

健康行動理論を活用した

心不全患者の セルフケア支援

監修●三浦稚郁子

榊原記念病院看護部長

編集●角口亜希子

榊原記念病院副看護部長

患者の行動変容を
促すための
“8つのポイント”を
身につける!

2003年春、私は東京女子医科大学の図書館で修士論文のための文献検索をしていた。そのとき手にとった本が、松本千明先生の『医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎』である。この本に出合ったときの感動は今でも忘れられない。

当時の私は、CCUと成人病棟の看護管理者をしていたが、心不全予防のためのセルフケア支援の難しさを痛感していた。CCUの患者さんは、医療者の指示に従い、忠実に安静や食事、水分制限を守っているため、というより守らざるを得ない状況にあり、多くの患者さんは状態が安定して、一般病棟に移動することができる。しかし、危機的な状況から脱して、退院することができても、しばらくして再入院してしまう患者さんや、医療者が勧める健康行動にどうしても向かえない患者さん、自分の考えで過度な運動を実施してしまい心不全症状を悪化させる患者さんなど、急性期治療の現場とはまったく異なる、様々な患者さんに出会った。

2005年、米国心臓学会（ACC）と米国心臓協会（AHA）は、『慢性心不全ガイドライン』の改訂版において、ステージごとの適切な治療を実施すること、特にステージAの段階で、心血管リスク因子を早期に発見し、適切な治療を行うことにより、ステージB、Cへの移行を予防すると早期からの介入を推奨している。しかしステージAは、心不全予防のための健康教育や、健康行動を維持するための支援を受けられる機会が少ないのが現状であり、そのため心不全予防の支援をするチャンスは、残念ながらステージBとなってからの入院期間やその後の外来通院となる。一方で、多くの患者さんは、これまでの自分の生活習慣を簡単には変えられない。つまり、「人の行動は簡単には変わらない」のである。また、「人の行動には必ず理由がある」。「喫煙している」というのは一つの事実であるが、その理由は、禁煙「したくない」「するつもりがない」「できない」など様々である。禁煙「するつもりがない」人に具体的な禁煙の方法を指導しても意味がない。患者さんが行動できないのには様々な理由があり、理由にあった介入をする必要がある。しかし短い入院期間の中で、どのようにすれば患者さんの行動の裏にある思いを効果的に探り、適切な支援ができるのだろうと思っていたときに、松本先生の本に出合ったのである。

健康行動理論にはいくつかあるが、理論を専門的に理解し、時間をかけて多くの分析をしなければセルフケア支援ができないということでは、現在の入院医療で効果的な患者支援をすることは不可能である。松本先生は、7つの健康行動理論を整理して「行動変容のための8つのポイント」を提案している。これを活用することで臨床の看護師でも効果的に患者の思いを聞き出し、アセスメントし、患者のやる気を引き出す介入ができると信じ、当院（榊原記念病院）のキャリアラダーの教育コースで、松本先生の理論を用いたセルフケア支援の研修を行っている。

本書では、この7つの健康行動理論の活用法について松本先生に解説していただき、続けて榊原記念病院の循環器エキスパート看護師（Sakakibara Registered Nurse : SRN）が、その理論に基づき実際に行っているセルフケア支援の内容を事例としてまとめている。本書が、心不全予防のためのセルフケア支援に携わる多くの看護師の一助になれば幸いである。

最後に、本書をまとめるにあたり、快く執筆をしていただいた松本先生、榊原記念病院のSRN、その執筆を支援してくれた副看護部長の角口さん、中山書店編集部の佐藤さん、木村さんに感謝いたします。

2014年9月

三浦稚郁子



CONTENTS

1章 セルフケア支援が心不全を予防する

角口亜希子 1

2章 健康行動理論を理解する

松本千明

健康行動理論はなぜ重要か	12
健康行動理論の基礎知識	14
健康行動理論の臨床での応用法	28

3章 セルフケア支援の実際 ～事例をととして健康行動理論を身につける

事例 1	狭心症で外来通院中の患者Aさん	辻 孝子	34
事例 2	急性心筋梗塞を初めて発症した患者Bさん	仲田隆子	46
事例 3	陳旧性心筋梗塞があり、再度心筋梗塞を発症し、 心不全を合併した患者Cさん	宇津宮淑絵	56
事例 4	拡張型心筋症で初回入院の患者Dさん	小田真澄	66
事例 5	冠動脈バイパス術後の患者Eさん	石井典子	76
事例 6	独居高齢者である心不全患者のFさん	加川陽子	86
事例 7	在宅酸素療養中の患者Gさん	中本美佳子	96
事例 8	植え込み型除細動器 (ICD) 挿入患者Hさん	野杵奈穂美	108
事例 9	低心機能であり、心不全で入退院を繰り返す患者Iさん	阿部隼人	118
事例 10	重度大動脈弁狭窄症で準緊急手術をした患者Jさん	真壁厚子	128
事例 11	大動脈弁狭窄症で大動脈弁置換術後の患者Kさん	綿貫恵里子	140

索引	149
----	-----

健康行動理論の臨床での応用法

これまで、代表的な健康行動理論について基本的な説明を行ってきた。

ここではこれらの健康行動理論をまとめた形で臨床に応用する方法を示したいと思う。

やる気のための7つの条件

いくつかの健康行動理論を見てみると、理論は違っていても似ている「やる気のための条件」があることがわかる。

例 健康信念モデルの「有益性」、社会的認知理論の「結果期待」、計画的行動理論の「行動への態度」など。

これまで述べてきた健康行動理論について、このように似た条件同士をまとめ、やる気のための条件をピックアップする。それらを日常用語で表すと、以下の7つにまとめることができる(図14)¹⁾。

○「よい」「自信」「まずい」「妨げ」「ストレス」「サポート」「努力」

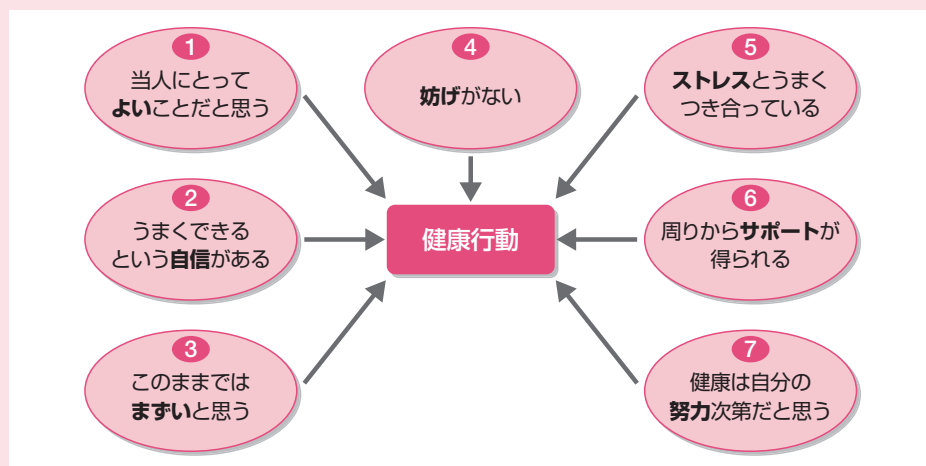


図14 やる気のための7つの条件

(松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論 実践編。生活習慣病の予防と治療のために。医歯薬出版：2002. p.10. を一部改変¹⁾。

それぞれの意味は、次のとおりである。



「よい」

その行動をすることをよいことだと思うこと。



「自信」

その行動をうまくできるという自信があること。



「まずい」

このままではまずいと思うこと。



「妨げ」

その行動をする上で妨げが少ないこと。



「ストレス」

ストレスとうまくつき合っていること。



「サポート」

その行動をする上で周りからサポートが得られること。



「努力」

健康は自分の努力次第だと思うこと。



さらにやる気を引き出す働きかけとして、変化のステージモデルに基づいて、患者のステージに合った働きかけも行う。

やる気の7つの条件と、ステージごとの働きかけをすることをまとめると、次のフレーズで表すことができる。

●「よい自信、まずい妨げ、ストレスに、サポート受けて、努力のステージ」¹⁾



行動変容に向けてのやる気を引き出す働きかけを行う場合には、やる気の条件のうち、患者がどの条件を満たしているか、どの条件を満たしていないかを把握し、患者がまだ満たしていない条件を満たすように働きかける。

それとともに、患者のステージに合わせた働きかけを行う。

■やる気のための条件を満たしているかを調べる

患者が、それぞれのやる気のための条件を満たしているかどうかを調べる場合は、次のように行う。



「よい」

その行動をすることをよいことだと思っているか。

事例
3

陳旧性心筋梗塞があり、 再度心筋梗塞を発症し、 心不全を合併した患者 Cさん

事例
紹介

54 歳，男性．糖尿病，高血圧，高コレステロール血症の既往があり，内服加療中．50 歳のときに心筋梗塞を発症し，左冠状動脈（LAD）にステント治療を行い，外来通院中である．退院後，胸部症状の自覚はなく経過しており，内服薬は飲んだり飲まなかったりしていた．また退院後には仕事量を減らしていたが，忙しくなって入院前以上に仕事量が増えてしまった．ここ最近，通勤時の坂道歩行や階段昇降の際に胸部に違和感を自覚していたが，忙しさから病院受診はしていなかった．

今年の 6 月に入り，いつもどおりに出勤したところ，胸痛と息切れの自覚があり，休んでも胸痛が持続するため，救急車を要請し，CCUに入院となった．すぐに心電図，採血，エコー検査を行い，心筋梗塞と診断された．緊急冠動脈造影検査を施行したところ，右冠状動脈（RCA）に新たな狭窄が認められたため，ステント治療を施行した．さらにカテーテル後に心不全を合併したため，酸素，カルペリチド（hANP）の点滴が開始された．

仕事は工事会社の事務をしている．家族は妻，社会人の娘と大学生の息子がいる．現在は妻と 2 人暮らし．50 歳で心筋梗塞を発症してからは禁煙していたが，1 年前よりたばこを毎日 1 箱近く吸っていた．食事でも外食が多かった．

Cさんのこれまでの軌跡

ステージA

20 歳～
喫煙（1 日 2 箱以上）
42 歳
糖尿病，高血圧，高コレステ
ロール血症
内服加療開始

ステージB

50 歳
心筋梗塞
LADにステント留置
禁煙したが，3 年後に再開
食事療法開始

ステージC

54 歳
再度心筋梗塞を発症
RCAにステント留置
心不全も合併

ステージD

■ 検査所見と治療内容

● バイタルサインと身体所見

血圧 110/80 mmHg, 心拍数 90 回/分, 洞調律.
身長 170 cm, 体重 70 kg, BMI 24.2 kg/m².

● 血液データ

HbA _{1c} (NGSP) (ヘモグロビン A _{1c})	9.6 %
BS (血糖値)	236 mg/dL
CPK (クレアチンフォスフォキナーゼ, 入室時)	3,082 U/L
CPK (3 時間後)	4,559 U/L
CPK (6 時間後)	4,011 U/L

● 胸部 X 線

両下肺野にうっ血像あり, CTR 58%.

● 心エコー

左室駆出率 (EF) 38%. 下壁と心室中隔の壁運動低下. 前壁中隔, 心尖部, 左室後壁は無収縮.

僧帽弁閉鎖不全症 (MR) 軽度あり.

● 12 誘導心電図 (入院時)

I, aV_L, V₄₋₆ 誘導で ST 低下. II, III, aV_F で ST 上昇.

● 投薬内容

処方薬 (商品名)	一般名	規格	量/日	用法
アーチスト	カルベジロール	2.5 mg, 錠	4 錠/日	朝, 夕
バイアスピリン	アスピリン	100 mg, 錠	1 錠/日	朝
リピトール	アトルバスタチンカルシウム水和物	10 mg, 錠	1 錠/日	夕
エパデール	イコサペント酸エチル (EPA)	300 mg, カプセル	6 カプセル/日	朝, 昼, 夕
グルコバイ	アカルボース	100 mg, 錠	3 錠/日	朝・昼・夕食前

■ Meeting (Cさんとの会話)



Cさん, こんにちは. 医師から, また心筋梗塞を起こして, 心不全も合併していると聞いていると思いますが, どう思いましたか?

前に心筋梗塞を起こしたときに先生からいろいろ言われて, 食事も気をつけてたし, たばこもやめて調子がよくなったから, 治ったんだと思ってたよ. まさか, また心筋梗塞になるなんて思ってもみなかったね.



■ 行動変容のためのアセスメント

①  Cさんは、禁煙・食生活の改善・確実な内服管理をすること（以下、再発予防に向けた行動）について、どれくらいよいことだと思っているのでしょうか？

- たばこを吸い始めてからも症状は出なかったし、ストレスも心臓には悪いみたいだからたばこは吸ってもいいのかなって思って。
- いつも先生にたばこはやめてって言われるから、たばこもよくないんだよね？
- 薬を飲まなくなってから調子が悪くなってきたから、やっぱり薬を飲んでいなかったのがいけなかったかな。
- やっぱり家でご飯を食べたほうがいいかな。外食続きで脂っこいものばかりになっていたし。

➡Cさんは、今回も症状がなければ大丈夫という思いから、たばこを吸う、好きなものを食べるという不摂生の生活、内服怠慢に陥ってしまっている。疾患の理解や再発予防に向けた行動をとる必要性は感じているものの、認識がうすく、十分な理解に至っているかは不確かである。そのため、疾患を理解し、再発予防に向けた行動をとるための意識づけが今後の課題である。

②  Cさんは、再発予防に向けた行動をとることについて、どれくらい自信があるのでしょうか？

- 退院してからはずっと吸ってなかったよ。でも、長年のくせっていうのは取れないね。
- 入院中はたばこを吸ってないから、帰ってすぐは大丈夫だと思うけれど、仕事に戻ったら前みたいにまた吸っちゃいそうだよ。
- 今の仕事の忙しさを考えると、禁煙や外食しない生活がずっと続けられるかわかんないなあ……。

➡禁煙や食生活の改善、薬を飲むことに関して、前回退院してから行えていたという成功経験があり、また入院中も禁煙できているので、退院後も禁煙できていると思っている。しかし、長年しみついたくせや仕事の忙しさにより、長期的に継続して行う自信はあまりないといえる。

③  Cさんは、今の自分の状況について、どれくらいまずいと思っているのでしょうか？

- 調子がよくなったから、治ったんだと思ってたよ。まさか、また心筋梗塞になるなんて思ってもみなかったね。

- 前より心臓の状態が悪くなっているって言われると、ちょっとまずいかなって思うけれど、今回もしっかり治療してもらったお陰で、今は全然苦しくないから、もう大丈夫なんですよ？

➡ 前回心筋梗塞を起こしたが、治療をしたことで心臓は完治しているという思いがある。一方で、今回心不全を合併し、呼吸苦の出現もあったことから、前より病状が悪くなっているという認識はあり、このままではまずいと思っているものの、治療をして症状もなくなったことから、完治したという思いもある。心筋梗塞を繰り返すことで心不全合併の危険が高くなり、生命を脅かされるといった認識は、今のCさんにはないといえる。このままの生活でも大丈夫と思っている。

4 Cさんにとって、再発予防に向けた行動をとる上で、妨げとなっていることは何でしょうか？

- 最近は症状もなかったし、いろいろ忙しくて、外食が多くなっていたかもしれないね。
- ここ最近はずっと忙しくて、あまり飲めていなかったかもしれないね。
- 長年のくせっていうのは取れないね。仕事が忙しくてね。自分の仕事だけでも忙しいのに、下の面倒まで見なきゃいけないくて、立場上、仕方がないけどね。ストレスがたまっちゃって。
- 調子がよくなったから、治ったんだと思ってたよ。
- 今回もしっかり治療してもらったお陰で、今は全然苦しくないから、もう大丈夫なんですよ？
- 仕事の同僚たちはたばこを吸う人が多いし。

➡ Cさんは、仕事の忙しさから食生活が乱れ、内服薬の飲み忘れにつながったと考えられる。また、仕事の忙しさからストレスがたまり、そのストレス発散のためにたばこを吸い始めてしまったといえる。仕事の同僚にもたばこを吸う人が多いことから、環境的にも逆戻りしてしまいやすい状況である。Cさんは、症状がないことで完治している、大丈夫と思っていることから、今後も再発を繰り返し、心不全を合併するリスクが高い。病識が乏しいことも、Cさんにとって妨げとなっているといえる。

5 Cさんは、日頃どのようなことにストレスを感じているのでしょうか？

- 仕事が忙しくてね。自分の仕事だけでも忙しいのに、下の面倒まで見なきゃいけないくて、立場上、仕方がないけどね。ストレスがたまっちゃって……。最近は吸う本数も増えてたかもしれないね。
- 気づいたら1年くらい前から吸うようになってたかな。
- 家でたばこを吸うと妻に注意されるからそれもストレスで。