

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 15 日現在

機関番号：26201

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2012～2014

課題番号：24593323

研究課題名(和文) 初発軽症脳梗塞患者への薬物療法を核とした再発予防教育プログラム構築に関する研究

研究課題名(英文) Study regarding the developing program of medication that prevent stroke recurrence for patients with initial mild ischemic stroke

研究代表者

小林 秋恵 (kobayashi, akie)

香川県立保健医療大学・保健医療学部・助教

研究者番号：10405532

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 900,000円

研究成果の概要(和文)：研究目的は、脳梗塞の再発予防教育プログラムを構築するために、初発軽症脳梗塞患者の服薬行動と関連要因、発症後1年間の推移を明らかにすることであった。

服薬行動の測定は、服薬コンプライアンスと服薬の認識を問う2種類の質問紙を使った。1年間4時点で継続して測定できた31名を分析対象者とした。服薬コンプライアンス維持に関連していたのは服用方法の簡便さであり、薬代金の負担感は時間経過と共に増していた。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to clarify the medication behavior in patients with initial mild ischemic stroke, and to examine the factors that influence this phenomenon and the changes during one year.

We used two types of questionnaires to study medication behavior, one questionnaire for compliance medicine, another for knowledge of medication. We analyzed the medication behavior data of 31 people who had been followed in one year. Their compliance medicine was related to the knowledge of taking the medicine simply and easily, and the burden for the cost of the medicine was increased as time went by.

研究分野：臨床看護学

キーワード：脳梗塞 再発予防 患者教育 服薬行動

1. 研究開始当初の背景

脳卒中による身体機能障害や心理的ダメージによって、患者や家族のQOLは著しく低下する。脳卒中のなかでも脳梗塞の再発率は2年以内が2割¹⁾、5年以内は3割²⁾、10年以内に5割³⁾と飛躍的に高くなり、再発による重症化や介護問題、脳卒中の医療費は全体の1割近くであることなど考慮すると、脳梗塞の再発予防は重要な社会的課題である。

特に初発の場合は比較的軽症例が多く、急性期病院から早期に退院する患者の割合が高く⁴⁾、医療者から個別性のある十分な教育が行われていない⁵⁾。さらに、脳梗塞5人に1人は自己判断で通院を中止しているという実態⁶⁾や、自覚症状が少ない患者は自己の疾患を軽視しがちであるという点をふまえて、脳梗塞再発重症化予備軍である初発軽症脳梗塞患者に対する十分な再発予防教育が行われるべきである。そして、これらの患者に再発予防教育ができるのは、発症後に緊急入院する急性期医療機関である。

生活習慣関連の疾患に対する看護師による患者教育の研究や実践では、行動科学を基盤にしたアプローチに加えて、長期間の継続訪問による指導・教育、多職種との協働による指導・教育、IT機器の導入や電話・メールでの24時間受け付け相談など、多大な人的・物的資源を使った患者教育へと変革しなければ効果を追求できなかった。しかし、費用対効果が上がっていない⁷⁾のが現状である。一方、わが国の脳神経領域の看護研究では看護師による脳卒中患者への教育に関する研究自体が少なく、一施設の実態や事例検討にとどまっており、体系的に構築された教育プログラムの研究が見当たらない⁸⁾。脳卒中患者への教育の実態として、筆者のおこなった中国・四国地方の病院を対象にした実態調査⁹⁾でも、患者教育実施率は7割だが、教育プログラムが整備されているのは1割、また、初発軽症脳梗塞患者へ教育を実施しているのは4割程度に過ぎず、脳梗塞再発予防教育の充実が急がれる。海外の脳卒中ケアにおける介入研究の文献レビュー¹⁰⁾では、リスクファクター管理を主とする患者教育は一般的な多量の内容を詰め込みすぎで、結局、患者の個別性を考慮できず目標とする行動変容の焦点化ができておらず実行可能性が低いといわれている。

脳梗塞患者の特性として、身体機能障害に加え、認知や心理的障害などを引き起こし、患者教育が効果的に受け入れられない状況にあることが多く、再発予防教育はますます困難を極める。

「脳卒中治療ガイドライン2009」¹¹⁾では、脳梗塞再発予防には高血圧症、糖尿病、脂質異常症に対する薬物療法が高いエビデンスレベルで推奨されている。効果が立証されている薬物でも患者が内服しなければ無効である。そのため、服薬アドヒアランスを上げるため合剤にするなど、薬剤師による指導を行

うなどさまざま努力している。

服薬行動に関連する要因の研究¹²⁾¹³⁾は、服薬理解能力や遂行能力、薬物に対する考え、サポート体制が影響していることが明らかにされており、認識と行動により服薬行動が説明できる。人の健康行動は健康に対する価値信念が核となるため、これらも明らかにする必要がある。

脳梗塞再発予防に関しては、生活習慣に問題のある人の特徴的な認識・行動パターンに加え、疾患・障害を持ったことで学習レディネスの問題があり、また、教育を実施する医療者側はシステムや人材の乏しさから教育効果が期待できないと推察される。

以上のことから、初発軽症脳梗塞患者に効果的に再発予防教育ができれば、再発率をかなりの程度低下させることが期待できる。教育を実施するためには初発軽症脳梗塞患者の健康認識や健康行動、特に再発予防のための薬物療法に対する認識の特徴や経過を明らかにしておく必要があるが、その研究はみあたらない。

2. 研究の目的

脳梗塞再発重症化予備軍にある初発軽症脳梗塞患者に対し、再発予防に最も効果的な薬物治療に焦点化した患者教育プログラムを構築するための資料を得るために、次の2点を行うことである。

初発軽症脳梗塞患者の服薬行動とそれに関連する要因を明らかにすること。初発軽症脳梗塞患者の発症後1年間の服薬行動の変化の特徴を明らかにすること。

3. 研究の方法

(1) 研究対象者：対象選定基準を以下のよう

に定めた。

初発であること。
軽症であること：NIHSS(National Institutes of Health Stroke Scale)が42点満点中4点以下。

認知障害がなく言語的コミュニケーションがとれること。

入院後の経過が順調であり、本人の研究協力の同意があること。

(2) データ収集時期

脳梗塞発症から1年間のうち4時点(入院中、発症後3ヶ月、発症後6ヶ月、発症後12ヶ月)でデータ収集を行った。

(3) 調査項目

基本属性：年齢、性別、同居の有無、職業の有無

疾患の状態：病型、病変部位、既往歴、入院日数、入院時のNIHSS、内服薬の種類・量

生活習慣：喫煙、大量飲酒、運動、肥満
健康コントロール感：堀家¹⁴⁾の日本版 Health Locus of Control 尺度(以後、HLCC 尺度)を用いた。本尺度は、5つの下位尺度(Internal, Professional, Family, Chance,

Supernatural), 各 5 項目で構成されており, 全 25 項目について 6 段階評価で得点を出す. 健康や病気に関する行動を統制する主体の所在がどこにあるかを測る尺度である.

服薬行動: 服薬遵守ができていないかを測る平塚ら¹⁵⁾の「服薬コンプライアンス尺度」と, 服薬の認識を測る湯沢¹⁶⁾の「服薬アセスメント指標」を用いた. 「服薬コンプライアンス尺度」は 4 項目 4 段階評価, 「服薬アセスメント指標」は, 4 つの下位尺度(服薬の動機, 服薬の受容, 服薬の理解, 薬の費用), 全 11 項目で構成されており 4 段階評価で得点を出す. 両方とも得点が高いほうがコンプライアンスや服薬の認識が高いと解釈できる.

(4) データ収集方法

入院時, 疾患の状態はカルテ閲覧により, また, HLOC 尺度および服薬行動に関する 2 種類は自記式質問紙法で, 基本属性と生活習慣については面接での聞き取りで行った. 3 ヶ月以降は, 質問紙の郵送と電話による聞き取りで行った.

(5) データ分析方法

各調査項目について記述統計量を算出した. 服薬行動を示す「服薬コンプライアンス尺度」を従属変数とし, 服薬アセスメント指標得点, 対象者の基本属性, 生活習慣, HLOC 尺度得点との関連をみるために Spearman 順位相関係数の算出, Mann-Whitney U 検定および Kruskal-Wallis 検定を行った. また, 服薬行動に関する尺度得点の 4 時点の比較には Friedman 検定を用いた. 統計解析には SPSS21.0J を用い, 有意水準を 5% とした.

(6) 倫理的配慮

研究者の所属機関および対象者の入院施設の研究倫理審査委員会での承認後, 研究を実施した. 対象者には説明書を用いて研究目的, 方法, 協力の自己決定の権利, 協力撤回の自由, 協力拒否しても不利益を受けない権利, 結果公表等について説明をして, 同意書で同意を得た. 面接時には体調の変化に注意して行った.

4. 研究成果

(1) 対象者の協力状況

研究協力の同意を得られた 51 名に初回(入院中)のデータ収集を行った. 発症後 1 年間 4 時点の継続したデータ収集が行えたのは 31 名であった. 継続したデータ収集が行えなかった対象者の内訳は, 研究途中での辞退者 2 名, 質問紙の返信がなかった者 8 名, 質問紙に欠損値等のあった者 10 名であった. 継続したデータ収集が行えた 31 名を分析対象とした.

(2) 対象者の属性(表 1)

分析対象者 31 名のうち男性 22 名(71%), 平均年齢は 66.0 ± 8.4 歳, 同居者のある者が 28 名(90.3%), 就労者が 15 名(48.4%)であった. 脳梗塞の病型はラクナ梗塞が最も多く 19 名(61.3%), 梗塞部位は大脳が 27 名

(87.1%)であり NIHSS は 0 点 8 名(25.8%), 1 点 8 名(25.8%) 2 点 9 名(29.0%)であった. 血栓溶解療法が行われた対象者は 1 名で, 他 30 名(96.8%)は経口内服での抗血小板療法または抗凝固療法が行われた.

脳梗塞危険因子である疾患の保有者は 14 名(45.2%)で, うち高血圧症のある者が最も多かった. 脳梗塞危険因子の生活習慣があった者は 25 名(80.6%)で, うち, 運動習慣のない者が最も多かった. 入院前に何かしらの内服治療を受けていた者は 17 名(54.8%)だった.

表 1 対象者の属性(n=31)

項目	平均 ± SD[範囲]	人数 (%)
<基本属性>		
年齢(歳)	66.0 ± 8.4	[49 - 83]
性別	男性 / 女性	22(71.0) / 9(29.0)
同居者	有 / 無	28(90.3) / 3(9.7)
就業	有 / 無	15(48.4) / 16(51.6)
<疾患の状況>		
病型	ラクナ	19(61.3)
	アテローム	6(19.4)
	心原性	2(6.5)
	その他	4(12.9)
梗塞半球	右 / 左	18(58.1) / 13(41.9)
梗塞部位	大脳	27(87.1)
	脳幹	3(9.7)
	小脳	1(3.2)
	多発性	2(6.5)
入院時 NIHSS	0	8(25.8)
	1	8(25.8)
	2	9(29.0)
	3	2(6.5)
	4	3(9.7)
	5	1(3.2)
治療	抗血小板・抗凝固療法	30(96.8)
	血栓溶解療法	1(3.2)
入院期間(日)		162 ± 5.8 [8 - 39]
<脳梗塞危険因子>		
疾患	有	14(45.2)
	高血圧	13(41.9)
	糖尿病	4(12.9)
	脂質異常	2(6.5)
	心房細動	0(0)
	(心血管疾患)	1(3.2)
	無	17(54.8)
生活習慣	有	25(80.6)
	喫煙習慣あり	8(25.8)
	運動習慣なし	19(61.3)
	飲酒習慣あり	7(22.6)
	肥満(BMI 25)あり	13(41.9)
	無	6(19.4)
<入院前内服薬>		
	3 - 9回 / 1 - 2回 / 無	10(32.2) / 7(22.6) / 14(45.2)

(3) 入院時の服薬行動の特徴(表 2・3)

入院時の服薬コンプライアンスは表 2 のとおりである. 自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう者が 8 名(25.8%)おり, 薬を飲み忘れる者が 15 名(48.4%)いた.

表 2 服薬コンプライアンス尺度の回答状況 初回 (n=31)

質問項目	あてはまる 4点	だいたいあ はまる 3点	少しあては まる 2点	あてはまら ない 1点	平均値 ± SD [中央値]
薬は指示されたとおり服用している	26(83.9)	5(16.1)	0(0)	0(0)	3.84 ± 0.37 [4]
自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう	0(0)	2(6.5)	6(19.4)	23(74.2)	3.68 ± 0.60 [4]
つい受診期間が空いてしまい, 何日間か薬を飲まない日ができる	0(0)	0(0)	5(16.1)	26(83.9)	3.84 ± 0.37 [4]
薬を飲み忘れる	1(3.2)	1(3.2)	13(41.9)	16(51.6)	3.42 ± 0.72 [4]

逆転項目, 表中の数値は度数, ()内の数値は%

入院時の服薬アセスメント指標は表3のとおりである。「薬にたよるのはよくないと思うか」に「とても思う」「そう思う」と回答した者が16名(51.7%)おり、全質問項目の中で最も点数が低かった。次に点数が低かったのは「薬の効果を感じるか」で10名(32.3%)が「あまり思わない」と回答した。一方、得点の高かった項目は服用方法に関することで、「薬を飲む作業は面倒か」に「あまり思わない」「思わない」と回答した者26名(83.9%)、「薬の飲み方は分かりやすいか」に「とても思う」「そう思う」と回答した者は30名(96.8%)いた。

表3 服薬アセスメント指標の回答状況 初回 (n=31)

下位尺度	質問項目	回答				平均値±SD [中央値]	下位尺度項目 平均値±SD [中央値]
		とても思う 4点	そう思う 3点	あまり思わ ない 2点	思わ ない 1点		
服薬の 動機	薬の効果を感じますか	6(19.4)	15(48.4)	10(32.3)	0(0)	2.87±0.72 [3]	304±0.44 [3]
	薬は病気の悪化防止に役立っていますか	5(16.1)	24(77.4)	1(3.2)	1(3.2)	3.06±0.57 [3]	
	薬の説明は薬を理解するのに役立っていますか	6(19.4)	21(67.7)	4(12.9)	0(0)	3.06±0.57 [3]	
	服薬は全体としてうまく行っていますか	8(25.8)	20(64.5)	3(9.7)	0(0)	3.16±0.58 [3]	
服薬の 受容	薬にたよるのはよくないと思えますか	2(6.5)	14(45.2)	11(35.5)	4(12.9)	2.55±0.81 [2]	288±0.59 [3]
	薬は今より少なくてもいいと思えますか	0(0)	9(29.0)	15(48.4)	7(22.6)	2.94±0.73 [3]	
	今の薬の副作用が気に入りませんか	1(3.2)	7(22.6)	9(29.0)	14(45.2)	3.16±0.90 [3]	
服薬の 理解	薬を飲む作業は面倒ですか	0(0)	5(16.1)	10(32.3)	16(51.6)	3.35±0.76 [4]	333±0.41 [3]
	薬の飲み方はわかりやすいです か	13(41.9)	17(54.8)	0(0)	1(3.2)	3.35±0.66 [3]	
	薬がなぜ必要か自分わかりま すか	9(29.0)	22(71.0)	0(0)	0(0)	3.29±0.46 [3]	
薬の代 金	薬代は負担ですか	1(3.2)	12(38.7)	7(22.6)	11(35.5)	2.90±0.94 [3]	2.90±0.94 [3]
	合計					33.71±3.52 [33]	

逆転項目、表中の数値は度数、()内の数値は%

(4) 入院時の服薬コンプライアンスの関連要因(表4)

次に、入院時の服薬コンプライアンスに関連のあった項目を表4に示す。基本属性(性別、年齢、同居の有無、就業の有無)、疾患の状況(病型、梗塞半球)、脳梗塞危険因子(疾患の有無、生活習慣の有無)、内服薬の数別に関連と差を検討したが、いずれの項目間にも有意な差はみられなかった。関連があったのは服薬アセスメント指標とHLOC尺度であった。

表4 入院時の服薬コンプライアンスの関連要因 (n=31)

項目	服薬コンプライアンス			
	薬は指示されたとおりに服用している	自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう	つい受診期間が空いてしまい何日間か薬を飲まない日ができる	薬を飲み忘れる
<服薬アセスメント指標>				
服薬は全体としてうまく行っていますか			0.373*	0.381*
薬を飲む作業は面倒ですか				0.383*
<HLOC下位尺度>				
Supernatural HLOC				0.374*
Chance HLOC	0.473**	0.390*		0.404*

逆転項目 Spearman順位相関係数 *p<0.05 **p<0.01

「薬は指示されたとおりに服用している」と有意な関連があったのはHLOC尺度の「Chance」であった。「自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう」と有意な関連があったのは「薬を飲む作業は面倒か」と「薬の飲み方は分かりやすいか」、およびHLOC尺度の「Chance」であった。また「薬を飲み忘れる」と関連があったのは「薬を飲む作業は面倒か」とHLOC尺度の「Supernatural」「Chance」であった。服薬コンプライアンスに関連があるのは服用方法の認識であった。また、健康行動のコントロール感が超自然なものや偶然によると認識していることとも関連していた。

(5) 発症後12ヶ月時の服薬コンプライアンスの関連要因(表5)

服薬コンプライアンス尺度4項目と基本属性、疾患の状況、脳梗塞危険因子の有無、危険因子である生活習慣改善の有無、内服薬の数別に関連と差を検討したが、いずれの項目間にも有意な差はみられなかった。関連があったのは服薬アセスメント指標とHLOC尺度であった。

「つい受診期間が空いてしまい薬を飲まない日ができる」と有意な関連があったのは「服薬は全体としてうまく行っている」であった。「薬を飲み忘れる」と関連があったのは「服薬は全体としてうまく行っている」、「薬を飲む作業は面倒」、「Internal」であった。

発症後12ヶ月の服薬コンプライアンスに関連があるのは服用方法の認識であり、健康行動のコントロール感が自己の中にあると認識していることとも関連していた。

表5 12か月後の服薬コンプライアンスの関連要因 (n=31)

項目	服薬コンプライアンス			
	薬は指示されたとおりに服用している	自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう	つい受診期間が空いてしまい何日間か薬を飲まない日ができる	薬を飲み忘れる
<服薬アセスメント指標>				
服薬は全体としてうまく行っていますか			0.373*	0.381*
薬を飲む作業は面倒ですか				0.383*
<HLOC下位尺度>				
Internal HLOC				0.380*

逆転項目 Spearman順位相関係数 *p<0.05 **p<0.01

(6) 発症後1年間の服薬行動の変化

初めて脳梗塞を発症し、その後1年間の服薬コンプライアンス尺度の得点の変化を表6に、服薬アセスメント指標の得点の変化を表7に示す。それぞれの尺度得点を4時点で収集し、Friedman検定で比較した。有意差のあった項目に関して4時点の多重比較をするためにBonferroniの修正をしてWilcoxon符号付順位検定を行った。

その結果、服薬コンプライアンス尺度の4項目すべての得点が入院時よりも発症後12

ヶ月が高くなっていて、なかでも「自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう」と「薬を飲み忘れる」という行動が時間の経過と共に有意に変化していた。「自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう」は発症後 12 ヶ月ではすべての者が「あてはまらない」と回答しており、入院時と発症後 12 ヶ月の間で有意差がみられた ($p=0.008$)。「薬を飲み忘れる」は、入院時と発症後 3 ヶ月の間 ($p=0.002$)、入院時と発症後 12 ヶ月の間 ($p=0.008$) で有意差があった。

表6 服薬コンプライアンス尺度の発症後1年間の変化 (n=31)

質問項目	入院時	3ヶ月 平均値±SD	6ヶ月 [中央値]	12ヶ月	p値
薬は指示されたとおりに服用している	3.84±0.37 [4]	3.87±0.34 [4]	3.87±0.43 [4]	3.90±0.30 [4]	p=0.872
自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう	3.68±0.60 [4]	3.90±0.54 [4]	3.87±0.56 [4]	4.00±0.00 [4]	p=0.002
つい受診期間が空いてしまい、何日間か薬を飲まない日ができる	3.84±0.37 [4]	3.94±0.25 [4]	3.97±0.18 [4]	3.97±0.18 [4]	p=0.105
薬を飲み忘れる	3.42±0.72 [4]	3.90±0.70 [4]	3.77±0.62 [4]	3.81±0.40 [4]	p=0.000

逆転項目 Friedman検定

一方、服薬アセスメント指標については「薬代金は負担か」、「薬の効果を感じるか」、「薬にたよるのはよくない」の3項目は全項目の中で常に低い得点であった。時間の経過と共に「薬の説明は薬の理解に役立っている」、「服薬は全体としてうまく行っている」、「副作用が気になる」、「薬の飲み方はわかりやすい」、「薬代金は負担か」という5つの項目は入院時に比べ発症後 12 ヶ月の得点が下がっていた。そのうち「薬代金は負担か」について Friedman 検定では有意差がみられたが、4 時点のいずれの間においても有意な差はみられなかった。

表7 服薬アセスメント指標の発症後1年間の変化 (n=31)

質問項目	入院時	3ヶ月 平均値±SD	6ヶ月 [中央値]	12ヶ月	p値
薬の効果を感じますか	2.87±0.72 [3]	2.77±0.67 [3]	2.77±0.81 [3]	2.97±0.61 [3]	p=0.401
薬は病気の悪化防止に役立っていますか	3.06±0.57 [3]	3.06±0.36 [3]	2.97±0.48 [3]	3.13±0.50 [3]	p=0.455
薬の説明は薬を理解するのに役立っていますか	3.06±0.57 [3]	3.03±0.41 [3]	2.94±0.57 [3]	3.03±0.55 [3]	p=0.866
服薬は全体としてうまく行っていますか	3.16±0.58 [3]	3.13±0.34 [3]	3.10±0.60 [3]	3.06±0.51 [3]	p=0.813
薬にたよるのはよくないと思いますか	2.55±0.81 [2]	2.61±0.84 [2]	2.65±0.95 [2]	2.61±1.09 [2]	p=0.974
薬は今より少なくともいいと思いますか	2.94±0.73 [3]	3.16±0.78 [3]	3.10±0.91 [3]	3.03±0.75 [3]	p=0.576
今の薬の副作用が気になりますか	3.16±0.90 [3]	2.90±0.79 [3]	3.06±0.89 [3]	3.03±0.91 [3]	p=0.249
薬を飲む作業は面倒ですか	3.35±0.76 [4]	3.39±0.62 [3]	3.52±0.72 [4]	3.45±0.72 [4]	p=0.711
薬の飲み方はわかりやすいですか	3.35±0.66 [3]	3.23±0.50 [3]	3.13±0.72 [3]	3.32±0.65 [3]	p=0.210
薬がなぜ必要か自分でわかりますか	3.29±0.46 [3]	3.23±0.67 [3]	3.26±0.63 [3]	3.39±0.67 [3]	p=0.429
薬代は負担ですか	2.90±0.94 [3]	2.81±0.83 [3]	2.58±0.89 [3]	2.48±0.89 [2]	p=0.030
合計	33.71±3.52 [33]	33.29±3.13 [33]	33.06±4.80 [34]	33.51±4.48 [34]	p=0.866

逆転項目 Friedman検定

(7) 初発軽症脳梗塞患者の服薬行動の特徴と発症後1年間の服薬行動の変化に関する考察

服薬を遵守する行動の1年間の変化として、自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまうことはなくなり、薬を飲み忘れることも少なくなっていた。しかし、いずれの時点でも服薬の認識の中で、薬代金の負担や、薬にたよることはよくないと認識が他の項目より強く、特に、時間の経過とともに薬代金の負担感は増えていた。脳梗塞再発予防の治療薬は生涯服薬しなければならず、症状緩和の目的のものではない。このような薬物の効果・効用の特徴を患者・家族の理解の程度を見極めながら納得を得る必要がある。今回は発症後 12 ヶ月までの調査であったが、薬代金の負担感は服薬の中断のリスク要因であることを考慮しフォローする必要がある。

入院時も発症後 12 ヶ月も服薬コンプライアンスには薬を飲む作業の面倒さが関連していた。これは本研究対象者の平均年齢が 66 歳であることや、約半数が就労者であることも関係していると思われる。服薬の遵守を継続させることには服用方法が容易であるとの認識が必要であることも示唆された。また、脳梗塞の徴候は軽症ではあったが、指先の痺れや使いにくさなど主観的症状が服用方法の簡便さを求める認識に現れていたとも推察される。

そして、入院時には薬を飲み忘れないことは自分ではコントロールできないことだと認識していたが、1 年後には自分でコントロールできることだと認識が変化していた。発症直後から 1 年間かけて疾患や療養を受け入れてきたことだと考えられ、これを患者の強みととらえて、自己コントロール感を肯定する必要性もある。

(8) 脳梗塞再発予防教育プログラムへの示唆

脳梗塞発症後の薬物療法は再発予防が目的であり、予防の効果は継続してこそ生まれるものだと、患者に十分に説明し理解を得ることが必要である。薬代金の負担感は服薬の中断のリスク要因であることを考慮しておき、ジェネリック薬品の積極的活用や受診に伴う費用等を考慮して指導する必要がある。

また、患者の主観的症状をよく聴き、服用時の動作についてきめ細かくアセスメントし、内服薬の形状などから、指先でつかむ動作や嚥下機能、記憶機能や物事を規則正しく整理し行為を遂行できるかなど、患者の身体的・認知的能力を見極めて、服薬指導をする必要がある。これらは、医師、薬剤師と協働して取り組むべき服薬指導であり、急性期病院で初発軽症脳梗塞患者への脳神経看護の専門性を活かした再発予防教育プログラム構築の資料となりえる。

<引用文献>

- 1) 大森豊緑：保健指導を中心とした地域における脳卒中およ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，厚生労働科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業平成 21 年度総括報告書，2010．
- 2) 高木誠：脳梗塞の再発のリスクを知る，脳卒中の予防戦略，月刊地域保健，10 月号，2008．
- 3) Wijk I, et al. Long term survival and vascular event risk after transient ischemic attack or minor ischemic stroke: a cohort study. Lancet 2005; 365: 2098-104.
- 4) 門祐輔：脳血管障害患者の地域連携の実情と課題，厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）分担研究報告書．
- 5) 酒井千晴他：脳神経外科における転院患者に対する退院指導の検討，脳神経看護研究学会会誌 30(1)，67-70，2007．
- 6) 地域保健研究会：脳卒中の予防戦略，月刊地域保健，10 月号，2008．
- 7) 河口てる子他：保健指導・患者教育が成果を生むための戦略，日本看護科学会誌 28(1)，80-86，2008．
- 8) 小林秋恵：脳卒中患者への教育に関する研究の動向，第 37 回日本脳神経看護研究学会誌 33(1)，37，2010．
- 9) 小林秋恵：医療機関における看護師による脳梗塞患者への教育の実態調査，日本脳神経看護研究学会誌 35(1)，P117-122，2012．
- 10) Redfern J, et al：Development of complex interventions in stroke care: a systematic review, Stroke 37(9)，2410-9，2006．
- 11) 脳卒中合同ガイドライン委員会：脳卒中治療ガイドライン 2009，協和企画，2009．
- 12) 大堀昇他，経皮的冠動脈ステント留置術後に抗血栓薬を処方されている患者の服薬行動に関連する要因，日本看護研究学会雑誌，32(4)，89-99，2009．
- 13) 神島滋子他，通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討，日本看護科学会誌 28(1)，21-30，2008．
- 14) 堀毛裕子：日本版 Health Locus of Control 尺度の作成，健康心理学研究，4(1)，1-7，1991．
- 15) 平塚祥子他：服薬コンプライアンス尺度（第 1 報）：服薬コンプライアンス尺度の作成，薬学雑誌 120(2)，224-229，2000．
- 16) 湯沢八江：通院患者の服薬アセスメント指標の作成と有用性に関する研究，お茶の水医学雑誌，50(3)，133-143，2002．

5．主な発表論文等

〔学会発表〕(計 5 件)

小林 秋恵，赤松 貴子，大須賀 宏美，塩田 和代，市原 多香子，田村 綾子，軽症脳梗塞患者の発症から 6 か月後までの

服薬行動の特徴，第 40 回日本脳卒中学会総会，2015 年 3 月 27 日，広島県・広島市

小林 秋恵，初発軽症脳梗塞患者の再発予防に関する研究 - 入院時の服薬行動の特徴および関連要因 - ，第 2 回ニューロサイエンス看護学会学術集会，2014 年 7 月 30 日，徳島県・徳島市

小林 秋恵，初発軽症脳梗塞患者の健康統

制観と関連要因の検討，日本看護研究学会

第 40 回学術集会，2014 年 8 月 23・24 日，

奈良県・奈良市

小林 秋恵，赤松 貴子，大須賀 宏美，

塩田 和代，市原 多香子，田村 綾子，

初発軽症脳梗塞患者の服薬行動に関連す

る要因の検討，第 40 回日本脳神経看護研

究学会，2013 年 9 月 12 日，岐阜県・岐阜

市

小林 秋恵，初発軽症脳梗塞患者の再発予

防に関する研究，第 1 回日本ニューロサイ

エンス看護学会学術集会，2013 年 7 月 31

日，徳島県・徳島市

6．研究組織

(1) 研究代表者

小林 秋恵 (KOBAYASHI, Akie)

香川県立保健医療大学・保健医療学部看護

学科 助教

研究者番号：10405532