

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 6 月 15 日現在

機関番号：23601

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009～2011

課題番号：21592908

研究課題名（和文）脳血管障害者に対する教育媒体を用いたエンパワメントプログラムの検討

研究課題名（英文）Examination of empowerment program using educational pamphlet for patients with cerebrovascular disease

研究代表者

安田 貴恵子（YASUDA KIEKO）

長野県看護大学看護学部・教授

研究者番号：20220147

研究成果の概要（和文）：本研究は、脳血管障害者のQOLを高めるための支援を検討するために、1. 軽症脳梗塞患者のセルフケアと支援課題の分析、2. 山間地域における脳卒中患者の発症から要介護認定までの療養生活過程の分析、3. 療養生活の移行に関わる看護職のマネジメント力向上を目的とする研修内容の開発に取り組んだ。これらの調査結果から、脳血管障害者に対する教育媒体を活用したセルフケアを高める援助と、移行期における病院と地域の連携方法から成る地域包括的なプログラムを検討した。

研究成果の概要（英文）：To improve the quality of life of patients with cerebrovascular disease, this study aimed to (1) investigate issues associated with self-care and support of patients with mild cerebral infarction, (2) analyze the recuperation process of stroke patients living in mountainous areas during the period between the onset of stroke and issuing of Certification of Needed Long-Term Care, and (3) develop a management skills training program for nurses involved in the transitional stages for patients. From the results of this study, we have developed a comprehensive community care program for individuals with cerebrovascular disease that consists of a self-care promotion system using educational media and of nursing support during the transition period.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009 年度	1,800,000	540,000	2,340,000
2010 年度	600,000	180,000	780,000
2011 年度	900,000	270,000	1,170,000
総計	3,300,000	990,000	4,290,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学 地域・老年看護学

キーワード：脳卒中、軽症脳梗塞、エンパワメント、包括的プログラム、介護予防

1. 研究開始当初の背景

要介護状態をもたらす疾患の第1位は脳血管障害であり2001年の国民生活基礎調査によれば要介護状態をもたらす原因の26.1%にあたりと報告されている。わが国における脳血管障害者の回復過程の支援は、障害者本人の再発予防と機能回復のための意

欲向上、介護者の介護負担軽減のための介護指導が主眼となって行われてきた。脳血管障害者が自己を受け入れ、障害とともに生きていくことを支援する方法の開発に取り組む必要がある。

2. 研究の目的

本研究は、教育・相談機能に焦点をあて脳血管障害者が退院後も自らQOLを高めていけるための支援プログラムを検討する。また、先行研究で作成した「脳血管障害者と家族のためのガイドブック」の効果的な活用方法を検討する。

3. 研究の方法

(1) 研究1：軽症脳梗塞患者の退院後のセルフケアの現状と支援課題の検討

脳血管障害は、疾患の種類や重症度によって心身への影響は大きく異なる。筆者らの先行研究によれば軽症であったとしても身体不調の訴えや療養生活の不安を抱えており、援助ニーズが認められた。そのため、リハビリテーションや介護保険等の医療福祉サービスの必要度が低い、軽症者を対象にセルフケアの現状と支援課題を検討する。

(2) 研究2：山間地域における脳卒中患者の発症から要介護認定までの療養生活過程の分析

(3) 研究3：患者の療養生活の移行に関わる看護師のマネジメント力向上のための教育プログラムの検討

4. 研究成果

(1) 研究1の研究成果

調査対象者7名の性別は、男性5名、女性2名、年齢の平均は69.7才であった。日常生活自立度は、Jランク5名、Aランク2名であり、要介護認定を受けている人は4名であった。この4名の調査時点の介護度は、要支援2が1名、要介護1が2名、要介護2が1名であった。

身体の不調を感じてから受診までの行動では、いつもの違う身体の不調を感じた時に脳梗塞を疑って、すぐに病院やかかりつけ医を受診した人は3名のみであった。ある例では、本人よりも一緒にいた妻が“おかしい”と判断して受診していた。7名のうち4名は、めまいや上肢・下肢の動きにくさなどを感じ

たが、“すこし調子がわるい”と受け止め、体を休めて様子を見たり、パート勤務をやり終えたりすることを優先していた。具体的には「めまいがしてどうしたんだろうと思ったけれど、まさか脳(血管)だとは思いつかなかった」「脳卒中になった家族がいたので関心はあったけれども、自分に起きた症状がそうだと結び付かなかった」と述べていた。

セルフケア能力(本庄(2001)によるSelf-care Agency Questionnaire)の得点を、領域別にみると「健康管理への関心(領域1)」平均31.2点(満点35点)、「体調の調整(領域2)」平均31.0点(満点35点)、「有効な支援の獲得(領域3)」平均22.0点(満点25点)、「健康管理法の獲得と継続(領域4)」平均41.7点(満点50点)であり、「健康管理法の獲得と継続」の平均得点が他領域に比べて低かった。再発予防や回復を意識した取り組みでは、服薬を忘れないよう気をつける、毎日血圧測定して記録し受診時に持参する、意識して体を動かすなどを行っていた。介護保険サービス利用者は、サービス利用を通して医療専門職の支援を得ることができていた。一方、医療機関の定期受診だけの場合は、再発予防や回復に向けて取り組んでいることへの評価や励まし、身体状態に合わせた助言などを求めている。

脳梗塞の後遺症が軽度であっても療養生活の自己管理においては困難を抱えており、セルフケア能力と行動の両方から援助ニーズを捉える必要がある。また、2次予防の観点から、脳卒中の徴候がみられた時の早期受診に関する啓発の重要性を再確認した。

(2) 研究2の研究成果

A県南部に位置する山間地域(5町総人口約5万、高齢化率28.0%~19.0%)において2009~2010年に要介護認定者をうけた人のうち脳卒中を起因とする74歳以下の38名に対し

て訪問調査を行った。脳卒中の内訳は、脳出血 19 名、脳梗塞 14 名、くも膜下出血 5 名であった。発症時年齢は 60 歳以下 15 名 39.4%、61～70 歳 19 名 50.0%であった。初発から介護保険申請までの期間は 5 年未満が 71.5%であった。高血圧、糖尿病などの脳卒中危険因子は 9 割が保有しており、その他は統合失調症、アルコール依存症などの精神疾患や知的障害であった。また、健康問題に加えて、配偶者との離別による一人暮らし、精神疾患をもつ弟との同居、高齢の実母との同居、子どもとの交流がほとんどないなど、家族介護力が低い状況がみられた。

(3) 研究 3 の研究成果

①患者の療養生活の移行に関わる看護師のマネジメント力を高める研修の実施

2006 年の医療法改正により「地域完結型医療」の推進が示され、医療、介護、福祉等の連携により、患者を中心に切れ目なくサービスを提供できる体制を整える課題が明確になる。それに伴って機能分化した病院、施設、診療所、在宅ケアサービス提供事業所等の資源の整備状況に応じた連携体制の構築が進められている。病院では地域連携室の整備や退院調整ナースが配置されるようになり、病院内では組織全体で退院支援に取り組み体制づくりが求められている。看護師においては、病院外の関係機関（病院、施設、診療所等）、関係職種（開業医、ケアマネジャー、訪問看護師、介護職等）との連携、すなわちマネジメント力の向上が求められている。そこで長野県内で地域連携に関わる看護師と共同で 2010 年に試行的な実施を経て、2011 年には 3 回シリーズの研修を行った。

②参加者の背景（2011 年）

参加者の所有資格は、23 名全員が看護師を有しており、そのうち介護支援専門員を持つ者は 3 名であった。研修の参加動機は、職場

上司のすすめ 17 名（73.9%）、自分から進んで 5 名（21.7%）、研修企画者のすすめ 2 名（8.7%）であった（職場上司のすすめと自分から申し込みの両方に回答していた 1 名を含む）。従事している業務は、病棟勤務者では急性期、回復期リハビリテーション、療養型病床と様々で、その他に、外来業務 2 名、病棟業務と訪問看護 1 名であった。退院支援・退院調整に関する研修が職場で行われていると回答した者は 4 名のみであった。自己研鑽の状況は、関連図書を読む 10 名、外部組織が主催する研修参加 7 名という状況であった。

③教育プログラムの概要

第 1 回	退院支援の社会的背景と継続看護 退院支援のプロセス他 グループワーク（退院支援、患者受け入れ等の課題整理）
第 2 回	コミュニケーションについて、家族面接のロールプレイと振り返り
第 3 回	チームカンファレンスの要素とすすめ方 カンファレンスの現状に関するグループワークと発表

④受講者の満足度

研修の参加動機では、職場上司のすすめを受けて参加している者が最も多かったが、研修に対する満足度で否定的な意見はみられなかった。研修内容が毎日の業務に直結してもので実践的な内容であったこと、講義とグループワーク・ロールプレイなど様々な方法を用いて参加型の方法をとったことが功を奏していると思われる。特に、第 2 回の満足度は高かった。具体的な意見では、ロールプ

<目的>
・退院支援の目的・方法の理解
・チームアプローチに必要なスキルの学習
・地域における自施設の役割の確認
・他機関からの参加者とのネットワークづくり

レイとして実際にやってみること、普段と違う役割を体験すること、振り返りをしっかりと行うことが以降の看護実践に活かすことができる」と評価された。振り返りの時間を十分とることが重要であった。

グループワークは毎回取り入れたが、3回目の方（模造紙にまとめて全体に発表する）が良かったという意見があった。グループワークの方法は1回目から3回目まで段階を経て少しずつ変化させていた。初回は、グループメンバーの関係づくりをねらいとして、グループ内での共有と課題整理をねらいとするグループワークとした。2回目のロールプレイの経験もあり、受講者間の関係形成もできていることから3回目は、全体発表を課題とした。このプロセスと受講者の変化の両方が関係していると考えられる。

⑤職場間交流の意義

平成23年度の研修目的の1つである、他の参加者とのネットワークづくりも参加者の意見から達成できたと評価できる。参加者の中には、退院よりも受け入れが中心となる病院の人も含まれていたが、“受け入れ方”はどうあるべきかを考え、退院側の看護師は送った後の状況を把握する機会にもなっており、様々な機能を持つ病院・施設の看護職が参加するメリットを活かすことができている。

(3) 研究1、2、3を通じた研究成果

これらの研究成果を通して脳血管障害者に対する地域を基盤とした包括的な支援プログラムを検討した。

①軽症者に対する療養生活指導の充実

脳卒中を発症して急性期治療を受けたことをきっかけにして、服薬管理の徹底や血圧測定と記録の作成など、糖尿病や高血圧などの脳卒中危険因子に対する意識を高めていた。しかし、健康を保つ上でのコツや自分な

りの健康法で病気とうまくつきあうための知識や情報は不足しているため、個別性に合わせた療養生活指導が必要である。特に、介護保険サービスを利用していない場合は、支援者との接点が少ないため、医療機関と行政が連携して支援の必要な人を把握する必要がある。

②療養場所の移行に関わる看護師のマネジメント力の向上

これは療養場所の移行に関わる支援者に対するプログラムである。今後ますます退院支援や地域連携に看護師が関わる必要度は高まっていく。とりわけ脳卒中のように重症度によって治療経過が多様である場合には、看護の継続性を図るためにも、マネジメント機能を高める必要がある。

③教育媒体の効果的な活用

我々は、2006～2008年度の研究成果として「脳卒中後の生活ガイドブック」を作成したおり、本研究では、その効果的な活用についても検討した。脳卒中後の後遺症の程度は様々であり、治療経過も多様である。1つの活用場面として自宅へ退院する際の退院指導に活用する。2つめは、脳卒中後遺症の程度からみて、軽症者の療養生活指導に活用する。特に要介護認定を受けるほどではない場合であっても、体の不調や動かしにくさや再発への不安を抱えている。慢性病と位置付けてうまく付き合う方法を学習できるとよいと思われる。3つめは、家族の学習への活用である。軽症の場合は、本人だけの退院指導で終わることも多いと考えられる。しかし、調査結果から、特に男性患者の場合、配偶者の関わりが大きく関係していた。脳卒中危険因子である糖尿病や高血圧のコントロールには、食事や運動などの生活習慣の改善が重要であることから、家族に対する活用は効果的と考えられる。

<文献>

本庄恵子 (2001) : 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂、日本看護科学会誌、21 (1)、29-39.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計0件)

[学会発表] (計0件)

学会発表ならびに学術雑誌への投稿は現在進行中である。

[その他]

①2011年7月29日付け信濃毎日新聞に、研究3の取り組みである患者の療養生活の移行に関わる看護師のマネジメント力を高める研修が掲載された。

②研究成果を研究代表者の所属する大学ホームページに掲載している。

<http://www.nagano-nurs.ac.jp/irc/kouken/ikouki.htm>

6. 研究組織

(1)研究代表者

安田 貴恵子 (YASUDA KIEKO)

長野県看護大学・看護学部・教授

研究者番号：20220147

(2)研究分担者

山崎 洋子 (YAMAZAKI YOKO)

山梨大学・医学工学総合研究部・教授

研究者番号：10248867

(3)連携研究者

柄澤 邦江 (KARASAWA KUNIE)

長野県看護大学・看護学部・講師

研究者番号：80531748

千葉 真弓 (CHIBA MAYUMI)

長野県看護大学・看護学部・講師

研究者番号：20336621

酒井 久美子 (SAKAI KUMIKO)

長野県看護大学・看護学部・助教

研究者番号：90347378

下村 聡子 (SHIMOMURA SATOKO)

長野県看護大学・看護学部・助手

研究者番号：00554651

中林 明子 (NAKABAYASHI AKIKO)

長野県看護大学・看護学部・助手

研究者番号：30615638