

表2 看護職から見た在宅療養者・介護者の在宅療養への意欲（脳卒中）

		要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		合計	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
在宅療養者	とてもある	6	75.0	12	52.2	28	48.3	8	15.7	54	38.6
	少しある	2	25.0	8	34.8	20	34.5	6	11.8	36	25.7
	ほとんどない	0	0.0	3	13.0	6	10.3	5	9.8	14	10.0
	全くない	0	0.0	0	0.0	2	3.4	1	2.0	3	2.1
	不明	0	0.0	0	0.0	2	3.4	31	60.8	33	23.6
介護者意欲	とてもある	6	75.0	9	39.1	35	60.3	36	70.6	86	61.4
	少しある	0	0.0	5	21.7	15	25.9	11	21.6	31	22.1
	ほとんどない	0	0.0	1	4.3	4	6.9	1	2.0	6	4.3
	全くない	0	0.0	1	4.3	0	0.0	1	2.0	2	1.4
	介護者いない	1	12.5	4	17.4	1	1.7	1	2.0	7	5.0
	不明	1	12.5	3	13.0	3	5.2	1	2.0	8	5.7
	合計	8	100.0	23	100.0	58	100.0	51	100.0	140	100.0

## 2) 訪問看護の開始時の年齢と訪問看護の回数と内容

訪問開始時の年齢は、最年少が 38 歳、最年長が 95 歳、平均年齢 70.5（標準偏差 10.0）歳であった。

介護度別の平成 22 年 10 月中の訪問看護の回数の結果を表 3 に示す。各介護度において最も多い訪問回数は、「要支援 1・2」では「週 1 日」4 名（50.0%）、「要介護 1・2」では「週 1 日」15 名（65.2%）、「要介護 3・4」では「週 1 日」22 名（37.9%）、「要介護 5」では「週 1 回」17 名（33.3%）であった。「要介護 5」において訪問回数「毎日」が 4 名（7.8%）と、介護度が重度になるほど訪問看護の回数が多い傾向にあった。

表3 介護度別の平成22年10月中の訪問看護回数（脳卒中）

	要支援（1・2）		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
毎日	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	7.8	4	2.9
3～4日/週	0	0.0	1	4.3	12	20.7	11	21.6	24	17.1
2日/週	3	37.5	7	30.4	14	24.1	14	27.5	38	27.1
1日/週	4	50.0	15	65.2	22	37.9	17	33.3	58	41.4
2日/月	1	12.5	0	0.0	5	8.6	4	7.8	10	7.1
1日/月	0	0.0	0	0.0	2	3.4	0	0.0	2	1.4
その他	0	0.0	0	0.0	3	5.2	1	2.0	4	2.9
合計	8	100.0	23	100.0	58	100.0	51	100.0	140	100.0

介護度別の平成 22 年 10 月中の訪問看護において行った内容の結果を表 4 に示す。介護度別に最も多かった訪問看護の内容は、「要支援 1・2」では「その他のリハビリテーション」が 8 名（100%）、「要介護 1・2」では「症状観察」が 21 名（91.3%）、「要介護 3・4」では「症状観察」が 21 名（87.9%）、「要介護 5」では「症状観察」が 47 名（92.2%）であった。「要介護 5」では「排泄の援助」が 40 名（78.4%）、「身体の清潔保持の管理や援助」では 37 名（72.5%）と多かった。

介護度別に1人当たりの訪問看護内容の平均個数をみると、「要支援1・2」では2.1個、「要介護1・2」では3.4個、「要介護3・4」では4.1個、「要介護5」では5.3個と、介護度が重度になるほど訪問において実施している看護内容が多かった。

表4 介護度別の平成22年10月中の訪問看護の内容（脳卒中）

	要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
症状観察	7	87.5	21	91.3	51	87.9	47	92.2	126	90.0
本人の療養指導	3	37.5	16	69.6	29	50.0	8	15.7	56	40.0
介護指導や支援	0	0.0	7	30.4	36	62.1	35	68.6	78	55.7
栄養や食事の援助	0	0.0	2	8.7	9	15.5	16	31.4	27	19.3
排泄の援助	0	0.0	2	8.7	20	34.5	40	78.4	62	44.3
口腔ケア	0	0.0	0	0.0	4	6.9	23	45.1	27	19.3
嚥下訓練	0	0.0	0	0.0	2	3.4	7	13.7	9	6.4
身体の清潔保持の管理や援助	0	0.0	7	30.4	23	39.7	37	72.5	67	47.9
認知症や精神症状に対するケア	0	0.0	3	13.0	3	5.2	3	5.9	9	6.4
呼吸ケアや肺理学療法	0	0.0	0	0.0	2	3.4	11	21.6	13	9.3
その他リハビリテーション	8	100.0	16	69.6	39	67.2	25	49.0	88	62.9
社会資源の活用の支援	1	12.5	0	0.0	9	15.5	9	17.6	19	13.6
家屋改善や環境整備の支援	1	12.5	0	0.0	5	8.6	0	0.0	6	4.3
その他	0	0.0	4	17.4	6	10.3	7	13.7	17	12.1

### 3) 過去1年間に行った保健指導の実施状況

介護度別の過去1年間に行った保健指導の有無とその内容の結果を表5に示す。介護度別の保健指導の実施状況は、「要支援1・2」が5名（62.5%）、「要介護1・2」が18名（78.3%）、「要介護3・4」が46名（79.3%）、「要介護5」が35名（68.6%）であった。

介護度別に最も多かった保健指導の内容は、「要支援1・2」では「運動」が3名（60.0%）、「要介護1・2」でも「運動」が13名（72.2%）、「要介護3・4」では「血圧の管理」が26名（56.5%）、「要介護5」では「服薬」が25名（71.4%）であった。

介護度別に1人当たりの保健指導の平均個数をみると、「要支援1・2」が1.8個、「要介護1・2」が2.8個、「要介護3・4」が2.5個、「要介護5」が2.7個と、介護度が重度になるほど保健指導の個数が多かった。

表5 過去1年間に行った保健指導の内容（脳卒中）

	要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
保健指導あり	5	62.5	18	78.3	46	79.3	35	68.6	104	74.3
内訳：食事	0	0.0	5	27.8	18	39.1	20	57.1	43	41.3
運動	3	60.0	13	72.2	22	47.8	9	25.7	47	45.2
禁煙	0	0.0	1	5.6	2	4.3	0	0.0	3	2.9
飲酒	0	0.0	0	0.0	1	2.2	0	0.0	1	1.0
服薬	2	40.0	11	61.1	24	52.2	25	71.4	62	59.6
食事や運動を除く生活指導	1	20.0	4	22.2	13	28.3	12	34.3	30	28.8
血圧の管理	2	40.0	12	66.7	26	56.5	19	54.3	59	56.7
糖尿病の管理	0	0.0	4	22.2	5	10.9	1	2.9	10	9.6
不整脈の管理	0	0.0	0	0.0	4	8.7	4	11.4	8	7.7
コレステロールの管理	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	1	1.0
その他	1	20.0	0	0.0	2	4.3	4	11.4	7	6.7

## 4) 訪問看護以外に利用しているサービス内容

介護度別の訪問看護以外に利用しているサービス内容の結果を表6に示す。介護度別の訪問看護以外に最も多かった利用しているサービス内容で最も多かったのは、「要支援1・2」、「要介護1・2」では「訪問介護」が4名（50.0%）、11名（47.8%）で、「要介護3・4」、「要介護5」では「福祉用具貸与」が40名（69.0%）、41名（80.4%）であった。

表6 訪問看護以外の利用しているサービス内容（脳卒中）

	要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
訪問介護	4	50.0	11	47.8	23	39.7	28	54.9	66	47.1
訪問入浴介護	1	12.5	1	4.3	0	0.0	12	23.5	14	10.0
訪問リハビリテーション	2	25.0	4	17.4	18	31.0	19	37.3	43	30.7
居宅療養管理指導	0	0.0	1	4.3	8	13.8	10	19.6	19	13.6
通所介護	0	0.0	5	21.7	26	44.8	22	43.1	53	37.9
通所リハビリテーション	0	0.0	3	13.0	12	20.7	11	21.6	26	18.6
短期入所生活介護	0	0.0	1	4.3	9	15.5	10	19.6	20	14.3
短期入所療養介護	0	0.0	0	0.0	6	10.3	9	17.6	15	10.7
福祉用具貸与	2	25.0	7	30.4	40	69.0	41	80.4	90	64.3
特定福祉用具販売	1	12.5	0	0.0	5	8.6	2	3.9	8	5.7
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0	1	0.7

## 2. 心筋梗塞の既往のある在宅療養者の結果

### 1) 属性

年齢は、最年少が 60 歳、最年長が 93 歳、平均年齢 77.7 (標準偏差 8.5) 歳であった。性別は男性 11 名 (55.0%)、女性 8 名 (40.0%)、不明 1 名 (5.0%) であった。家族構成は、「一人暮らし」が 3 名 (15.8%)、「夫婦二人暮らし」が 7 名 (36.8%)、「子どもあるいは子ども家族との同居」が 8 名 (42.1%)、「その他」が 1 名 (5.3%) であった。

現在の介護度は、「要支援 1・2」が 1 名 (5.0%)、「要介護 1・2」が 5 名 (25.0%)、「要介護 3・4」が 8 名 (40.0%)、「要介護 5」が 4 名 (20.0%)、「その他」が 1 名 (5.0%) であった。

現在の日常生活自立度は「ランク J」が 4 名 (21.1%)、「ランク A」が 3 名 (15.8%)、「ランク B」が 6 名 (31.6%)、「ランク C」が 5 名 (26.3%)、「障がいなし」が 1 名 (5.3%) であった。

現在の認知症生活自立度は、「認知症無し」が 9 名 (47.4%)、「ランク I」が 3 名 (15.8%)、「ランク II」が 2 名 (10.5%)、「ランク III」が 3 名 (15.8%)、「ランク IV」が 1 名 (5.3%)、「不明」が 1 名 (5.3%) で、「ランク M」は無かった。

初回発作時の年齢は、最年少が 59 歳、最年長が 92 歳、平均年齢 72.0 (標準偏差 11.2) 歳であった。再発作については、「再発作あり」4 名 (23.5%)、「再発作なし」8 名 (47.1%)、「再発作不明」5 名 (29.4%) であった。

合併症については、「あり」が 11 名 (64.7%)、「なし」が 6 名 (35.3%) であった。

介護度別の看護職から見た在宅療養者、介護者の在宅療養の意欲の状況の結果を表 7 に示す。在宅療養者の在宅療養への意欲の状況について、「とてもある」と「少しある」を合わせると、「要支援 1・2」では 1 名 (100%)、「要介護 1・2」では 5 名 (100%)、「要介護 3・4」では 7 名 (87.5%)、「要介護 5」は無く、介護度が重度になるほど意欲が低かった。利用者の在宅療養への意欲の状況について在宅療養者と同様にみると、「要支援 1・2」では 1 名 (100%)、「要介護 1・2」では 3 名 (60.0%)、「要介護 3・4」では 7 名 (87.5%)、「要介護 5」では 1 名 (100%) であった。

表7 看護職から見た在宅療養者・介護者の在宅療養への意欲の状況 (心筋梗塞)

		要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		その他		合計	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
在宅療養者	とてもある	1	100.0	3	60.0	3	37.5	0	0.0	1	100.0	8	42.1
	少しある	0	0.0	2	40.0	4	50.0	0	0.0	0	0.0	6	31.6
	ほとんどない	0	0.0	0	0.0	1	12.5	2	50.0	0	0.0	3	15.8
	不明	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	10.5
介護者	とてもある	1	100.0	2	40.0	3	37.5	2	50.0	1	100.0	9	47.4
	少しある	0	0.0	1	20.0	4	50.0	1	25.0	0	0.0	6	31.6
	ほとんどない	0	0.0	0	0.0	1	12.5	1	25.0	0	0.0	2	10.5
	介護者いない	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3
	不明	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3
合計	1	100.0	5	100.0	8	100.0	4	100.0	1	100.0	19	100.0	

## 2) 訪問看護の開始時の年齢と訪問看護の回数と内容

訪問開始時の年齢は、最年少が 60 歳、最年長が 92 歳、平均年齢 74.9（標準偏差 8.4）歳であった。

介護度別の平成 22 年 10 月中の訪問看護の回数の結果を表 8 に示す。各介護度において最も多い訪問回数は、「要支援 1・2」では「週 2 日」1 名（100%）、「要介護 1・2」では「週 2 日」、「週 1 日」各 2 名（40.0%）、「要介護 3・4」では「週 1 日」5 名（62.5%）、「要介護 5」では「毎日」、「週 2 回」「週 1 回」、「月 2 回」各 1 名（25.0%）であった。

表8 介護度別の平成22年10月中の訪問看護回数（心筋梗塞）

	要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		その他		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
毎日	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	5.3
3～4日/週	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2日/週	1	100.0	2	40.0	1	12.5	1	25.0	0	0.0	5	26.3
1日/週	0	0.0	2	40.0	5	62.5	1	25.0	1	100.0	9	47.4
2日/月	0	0.0	0	0.0	1	12.5	1	25.0	0	0.0	2	10.5
1日/月	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3
その他	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	1	5.3
合計	1	100.0	5	100.0	8	100.0	4	100.0	1	100.0	19	100.0

介護度別の平成 22 年 10 月中の訪問看護において行った内容の結果を表 9 に示す。介護度別に最も多かった訪問看護の内容は、「要支援 1・2」では「その他のリハビリテーション」が 1 名（100%）、「要介護 1・2」では「症状観察」が 5 名（100%）、「要介護 3・4」では「症状観察」が 7 名（87.5%）、「要介護 5」では「症状観察」、「介護指導や支援」が各 4 名（100%）であった。

介護度別に 1 人当たりの訪問看護の平均個数をみると、「要支援 1・2」では 1 個、「要介護 1・2」では 3.2 個、「要介護 3・4」では 4.3 個、「要介護 5」では 4.8 個と、介護度が重度になるほど、訪問において実施している看護内容が多かった。

表9 介護度別の平成22年10月の訪問看護内容（心筋梗塞）

	要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		その他		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
症状観察	0	0.0	5	100.0	7	87.5	4	100.0	1	100.0	17	89.5
本人の療養指導	0	0.0	2	40.0	3	37.5	1	25.0	0	0.0	6	31.6
介護指導や支援	0	0.0	0	0.0	4	50.0	4	100.0	0	0.0	8	42.1
栄養や食事の援助	0	0.0	2	40.0	4	50.0	0	0.0	0	0.0	6	31.6
排泄の援助	0	0.0	1	20.0	4	50.0	3	75.0	0	0.0	8	42.1
口腔ケア	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	5.3
嚥下訓練	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
身体の清潔保持の管理や援助	0	0.0	4	80.0	4	50.0	3	75.0	0	0.0	11	57.9
認知症や精神症状に対するケア	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
呼吸ケアや肺理学療法	0	0.0	0	0.0	1	12.5	1	25.0	1	100.0	3	15.8
その他リハビリテーション	1	100.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	3	15.8
社会資源の活用の支援	0	0.0	0	0.0	1	12.5	2	50.0	0	0.0	3	15.8
家屋改善や環境整備の支援	0	0.0	2	40.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	3	15.8
その他	0	0.0	0	0.0	3	37.5	0	0.0	0	0.0	3	15.8

### 3) 過去1年間に行った保健指導の実施状況

介護度別の過去1年間に行った保健指導の有無とその内容の結果を表10に示す。介護度別の保健指導の実施状況は、「要支援1・2」は無く、「要介護1・2」が3名(60.0%)、「要介護3・4」が7名(87.5%)、「要介護5」が3名(75.0%)であった。

介護度別に最も多かった保健指導の内容は、「要介護1・2」では「服薬」「血圧の管理」が各3名(100%)、「要介護3・4」では「食事」、「食事や運動を除く生活指導」、「血圧の管理」、「糖尿病の管理」、「不整脈の管理」が各3名(42.9%)、「要介護5」では「食事」が3名(100%)であった。

介護度別に1人当たりの保健指導の平均個数をみると、「要介護1・2」が3個、「要介護3・4」が2.5個、「要介護5」が2.0個と、介護度が重度になるほど保健指導の個数が少なかった。

表10 過去1年に行った保健指導の内容(心筋梗塞)

	要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		その他		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
保健指導あり	0	0.0	3	60.0	7	87.5	3	75.0	0	0	13	68.4
内訳：食事	0	0.0	2	66.7	3	42.9	3	100.0	0	0.0	8	42.1
運動	0	0.0	2	66.7	2	28.6	0	0.0	0	0.0	4	21.1
禁煙	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	1	5.3
飲酒	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3
服薬	0	0.0	3	100.0	2	28.6	1	33.3	0	0.0	6	31.6
食事や運動を除く生活指導	0	0.0	2	66.7	3	42.9	1	33.3	0	0.0	6	31.6
血圧の管理	0	0.0	3	100.0	3	42.9	1	33.3	0	0.0	7	36.8
糖尿病の管理	0	0.0	1	33.3	3	42.9	0	0.0	0	0.0	4	21.1
不整脈の管理	0	0.0	1	33.3	3	42.9	2	66.7	0	0.0	6	31.6
コレステロールの管理	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

### 4) 訪問看護以外に利用しているサービス内容

介護度別の訪問看護以外に利用しているサービス内容の結果を表11に示す。介護度別の訪問看護以外に最も多かった利用しているサービス内容は、「要介護1・2」では「訪問介護」が2名(40.0%)、「要介護3・4」では「訪問介護」5名(62.5%)、「要介護5」では「福祉用具貸与」が4名(100%)であった。

表11 訪問看護以外の利用しているサービス内容（心筋梗塞）

	要支援1・2		要介護1・2		要介護3・4		要介護5		その他		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
訪問介護	0	0.0	2	40.0	5	62.5	1	25.0	0	0.0	8	42.1
訪問入浴介護	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	2	10.5
訪問リハビリテーション	0	0.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	2	10.5
居宅療養管理指導	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	1	5.3
通所介護	0	0.0	0	0.0	3	37.5	1	25.0	0	0.0	4	21.1
通所リハビリテーション	0	0.0	1	20.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	3	15.8
短期入所生活介護	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	5.3
短期入所療養介護	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
福祉用具貸与	0	0.0	1	20.0	4	50.0	4	100.0	0	0.0	9	47.4
特定福祉用具販売	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	1	5.3
その他	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3

#### IV. 考 察

A 県内の訪問看護ステーションを対象に、脳卒中患者及び心筋梗塞患者の内、年齢の若い5名を任意に選定してもらい、郵送による自記式質問紙法により調査を行った。

ステーションから訪問している脳卒中療養者及び心筋梗塞療養者について全数調査を行っていないが、本調査の結果からステーションから訪問している対象は、脳卒中の方が心筋梗塞より多く、また、両療養者とも介護保険の認定状況からみて、病状としては重度な者が多いと推測された。さらに、ステーションからの訪問対象者は介護保険の認定者が多いことから、65歳以下の対象者は少ないと思われた。

訪問看護の内容として、症状観察、リハビリテーション、介護指導、清潔保持などが多く行われており、介護度が重度になるほど、訪問看護の回数、訪問看護の内容、訪問看護以外のサービスの利用が多くなっていた。

保健指導については、1年間の実施状況について尋ねたが、ケアより実施状況が少なかった。しかし、どの介護度においても保健指導が実施され、特に要介護度3・4では各種の保健指導が多く実施されていた。また要介護度1・2では運動、血圧の管理を中心に幅広い内容に関する保健指導が実施されていたことから、症状、病状等に応じた保健指導が実施されていると考えられた。特に要介護度が軽度な者については、訪問において保健指導は機能低下や重症化の予防を目的に実施されていると考えられた。

しかし、ステーションからの訪問看護対象は介護度が重度な者が主であり、本研究においても重度な者ほど訪問看護の回数が多く、看護内容が多くなっていた。介護保険が適応される訪問看護の場合、訪問時間の設定があることにより、訪問時は保健指導よりケアが主になると思われる。また、看護師からみた在宅療養への意欲は、在宅療養者は重度になるほど意欲が低下、反対に介護者は重度になるほど意欲が高くなっていた。ステーションからの訪問では療養している本人だけでなく、家族に保健指導ができることに特徴がある。そこで、療養者本人だけでなく在宅療養への意欲の高い家族へ指導することにより、より有効な保健指導が実施できると考えられ、保健指導についても、訪問看護においても積極的に行うべきであろう。

### <Ⅲ. 脳卒中の再発・重度化を予防する看護、保健指導のあり方>

#### I. 研究目的

ステーションの訪問看護師を対象に、聞き取り調査により脳卒中の再発・重度化を予防する看護、保健指導のあり方について把握し、今後の訪問看護、保健指導のあり方を検討するための資料を得ることを目的とする。

#### II. 研究方法

##### 1) 対象施設

A 県下の任意のステーション 14 か所を対象とした。

##### 2) 調査方法

ステーションの管理者あるいは事例の担当者を対象に 1 事例を例に構造化面接法により、30 分程度聞き取り調査を行った。聞き取りは保健師が行った。

##### 3) 調査内容

調査内容は 2 種類あり、①現在、訪問看護を行っている脳卒中の既往のある 1 事例（訪問している中で最も若いあるいは 64 歳未満の療養者）（以下、「脳卒中患者」とする）の状況、②訪問看護師の経験から脳卒中の既往のある療養者の機能低下あるいは重症化を予防するために必要なことであった。

##### ①調査内容

年齢、性別、家族形態、主介護者、初回発作時の年齢、現在の介護度、現在の訪問回数、12 月中のケアや保健指導の実施状況と具体的な内容、医療処置に関わる看護内容の実施状況、ケアや保健指導に行う上での工夫や注意とした。

②の調査内容は、療養者の機能低下あるいは重症化を予防するための方策とした。

##### 4) 調査時期

平成 23 年 1 月～2 月とした。

##### 5) 分 析

聞き取り調査はその場でメモをとり、面接後に文章をおこし、同様な状況をまとめ項目名をつけて整理した。

### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 聞き取り事例の概要

聞き取りを行った 14 事例の概要の結果を表 1 に示す。在宅療養者の年齢は 60 代が最も多かったが、20 代から 70 代まで幅広かった。主な介護者は夫あるいは妻、親、娘あるいは息子と、殆ど家族であった。しかし、ヘルパーあるいは介護が必要だが介護者がいない人もいた。初回発作時の年齢は 60 代が最も多かったが、半数は 50 代までに発病していた。



表1 事例の概要

年齢	20代：1名、40代：1名、50代：2名、60代：7名、70代：3名
性別	男性：8名、女性：6名
主な介護者	夫：3名、妻：3名、両親：1名、母：1名、妻と娘：1名、息子あるいは娘：2名、ヘルパー：1名、介護が必要だが介護者がいない：1名、介護の必要なし：1名
初回発作時の年齢	20代：1名、40代：4名、50代：2名、60代：5名、70代：1名、不明：1名
現在の介護度	認定無し：2名、要介護2：1名、要介護3：2名、要介護4：4名、要介護5：5名
現在の訪問回数	2日/月：1名、1日/週：7名、2日/週：3名、3日/週：3名、毎日：1名

## 2. 医療処置にかかる看護内容

医療処置にかかる看護内容については、「在宅酸素療法の指導・援助」、「褥瘡の処置」、「褥瘡以外の創傷部の処置」、「気管カニューレの交換管理」が各1名、「胃ろうの管理」が2名、「緊急時の対応」が5名、「浣腸・摘便」が7名、「服薬管理」が11名、「その他」が5名であった。

## 3. 訪問によるケア及び保健指導の内容

平成22年12月中に実施した訪問によるケア及び保健指導の内容の結果を表2に示す。最も多く行われていたケアは「症状観察」14名であり、次いで「社会資源の活用」12名、「排泄の援助」11名、「身体の清潔の保持の管理・援助」11名であった。

ケアの具体的な内容として、「症状観察」の項目ではバイタルサイン測定、全身状態の観察、合併症・副作用の有無のチェックなどが行われ、「社会資源の活用」の項目ではデイサービス、ショートステイ、訪問リハビリテーション、各種介護用品の紹介などのサービスの活用が行われていた。

表2 平成22年12月中に実施した訪問によるケア及び保健指導内容

項目	実施状況	具体的内容
病状観察	14名	バイタルサイン測定、全身状態観察(排泄、食事、睡眠、精神状態)、SpO2測定、合併症・副作用の有無のチェック
本人の療養指導	9名	排便コントロール、体重コントロール、自主リハビリ、食事・栄養指導、リハビリへの声かけ、口腔ケア、ショートステイの利用、内服指導、運動機能面の維持、セルフケアの確立
家族等の介護指導・支援	9名	排便コントロール、体重コントロール、介助方法(排尿介助)、緊急時の対応、利用者との関わりについて支援、服薬指導、室温管理、皮膚のケア、医師との連携、介護負担への支援、転倒予防、誤嚥予防、レスパイト、生活リズム、生活全般についての指導、介護者の健康管理
栄養・食事の援助	10名	間食を制限、水分摂取、とろみ食、体位変換、注入食の逆流予防、注入食・水分補給の時間調整、配食サービス、摂食時の注意
排泄の援助	11名	ポータブルトイレ、尿・便器、排便コントロール、排便、オムツ交換、洗腸、緩下剤指導、腹部温電法、マッサージ
口腔ケア	4名	スポンジブラシ、舌ブラシ、排痰促進、吸引チューブ付きブラシ、歯磨き介助、重曹の使用
身体の清潔保持の管理・援助	11名	清拭、寝衣交換、陰部洗浄、手浴、洗髪、シャワーキャリーの使用、足浴、爪切り、髭剃り、耳掃除
認知症・精神障害に対するケア	5名	意思尊重、介護者への配慮、環境整備(転落防止)、感情を害さないような会話、抗精神薬の注入時間の相談・指導、睡眠時間の確保、傾聴・安心できる関係性の構築、リラクゼーション
嚥下訓練	1名	食前の口運動、空嚥下
呼吸ケア・肺理学療法	3名	状態に合わせた肺理学療法、腹式呼吸、口すぼめ呼吸法、胸郭運動、排痰のためのスクイジング
その他のリハビリテーション	10名	四肢マッサージ、ROM訓練、起立練習、車椅子移乗、尖足に対するリハビリ、坐位、ベッド端坐位、筋肉増強訓練、運動機能の維持
社会資源の活用	12名	デイサービス(デイケア)、ショートステイ、訪問リハビリテーション、ベッド柵、尿器、介護タクシー、ベッド、エアマット、車椅子、入浴サービス、往診、ヘルパー、歯科往診
家屋改造・環境整備の支援	9名	立ち上がり棒、段差の解消、手すり、ベッド周囲・ポータブルトイレの清掃指導、蟻の駆除指導、バリアフリー、玄関にストッパーの設置
その他	3名	ケアマネージャー・主治医との連携

訪問においてケアの工夫や注意していることを表3に示す。ケアの工夫や注意していることとして、「療養者との関わり」、「家族との関わり」、「生活指導」、「家族への指導」、「関係機関との連携」、「社会資源の活用」、「経済面」の7項目に分類された。

「療養者との関わり」の具体的な内容として、「必要性をわかりやすく説明し、同意得る」、「精神面に配慮しながら対応している」、「本人の思いを傾聴する」など精神面の配慮、さらに「安全で安楽に処置することを心がけている」、「訓練する時には、全身状態の観察を必ず行なう」など再発、重症化の予防が行われていた。さらに、介護者にストレスをかけない「家族との関わり」、家族が受け入れやすい方法や工夫として「家族への指導」が行われるとともに、往診医などの「関係機関との連携」、ショートステイなどの「社会資源の活用」、訪問時間の考慮などの「経済面」への配慮が行われていた。

表3 訪問においてケアの工夫や注意していること

項目	具体的な内容
療養者との関わり	今までの生活パターンを尊重し本人にストレスをかけないように必要性をわかりやすく説明し、同意得る 慎重な性格の方であるため、精神面に配慮しながら対応している 本人の性格等を配慮しながら、また本人の合意を得ながらケア等を進めていく 特に失語があるため、意思疎通がはかりにくい 本人の思いを傾聴する 療養者の希望により週1回は管理者が訪問するようにしている 体調の変化に注意 声かけをし、発語を促がす 安全で安楽に処置することを心がけている 訓練する時には、全身状態の観察を必ず行なう 予後予測して行動する 構音障害があるため、答えやすい質問をする
家族との関わり	今までの生活パターンを尊重し介護者にストレスをかけないようにする 家族が納得できるように支援・働きかけをする 娘が両親の介護をしているため、ねぎらいながらサポートしていく 介護者の意識が低いので、積極的な介護を提案するのではなく、現状を見守る 家族が療養者を大切に思っているため、その思いに配慮しながら丁寧にケアを行う 家族の役割をとらないようにする
生活指導	心筋梗塞の既往があるため、内服薬管理、食事指導、症状の変化を見逃さないよう、日常的に保健指導を行う 精神面での不安定さがあるので、簡潔な言葉で、療養者の受け入れのよい日に指導する
家族への指導	一つのことに対して何通りかの方法を考えるなど、家族が受け入れやすい方法や工夫を考える 経口摂取や移動等、その都度説明し、納得してもらいようにする 家族が療養者に対して何かしたいという気持ちを尊重する
関係機関との連携	高齢者専用賃貸住居施設のスタッフや往診医と十分連絡を取り、連携を密にしてからケア、指導を行なう 専門医に相談し、手術することになった 施設からも療養者について情報収集し、ケアの時に活かす 施設のスタッフやヘルパーに水分、栄養について指導し、合併症防止に努めている 訪問リハビリだけのケースであっても、初回は看護師も同行し、全身状態等を観察している
社会資源の活用	療養者本人には、介護者の大変さを伝え、ショートステイなどのサービスの利用をすすめる
経済面	経済面を配慮し、オムツより尿取りパットを使用 訪問時間を短く設定

ケアや指導を実施する上での問題点を表4に示す。ケアや指導を実施する上での問題点として、「療養者との関わりの問題」、「介護負担の問題」、「家族の問題」、「社会資源の問題」、「経済的な問題」、「関係機関との連携の問題」、「訪問の時期」の7項目に分類された。特徴的な項目として、介護する側の「介護負担」、「家族の問題」、サービスを提供する側の「社会資源の問題」、年金などによる「経済的な問題」であった。

表4 ケアや指導を実施する上での問題点

項目	具体的な内容
療養者との関わりの問題	本人の合意を得ながらケア等を進めていくが、本人と意思疎通がはかりにくい 本人が精神的な不安定なため、言葉の選び方や態度に注意している
介護負担の問題	介護疲労 介護者が心身とも弱っている 介護者が周りの助言を受け入れず抱え込んでしまう 介護者の代わりがないため介護負担になる
家族の問題	家族の意識や訓練等が外へと向かない 介護放棄 家族の充分介護ができない 家族の理解、サービスの受け入れがよくない 家族の無理解で継続的な受診ができない
社会資源の問題	若い年齢層が参加しやすいリハビリ施設(デイサービス)があればよい 言語訓練ができる施設 ショートステイやレスパイトで受け入れてくれる施設がない 母親や本人が利用したらない 訪問看護について知らない人が多く、訪問看護につながっていないケースもある
経済的な問題	年金生活で経済的に困窮 訪問看護やデイサービスの回数を増やしたり、電動ベッド等の利用もすすめていきたいが金銭的な問題で利用できない 体調管理するには限度額がいっぱいになってしまう
関係機関との連携の問題	日々の体調の確認はノートで関係職種と連絡を行っているが上手くいかないことがある ケアマネージャが訪問看護師を頼り、全てを訪問看護ステーションに任せる
訪問の時期	医療的なケアが必要になってから依頼がくるのが殆どで、なかなか保健指導を行なう段階で訪問看護が入ることはない 1回/週の訪問では限界がある。ケアだけで精一杯

#### 4. 看護職の経験からみた脳卒中の既往のある療養者の機能低下あるいは重症化予防に必要なこと

脳卒中患者の既往のある療養者の機能低下あるいは重症化予防に必要なこととして（表 5）、「脱水予防」、「誤嚥性肺炎の予防」、「褥瘡予防・リハビリテーション」、「基礎疾患・血圧のコントロール」、「観察」、「定期的な受診」、「服薬管理」、「生活指導」、「予防的な介入」、「家族指導」、「関係機関との連携」、「訪問回数」、「施設の利用」、「その他」の 14 項目に分類できた。

表5 訪問看護師の経験からみた脳卒中の既往のある療養者の機能低下あるいは重症化予防に必要なこと

項目	具体的な内容
脱水予防(水分摂取)	生活援助を行っているヘルパーにもある程度知識を持ってもらい、連携する 水分摂取について具体的に(いつ、どのくらい、その人が日常生活で使用しているものを用いて)指導 入浴後は水分摂取する人が多いが、入浴前の水分摂取も促す PEGでも経管栄養剤の間にスポーツドリンク等を注入し、脱水を予防する 直接水分を摂りにくい場合はゼリーやとろみ食を使う
誤嚥性肺炎の予防	口腔ケア、STによる訓練が重要である。 排痰の促進
褥瘡予防・リハビリテーション	褥瘡の予防 長期的に継続してリハビリを受け入れられる制度
基礎疾患・血圧コントロール	本人や家族にも血圧測定の重要性を説明する 日頃の血圧を把握するために記録するように指導
観察	日頃から観察(バイタル、ADLの変化)し、変化を早期に発見し、早期治療につなげる 服薬管理等ができていてもバイタルが不安定な人が多いため、十分な観察が必要
定期的な受診	定期的に受診するように指導
服薬管理	飲み忘れ、飲めていないことがある 家族への指導 服薬管理は血圧コントロールに関連するので重要
生活指導	生活することがリハビリだということを理解してもらう 食事内容についての指導、低栄養の予防、必要に応じて高カロリー食を使用 室温管理(夏は暑すぎる、冬は寒すぎる)、エアコンの使用 排泄の管理、排便コントロール 生活全般に対する指導が必要
予防的な介入	合併症を未然に防ぐなど、予防的な看護が大切 早期の介入 リスク管理が重要である。予後を予測して動く
家族指導	介護者に説明をして理解してもらう 介護者の負担軽減 不安の軽減(何かあれば遠慮せずいつでも連絡してもらう) 発作時の症状等を本人および家族に伝えておく。 抗凝固剤を服用している人が多いため、出血しやすいことを説明しておく。 体位変換、早い段階でのリハビリ、栄養、排泄等について指導 悪化の防止は家族の協力なしにはやっていけない
関係機関との連携 (専門職との連携)	看護師だけでなく、ケアマネージャーやヘルパーも関わるとよい ヘルパーの協力が必要で、ヘルパーの意識・能力の向上が必要 医師やヘルパーが予防性を感じ、訪問看護を導入してくれることが必要 利用者の状態について主治医と連携していく 保健師との連携(定期的に報告実施) 看護と理学療法の両方で介入することで、運動面、身体面の機能の維持と疾病予防が図れる 連携がうまくできれば訪問回数の減少、ひいては経済的負担の減少となる
訪問回数	訪問回数を減らさない、特に急性期は訪問回数を多くする 家族の理解が得られれば回数を増やし、状態観察、生活リハビリ、保健指導をしていけば予防も可能ではないか
施設の利用	デイサービス、ショートステイを利用して本人の身体機能・社会性の低下を防ぐ ヘルパーやデイサービスを効果的に利用する
その他	本人に対する心理的ケア 生活パターン・環境を変えるのは難しい 高齢者の脳卒中はこれまでの生活習慣の改善が困難なので、若い時からの生活習慣が大事 訪問看護が入ることで利用者の再発予防の意識づけになっているのではないか いかに指導内容を継続してもらうかが重要 生活背景を把握した上で指導することが大切 再発には合併症や全身状態が関係するので、基本の予防対策に加え、その人にあつた方法を考える必要がある 濃厚に関わることで療養者からも意見が出てくる

#### IV. 考 察

14 か所のステーションを対象に、脳卒中患者の1事例への訪問内容について詳細に聞き取り調査を行った。その結果、訪問看護におけるケアの内容は、バイタルサインの測定などの症状観察以外に、ディサービスなどの社会資源の活用が中心であり、工夫や注意点として療養者あるいは家族との関わり、療養者、家族への指導が行われていた。訪問時における保健指導体制としては、看護師以外に医師、リハビリテーションの専門家、ヘルパーなどの多職種の参画が可能であり、多職種によりチームを組み訪問で行われていた。チームで行う場合には、他職種に訪問看護の方針や役割を理解してもらうことが重要である。

介護負担の問題、家族の問題を解決するためには、療養者に対するリハビリを中心とした対策では不十分で、看護の視点として、家族を含めた生活をみる視点や関係機関と連携したケアの視点が必要であろう。

保健指導は、脱水予防、誤嚥性肺炎の予防、褥瘡予防などに重きを置いて行われている。現状の悪化を予防するだけでなく、血圧のコントロールなど再発防止に向けた指導が大切であり、療養者の在宅に向けての意欲低下を考えると、発病早期に、かつ軽度な者への積極的な介入が望まれる。

一方、工夫や注意している点、問題点において、家族との関わり、家族への指導、家族の問題が挙げられたことから共通して、家族への配慮、あるいは指導が重要な点であり、特に介護者への保健指導も肝要である。

ステーションからの訪問看護は、①継続的に、定期的に訪問ができる、②本人を中心として、家族に指導ができる、③患者の生活背景、療養方法にあったケアと同時期に保健指導ができる、④多職種、多機関と協働したケア、指導ができるという特徴があり、これらの特徴を活かして、在宅療養者で比較的軽度な場合は、本人を中心として、比較的重度な場合は介護者を中心として保健指導を行うことで、その効果が期待できると考えられた。

#### V. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

- ・山田和子、前馬理恵、森岡郁晴：脳卒中及び心筋梗塞の既往のある在宅療養者への訪問看護の実態、第22回日本医学看護学教育学会学術集会，2012，3，米子市。

#### VI. 知的財産権の出願・登録状況

なし

# あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

1. 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	体を使う日常活動ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	いつもの仕事ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 過去1カ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 過去1カ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 過去1カ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 過去1カ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん悩ま されなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 過去1カ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご協力、ありがとうございました。

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

脳卒中及び心筋梗塞の保健指導等に関連するエビデンス情報データベース  
の構築に関する研究

研究分担者	牧 本 清 子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	教授
研究協力者	伊 藤 美樹子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	准教授
	竹 内 佐智恵	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	准教授
	福 祿 恵 子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	助教
	心 光 世津子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	助教
	山 川 みやえ	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	助教

研究要旨：脳卒中、心筋梗塞等の生活習慣病の予防に関連するエビデンス情報データベースを構築するため、国内外の研究成果について系統的な文献検索・収集を行った。脳卒中・心筋梗塞の再発予防に関する介入研究は、非常に限られており、高いエビデンスとして推奨できる介入研究は検索されなかった。コクランライブラリでは4件のシステマチックレビューが検索されたが、いずれも患者のアドヒアランス（指導内容の遵守）に関するものであった。追跡期間は1年が多く、エビデンスレベルの高いものはなかったが、アドヒアランスの定義及び測定指標の確立の必要性などが明らかになった。再発予防の保健指導に関する具体的なエビデンスについても文献検索を行い、サプリメントの使用、飲酒、性生活と再発のリスクや予防を中心に要約した。イギリスのガイドラインは、心筋梗塞の再発予防のためにベータカロチン、抗酸化サプリメントの摂取を推奨しなかった。飲酒や喫煙についてはどのガイドラインも類似した推奨事項であったが、女性の飲酒の適量に関するエビデンスは乏しかった。脳卒中再発予防に関しては、サプリメント使用と再発に関するエビデンスはどのガイドラインにも記載されていなかった。

#### A. 研究目的

脳卒中、心筋梗塞の再発予防等に関する国内外の文献を検索・収集し、先行研究の成果を要約することにより、保健指導等に関するエビデンス情報データベースを構築するとともに、研究上の課題を明らかにすることを目的とした。加えて、脳卒中及び心筋梗塞の再発予防について、具体的な最新のエビデンスを収集・吟味することとした。特に患者から質問の多い、サプリメント、飲酒、セックスと再発との関係のエビデンスを検索した。

#### B. 研究方法

コクランライブラリ、Medline、CINAHL、医学中央雑誌で、1995年から現在までに発表

された脳卒中・心筋梗塞の再発予防・保健指導等に関連する文献を系統的に検索・収集し、本研究のテーマに即した文献について、その内容を要約した。これに加えて、疾病のケアに関する文献については、Joanna Briggs Instituteのデータベースを検索した。これらで検索した文献について、基準を定めて選定した上で、研究目的、対象の特徴（対象者数、年齢等）、研究方法、研究結果等についてまとめた。

MedlineやGoogle scholarsによる検索から、心筋梗塞や脳卒中予防の保健指導に関するもので、サプリメント、飲酒、性生活などのエビデンスの文献を検討した。分析対象は、英語か日本語の文献で、ガイドラインやシステ



て検討するため、脳卒中・心筋梗塞に関するホームページを開設している職能団体や患者団体を検索し、提供している情報の種類や内容についてまとめた。

(理面への配慮)

文献レビューであり、倫理面への配慮はとくに必要としない。

### C. 研究結果

医学中央雑誌で検索した国内の関連文献は、心筋梗塞に関するものが13件、虚血性心疾患に関するものが8件であった。いずれも介入研究とくに無作為化比較試験(RCT)に関するものは少なく、2件のみであった。その他は質問紙調査による横断研究がほとんどで、追跡調査は4件であった。これらの介入研究や追跡調査はいずれも標本数が少なく、統計学的な有意差をみるには検出力が低いことが問題と考えられる。

国外の文献は、コクランライブラリおよびMedline、CINAHLにより検索した。コクランライブラリでは、4件のシステマチックレビューが検索された。いずれもアドヒアランス(指導内容の遵守)に関するもので、それぞれ10件以上の研究を統合したものであった。これらの4文献のテーマは、高脂血症治療薬の服薬コンプライアンスの介入、プライマリケアにおける虚血性心疾患の予防法のコンプライアンス向上の介入、心臓リハビリテーションへの参加継続の介入、心血管疾患患者における心理社会的療法による禁煙への介入のレビューであった。

いずれの研究も追跡期間が1年程度と短く、アドヒアランスの定義、測定指標、研究期間が相違しており、エビデンスのレベルは低いと考えられる。患者の危険因子や治療内容の定期的モニタリングは、複数の研究で効果が認められていた。また患者を対象とする調査では、治療指標、薬の副作用などに関する知識はいずれも低いという結果であった。

また、Joanna Briggs Instituteのデータベースで検索した情報では、生活習慣病の再発予防に特化したものはなかったが、禁煙や糖尿病の管理に関するエビデンスが集約されていた。Medlineによる検索では、メタ分析は、

運動療法(2件)、野菜・果物(2件)、ビタミンE(1件)、カリウム(1件)、葉酸(1件)が検出された。ガイドラインの検索では、イギリスの心筋梗塞の再発予防に関するガイドライン(2007年)、米国脳卒中協会による脳卒中の予防ガイドライン(2011年)、日本脳卒中予防協会による脳卒中治療ガイドライン(2009年)が保健指導に関する情報を提示していた。ガイドラインに含まれていない最新のメタ分析は、ビタミンEと葉酸のサプリメントの脳卒中発生への予防効果に関するものが各1件検索された。

ガイドラインの推奨事項として、心筋梗塞の再発予防のためにベータカロチン、抗酸化サプリメント(ビタミンE、C、及び葉酸)を摂取するようアドバイスすべきではないこと、1週間に7gのオメガ3脂肪酸を食事から摂取できない患者で、過去3か月に心筋梗塞を発症した患者には、オメガ3サプリメントを投与することを検討すること、性生活に関しては、性行為は患者が安心して再開できると感じたとき(通常罹患後4週間後)に再開することが推奨された。飲酒は性別や国によって安全飲酒量や閾値が異なっており、有用なエビデンスは明らかにできなかった。脳卒中の再発予防に関しては、サプリメントと再発の関係に関する研究はほとんど検索されなかったが、1つのメタ分析では、ビタミンEの予防に対する効果がみられなかった。

### D. 考察

欧米では心筋梗塞の発生率が脳梗塞より高いためか、心筋梗塞のほうが脳卒中より多くのエビデンスが集積されていた。今回の検索結果では、複数の介入を同時に行っているものが多いため、特定の介入の効果を検証することは困難であった。研究期間も短いため、介入の効果を過大評価している可能性もある。またアドヒアランスの二次的指標である罹患率や死亡率等が測定されていない研究が多いことも問題である。

今後の研究上の課題として、アドヒアランスの定義及び測定指標の確立が重要と考えられる。また、費用対効果を検証した研究がみられなかったことから、今後こうした研究の実施が求められる。加えて、女性の再発のり

スクに関するエビデンスが乏しく、今後の研究に積極的に女性をリクルートすることが重要である。

患者が医療者に質問しにくいものとして、サプリメントの使用やセックスが挙げられる。近年、健康志向の高まりをうけ、多様なサプリメントが販売されているが、抗酸化サプリメントは、生活習慣病の再発予防には効果がみられなかった。唯一、サプリメントとして推奨されていたのが、オメガ3であるが、それも食事で十分な量が摂取できないときにのみ推奨されていた。性行為に関しては、心筋梗塞の再発のリスクは初発に比べて高くないことが報告されていた。患者が聞きにくいテーマであり、パンフレットを作成したり、ホームページで情報公開するなどの工夫が必要であろう。

#### E. 結論

今回検索した脳卒中・心筋梗塞の再発予防の介入研究に関する文献のエビデンスのレベルはいずれも低かった。

定期的な受診、検査結果などによる危険因子のモニタリング、長期間にわたる介入は、複数の研究で支持されていた。また、禁煙等の行動変容については、複数の方法を組み合わせることが効果的であることが示唆されて

いた。また服薬に関しては、薬の処方を単純化するなどの工夫が患者のコンプライアンスの向上に役立つとする文献があった。以上のことから、患者教育に加えて、複数の方法を組み合わせて取り入れ、評価していくことが重要と考えられる。

心筋梗塞の再発予防のためにベータカロチンや抗酸化サプリメントを使用すべきではない。セックスに関しては、再発のリスクは、心筋梗塞の既往のない者に比べ高くなかった。脳卒中の再発予防に関しては同様なエビデンスは集積されていなかった。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

学会発表 心血管疾患・脳卒中の再発予防に関する文献レビュー。牧本清子、伊藤美樹子、竹内佐智恵、福録恵子、心光世津子、山川みやえ。第31日本看護科学学会 高知市、2011年12月2日

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 目 次

- I. 心血管疾患・脳卒中の再発予防に関する研究の要約
- II. 国際的な心血管疾患・脳卒中の再発予防に関する研究
  - 1. コクランライブラリ収録の脳卒中・心血管疾患再発予防に関するシステマティック・レビューの要約
    - 表 2-1 コクランライブラリの心血管疾患再発予防に関するシステマティックレビューの要約
    - 表 2-1 のコクランライブラリーのシステマティックレビューの引用文献
  - 2. CINAHL 検索で抽出された心血管疾患に関する研究
    - 表 2-2 CINAHL 検索で抽出された研究の要約
  - 3. MEDLINE 検索で抽出された研究
    - 表 2-3 Medline 検索で抽出された心血管疾患の研究の要約
    - 表 2-3 の Medline で抽出された研究の引用文献
- III. 日本語文献の検索-国内の脳卒中、及び心血管疾患再発予防に関する研究
  - 1. 日本における心血管疾患の再発予防に関する研究
    - 表 3-1 国内における虚血性心疾患再発予防に関する研究
  - 2. 日本における脳卒中の再発予防に関する研究
- IV. 女性や若年層を対象とした心血管疾患の研究
- V. 脳卒中再発予防の保健指導に関連した各国のガイドラインの比較
  - 表 5 米国と日本の脳卒中予防の保健指導に関する項目のガイドラインの比較
- VI. 心筋梗塞再発予防の保健指導に関連した各国のガイドラインの比較
  - 表 6 イギリスと米国の心筋梗塞の保健指導に関する項目のガイドラインの相違
- VII. 脳卒中・心筋梗塞に関するインターネット上の情報収集
  - 表 7-1 インターネット上の脳卒中に対する情報提供の内容
  - 表 7-2 心筋梗塞に関する情報提供を行っているホームページと情報の内容
- VIII. Joanna Briggs Institute のエビデンス要約の翻訳リスト
- IX. 生活習慣病に関連した Joanna Briggs Institute のエビデンス要約の翻訳例
- X. 謝辞

## I 心血管疾患・脳卒中の再発予防に関する研究の要約

心血管疾患・脳卒中の再発予防に関する研究について、国内外の主要な研究論文データベースを検索し、各データベースごとに要約した。

コクランライブラリにおけるシステマティック・レビューでは、1) 抗高脂血症剤服薬のアドヒアランス改善の介入、2) 心臓リハビリテーションへのアドヒアランス改善の介入、3) 禁煙への心理社会的介入の効果、4) 医療機関のサービス改善の介入の4件が抽出された。

禁煙に対する介入以外は、明確に効果があるといえる研究は少なく、エビデンスのレベルの低い推奨にとどまった。服薬のアドヒアランスの向上は高脂血症の改善と関連している傾向があり、弱いエビデンスではあるが、患者の定期的受診、服薬や危険因子の系統的モニタリングなどは推奨される。エビデンスのレベルが低い主要な原因としては、服薬や心臓リハビリテーションへのアドヒアランスをモニターする指標が統一されていないこと、研究期間が異なること、研究の質が低いものが多かったことである。加えて、服薬アドヒアランス向上の介入成果で有意差がでにくかった原因として天井効果が挙げられた。これは、介入開始時にすでに目標値を達成している者の割合が高いため、介入の成果を検証しにくいことである。特に2000年以降の研究では、副作用の弱い新薬の開発、再発予防ガイドラインの普及によりアドヒアランス率の高い研究実施施設では天井効果がみられるようになってきた。その他の問題としては、追跡期間が短いこと、費用効果が検討されていないこと、二次的指標（罹患率や死亡率）が測定されていないことなどであった。

CINAHLの検索では、臨床現場での問題点を浮き彫りにする調査研究が検索された。心血管疾患患者に再発予防の教育を受けたと答えた者の割合は8割から9割と高かったが、治療の成果指標である検査の基準値や処方薬の作用や副作用などの具体的な内容を想起できる者は、5割に満たなかった。フランスにおける医療機関の調査で、再発予防ガイドラインに沿った治療が積極的に行われていない慣性治療(therapeutic inertia)の問題が存在することが明らかになった。この調査では高血圧や高脂血症と診断されて、6ヵ月後に治療目標に達した患者の割合は4割から5割で、降圧剤が処方されていなかったり、治療目標に達するための十分な治療を受けていない患者の割合は4割であった。

Medlineで検索された文献は、欧米における一般の医療機関で実施可能な再発予防プログラム、低所得者地域におけるオンラインサポートシステムの効果、ガイドライン実践強化教材の郵送の効果、 $\alpha$ -リノレン酸強化マーガリンの配給とグループ栄養教育などのユニークな介入が多かった。イギリスで行われた低所得者地域における健康行動支援オンラインサポートシステムの地域介入は、参加者にパソコンの貸与とインターネットへの無料アクセスを提供し、介入群におけるモデレータの効果を検証するのが目的であった。モデレータの効果はみられなかったが、自己申告による運動頻度は両群とも増加した。ガイドライン実践強化教材の医師・患者への郵送の研究も英国で実施された。医師の患者の危険因子や患者へのアドバイスに関する記録は改善されたが、再発予防薬の処方に変化はみられなかった。患者の自己申告による行動変容も有意な変化はみられなかった。

グループ栄養教育と $\alpha$ -リノレン酸強化マーガリンの配給の介入研究はオランダで行われ、栄養指導を受けた群で魚の摂取が増加し、HDLコレステロールの増加、心血管疾患の発生率が7割と劇的に低下した。

多くの欧米の介入研究における研究対象者の喫煙率はすでに下がっていた。しかし、運動や食事に関する行動変容で大きな効果はあまり観察されなかった。米国における教育レベル・収入レベルが高く、モチベーションが高い地域住民を対象としたプログラムでは、約3割にリスク軽減がみられた。一般の地域住民に対する介入ではこの研究対象者よりもモチベーションが低いと考えられるため、このプログラムの効果は低くなることが示唆された。

医学中央雑誌データベース検索で、日本における研究を抽出したが、介入研究が少なく、調査研究も1施設の患者を対象とした研究であった。ケアやプログラムの具体的な内容の紹介が少なく、具体的なケアと研究結果との関係について言及しているものは殆どみられなかった。レビューの結果として、心臓リハビリの効果と参加や参加中断に関して、疾患や治療に対する知識の低さなどが明らかになり、これらの結果は欧米の調査結果と一致していた。再発予防に関連した治療の実態についての報告は検索されず、今後の課題である。

文献レビューを要約すると、エビデンスのレベルとしては弱いですが、患者には定期的な個別の指導やフィードバックが効果的であることが示唆された。医療機関においては、再発予防ガイドラインの実施状況や医療者に対するフィードバックの必要性が示唆された。今後の研究課題としては、近年の患者教育の在院日数の短縮化により、患者指導を実施できる時間が短くなり、ITの活用、教材の開発、外来での患者教育の推進と評価などが挙げられる。特にアドヒアランスの測定指標の確立、長期間の追跡調査などが重要課題である。