

高血圧治療ガイドライン改訂による降圧目標厳格化以降の 高血圧症患者の自己健康管理の実態とその関連要因

堤 結衣¹, 渡辺 水帆², 佐藤美紀子³, 大塚 美樹³

概 要

【目的】高血圧治療ガイドライン2019において降圧目標が厳格化され、高血圧症患者には、より一層の疾患管理が期待される。本研究の目的は、降圧目標厳格化以降の高血圧症患者の自己健康管理の実態とその関連要因を明らかにすることである。【方法】2020年8月～9月に、高血圧症の診断、治療を受けている患者を対象に、自己健康管理に関する無記名自記式質問紙調査を実施した。【結果】回答数は64名（回収率73.6%）、有効回答数は61名（有効回答率95.3%）であった。「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」得点の平均値は、食事22.8±4.6点、運動19.5±5.6点、ストレス26.8±4.3点、服薬管理24.7±3.3点、飲酒10.2±3.4点、喫煙4.5±1.8点であった。家庭血圧測定習慣のある者は、20名（32.8%）、ガイドライン改訂前後で自己健康管理に変化があった者は17名（27.9%）であった。年齢、性別、職業、家族形態、高血圧による結果の重大性の認識、ガイドライン改訂に関する知識、医療的支援と、自己健康管理に有意な関連が認められた。老年期、女性、職業のない者、独居の者、高血圧による結果の重大性を認識している者、知識のある者、ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化があった者の自己健康管理の実践状況がより良い状態を示した。【考察】自己健康管理の実態は、ガイドライン改訂前と近似しており、十分な自己健康管理が実践できていなかった。患者・家族への支援の提供、支援システムの構築が求められる。

キーワード：高血圧症、自己健康管理、治療ガイドライン改訂

I. 緒 言

厚生労働省の患者調査によると、我が国の高血圧性疾患の総患者数は、入院5.6千人、外来646.9千人と非常に多く¹⁾、年代別の高血圧の有病率は40～74歳で男性60%・女性41%、75歳以上では男性74%・女性77%と報告されて

いる²⁾。有病率の高さに加えて、高血圧は、脳卒中や心疾患、慢性腎臓病等の重篤な疾患の罹患リスク、死亡リスクとなることから、高血圧の予防・管理は極めて重要な課題である。

一方で、厚生労働省の国民健康・栄養調査において、食塩摂取量の平均値は10.1g（男性10.9g・女性9.3g）と高く、食習慣改善の意思については、「関心はあるが改善するつもりはない」と回答した者の割合が最も高いことが示されている³⁾。また、国民健康・栄養調査に基づくNIPPON DATA 2010においては、高血

¹ 広島大学病院

² 深谷赤十字病院

³ 島根県立大学

圧者の33.1%がその自覚がなく、無治療割合は43.8%であることが報告されている⁴⁾。高血圧の予防・管理は、重要な課題であるが、十分に実践されていない実態があると推察される。

高血圧基準は、診察室血圧で「収縮期血圧140mmHg かつ／または 拡張期血圧90mmHg」とされている⁵⁾。この基準未満であっても、120/80mmHgを超えて血圧が高くなるほど、脳心血管病や慢性腎不全等の罹患リスク、死亡リスクが高くなるという研究知見が積み重ねられ、高血圧による重篤な疾患への罹患リスク、死亡リスクを低減するために、高血圧治療ガイドライン2019において、75歳未満の成人の降圧目標が、140/90mmHgから130/80mmHgへと厳格化された⁵⁾。この改訂に伴い、高血圧症患者には、より一層の疾患管理が期待される。高血圧症等の慢性疾患は、医療の直接的な管理下でない在宅において長期間管理しなければならないため、患者自らが主体的に疾患管理を実践する「自己健康管理」の実践が求められる。同時に、医療従事者には、高血圧による重篤な疾患への罹患を予防し、患者が質の高い療養生活を送ることができるように、患者の自己健康管理の実践スキル獲得を支援することが求められる。

高血圧症患者の自己健康管理の実態については、2010年～2011年の調査において、食事、運動、ストレス、飲酒、喫煙等の管理が十分に実践されていない実態が報告されている⁶⁾。2019年の治療ガイドライン改訂以降の実態調査は報告されていなかった。また、ガイドラインの改訂に関する知識や医療的支援の変化と、自己健康管理の関連等、自己健康管理の関連要因についても十分に明確になっていなかった。治療ガイドライン改訂に伴い、より一層の疾患管理と支援の提供が期待されることから、本研究では、ガイドライン改訂後の高血圧症患者の自己健康管理の実態とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

用語の操作的定義

「高血圧症患者」とは、高血圧症の診断、治療（薬物療法）を受けている者とする。

「自己健康管理」とは、「自己の療養目標の達成に向けて、療養計画を調整して日常生活に取り入れること」⁷⁾と定義する。高血圧症患者に一般的に求められる自己健康管理の内容には、受診行動や服薬管理に加えて、食事、運動、飲酒、喫煙といった生活習慣の改善、ストレスマネジメント、家庭血圧測定があるものとする。

Ⅱ. 方 法

1. 研究デザイン

量的記述研究デザインとした。

2. 調査期間

2020年8月～9月に調査を行った。

3. 研究対象者

高血圧症の診断、治療（薬物療法）を受けている者を対象とした。

4. 研究の概念枠組み

2019年の高血圧治療ガイドライン改訂により、降圧目標が厳格化された。本研究では、ガイドライン改訂後の高血圧症患者の自己健康管理の実態とその関連要因を明らかにすることを目的として、図1に示す研究の概念枠組みを作成した。

自己健康管理の実態として、「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」⁸⁾、「家庭血圧測定」、「受診行動」、「治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化」を明らかにする。また、文献レビューの結果から、自己健康管理の関連因子と考えられた「対象属性」、「高血圧による結果の重大性の認識」、「高血圧による脅威の認識」、「治療ガイドライン改訂に関する知識」、「治療ガイドライン改訂に伴う医療的支援」との関連を明らかにする研究枠組みである。なお、保健信念モデル⁹⁾においては、高血圧による結果の重大性の認識等の「疾患Xへの重篤性の認識」、高血圧による脅威の認識等の「疾患Xへの脅威の認識」は、「推奨される予防的保健行動をとる見込み」に影響するとされている。

5. 調査方法

無記名自記式質問紙調査法とした。

A地域内の調剤薬局2施設を任意に抽出した。2施設に、研究参加の依頼文書と質問紙を設置

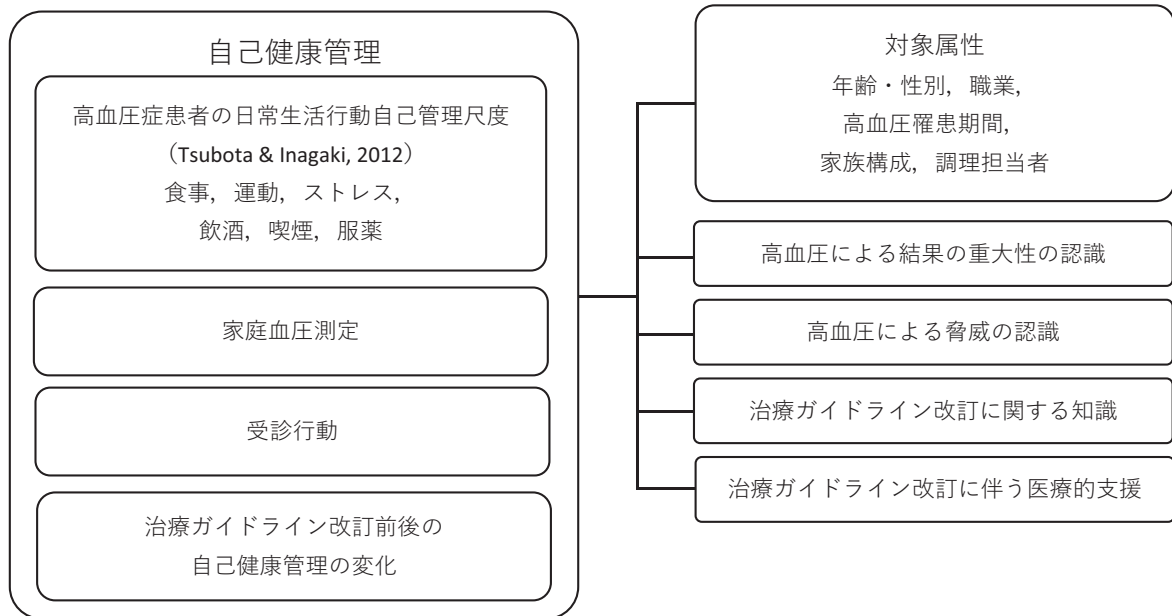


図1 本研究における「概念枠組み」

し、研究参加の意思のある方に、質問紙を自由に持ち帰っていただいた。質問紙の返信により、研究参加の同意が得られたとした。なお、質問紙は無記名で実施するため、質問紙の返信後は、同意の撤回ができないこととした。質問紙の回収は、郵送法とした。

6. 調査内容

1) 対象属性

年齢については記述を、性別、職業、高血圧罹患期間、家族構成、調理担当者については選択回答を求めた。

2) 高血圧による結果の重大性の認識

「高血圧により、脳卒中や心臓病など重篤な病気にかかるかもしれないという認識はありますか？」という質問に対し、「はい」「いいえ」の選択回答を求めた。

3) 高血圧による脅威の認識

「高血圧により、重篤な病気にかかるかもしれないことに“怖い”という気持ちはありますか？」という質問に対し、「はい」「いいえ」の選択回答を求めた。

4) 高血圧治療ガイドライン改訂に関する知識

「2019年に高血圧治療ガイドラインが改訂され、血圧管理（降圧目標）がより厳しくなったことを知っていましたか？」という質問に対し、「はい」「いいえ」の選択回答を求めた。

5) 高血圧治療ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化

治療ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化の有無について選択回答を求めた。さらに、変化があった場合は具体的な内容について、選択回答を求めた。

6) 高血圧症患者の日常生活行動自己管理

「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」⁸⁾は、食事、運動、ストレス、服薬管理、飲酒、喫煙の6因子構造をとる。各因子のCronbach's α 係数は、0.67から0.82の範囲であり、Self-care agency questionnaire¹⁰⁾、血圧値との有意な相関が認められ、一定の信頼性・妥当性が報告されている。本尺度は、食事8項目、運動8項目、ストレス9項目、服薬管理7項目、飲酒4項目、喫煙4項目の全39項目からなり、「いいえ」1点、「どちらかというといいえ」2点、「どちらかというとはい」3点、「はい」4点の4段階の選択回答方式をとり、得点が高いほど自己健康管理が実践できていることを示す。服薬管理、飲酒、喫煙については、該当者のみが回答する方式となっている。

7) 家庭血圧測定の実践状況

朝・晩2回の測定習慣の有無、血圧値の記録の有無、主治医への報告の有無について選択回答を求めた。

8) 受診行動

「定期受診日には毎回欠かさず受診していますか」という質問に対し、「はい」「いいえ」で選択回答を求めた。

9) 高血圧治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化

治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化の有無について選択回答を求めた。変化があった者については、さらに、「生活習慣を改めた」、「家庭血圧測定を開始した」、「その他」の選択回答を求め、具体的な内容については自由回答を求めた。

10) 自己健康管理が実践できない理由

食事、運動、服薬管理、飲酒、喫煙それぞれについて、自己健康管理が実践できない理由の自由回答を求めた。

7. 分析方法

数量データは記述統計を行った。対象属性間の関連については、Fisherの正確確率検定を行った。対象属性および、高血圧による結果の重篤性の認識、高血圧による脅威の認識、治療ガイドライン改訂に関する知識、治療ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化の有無による「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」⁸⁾得点の差の検定は、Mann-WhitneyのU検定を行った。また、前述の対象属性等と、家庭血圧測定習慣の有無、定期的な受診行動の有無、治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化の有無との関連について、Fisherの正確確率検定を行った。なお、高血圧罹患期間については、得られた結果の分布に基づき、探索的に「10年未満・10年以上」等と2群に分けて、2群間の自己健康管理の差を分析した。統計分析における有意水準は0.05とした。統計分析ソフトはIBM SPSS Statistics Ver.26を用いた。

8. 倫理的配慮

鳥根県立大学看護栄養学部看護学科「学生の研究における倫理的配慮」に関する指針に基づき、研究領域責任者の承認を受けて実施した（倫理番号：2020-成04）。

研究対象者には、研究の目的・方法、個人情報保護、研究への同意は自由意志に基づき、同意しない場合も不利益は生じないこと、質問

紙の返信により同意が得られたとみなし、質問紙の返信後は同意の撤回ができないこと、研究データの管理方法、研究結果の公表について、文書で説明した。

データは鍵のかかる研究室で管理し、公表後10年間は研究室内の鍵のかかる保管庫で保管し、保管期間終了後は復元不可能な形で破棄することとした。

研究で使用した尺度は、尺度開発者に利用許可を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 回収率・有効回答率

87部配布中、64名から回答を得た。回収率は73.6%であった。質問項目の50%以上が無回答であった3名は無効回答とし、有効回答数は61名、有効回答率は95.3%であった。

2. 対象者の属性等

男性26名(42.6%)、女性35名(57.4%)であり、平均年齢は70.0歳±9.6歳(48～89歳)であった(表1)。

「高血圧による結果の重大性の認識」のある者は51名(83.6%)、「高血圧による脅威の認識」のある者は49名(80.3%)、「ガイドライン改訂に関する知識」のある者は25名(41.0%)であった(表1)。

「ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化」があった者は11名(18.0%)であった(表1)。ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化内容は、「治療の変更」が6名(9.8%)、「教育」が2名(3.3%)、「家庭血圧測定の推奨」が6名(9.8%)であった。

対象属性間の関連性については、「年齢」および「性別」と、「職業」に有意な関連が認められ、男性($p=0.022$)、成人期(65歳未満)($p=0.000$)の者において、職業を有する者の割合が高かった。

3. 自己健康管理の実態

1) 「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」⁸⁾得点

尺度得点の平均値は、食事22.8±4.6点、運動19.5±5.6点、ストレス26.8±4.3点、服薬管

表 1 研究対象者の属性等

属性	区分	人数 (人)	割合 (%)
年齢	成人期 (65歳未満)	16	26.2
	老年期 (65歳以上)	45	73.8
性別	男性	26	42.6
	女性	35	57.4
高血圧罹患期間	10年未満	33	54.1
	10年以上	28	45.9
職業	あり	32	52.5
	なし	29	47.5
家族構成	独居	8	13.1
	家族と同居	53	86.9
調理担当者	自分	32	52.5
	自分以外	23	37.7
	無回答	6	9.8
飲酒習慣	あり	27	44.3
	なし	34	55.7
喫煙習慣	あり	6	9.8
	なし	55	90.2
高血圧による結果の重大性の認識	あり	51	83.6
	なし	10	16.4
高血圧による脅威の認識	あり	49	80.3
	なし	12	19.7
ガイドライン改訂に関する知識	あり	25	41.0
	なし	36	59.0
ガイドライン改訂に伴う 医療的支援の変化	あり	11	18.0
	なし	49	80.3
	無回答	1	1.6

n=61

理 24.7 ± 3.3 点, 飲酒 10.2 ± 3.4 点, 喫煙 4.5 ± 1.8 点であった (表 2)。

2) 家庭血圧測定

朝・晩 2 回の家庭血圧測定習慣のある者は 20 名 (33.3%), 測定結果を毎日記録している者は 25 名 (41.0%), 測定結果を定期的に医師に報告している者は 22 名 (36.7%) であった (表 3)。

3) 受診行動

定期的な受診行動をとっている者は 55 名 (90.2%), 定期的な受診行動をとっていない者

は 6 名 (9.8%) であった (表 3)。

4) 治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化

治療ガイドライン改訂前後で自己健康管理に変化があった者は 17 名 (27.9%) であり, 変化があった者のうち, 新たに生活習慣を変更した者は 5 名 (29.4%), 新たに家庭血圧測定を開始した者は 12 名 (70.6%) であった (表 3)。

5) 自己健康管理が実践できない理由

食事については, 「家族と同居のため」, 「家

表2 「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」得点

	n※	平均値	標準偏差	最小値	最大値
食事	54	22.8	4.6	13.0	31.0
運動	55	19.5	5.6	8.0	31.0
ストレス	57	26.8	4.3	17.0	36.0
服薬管理	59	24.7	3.3	15.0	28.0
飲酒	25	10.2	3.4	4.0	16.0
喫煙	6	4.5	1.8	3.0	7.0

※欠損値のある者を除外

表3 家庭血圧測定実践状況・受診行動・高血圧治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化

		人数(人)	割合(%)
家庭血圧測定習慣 ：朝・晩2回の測定習慣	あり	20	33.3
	なし	40	66.7
	無回答	1	1.7
家庭血圧測定値の記録習慣 ：毎日記録する習慣	あり	25	41.0
	なし	34	55.7
	無回答	2	3.3
家庭血圧測定値の定期的な報告 ：定期的に医師に報告しているか	あり	22	36.7
	なし	37	61.7
	無回答	2	3.3
受診行動 ：毎回欠かさず定期受診しているか	はい	55	91.7
	いいえ	6	10.0
ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化	あり	17	27.9
	なし	41	67.2
	無回答	3	4.9
ガイドライン改訂後に新たに生活習慣を変更した ※ 変化があった者のみの回答：n=17	該当	5	29.4
	非該当	12	70.6
ガイドライン改訂後に新たに家庭血圧測定を開始した ※ 変化があった者のみの回答：n=17	該当	12	70.6
	非該当	5	29.4

n=61

族の好みに合わせた食事になるから」, 「子ども中心の食事だから」といった, 家族の影響に関する内容が記載されていた。その他, 「面倒」といった意欲の問題, 嗜好, 職業, 加齢の影響に関する記載があった。また, 「病院で指導を受けてもその通りにならないことが多い」といったスキルの問題が示されていた。

運動については, 意欲の問題, 「仕事をしているから」, 「仕事の時間が不規則」などの職業の影響, 時間の問題, 「腰痛」や「膝の痛み」など, 身体機能の影響に関する内容が記載されていた。服薬管理については, 「飲み忘れ」や「お薬カレンダーを使っていない」など, スキルの問題に関する記載があった。

飲酒・喫煙については, 意欲の問題, ストレスや嗜好の影響が記載されていた。

4. 自己健康管理の関連要因

正規性の検定の結果, 「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」⁸⁾の下位尺度「服薬管理」, 「喫煙」, 「飲酒」において, 正規性が認められず, 喫煙と飲酒についてはサンプルサイズが小さかったため, ノンパラメトリック検定を用いた。

対象属性による尺度得点の差の検定結果から, 年齢, 性別, 職業, 家族構成において有意差が認められた(表4)。老年期(65歳以上)の者は, 「ストレス」, 「服薬管理」の得点が成人期(64歳未満)の者より有意に高かった。女性は, 全項目の得点が男性より有意に高かった。職業のない者は, 「ストレス」, 「飲酒」の得点が有意に高かった。独居の者は, 「食事」の得点が有意に高かった。なお, 尺度得点が高いほど自己健康管理が実践できていることを示すため, 老年期の者, 女性, 職業のない者, 独居の者の自己健康管理の実践状況がより良い状態であることを示した。

対象属性と, 家庭血圧測定習慣, 定期的な受診行動, 治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化の関連については, 「調理担当者」と「家庭血圧測定習慣」で有意な関連が認められた。また, 「高血圧による結果の重大性の認識」と「治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化」で有意な関連が認められた。さらに, 「治

療ガイドライン改訂に関する知識」および「治療ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化」と「治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化」で有意な関連が認められた。他者が調理を担う者, 高血圧による結果の重大性を認識している者, ガイドライン改訂に関する知識のある者, ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化があった者において, 自己健康管理の実践状況がより良い者の割合が高かった(表5)。その他の対象属性と自己健康管理については, 有意な関連は認められなかった。

Ⅳ. 考 察

本研究における「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」⁸⁾得点の平均値は, 食事 22.8 ± 4.6 点, 運動 19.5 ± 5.6 点, ストレス 26.8 ± 4.3 点, 服薬管理 24.7 ± 3.3 点 ($n=59$), 飲酒 10.2 ± 3.4 点 ($n=25$), 喫煙 4.5 ± 1.8 点 ($n=6$)であった。治療ガイドライン改訂前の2010年～2011年に実施された実態調査においては, 食事 22.7 ± 4.8 点, 運動 19.3 ± 4.6 点, ストレス 25.4 ± 4.3 点, 服薬管理 24.3 ± 3.4 点 ($n=166$), 飲酒 10.4 ± 3.1 点 ($n=92$), 喫煙 7.0 ± 3.4 ($n=26$) 点と報告されている⁸⁾。食事, 運動, ストレス, 服薬管理, 飲酒の平均値は近似しており, ガイドライン改訂による降圧目標厳格化により, 一層の疾患管理が期待されるが, その実態には大きな変化はないと推察された。喫煙については, 本研究と先行研究において, 平均値に2.5点の差があったが, 本研究における喫煙習慣のある者のサンプルサイズは小さく, 喫煙の得点差に関しては, 選択バイアスの影響が考えられた。

家庭血圧測定については, ガイドラインで推奨されている朝・晩2回の測定習慣のある者の割合は約3割であった。家庭血圧測定は, 患者の治療継続率の向上, 治療の評価, 白衣高血圧, 仮面高血圧, 早朝高血圧の診断等において有効性が期待でき, 高血圧治療ガイドラインの測定条件に従って測定することが推奨される。しかし, 実践状況は3割程度と低く, 十分に実践されているとは言えない実態があった。ガイドライン改訂前に実施された, 外来通院中の高血圧

表 4 対象属性等による「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」得点の差の検定結果

	対象属性		食事		運動		ストレス		服薬管理		飲酒		喫煙	
	中央値	p	中央値	p	中央値	p	中央値	p	中央値	p	中央値	p	中央値	p
年齢														
	成人期 (65歳未満)	22.5	0.175	17.0	0.065	23.0	0.001	23.5	0.049	8.0	0.100	4.0	1.000	
	老年期 (65歳以上)	24.0		20.0		27.5	**	26.0	*	11.0		4.5		
性別														
	男性	21.0	0.030	17.0	0.004	24.0	0.004	23.0	0.016	9.5	0.019	*	—	
	女性	24.0		22.0	**	28.0	**	26.0	*	13.0	*	—	—	
高血圧罹患期間														
	10年未満	22.5	0.332	18.0	0.069	27.0	0.898	25.5	0.774	9.0	0.574	6.0	0.100	
	10年以上	24.0		21.5		26.5		26.0		11.5		3.0		
職業														
	あり	23.0	0.882	18.5	0.150	24.0	0.026	25.0	0.988	8.0	0.001	—	—	
	なし	23.0		21.0		27.5	*	26.0		12.0	**	—	—	
家族構成														
	独居	27.0	0.049	20.5	0.598	31.0	0.168	27.0	0.726	7.0	0.058	3.0	0.667	
	家族と同居	22.0		20.0		26.0		25.0		11.0		5.0		
調理担当者														
	自分	24.0	0.420	19.0	0.408	27.0	0.722	26.0	0.905	9.0	0.740	4.5	1.000	
	自分以外	22.5		20.0		26.0		26.0		11.0		5.0		
高血圧による結果の重大性の認識														
	あり	23.0	0.600	19.0	0.835	26.0	0.233	26.0	0.214	9.0	0.096	—	—	
	なし	22.0		20.5		28.0		22.5		12.0		—	—	
高血圧による脅威の認識														
	あり	23.0	0.893	19.5	0.858	26.0	0.090	25.0	0.149	9.0	0.138	—	—	
	なし	23.5		21.0		29.0		28.0		12.0		—	—	
ガイドライン改訂に関する知識														
	あり	24.0	0.706	20.0	0.286	28.0	0.178	26.0	0.277	11.0	0.637	4.0	1.000	
	なし	22.0		19.0		26.0		25.0		10.0		4.5		
ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化														
	あり	22.0	0.385	21.0	0.671	26.0	0.277	23.0	0.357	11.0	0.717	3.0	0.667	
	なし	24.0		19.5		27.0		26.0		10.0		5.0		

Mann-Whitney U 検定 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

「—」：片群データのみであり、2群間の差の分析は未実施であることを示す。

表5 対象属性等と「家庭血圧測定習慣の有無」「定期的な受診行動の有無」「治療ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化の有無」の関連

対象属性等	自己健康管理				ρ	
	家庭血圧測定習慣					
		あり	%	なし	%	
調理担当者	自分	7	21.9	25	78.1	0.021
	自分以外	12	52.2	11	47.8	
ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化						
		あり	%	なし	%	
高血圧による結果の重大性の認識	あり	17	34.7	32	65.3	0.033
	なし	0	0.0	9	100.0	
ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化						
		あり	%	なし	%	
ガイドライン改訂に関する知識	あり	11	45.8	13	54.2	0.021
	なし	6	17.6	28	82.4	
ガイドライン改訂前後の自己健康管理の変化						
		あり	%	なし	%	
ガイドライン改訂に伴う	あり	8	72.7	3	27.3	0.001
医療的支援の変化	なし	9	19.1	38	80.9	

Fisher の正確確率検定

症患者を対象とした実態調査においては、家庭血圧測定習慣のある者は、約3割と報告されている¹¹⁾。家庭血圧測定についても、ガイドライン改訂前後でその実態に大きな変化はないと推察された。

受診行動については、毎回欠かさず定期受診をしている者は約9割であったが、約1割は、定期的な受診行動がとれていなかった。高血圧の治療は、生活習慣の改善に加えて、薬物療法が主となるため、適切な受診行動がとられないことは服薬の中断につながり、血圧管理に大きな影響を及ぼす。適切な受診行動がとれない者の割合は低いものの、受診中断による影響を考慮すると、受診行動においても、課題があると考えられた。

本研究においては、ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化があった者は2割弱と少数であり、支援を受けて、あるいは自分自身で、生活習慣を変更したり、家庭血圧測定を実施する

などの自己健康管理に変化があった者は、約3割と少数であった。ガイドライン改訂に伴う医療的支援の実践状況と、自己健康管理の実践状況についても、十分に実践されているとは言い難い実態があった。

老年期の者、女性、職業のない者、独居の者の自己健康管理の実践状況がより良い状態であることを示した。さらに、老年期の者、女性、職業のない者は共通して、ストレスのマネジメントが良好であった。老年期の者、および、女性は、職業をもたない者の割合が有意に高く、自己健康管理が実践できない理由として、「仕事をしているから」「仕事の時間が不規則」という記載があったことから、職業をもつことで、ストレスのマネジメント等の自己健康管理が困難になる可能性が考えられた。独居の者については、食事に関してより良い状態を示した。自己健康管理が実践できない理由として、「家族の好みに合わせた食事になるから」等の自由記

載があったことから、独居の者は、家族の嗜好に合わせる必要がなく、家族と同居する者より、自分の健康を考慮した食事を取り入れやすいと考えられた。

以上のことから、ガイドライン改訂後の高血圧症患者の自己健康管理の実態は、ガイドライン改訂前の実態と同様の傾向であり、良好な変化は見出されなかった。自己健康管理の実態に改善が認められない要因の一つには、ガイドライン改訂に伴う医療的支援が十分に提供されていないことが考えられた。高血圧による結果の重大性を認識している者、ガイドライン改訂に関する知識のある者、ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化があった者の自己健康管理の実践状況がより良い状態を示したことから、患者教育をはじめとした支援を提供することにより、より良い自己健康管理の実践につなげることが期待できる。また、食事に関する自己健康管理の実践においては、家族の影響が考えられたことから、患者に加えて、家族も含めた教育を提供する必要がある。さらに、成人期の者、男性、職業をもつ者において、ストレスのマネジメント等の自己健康管理の実践状況に課題があると考えられたことから、これらの対象に対しても、必要な支援が行き届くようなシステムの構築も求められる。高血圧症患者・家族への教育等の支援については、各医療施設の個別支援に委ねられている現状があるが、各施設の個別支援のみで実態改善を期待することは難しいと考える。また、自己健康管理に課題があると考えられた、職業をもつ成人男性が、自ら継続的に支援にアクセスすることは困難であると考えられる。個別支援とともに、支援のプログラム化、支援提供システムの構築が課題である。

V. 研究の限界

本研究のサンプリング方法は、特定地域の2施設を任意で抽出した便宜的サンプリングであり、選択バイアスの可能性を否定はできない。また、サンプルサイズが小さく、特に、飲酒と喫煙習慣のある者のサンプルサイズが小さいこ

とから、飲酒・喫煙に関しては、十分な実態を反映しているとは言えない。無作為サンプリング、より大きなサンプルサイズでの調査が望まれる。

VI. 結 論

高血圧治療ガイドライン改訂による降圧目標厳格化以降の高血圧症患者の自己健康管理の実態は、ガイドライン改訂前と近似しており、十分な自己健康管理が実践できていない実態があった。老年期の者、女性、職業のない者は共通して、ストレスのマネジメントが良好であった。また、独居の者は、食事に関してより良い状態を示した。さらに、高血圧による結果の重大性を認識している者、ガイドライン改訂に関する知識のある者、ガイドライン改訂に伴う医療的支援の変化があった者の自己健康管理の実践状況がより良い状態を示した。自己健康管理の実践には家族の影響も考えられたことから、家族も含めた教育等の支援を提供する必要がある。また、十分な支援が提供されていない実態があることから、支援のプログラム化、支援提供システムの構築が求められる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました調剤薬局の皆様、研究対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

利益相反なし。

付 記

本研究は、「島根県立大学看護栄養学部看護学科 看護研究論文集 令和2年度」に掲載された論文に、新たな結果、考察を加筆した論文である。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成 29 年患者調査の概況. 2021.8.27. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>
- 2) 厚生労働省. 平成 28 年国民健康・栄養調査報告書. 2021.8.27. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h28-houkoku.html>
- 3) 厚生労働省. 令和元年国民健康・栄養調査報告書. 2021.8.27. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html
- 4) Satoh, Arima, Ohkubo, et al. Associations of socioeconomic status with prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a general Japanese population: NIPPON DATA2010. *J Hypertens*, 2017; 35(2), 401-408.
- 5) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会. 高血圧治療ガイドライン 2019. 2019; 東京: 三報社印刷株式会社.
- 6) 坪田恵子, 稲垣美智子, 上野栄一. 高血圧症患者の日常生活行動における自己管理の実態調査. *看護実践学会誌*, 2016; 29(1): 8-18.
- 7) 佐藤美紀子, 原祥子, 加藤真紀, 小林祥泰. 脳卒中療養手帳を活用したセルフモニタリングの効果と課題—パイロットスタディ—. *日本ニューロサイエンス看護学会誌*, 2020; 6(2): 53-64.
- 8) Tsubota K, Inagaki M. Development of a self-management scale for the evaluation of behavior in daily life in patients with hypertension: an investigation of reliability and validity. *Journal of the Tsuruma Health Science Society, Kanazawa University*, 2012; 36(1), 1-10.
- 9) Becker M. The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 1974; 2(4), 409-419.
- 10) Honjyo K. Revision of the self-care agency questionnaire. *J Jpn Acad Nurs Sci*, 2001; 21, 29-39.
- 11) 小原拓, 大久保孝義, 菊谷昌浩他. わが国における家庭血圧測定の実況: 外来患者 8,506 人の実践と意識 “家庭血圧測定の実況に関する調査研究”. *血圧*, 2005; 13(4): 447-454.

Status of health self-management and related factors in hypertensive patients after tightening blood pressure targets in the revised Guidelines for the Management of Hypertension

Yui TSUTSUMI¹, Miho WATANABE², Mikiko SATO³, Miki OEKI³

Abstract

Purpose: In the Guidelines for the Management of Hypertension 2019, targets for lowering blood pressure have been made stricter and a higher level of disease management is expected for hypertension patients. This study aimed to clarify the status of health self-management and related factors among hypertensive patients since the adoption of these stricter targets for lowering blood pressure.

Methods: In August and September 2020, an anonymous, self-administered questionnaire on health self-management was provided to patients diagnosed with and receiving treatment for hypertension.

Results: Responses were received from 64 patients (response rate, 73.6%), including 61 valid responses (valid response rate, 95.3%). Mean scores on an activities of daily living self-management scale for hypertensive patients were 22.8 ± 4.6 for meals, 19.5 ± 5.6 for exercise, 26.8 ± 4.3 for stress, 24.7 ± 3.3 for medication management, 10.2 ± 3.4 for alcohol drinking, and 4.5 ± 1.8 for smoking. Twenty patients (32.8%) regularly measured their blood pressure at home. Seventeen patients (27.9%) had changed health self-management after the guidelines had been revised. Significant relationships were identified between health self-management and age, sex, occupation, family structure, awareness of the importance of results for hypertension, knowledge of guideline revisions, and medical support. The state of implementation of health self-management was better among elderly patients, women, unemployed patients, patients living alone, patients who recognized the importance of results for hypertension, patients with knowledge, and patients who experienced changes in medical support together with the guideline revisions.

Discussion: Health self-management status was similar to that before the guideline revisions, suggesting that health self-management was not being adequately practiced. Support for patients and their families and the creation of support systems are needed.

Key Words and Phrases : hypertension,
health self-management,
treatment guideline revisions

¹ Hiroshima University Hospital

² Fukaya Red Cross Hospital

³ The University of Shimane