活習慣、脱水といった状況、ストレスなどの環境要因が重なり合って発症し、かつその終末期状態であることから、「人は複数のリスク特性（複数の疾患・状態・習慣・環境等）をもつ」ことを前提に、単独疾患に焦点を当てるのではなく、包括的・総合的なアプローチを目指した（図1）。

包括的・統合アプローチとは、図1に示すように、複数の疾患や症状を引き起こしている、その人の状態を悪化させている本質的な問題を見極め、その問題を患者と一緒に解決することを中核とした。生活習慣の乱れや不適切さは、知識不足に加え、適切な問題対処行動（ストレス対処行動）が取れないことから起こる。例えば、「離婚→孤独→生きる意欲の消失/自暴自棄」「仕事や人間関係のストレス→飲酒行動・食事の乱れ」「夫婦関係の悪化→怒りの感情→血圧の上昇」「ストレス→飲酒や喫煙」などである。

病気を管理するためには、疾患や療養方法の知識だけではなく、日常生活の中にあるこれらの問題を適切に解決又はコントロールする方法を身に付ける必要があることから、図1に示す展開プロセスを考えた。

3. 保健指導プログラムの構築：行動変容に必要な要素

1) 成人型学習と社会学習理論の活用

プログラムは、セルフマネジメント能力の獲得を最終ゴールとすることから、知識を医療者から患者に一方的に提供する従来の指導方法ではなく、使える知識や技術の習得を目指して、患者が主体的に経験の中から学ぶ「成人型学習」を基本とした。具体的には、看護師は支援者として患者の学習に支持的に関わり、患者を動機付け、患者の行動変容の障害になっている問題について、共に考え、解決に向けての行動を支援するようにした。

2) 社会学習理論の活用

自己効力感を高め、行動が習得できるよう、看護師は患者と共に、小さな目標（アクションプラン）を設定し、実施を患者自身にモニタリングしてもらい、それが達成できたらほめ（賞賛）、また次の目標と一緒に設定するという、段階的目標設定法（Step by step 法）を用いた。

3) その他の認知行動療法の活用

2)に加え、「生きがい連結法（生きがいから行動変容の動機付けを行う）」「自己契約法（患者に実施を宣言してもらおう）」「刺激統制法（誘惑を減らし、行動するきっかけを増やす）」「習慣拮抗法（これまでの良くない習慣を望ましい習慣と置き換える）」「社会技術訓練（断り方などの技術の習得）」「論理療法（マイナス思考の転換）」を用いた。

4) 行動変容の基本要素の決定：介入期間・接触頻度・接触時間・介入媒体

指導者（看護師・保健師）との接触の密度（intensity）と接触の頻度（frequency）、期間（duration）がプログラムの効果を決める。

(1) 実施期間

Prochaska ら (1994) によると、変容した行動が維持されるためには 6 ヶ月以上の期間が必要といわれていることから、プログラム (指導) の実施期間を 6 ヶ月間とした。

(2) 接触頻度・接触時間・介入媒体

介入は、面接 (面談) がもっとも効果が高く、続いて電話、web/email の順で効果が低くなる。しかしながら、費用は web/email、電話、面接と高くなることから、費用対効果の観点から、初回と 1 ヶ月までに 2 回 (初期評価と疾病や療養の指導) と 6 ヶ月目 (最終評価) に、約 1 時間の面談を導入し、その間は 2 週間に 1 回の電話介入を行った。電話介入は、教育目的では 30 分程度とし、行動目標の実施度合いの評価と行動支援目的の電話介入は 10 分程度とした。これらを交互に組み入れた。

ここに、教育内容を組み込んでいった (表 1)。

表 1 介入時期に応じた介入方法と目標

時期	方法	目標	主な内容
初回	面談	学習プログラムの内容を理解できる。 病気の危険因子を理解し、注意点を知る。 セルフモニタリングの方法を知る。	病態と生活習慣についての知識の提供 セルフモニタリングの知識の提供
1週間後	電話 (支援目的)	指導内容を理解し、実施する	実施状況の確認、相談・支援
1ヶ月目	面談	基礎疾患の状態を知る セルフ・マネジメントの必要性と実施 (目標の設定) ができる 食事・運動の基本的な方法を知る	前回までの復習 食事・運動・内服についての知識の提供 実施状況の確認、相談・支援
1週間後	電話 (支援目的)	指導内容を理解し、実施する	実施状況の確認、相談・支援
2ヶ月目	電話 (教育目的)	学習した内容を振り返り、理解する 目標を再設定する 必要な知識を学習する	前回までの復習 実施状況の確認、相談・支援 新たに必要な知識の提供
2週間後	電話 (支援目的)	指導内容を理解し、実施する	実施状況の確認、相談・支援
3ヶ月目 (中間)	電話 (教育目的と 中間評価)	<中間評価> 今までの自己管理を見直す 必要な知識を学習する 目標を再設定する	3ヶ月間の評価と指導 前回までの復習 実施状況の確認、相談・支援 新たに必要な知識の提供
2週間後	電話 (支援目的)	指導内容を理解し、実施する	実施状況の確認、相談・支援
4ヶ月目 ~5ヶ月目	電話 (教育目的)	学習した内容を振り返り、理解する 必要な知識を学習する 目標を再設定する	前回までの復習 実施状況の確認、相談・支援 新たに必要な知識の提供
各2週間後	電話 (支援目的)	指導内容を理解し、実施する	実施状況の確認、相談・支援
6ヶ月目 (最終)	面談 (最終評価)	<最終評価> 今までの自己管理を見直す これからの自己管理を考える 必要な知識を再確認する	6ヶ月間の評価 これからに向けての指導

4. 保健指導プログラムで使用する教材の作成

脳卒中は、後期高齢者が多いのが特徴であることから、教材は従来の紙媒体とし、書き込み可能なワークブック形式のテキストブックと日々のモニタリング結果を記録する手帳とし、これらを作成した。

1) テキストブックの作成

(1) 診療ガイドラインからの抽出

テキストブックの作成には、脳卒中治療ガイドライン 2009（篠原ら, 2009）をはじめ、基礎疾患とされる高血圧、糖尿病、脂質異常を中心とし、高血圧治療ガイドライン 2009（日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会, 2009）、糖尿病治療ガイド 2008-2009（日本糖尿病学会, 2008）や科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会編, 2007）、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007（日本動脈硬化学会, 2008）から療養行動として必要な内容を抽出し、これを「患者・家族の視点」からわかりやすい言葉とイラストで説明した。

(2) エスノグラフィー結果の活用

脳卒中患者は複数の基礎疾患を有し、この指導が重要となることから、糖尿病や虚血性心疾患、腎臓病等を有する患者へのフィールド調査（参加観察）と面接結果の内容から、患者が理解しにくい内容、療養行動をとることが難しい内容について収集した。

また、社団法人日本脳卒中協会が刊行している「体験記『脳卒中後の私の人生』」から、彼らの回復の心理・身体的・社会的プロセス、直面する問題、有効であった解決策を抽出した。さらに、脳卒中後の回復プロセスに関する研究論文から内容を構築した。

(3) テキストブックの構成と特徴

テキストブックは、次の 14 種類（冊）から構成される（写真）。

1～6 までは必須とし、7～14 までは患者の状況に合わせて必要なものを選択して用いた。

「1」のマスターテキストでは、始めにプログラムの全体構造を示した。次に、脳卒中治療の柱を示し、患者の持つ脳卒中の危険因子（基礎疾患（病気）や生活習慣など）を特定し、今後実施していかななくてはならない事項「わたしが守ること」「わたしの薬」を特定し、その中でも患者にとって関心の高いものを 3 つ選ぶように設定した（参考資料）。

また、回復の心理プロセスについて、多くの者が心理的に経験する内容を記載した。また、兆候マネジメントとして、再発の指標を示した。

テキストには、患者が理解しやすいよう言葉を平易にし、デザインとイラスト、色合いに工夫を加えた。



1. 脳卒中の再発を防ぎ自分を取り戻すためのプログラム（マスターテキスト）
（内容）疾患・危険因子の理解、検査データの読み方、心理的変化の解説
2. 再発を予防する：（内容）兆候マネジメント、セルフモニタリングの方法
3. 日常生活の工夫
（内容）節酒、気温の変化への対応、入浴、便秘予防、感染予防、口腔ケア、
不眠の解決、身体の不調の解決法
4. 薬の管理：（内容）薬の解説と正しい使用方法
5. 食事を楽しみましょう：（内容）食事療法の具体
6. 運動をしましょう：（内容）運動療法の具体
7. ストレッチ・筋力トレーニング：（内容）ストレッチ・筋力トレーニングの具体
8. リハビリテーション
（内容）日常生活の中でできるリハビリテーション活動の具体
9. ストレスマネジメント
（内容）ストレス対処の具体、認知療法（マイナス思考の解決、うつ）
家族との良好な関係性の構築
10. 禁煙しましょう：（内容）禁煙の必要性、禁煙方法の具体
11. 排尿の問題と対策：（内容）排尿障害の機序と対応策の具体
12. 転ばないようにする工夫：（内容）転倒予防方法、環境整備、補助具の使用法
13. 誤嚥を防ぐ：（内容）誤嚥の機序、予防方法、補助用具
14. 介護する人に必要な知識：（内容）社会資源の活用、効果的な介護方法の具体

《参 考》
危険因子の特定

私がこれから気をつけること

当てはまるものにチェックしてもらいましょう。

●わたしがもつ再発の危険因子

<p>病 気</p> <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脂肪肝/アルコール性肝障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<p>生活習慣</p> <input type="checkbox"/> 過 食 <input type="checkbox"/> 不規則な食事 <input type="checkbox"/> 多量飲酒 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 肥 満 <input type="checkbox"/> 過 労 <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 便 秘 <input type="checkbox"/> 水分不足 <input type="checkbox"/> 喫 煙
--	---

●わたしが守ること

<input type="checkbox"/> 塩 分（1日） <input type="checkbox"/> エネルギー摂取量（1日） <input type="checkbox"/> タンパク質摂取量（1日） <input type="checkbox"/> お酒を控える（ ） <input type="checkbox"/> 禁 煙 <input type="checkbox"/> 運 動・リハビリテーション	<input type="checkbox"/> ストレス管理 <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> 自己血糖測定 <input type="checkbox"/> 血圧測定（ 毎日 朝・ 晩 ） <input type="checkbox"/> 体重測定（ 毎日 朝・ 晩 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
---	--

●わたしの薬

<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬（ ） <input type="checkbox"/> コレステロールを下げる薬（ ） <input type="checkbox"/> 血糖値を下げる薬（ ） <input type="checkbox"/> インスリン注射（ ） <input type="checkbox"/> 血を固まりにくくする薬（ ）	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ）
--	---

上記の中でわたしがもっとも気をつけること

--	--	--

(4) 手帳の構成

手帳は、自己管理手帳と位置づけ、指導のステップに沿って内容を構成した。

- ① 支援者（家族）などの写真を貼り、メッセージを書き込み、サポーターの活用を認識してもらうページを最初につけた。
 - ② 6ヵ月後（プログラム終了時点）、5年後（生きがい）を書き込む欄を設けた。
 - ③ 検査結果と検査データの目標値を記入し、分析できるようにした。
 - ④ 特定した危険因子や改善ポイントがわかるようにした。
 - ⑤ 毎月の生活習慣改善目標（食事、運動、ストレスマネジメント）と達成度が、月ごとに記入できるようにした。
 - ⑥ 1日のスケジュールの見直しができるようにした。
 - ⑦ 日々のモニタリング（血圧測定や体重測定）の結果が記載できる日誌を加えた。
- また、モニタリングの部分は、複写式とし毎月、看護師に郵送する際に複写する手間を省いた。

上記に加えて、服用中の薬や通院機関と自宅の連絡先が記載できるようにした。

5. 保健指導プログラムの展開方法

プログラムの展開方法の概略を図2に示す。このプロセスは手帳の内容と一致する。

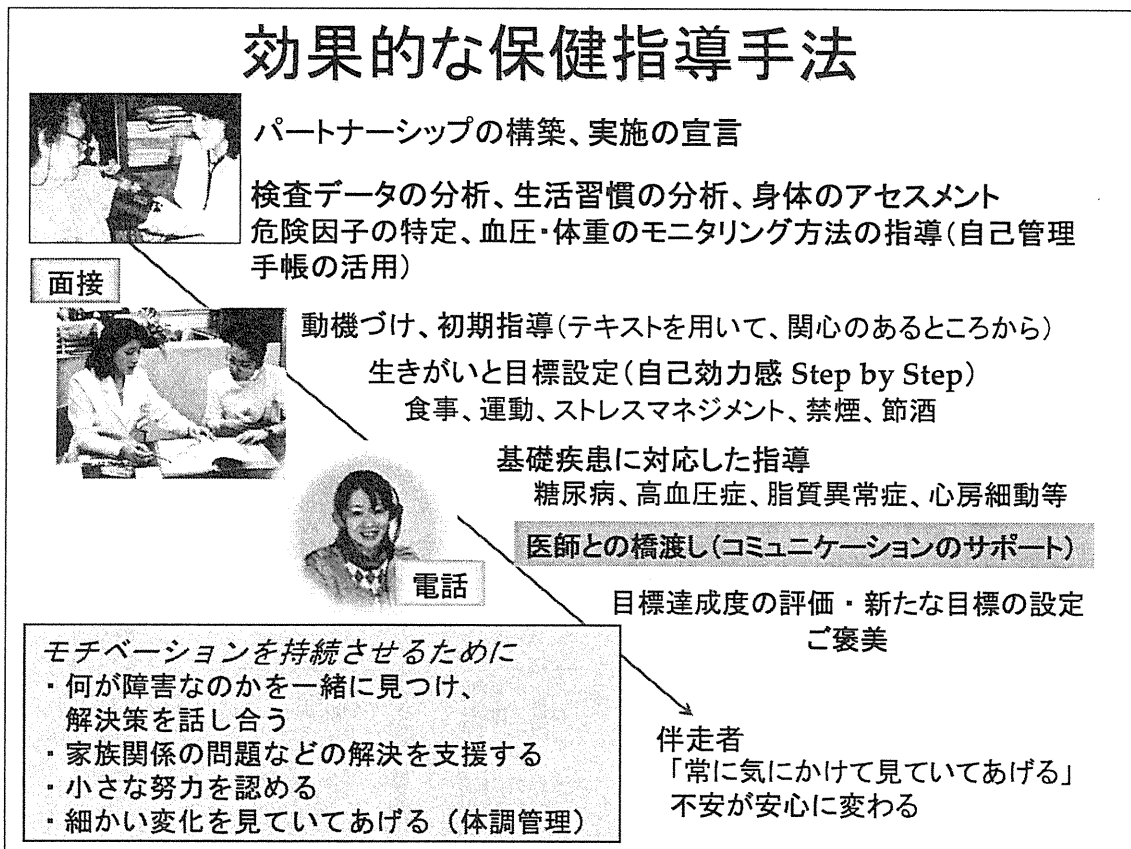


図2 プログラムの展開方法の概略

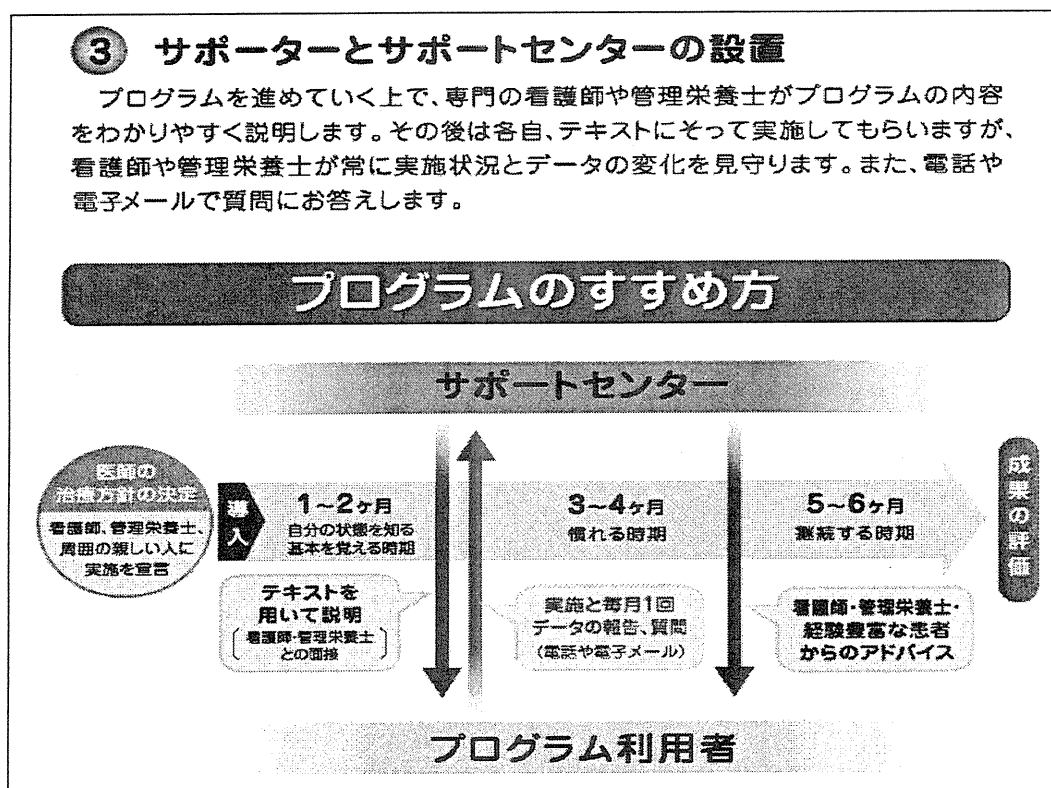
ステップとしては、①パートナーシップを構築し、②患者による実施の宣言（サポーターとしての看護師との双方の実施の宣言）を行い、③検査データの分析、生活習慣等の分析、身体のアセスメントを実施し、危険因子を特定する。この作業は、患者の動機づけにもつながる。④6ヵ月後の目標（プログラム終了時点の目標）、5年後の目標を設定してもらい、療養の目的や意味を明確にする。⑤療養行動を支えてくれる人を特定し、その人に支援を依頼し、感謝を伝える。⑥疾病や療養に関する基礎的な知識を提供する。⑦順守しなくてはならないこと／行動変容しなくてはならないこと、を食事、運動、ストレスマネジメントの観点から抽出し、行動目標の設定を行う。⑧セルフモニタリング（血圧、体重、食事、運動等）の方法を教える。これらを手帳に毎日記載することを伝える。⑨1回/月、知識の確認と修正を行い、看護師が手帳の内容を確認し、ほめることを中心に評価を行う。実施内容を話し合い、解決策を話し合い、翌月の目標を設定する。

かかりつけ医/主治医とのコミュニケーション

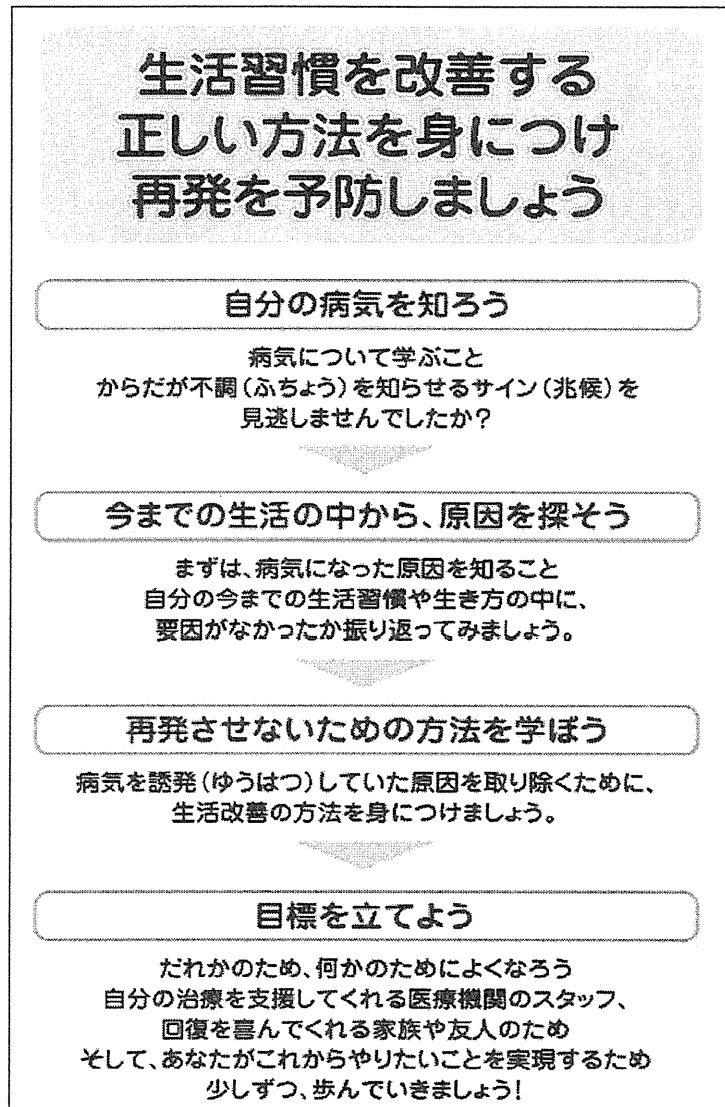
これは、患者とかかりつけ医のコミュニケーションを橋渡しし、治療が効果的に行われるよう支援するためにもきわめて重要である。(1)介入開始前に、患者が本プログラムに参加したことを伝え、かかりつけ医の役割を説明し、依頼する（定期的な血液検査の実施、患者が持参する手帳を見て肯定的な評価をする。）。(2)かかりつけ医の治療方針を確認する。そして、(3)1回/月、看護師による指導内容と患者の状況を文書で報告する。

このようにして、患者と医師、看護師の治療連携を行った。

実際の展開については、教材（マスターテキスト）の最初のページに示し、患者にもステップがわかるようにした。



《参 考》



6. 介入プログラム(疾病管理サービス)の展開戦略

脳卒中患者の流れの特徴は、急性期病院で急性期治療を受けた後は、大半の患者が退院後直に地元のかかりつけ医、または回復期リハビリテーション病院を経て地元のかかりつけ医にもどる点にある。地域も非常に広範囲にわたる。したがって、看護師を特定の急性期病院に配置したのでは介入指導(追跡)できないことから、医療機関の外(本研究では大学)にサポートセンター(疾病管理センター)機能を設置し、そこに配属された研究補助の看護師・保健師が、かかりつけ医と連携しながら指導を行った(図3)。

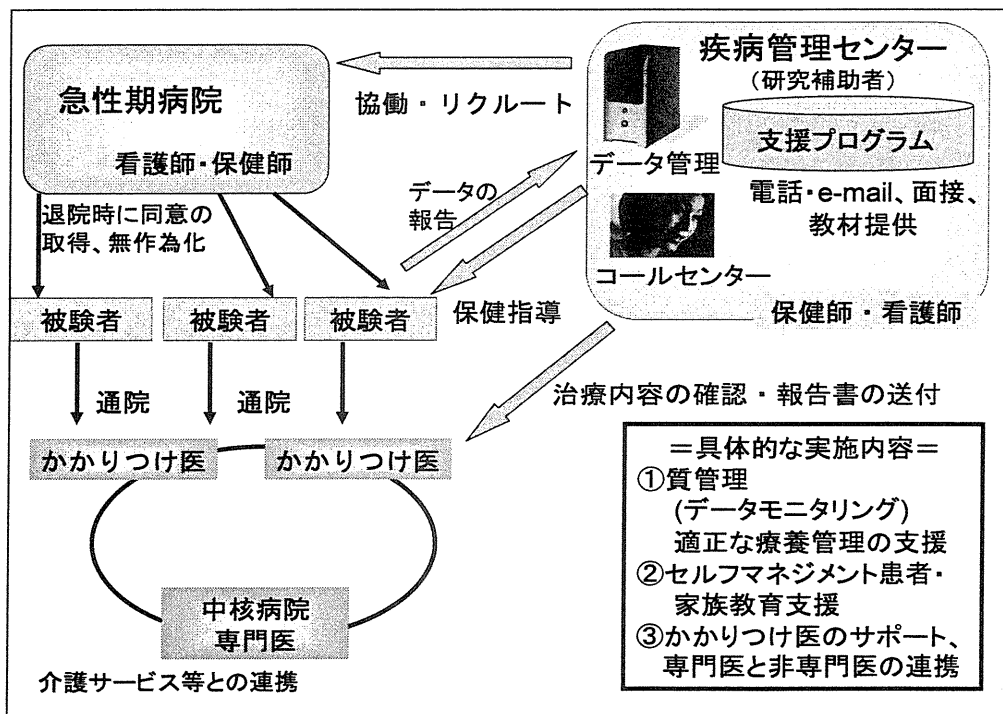


図3 プログラム展開戦略（本研究の介入の流れと実施内容）

しかし、「フォーカスグループインタビューのまとめ」（報告書）にも示したように、実施してみると、多くの患者の追跡が困難な事実と直面した。この点から、図4に示すような新たな流れを提案する。今後は、急性期病院の退院支援を強化するために、急性期病院に「再発予防センター」機能を設置し、都道府県単位で脳卒中患者を登録し、追跡指導することを提案する（図4）。

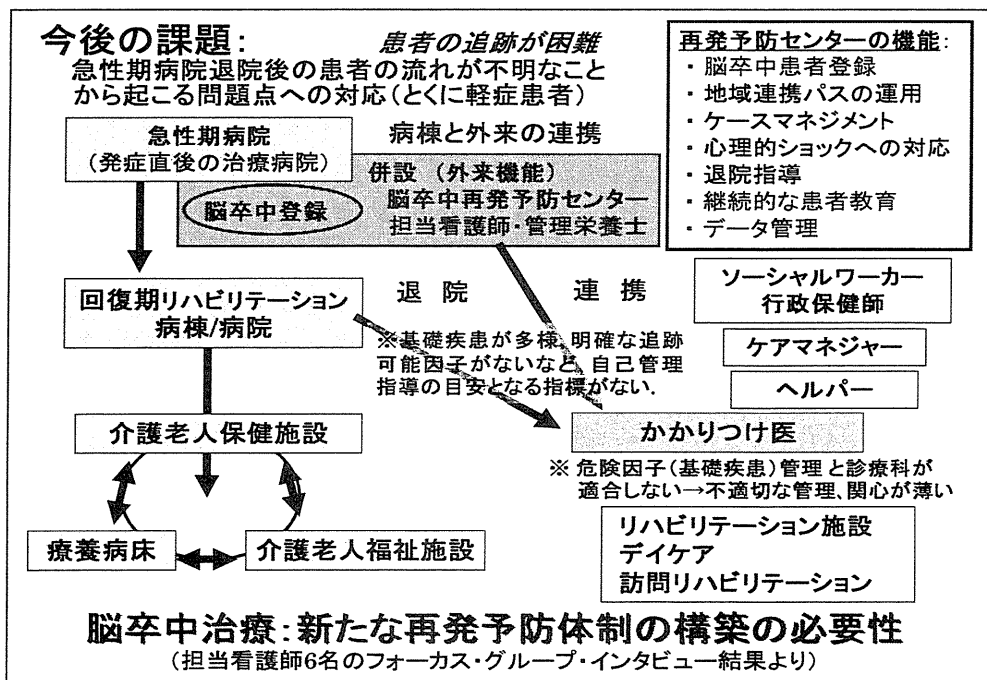


図4 新たな脳卒中再発予防体制の構築の必要性

脳梗塞・脳梗塞患者の特徴とそれを踏まえた上での新たな再発予防体制の構築 ー脳卒中介入研究を担当した看護師によるフォーカスグループインタビュー結果ー

I. 目的

脳梗塞を発症した患者への患者教育の実施を通して見えてきた脳梗塞疾患及び患者の特徴についてまとめ、今後の脳卒中医療展開の示唆を得る。

II. 方法

フォーカスグループインタビュー法。

本研究の実施に関与している担当看護師 6 名に集合してもらい、分担研究者である森山が司会となり、以下の手順でインタビューを行った。インタビュー実施日は、平成 23 年 9 月 30 日、インタビュー時間は 3 時間である。

まず、それぞれの看護師が「研究を通して感じたこと、気が付いたこと」を自由に発言した。その中からキーワードを絞り込み、そのキーワードをテーマに話し合いを行い、最後に「今後の脳卒中再発予防の仕組み」としてまとめた。

倫理的配慮：参加者に、本結果を報告書の中で報告することを説明し、同意を得た。

III. 結果

始めに最終的なまとめを示し、それに至ったテーマごとに説明する。

1. 新たな再発予防体制構築の必要性とそのモデルの提案 (図)

主たる課題：軽症患者の流れが不明なことから起こる問題点

【状況】脳卒中地域連携パスの内容がリハビリテーションの地域連携に特化しているため、軽症者は対象にならない場合が多く、軽症者が退院後どこに移動するのかがわからない。退院後に追跡しても、電話に出ない人・不通の人が多く、退院後、自宅以外のどの場所に移動したのかがつかめない。医療にかかっているのかも把握できず、そのまま放置されるケースが多い。また、地域のかかりつけ医が必ずしも関心を示すわけではなく、患者の危機意識も時間経過にともなって薄れてくることなどから、退院後の同意率は下がる。

【新たな提案】

図の仕組みを提案する。

急性に発症する疾患であることから、スタートを、超急性期医療を担う病院に設定せざるを得ない。入院中、患者は混乱しているが、それでも退院前に少しでも意識づけ/動機づけ、退院後、継続的な治療を受けるよう働きかけることが重要かつクリティカルである（ここを逃すと、患者を追跡できなくなる。）

しかし、入院中は患者の意識が明瞭でなく、生活習慣改善まで意識が向かないこと、また、病棟も外来看護師も多忙のため患者教育まで手が回らないことから、病院に「脳卒中再発予防センター」を設置し、そこに担当看護師を配置、その看護師が①脳卒中患者登録、②地域連携パスの運用、③ケースマネジメント、④心理的ショックへの対応、⑤退院指導、⑥継続的な患者教育、⑦データ管理を行う。地域のヘルパー等への食事指導を行うために、管理栄養士の活動も期待される。

電話介入によらず、脳卒中教室を定期的を開催することで患者を病院に集め効率的に指導を展開することも試みたが、①発症後は救急車で超急性期治療を行う病院に搬送されるため、その病院が住居から遠いことも多い、②その病院になじみがなく、③交通手段がなく、④継続通院をしているわけではないので、改めてくるのが面倒、との理由から、患者が集まらず、失敗した。

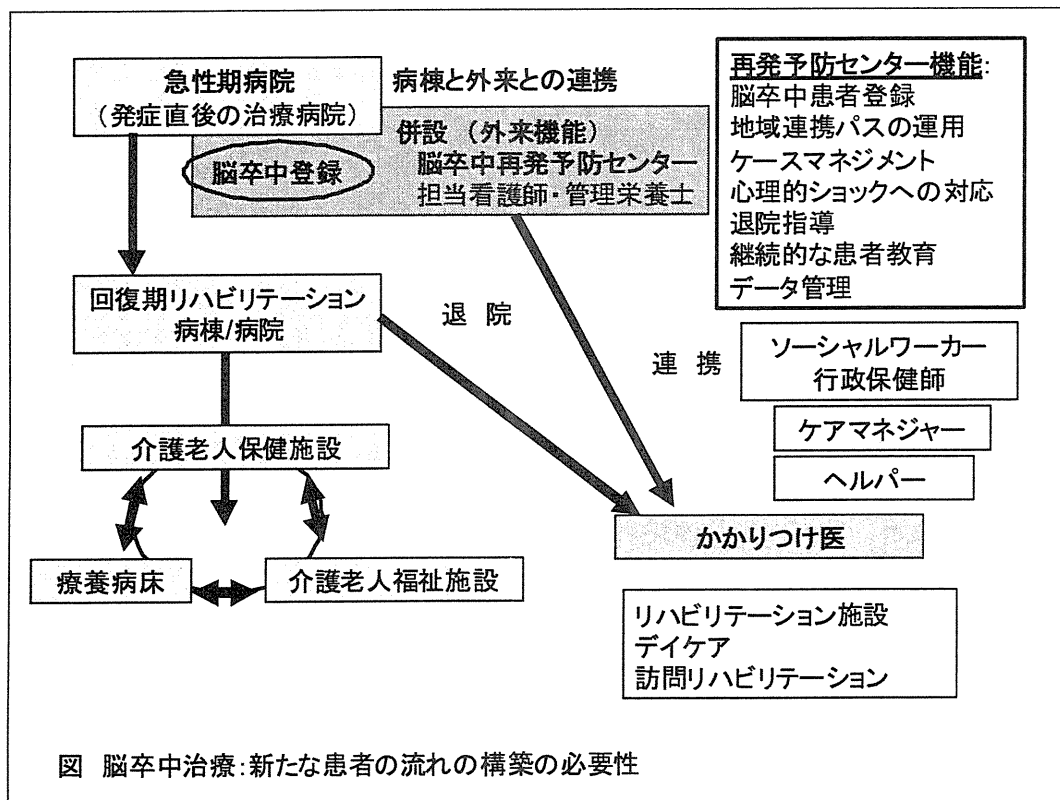
したがって、図に示す方法が現実的であると考える。

診療報酬対応：脳卒中再発予防センターの設置と看護師配置

施設基準：t-PA 治療・脳外科治療等超急性期治療対応病院のみ算定可

脳卒中患者登録を行い、経過をデータベースで管理できること

患者教育に専門のトレーニングを受けた看護師を配置すること



2. 脳卒中：疾患と患者の特徴とそこから引き出される課題

テーマ1：疾病管理（慢性期）の指標がない

心原性脳梗塞の場合、抗凝固薬を内服しており、この場合は INR の値を管理すればよいが、他の型の脳梗塞は危険因子が多岐にわたることから、個々の疾患の指標は存在するが、総合的に動脈硬化を管理する指標が定まっていない。糖尿病の HbA1c、心不全の BNP のような明確に追跡できる、指導の目安となる指標がない。

●患者の体験の特徴として、「医師や看護師から怒られた」経験がない。（糖尿病ではある。）

課題1：脳卒中疾病管理の指標を作る必要性

テーマ2：慢性期管理の中心診療科が決まらない

●危険因子が多様であり、専門領域が領域をまたがる

●慢性期の管理に関心を示さない医師が多い→適切な治療が行われていない

かかりつけ医は、神経内科医、脳神経外科医、循環器内科医、整形外科医等、診療科が多様であり、必ずしも多岐にわたる危険因子（基礎疾患）のコントロールに関心が高いわけではない。

特に、脳神経外科医は内科系疾患の管理に関心が薄い。薬剤も降圧薬、脂質異常改善薬は投与されているが、そのコントロールはあまりされていない。

診療科に限らず、検査を依頼しても実施してもらえないケースが多々ある。治療方針もばらばらである。

動脈硬化（安定した指標がない）に対する医師のスタンス/考え方が大きく異なり、これが治療に影響

- ・「そこまでしんどい思いをして、食事管理をしなくてもよい」
- ・「患者の経済的負担になるので、検査はしない」
- ・「リスクがないのに、なぜ（血液）検査をしないといけないのか」
- ・薬（降圧薬、脂質異常改善薬）は処方するが、管理（調整）は行わない。

このような理由から、慢性期を管理する専門領域が決まらず、糖尿病療養指導士のような専門スタッフもない（専門の看護師がいない）。これが指導の空白を作っている。

課題2：脳卒中疾病管理（慢性期）の管理者を内科かかりつけ医とする必要性
担当する看護師を設置する必要性

テーマ3：エンドステージ（疾病の終末像/人生の最終段階）の疾患である

●高齢者に多い疾患である→平均年齢は80歳

→指導の言葉が通じにくい、生活の変化を起こしにくい

→経済的困窮者も少なくなく、変化を取り入れにくい

配偶者も高齢であり、食事内容など、変化を起こすことが難しい。また、「自分はどうなってもよい」という言葉の裏に、経済的な負担から良質で多種類の食材・食品を購入できない者も隠れている。

→介護や病気などを抱える、ストレスが発症の引き金になる

人間関係のストレス、特に夫婦の口論や介護の負担などがストレスになり、発症に関与している事例が観察される。高齢が故に、家庭がある人は特に、家事や介護（身体介護、認知症者の介護）、同居している場合は若い夫婦との摩擦などが影響している。

●若年発症者は生活そのものが混沌としている。

脳梗塞は疾病の終末像であることから、若年発症者においては特に、長年にわたって積み上げてきた生活習慣が影響しており、暴飲暴食、無茶な生活をし、離婚、子供から見放される、発症・失業、生活保護と、混乱した生活歴が影響している者が少なからずいた。また、これらの多くは研究参加に同意を示さない者が多かった。

参加者の中には、病気を治す理由はないが、生への執着が強い場合もあり、この場合は、他者依存が強く、女性であるナースやヘルパーに「内縁の妻」と呼んでみたり、性的な言

動を行う、淋しさの代替にこのプログラムを活用するなど、治療関係構築が難しい者が複数いた。(こういった事例は、ソーシャルワーカーに相談し、プログラムの中止を依頼した。)

課題3：社会全体の動きと関係しており、ソーシャルワーカーや市の福祉事業、地域の保健師との連携と協働が重要である

テーマ4：再発予防のために危険因子のコントロールが重要である意識が市民に薄い

●この意識の低さが、研究参加の同意率の低さに影響している

糖尿病、脂質異常症、高血圧症等の発症後、心筋梗塞を起こし、最後に発症する疾患である。1/3の患者が心筋梗塞を過去に発症している。しかし、多くの市民が糖尿病、心筋梗塞と脳卒中がつながっていることを知らない。このように、再発予防の知識が普及していないため、闇雲に怖がる。そのため、「どうせ駄目だから、自分では何もしない。大きな病気なので自分が何をしてもよいのかわからないので、医師に任せる」「生活習慣の改善など何かやることでストレスがかかり、それで再発するのが怖い」と生活改善に関心を示さない場合がある。

●薬を飲んでいるので、リハビリを行っているので、大丈夫と思っている。

また、上記の理由から、リハビリテーションさえ行っていれば再発予防ができると考えている者もいる。

**課題4：発症予防だけではなく、再発予防のための住民の意識啓発を行う必要性
医療者にもその意識を強化する必要性**

テーマ5：ヘルパーが食事を作っているが、ヘルパーにその知識がない

多くの要介護/要支援高齢者の生活管理をヘルパーが行っていることから、ヘルパーを組み込んだ仕組みの構築が必要であると考えられる。しかし、ヘルパーは、①医療の知識がない、②患者より立場が弱い、ことが課題として挙げられ、たとえヘルパーが減塩食を作ろうと取り組んでも、対象者がその味を拒否し、受け入れない場合、クレームにつながり、介護サービス事業者が困る立場となる。

課題5：ヘルパーを組み込んだ仕組みへの転換。多様な疾患に対しての治療食をすべて覚えることは困難であることから、管理栄養士の協力を得て、管理栄養士がメニューを提供するなど、方策を考える。さらに、「家庭での治療食をかかりつけ医が指示する」形にすれば、ヘルパーも大義名分ができ、対応しやすい。

テーマ6：TIAは治療対象にならず、放置される割合が高い

TIAは危機感が強く、動機付けられやすいことから、ここをうまく介入につなげる仕組みが必要である。TIAは、よほどのことがない限り、入院加療とならず、外来で診察をした後、そのまま帰されることが多く、また、継続治療/受診を要求されないことから、指導につながっていない。TIAは、その後、脳卒中発作を引き起こすリスクが高いことから、ここで介入することは重要である。

課題6：TIAに介入する仕組みを構築すること。

具体的には、「脳卒中再発予防センター」に紹介し、ここで指導管理する仕組みとすること

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

（総合）分担研究報告書

心筋梗塞後患者の保健指導に関する調査及びIT等を活用した
効果的な保健指導に関する研究

分担研究者 木村 穰 関西医科大学健康科学センター 教授

研究要旨：心筋梗塞後の予後改善のために、現状での外来診療のける保健指導の実態を調査し、その後ITを用いた新しい在宅遠隔保健指導の効果について検証した。

アンケート調査では、心筋梗塞後の慢性期外来での保健指導は、施行されているものの、指導内容、指導時間等において十分でないと思われ、今後の効率的な保健指導法を開発する必要があると思われた。上記結果を踏まえ、保健指導において、在宅セルフモニタリングの新しい手法として、ITを用いた遠隔生体情報管理および保健指導を用いた群（生体センサー管理群）と、看護師の電話等による保健指導群と、コントロールとの3群で比較検討した。その結果、体重に関しては、生体センサー管理群でもっとも良好な経過を認めた。血圧、脂質管理、遠隔期冠動脈造影所見においては生体センサー管理群と保健指導群で有意な差は認められなかった。

本研究の結果、費用対効果や標準化された保健指導の運用を考慮した場合、ITによる保健指導は今後さらに進めていく必要があると考えられる。

A 研究目的

心筋梗塞発症後患者に対してアンケート調査を実施し、心筋梗塞入院時および退院後の保健指導の実施状況及び予後等について調査分析を行う。また、心筋梗塞発症患者に対して看護師による継続的な保健指導及び在宅血圧計・歩数計・体重計の生体センサーによる疾病管理を行い、心筋梗塞の再発防止、リスク要因の管理等に対する保健指導の有効性を検証することを目的とする介入研究を実施する。

B 研究方法

研究 I ; 心筋梗塞後患者に対するアンケート調査

関西医科大学付属病院および姫路循環器病センターにて急性心筋梗塞治療を受け、その後同院もしくは近医で加療中の患者にアンケートを郵送し、現在の保健指導の内容につき調査した。対象は、関西医科大学付属病院退院患者 111 例、平均年齢 68 ± 9 才、男女比 80/31 と兵庫県立姫路循環器病センター退院患者 61 例、平均年齢 70 ± 11 才、男女比 44/17 であった。調査内容は、退院後の健康・通院状況、退院後の保健指導の有無、内容、生活習慣につきアンケート用紙を郵送、回収した。

研究 II ; 心筋梗塞患者に対する保健指導の介入研究

心筋梗塞入院治療後の患者を以下の 3 群に無作為割り付けし保健指導を実施した。

(1) 生体センサー+保健指導群 (以下、「生

体センサー管理群」)

在宅生体センサーを導入したシステム及び保健指導による疾病管理を行う (図 1)。

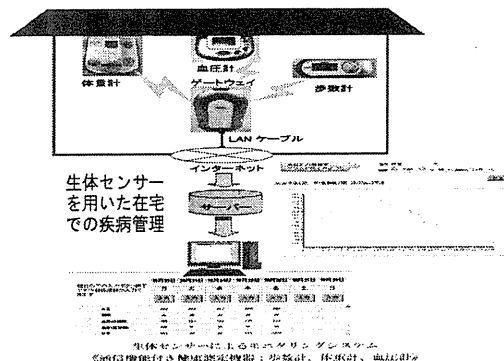


図 1 測定機器 (生体センサー) の概要

(2) 保健指導群

退院時の保健指導及び退院後のコールセンターからの電話による保健指導を導入したシステム (電話による保健指導介入とテキスト・自己管理手帳の提供)

(3) コントロール群 (対照群)

退院後は積極的な保健指導は行わず、外来において退院後の生活習慣、冠動脈危険因子のコントロール状況について把握する。

《各群の具体的方法》

(1) 生体センサー管理群

生体センサーを導入したシステム (生体センサーの貸し出しとテキストの提供)

(図 1)

生体センサー (自動血圧計、電子歩数計、電子体重計) を患者に貸し出し、在宅にて血圧、歩数、体重を測定する。測定されたデータは自動的に無線 LAN で家庭内のインターネットゲートウェイに接続され、インターネット経由で