

脳卒中発症者の発病前後の生活変化（保健行動の変化）

後藤 順子

The Change of Health Behavior on Stroke Patient before and after Attack

Junko GOTO

Abstract: The present study was performed using stroke survivors as subjects from residents registered for the onset of Stroke in 1995 and 1996.

Public health nurse interviewed 123 subjects.

The subjects were 69men (life expectation 68.2) and 54women (life expectation 74.9).

93subjects gave attention to daily life before stroke attack (rate of 75.6%)

116subjects gave attention to daily life after attack (rate of 94.3%)

It is important that we offer the information of prevention to recurrence.

We should extend health education for the prevention to recurrence.

Key words: stroke, health behavior, daily life, prevention, health education

はじめに

脳卒中発症者は、医学の進歩などにより急速に減少し、死亡率も昭和40年代後半から激減している¹⁾。しかし、高齢者の増加に伴い血管の老化を含む脳卒中のハイリスク者はむしろ増加し、医療技術の進歩による救命率は上昇傾向にある。これらのことは、救命後、障害を持ちながら加齢現象が進行することや介護する家族自身の高齢化など問題が多く、このことへの対応（社会的整備）が十分でないとの指摘も多い²⁾。

脳卒中は生活習慣病の結果として起こることが多い。生活習慣病については、自覚症状が乏しく、長年の生活習慣の結果として発病するという特徴があり、この特徴から発症してはじめて病気に気づくことも多く、日常生活上の健康管理も実行しにくいとの報告がある。

そこで、生活習慣病の結果発症することが多い脳卒中に視点を当て、発病前後の日常生活上の変

化と発症者の寝たきり予防についての意識について調査を実施したので報告する。

方 法

(1) 調査対象及び方法

S保健所管内で平成7・8年に脳卒中を発症し、脳卒中登録評価事業に登録されたもの417名のうち、在宅生存者140名に対して、質問紙を郵送し回収時市町及び保健所保健婦による聞き取り調査を実施した。調査期間平成9年11月から12月で、在宅生存者のうち123名87.9%を回収した。

(2) 調査内要

①脳卒中登録票から発症に関する事項
発症年齢・性別・病名

②聞き取り調査

健康状態・医療やリハビリの状況・脳卒中前後の生活上の変化・転倒や閉じこもりの有無・寝たきりを予防するために気をつけていることである。

調査地区の概要

調査地区は山形県の中央部に位置し、人口約59000人、山間僻地を有する高齢化率の高い1市

山形県立保健医療短期大学看護学科
山形市上柳260番地
Yamagata School of Health Science
260 Kamiyanagi, Yamagata-shi, 990-2212 Japan

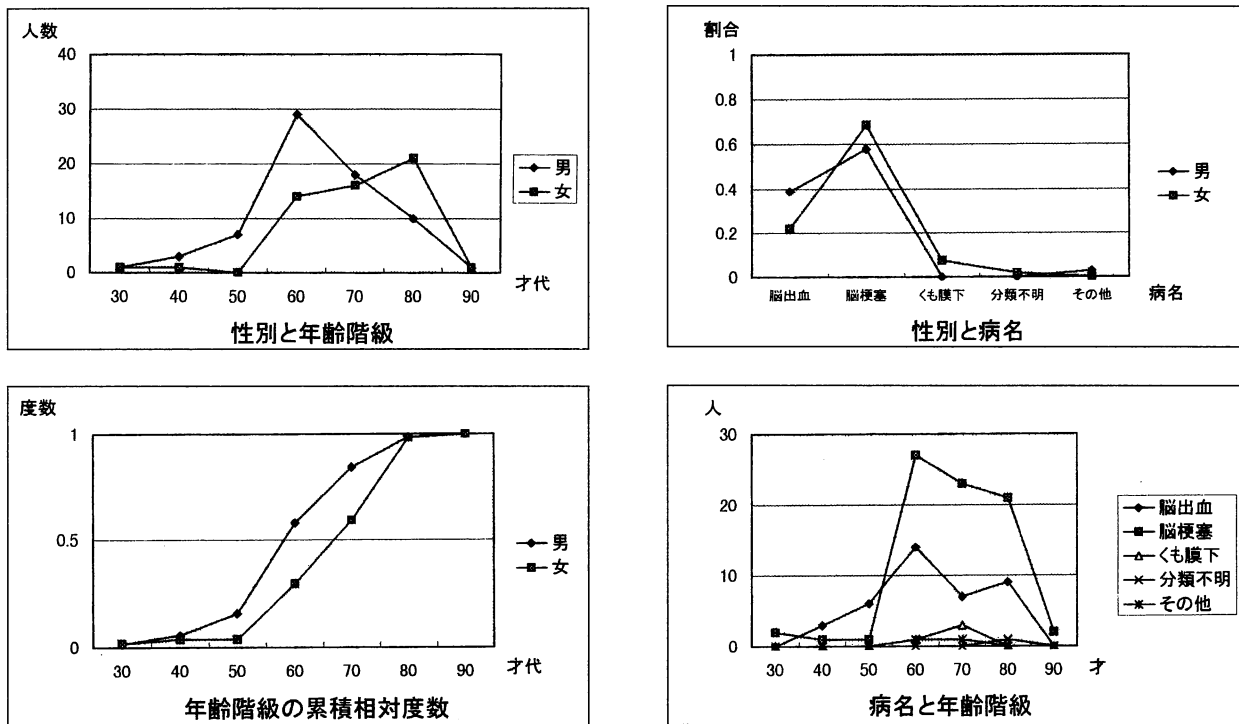


Fig. 1 在宅者の属性

4町で、高齢化率は山形県内で1・2・4位の町が含まれ、高齢化率の最も低い市でも高齢化率は県平均と並んでいる状況である。

過去の脳卒中登録評価事業の登録数では、過去5年間は年間220名前後の脳卒中発症者が報告されて、発症者数は横ばい状態であった。

また、この保健所管内では昭和50年ごろから医師会・各市町・検診団体・保健所が地域医療懇話会をつくり、成人病（生活習慣病）の予防についてさまざまな活動を展開してきた経緯がある。

結 果

(1) 調査対象者の基本的属性

①年齢及び性別

男は69名(56.1%)で平均年齢68.20歳(標準偏差10.35)で、37歳から94歳までの開きがあった。

女は54名(43.9%)で平均年齢74.90歳(標準偏差10.01)で、37歳から90歳までの幅であり、明らかに女の方が高齢であった。

平均年齢は、男は60歳代中央に、女は80歳代中央にピークがある。(Fig.1)

対象者の発症年齢の10歳階級別累積相対度数はFig.2のとおりで、中央値が男60歳前半と女70歳前半と約10歳の開きがある。

Table 1 対象者の性別と寝たきり度(%)

	計	ランク J	ランク A	ランク BC
計	123	85	12	26
	(100)	(69.1)	(9.8)	(21.1)
男	69	56	5	8
	(100)	(81.2)	(7.2)	(11.6)
女	54	29	7	18
	(100)	(53.7)	(13.0)	(33.3)

②病名

脳出血は男に、脳梗塞は女に多い傾向があったが、差は見られなかった。

脳出血と脳梗塞は、60歳代から増加し、特に脳梗塞の増加は急激である。

③性別と寝たきり度

*寝たきり度のランクは、厚生省の障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準を使用した。(ランクJは生活自立、ランクAは準寝たきり者、ランクBCは寝たきり者を示す)

女の方が寝たきりの傾向にあった。(p<0.01)

③主観的健康感と治療中の病気 (Table 2)

寝たきり者26名を除いた対象者の主観的健康感では、健康17(13.8%) まあ健康73(59.3%) あまり健康でない17(13.8%) 健康でない2(1.6%)であり、73%が健康と答えていた。

Table 2 治療中の病気

疾患名	人数	%
高血圧	83	67.5
糖尿病	14	11.4
腰痛他	9	7.3
痴呆	4	3.3
その他の疾患	69	56.1

(複数回答)

健康と答えていた割合が高いにもかかわらず治療中の病気は表2のとおりで、その他の疾患の中にも心臓病治療中も19人含まれ、生活習慣病の合併率は、対象者の2/3以上を占めた。

④転倒の有無と家屋の改造

脳卒中を発症してから転倒した経験がある人は51(41.5%)と高く、転倒した場所は家屋内が1/3で、8名が骨折を伴い、寝たきりに結びついていた。住宅改造は27(22%)が実施していた。改造した場所は、便所や階段・玄関の手すりが多かった。

⑤閉じこもり

対象者と保健婦とも閉じこもりがあると答えたのは4(3.3%)であったが、日中ほとんど家

の中だけにいるや保健婦が主観的にみればどちらかといえば閉じこもっていると答えていたのを含めると12(9.8%)であった。

⑥発病前後の生活の変化 (Table 3)

脳卒中発病前後の生活変化(健康上気をつけたこと)を見てみるとTable3のとおりで、発症してから新たに生活に気をつけるようになった人も多い。

⑦「寝たきりになるのを予防するために気をつけていること」に対する回答は、「病院や自宅でのリハビリをきちんとすること」が44人(35.8%)と最も多く、「自分の心の持ち方」34人(27.6%)、「きちんと医療を受けること」30人(24.4%)、「家族や友人との交流をできるだけすること」24人(19.5%)で、「サービスを利用する」6人(4.9%)であった。

考 察

(1) 年齢と性別

調査者の発症年齢の男女差は、従来からの統計で指摘されてきている傾向とあまり差がなく、平均寿命の差と関係するとも言われている³⁾。

しかし、男性の平均年齢が60歳代ということは、ここで再発を防がなければ、再発によって容易に寝たきりに結びつき、長期間に渡ってケアが必要になってくることを示している。

また60歳以前の発症者は、割合的には減少しているが、糖尿病を合併している割合が高く、今後の健康管理が特に重要となってきている。

性別と寝たきり度との関係では、女の発症年齢の高齢化によって差が出現したと考える。

(2) 転倒と閉じこもり

転倒については脳卒中が麻痺などの後遺症を合併しやすいことから、他の報告よりも割合が高いのではないかとと思われる。特にこの調査地区は、農村部が多く、家屋も広く段差も多い従来からの家のづくりがほとんどである。便所や階段・玄関の手すりの設置など住宅改造も一部見られたが、転倒は容易に寝たきりに結びつきやすいという現状から、手すりの設置や段差の解消など、退院時には利用可能なように整備していく必要がある。

閉じこもりについては、他の報告とほぼ同様であった⁴⁾。

Table 2 発病前後の生活の変化

	発症前	(%)	発症後	(%)
なし	30	24.4	17	13.8
あり	93	75.6	116	94.3
減塩	42		49	
バランス	17	8		
食べ過ぎない	15		22	
その他	1		1	
食生活計	75	61.0	80	65.0
体を動かす	46		56	
転ばない	17		26	
その他	3		3	
運動面計	66	53.7	85	69.1
ストレスさける	19		31	
がんばる	13		16	
家族仲良く	18		21	
その他	2		3	
精神面計	52	42.3	71	57.7
地域交流	37		38	
家の中に	4		5	
その他	0		9	
その他計	41	33.3	52	42.3

複数回答

(3) 生活習慣病と健康管理

在宅ケアを支える診療所全国ネットワークが編集した「退院後の脳卒中患者支援ガイド」では、「近年の傾向としては、小さな脳梗塞を何回か繰り返して、身体の麻痺は軽度ながら、失認、失行、脳血管性痴呆の後遺症から機能回復が困難となる例が増えてきている。最初に軽い脳梗塞を起こしたものの軽快し、しかし、その後再発を繰り返して、結局重度の後遺症をもつにいたった例が多い。最初の発作が軽度であるゆえに、再発防止にそれほど危機意識がもたれないためであろうと思われる」と述べている⁹⁾。

このことは今回の調査からも、寝たきり度が低い軽度の後遺症の人が多かったが、今後さらに再発予防のための注意が必要なことを示している。特に従来からいわれていたように、「病気になるってから初めて健康管理の必要性がわかった」ことを示す結果として、発病してから日常生活に注意するようになった人が20%も増加したことがあげられる。

脳卒中の再発危険因子には、高血圧症、糖尿病、心臓病、肥満、喫煙などがあげられ、再発予防のためには、これらの危険因子のコントロールが必要とされている⁹⁾。今回の調査から、これらの危険因子も持ち、生活習慣病の治療中の人々が2/3以上いたことは、再発のハイ

リスク集団であることがわかる。

特に高血圧の治療中の人々が約7割いるのにもかかわらず、減塩に注意している人は調査全体の4割に過ぎない。脳卒中を発症するとほとんどが医療を継続している現状がある。高血圧を改善し、脳卒中そのものを予防するのはもちろんであるが、発病後の生活改善については主治医の働きかけが最も重要と考える。

高血圧の一次予防については、減塩・節酒・肥満の改善によって達せられ、地域ぐるみの健康教育により、住民の知識・態度の改善や血圧の低下が報告されている。また二次予防については、高血圧の薬物療法や非薬物療法（健康教育）の効果が報告されている。さらに、健康教育の展開についても、市町村と検診団体や保健所、医療機関との連携のもとに実施される多角的健康教育についての指摘も見られる⁹⁾。

予防的保健行動における保健信念モデル⁶⁾では、人々が予防的保健行動をしようとするとき（この研究では脳卒中の再発予防行動をとろうとしたとき）、自らが再発予防行動をとらない（たとえば服薬指示を守らないなど）と、再発しやすいという結果の重大性の意識を持っていること（個人的認知）が、再発への恐れに対する薦められた保健行動をとる可能性につながることを示している。さらに、行動をとるきっかけ

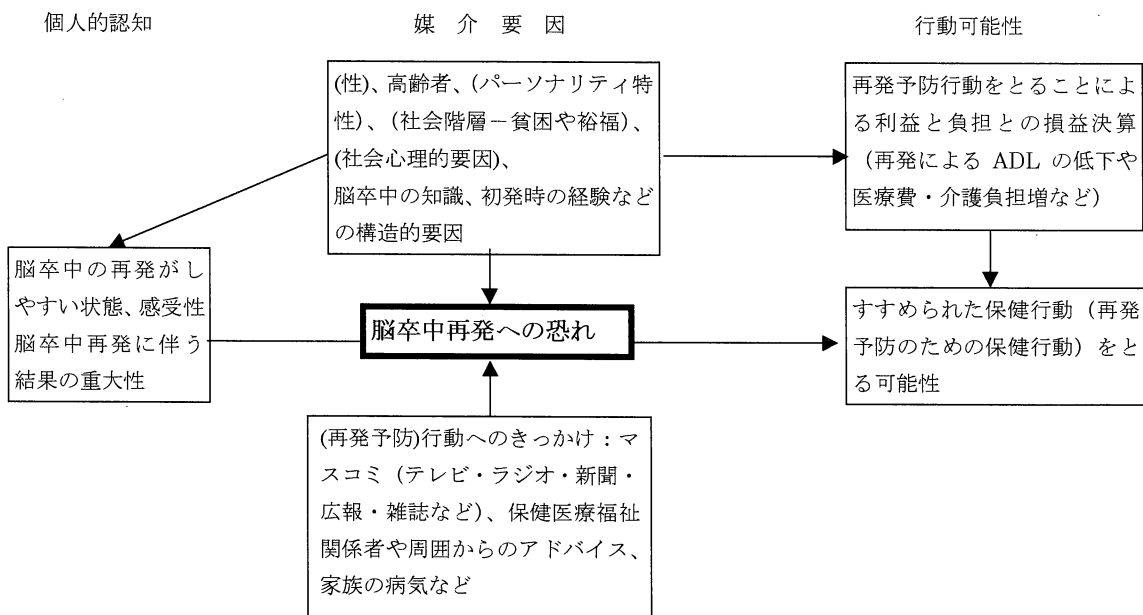


Fig. 2 (脳卒中再発) 予防的保健行動における保健信念モデル (改変)

けとして、マスコミのキャンペーンや人のアドバイスや家族の病気などがあるということも示されている。

Iso も、秋田における農村地域での脳卒中の発症に対する長期間の血圧コントロールにおけるプログラムの効果の中で、マスコミや保健婦活動をととした Community-wide health education n について述べている⁷⁾。

これらのことから、再発を予防していくためには、医療の継続や生活の改善が再発予防のための不可欠な要因であることを、発症後早急に発症者が認識する必要があると考える。脳卒中を発症すると、ほとんどの場合は入院という形態を取ることが多い。入院中は麻痺などの後遺症の治療が中心となり、具体的な生活改善の指導は不十分になりがちになるのではないかとと思われる。このことから、地域の保健婦は脳卒中の登録情報システムなどを上手に活用し⁸⁾⁹⁾、障害に対する福祉・保健サービスの勧奨や適応だけでなく、主治医との連携の基に再発予防に対する指導も積極的にしていくことが必要である¹⁰⁾。

まとめ

脳卒中発症者の発症前後の生活変化をみると、生活習慣病の合併率が高いにもかかわらず、生活上の改善は今一步の状態であった。発症年齢や合併率の状態から考えると、脳卒中発症後の再発が起き易く、容易に寝たきりに結びつきやすい現状は、発症後再発予防のための様々な活動をさらに積極的に推進していく必要性を感じた。調査にご協力いただきました寒河江保健所管内の脳卒中の方、保健婦のみなさん、ご指導いただきました山形大学医学部安村先生に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 厚生省の指標：国民衛生の動向.45 (9) .101-105.1998
- 2) 在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク編集：退院後の脳卒中患者支援ガイド. 9. プリメド社. 1997
- 3) 林 博史, 他：山形県における脳卒中発症者の予後, ならびに生活全体の満足度とその関連要因. 日本公衆衛生雑誌. 42 (1). 19-30.1995
- 4) 藺牟田洋美, 他：地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 日本公衆衛生雑誌. 45 (9). 883-904.1998
- 5) 多田羅浩三編集：新しい地域保健サービスー到達水準とその進め方ー. ぎょうせい. 98-117.1998
- 6) 宗像恒次：新版行動科学からみた健康と病気. メジカルフレンド社. 111-114.1990
- 7) Hiroyasu Iso, et al. : Effect of a Long-term Hypertension Control Program on Stroke Incidence and Prevalence in a Rural Community in Northeastern Japan. Stroke. 1510-1518. August. 1998
- 8) 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課監修：脳卒中情報システムモデル事業ハンドブック. 第一法規. 9-11.1992
- 9) 成瀬優知：富山県脳卒中情報システム事業の現状と課題. 北陸公衆衛生雑誌. 23 (2). 58-69.1997
- 10) 後藤順子他：地域における脳卒中発症者の3次予防に関する研究. 日本公衆衛生雑誌. 45 (10). 348.1998
- 11) 山海知子他：脳卒中予防対策の取り組みと脳卒中発生・寝たきり, 高齢者の ADL・QOL, 保健医療福祉サービスの利用状況との関連. 日本公衆衛生雑誌. 45 (10). 348.1998
- 1998. 11. 6. 受稿, 1999. 2. 3. 受理 -

要 約

医療技術の進歩により脳卒中発症者の救命率は向上したが、高齢化とあいまって、地域には麻痺などの障害を持った住民が増加してきている。脳卒中は寝たきりの第一要因であり、麻痺などのために容易に転倒したり寝たきりになりやすい状況にある。このような中で、脳卒中そのものの発症を予防する1次予防はもちろんである

査を実施した。その結果, 生活習慣病の合併率も高く再発に結びつきやすいことや, 発病後に生活に改めて気をつける人がいるなど, 今後医療機関などとの多角的連携を取った健康教育の実施が必要と考えられた。

キーワード: 脳卒中, 生活, ねたきり予防, 健康教育