

令和5（2023）年度

札幌市立大学大学院

看護学研究科博士論文

急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者の
セルフケア行動評価表の開発

Development of a Self-Care Behavior Assessment Tool
for Patients 6 Months after Acute Myocardial Infarction

1775001 松野 千代美

目 次

第 1 章 序論	1
第 2 章 文献の検討	3
第 3 章 研究の全体像	8
第 4 章 研究 1 AMI 発症後患者のセルフケア行動の収集	11
第 5 章 研究 2 「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の 作成および信頼性と妥当性の検証	20
第 6 章 結論	29
謝辞	30
引用文献	31

表目次

表 1	研究 1 - 1) AMI発症後のRCAP活用による再発予防に関する文献	i
表 2	研究 1 - 1) AMI発症後患者の再発予防に向けて推奨されているセルフケア行動	ii
表 3	研究 1 - 2) 対象者の基本属性	iii
表 4	研究 1 - 2) AMI発症後患者の再発予防に向けて行っているセルフケア行動一覧	iv
表 5	研究 1 研究 1-1) と研究1-2) の統合	x i
表 6	研究 2 対象者の基本属性	x ii
表 7	7-1~3 研究 2 項目別度数分布	x iii
表 8	8-1~3 研究 2 記述統計	x vi
表 9	研究 2 探索的因子分析結果	x ix
表10	研究 2 「AMI発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表案」と「SCAQ-30」との相関	ii x
表11	11-1~3 研究 2 Item-Total相関分析	ii x i

図目次

図 1	研究の全体像	.....	i
図 2	確証的因子分析の結果	.....	ii

資料目次

資料1	1-1	研究1	研究対象候補病院	病院長宛	研究協力依頼文書	.....	i
	1-2	研究1	研究対象候補病院	病院長宛	研究協力回答書	.....	iii
	1-3		返信用封筒（共通）			.....	v
資料2	2-1	研究1	研究対象病院当該外来担当主治医宛		対象候補者紹介依頼文書	.....	vi
	2-2	研究1	研究対象病院当該外来担当主治医宛		研究協力回答書	.....	viii
資料3	研究1		研究対象候補者宛		研究協力依頼文書	.....	x
資料4	4-1	研究1	研究協力の同意書	研究対象者控え		.....	x ii
	4-2	研究1	研究協力の同意書	研究者控え		.....	x iii
資料5	5-1	研究1	研究協力の同意撤回書	研究対象者控え		.....	x iv
	5-2	研究1	研究協力の同意撤回書	研究者控え		.....	x v
資料6	研究1		インタビューガイド			.....	x vi
資料7	7-1	研究2	研究協力候補施設	病院長宛	研究協力依頼文書	.....	x vii
	7-2	研究2	研究協力候補施設	病院長宛	研究協力回答書	.....	ii x i
資料8	8-1	研究2	研究協力施設	看護管理者宛	研究協力依頼文書	.....	ii x iii
	8-2	研究2	研究協力施設	看護管理者宛	研究協力回答書	.....	ii x vii
資料9	9-1	研究2	研究対象候補者宛		研究協力依頼文書	.....	ii x ix
資料10	研究2		有識者会議の結果			.....	iii x ii
資料11	研究2		「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表案」			.....	iii x vi
資料12	12-1	研究2	再テスト調査対象研究協力施設	病院長宛	研究協力依頼文書	.....	iv x i
	12-2	研究2	再テスト調査対象研究協力施設	病院長宛	研究協力回答書	.....	iv x v
	12-3	研究2	再テスト調査対象研究協力施設	研究対象候補者宛	研究協力依頼文書	.....	iv x vii
資料13	研究2		SCAQ使用許可書			.....	v x
資料14	研究2		研究実施体制			.....	v x i
資料15	研究2		「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」			.....	v x ii

第1章 序論

I. 研究の背景

1. 日本における医療確保体制の特徴

諸外国に例をみない超高齢社会を迎える日本において、厚生労働省は、安心・信頼の医療の確保と予防の重視の体制として、二つの基本的な枠組みを提唱した（厚生労働省ホームページ、2018年10月25日確認）。

第1の基本的枠組みは、患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の構築であった。その一つは、地域連携クリティカルパス（Regional Clinical Alliance Path、以下、RCAP）を活用した医療連携体制であった。厚生労働省（2015）は、RCAPについて「急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画である。」とした。RCAPの活用により治療計画を患者や関係医療機関で共有し、効率的で質の高い医療の提供を目指した。

第2の基本的枠組みは、生活習慣病対策の推進体制の構築であった。生活習慣病は、健康増進の阻害要因となり、国民医療費にも大きな影響を与えると予測された。そのため、予防を重視した中長期的な生活習慣病対策の実施はわが国において重点課題であるとした。本庄（2001）は「生活習慣病を発見され生活習慣の改善がなされない場合、重症の合併症に進展する可能性が高い。」と指摘した。さらに「生活習慣病の予後は患者の生活と密接に結びついており、患者自身の健康管理であるセルフケアが重要である。」と述べた（本庄、2001）。また、石井（2000）は「慢性疾患の治療の成否は患者自身の行動の程度により影響を受ける。」とした。

2. 急性心筋梗塞発症後のRCAPの活用

厚生労働省の二つの基本的な枠組みをふまえ、本研究ではRCAP対象疾患の一つであり、かつ生活習慣病の代表的疾患である急性心筋梗塞（Acute Myocardial Infarction、以下、AMI）に着目した。AMIは、冠動脈インターベンション（percutaneous coronary intervention、以下PCI）の進歩により死亡率は減少傾向にあるものの、治療施行後3年間に心血管関連イベントを生じる再発率は27～40%（Ishihara et al., 2017）とされていた。また、AMI患者の長期予後改善のためには、生活習慣の是正や薬物治療による冠危険因子の厳格なコントロールを中心とした再発予防が必須であると示した（小菅ら、2011）。

2015年にNPO法人北海道医療連携ネットワーク協議会（以下、協議会）が作成した「急性心筋梗塞あんしん連携ノート（以下、あんしん連携ノート）」は、北海道で推進されたRCAPであった。小冊子形状のあんしん連携ノートは、患者の病態や症状についての情報、退院後の冠危険因子の管理状況、心臓カテーテル検査結果から構成されていた。また、患者向けの基本知識として、AMIの症状や冠危険因子に関する説明の記載があった。しかし、再発予防に向けた患者のセルフケア行動の内容は明示されていない。

板本ら（2015）は、AMI発症後のRCAPの活用は再発予防と健康維持の役割を持つとしていた。したがって、RCAPの活用により生活習慣を含めた冠危険因子の管理指標が達成され、健康の維持や生きがい、満足度といった生活・生命の質

(Quality of Life) の維持・向上を実現できる可能性がある。さらに、再発予防に向けて推奨されるセルフケア行動およびその評価尺度を提示できれば、個々人のニーズに応じた生活指導や助言が可能になると考えた。

第2章 文献の検討

I. AMI 発症後の RCAP 活用による再発予防に関する文献

1. 文献の検索方法

1) 国内文献

医学中央雑誌 web 版 (Ver. 5) を用いて検索を行った。検索のキーワードは、「急性心筋梗塞」、「クリティカルパス」、「地域連携」とした。検索式は OR 結合、AND 結合を使用し、(“心筋梗塞” OR “急性心筋梗塞”) AND (“クリティカルパス” OR “パス”) AND (“地域社会ネットワーク” OR “地域連携”) とした。また、採択基準を日本語または英語で書かれていること、AMI または AMI を含む急性冠症候群 (Acute Coronary Syndrome、以下、ACS) の RCAP の活用であると設定した。文献の種類は原著論文とし、検索期間は 2008 年 8 月～2019 年 7 月までとした。その結果、14 文献が抽出された。Abstract およびタイトルからテーマが異なる 2 件を除外し、ハンドサーチによる 1 件を加え、13 件の文献レビューを行った。

2) 国外文献

PUBMED、CINAHL を用いて検索を行った。検索のキーワードは、「acute myocardial infarction」、「Clinical Path」、「Regional Alliance」とした。検索式は OR 結合、AND 結合を使用し、(“myocardial infarction” OR “acute myocardial infarction”) AND (“ClinicalPath” OR “Clinical Path way”) AND (“Regional Alliance”) とした。また、採択基準を英語で書かれていること、AMI または AMI を含む ACS の RCAP の活用であると設定した。文献の種類は原著論文とし、検索期間は 2007 年 1 月～2019 年 7 月までとした。その結果、2 文献が抽出された。Abstract およびタイトルからテーマが異なる 1 件を除外し、1 件を抽出した。本文献 (Arakawa et al., 2016) は、国内文献の和文と同じ内容であったため、レビュー対象から除外した。

2. 概要

RCAP の開発と基幹病院から地域の診療所への連携等の活用の実態 (宮澤、2007; 高橋ら、2007) や、地域における RCAP 導入のプロセスを示した報告 (藤野ら、2009)、血圧、血糖、禁煙、運動、睡眠等の患者の生活状況を含めた管理指標の評価と管理目標の明確化 (勝木ら、2010)、冠危険因子のアウトカム達成基準の設定と再発予防に向けた介入の必要性 (長山ら、2011)、RCAP 登録患者の心疾患イベントの発生率 (平ら、2016) 等、RCAP の活用と再発予防に関連した報告があった。

RCAP に関する全国調査に基づいた報告は、RCAP を活用している施設における AMI 後の心臓リハビリテーション (Cardiac Rehabilitation、以下 CR) 実施率に関する推移を明らかにした研究 (中西ら、2011)、RCAP を活用した冠危険因子の管理、CR の実施に関する検討 (荒川ら、2016) の 2 件であった。CR 関連の研究としては、回復期 CR の継続と RCAP の関連性を示した報告 (原ら、2009) があった。

患者を視点にした研究は、患者への RCAP に関するアンケート調査による評価

(工藤ら、2012、2013、2015) や、患者への生活指導による再発防止の実現、および冠危険因子の管理による患者の QOL の向上 (荒川ら、2016) であった。

また、医師、看護師による外来診療時の生活日誌への介入および外来機能体制づくりの必要性 (長山ら、2011)、さらに病棟、外来看護師による再発予防に向けた患者教育の介入の必要性 (原田ら、2011) 等の医療者間の連携に関する報告があった。

国外文献の抽出は極めて少なかった。RCAP の開発および活用は、日本独自の医療連携体制における運用であることがその理由といえる。

II. AMI 発症後患者のセルフケア行動に関する文献

1. 文献の検索方法

1) 国内文献

医学中央雑誌 web 版 (Ver. 5) を用いて検索を行った。検索のキーワードは、「急性心筋梗塞」、「セルフケア」、および「行動」とした。検索式は OR 結合、AND 結合を使用し、(“心筋梗塞” OR “急性心筋梗塞”) AND (“自己管理” OR “セルフケア”) AND (“行動”) とした。また、採択基準を日本語または英語で書かれていること、AMI または AMI を含む ACS のセルフケア行動であると設定した。文献の種類は原著論文とし、検索期間は 1984 年 10 月～2019 年 7 月までとした。その結果、32 文献が抽出された。Abstract およびタイトルからテーマが異なる 9 件を除外し、ハンドサーチによる 1 件を加え、24 件の文献レビューを行った。

2) 国外文献

PUBMED、CINAHL を用いて検索を行った。検索のキーワードは、「acute myocardial infarction」、「self care」、「behavior」とした。検索式は OR 結合、AND 結合を使用し、(“myocardial infarction” OR “acute myocardial infarction”) AND (“Self-care” OR “self-care”) AND (“behavior”) とした。また、採択基準を英語で書かれていること、AMI または AMI を含む ACS のセルフケア行動であると設定した。文献の種類は原著論文とし、検索期間は 1976 年 11 月～2019 年 7 月までとした。その結果、453 文献が抽出された。Abstract およびタイトルからテーマが異なる 390 件を除外し、63 件の文献レビューを行った。

2. 概要

1) 国内文献

セルフケア行動の実態に関する先行研究は、退院後における生活習慣の自己管理状況に関する実態 (遠藤ら、2001) や、病気による困難さがありながらも主体的に生活マネジメントを実施しているという実態 (高橋ら、2008、2010)、退院後の再発予防に向けて生活習慣が改善できたことと改善が困難であったこと (郡山ら、2010) 等であった。

患者のセルフケア行動への関連要因に関する研究においては、日常生活の自己管理行動到達度と行動タイプや自己教育力の関連性 (花田、1991、1995、2010、

2014) や、冠危険因子の是正による再発予防とセルフケア能力獲得の関連性 (森山ら、2008)、セルフケアの実施状況への個人的要因の影響 (稲垣ら、2018)、さらに慢性期の虚血性心疾患患者の自己管理の問題 (清塚ら、2016) 等の報告があった。

また、患者のセルフケアを促すための支援や教育として、セルフケア能力を高める支援過程の分析 (坂田ら、2001) や、アルゴリズムを用いた自己管理行動の継続に向けた教育の有効性 (福田ら、2006)、退院後のセルフケア行動の動機づけと再発予防に向けた効果的な指導時期 (田端ら、2007) についての報告があった。看護師による支援に関する研究は、患者の生活背景を考慮した看護援助による患者の行動変容を促す研究 (浅場ら、2010; 対馬ら、2016) や、心疾患患者の自己管理能力を支える看護実践上の指針 (藤田ら、2011)、看護師が患者のセルフケアを把握し継続した支援を行うことの重要性 (稲垣ら、2016)、さらに回復期にある患者が看護師に説明を希望する内容 (近藤ら、2017) 等の報告があった。また、服薬指導による自己管理を促し患者の服薬コンプライアンスの向上を図る研究 (大野ら、2001; 杉浦ら、2001; 大堀ら、2009) や、CRによる自己管理能力の向上に関する研究 (柴崎ら、2009; 平野ら、2015) の報告を確認した。

2) 国外文献

セルフケア行動の実態について、CR参加による二次予防の実態と変化に関する報告 (Conn et al., 1992: Rose et al., 1994: Fridlund, 2000: Sundin et al., 2003: MacInnes, 2005: Izawa et al., 2005: Condon et al., 2006: Redfern et al., 2006: Witteman et al., 2017) や、服薬アドヒアランスの実態と対策 (Mangiapane et al., 2011: Mercado et al., 2013: Al-Khadra et al., 2014: Bartolomeo et al., 2015: Zullig et al., 2015: Crowley et al., 2015: Polsook et al., 2016: Krack et al., 2018: Wallert et al., 2018) の報告があった。また、禁煙の実態と対策 (Greenwood et al., 1995: Tzou et al., 2004: Bakker et al., 2015) や、ヨーロッパにおける冠危険因子の管理の現状 (Sverre et al., 2017)、発症1年後の身体機能と実態 (Dodson et al., 2012) についての報告があった。

セルフケア行動の関連要因として、うつ病・抑うつ症状がセルフケアに与える影響 (Follick et al., 1988: Conn et al., 1991: Fogel et al., 2004: Suzuki et al., 2005: Whitehead et al., 2006: Niakan et al., 2015) や、回復過程と生活の質の向上 (Hildingh et al., 2006)、患者の価値観、信念とセルフケアの関連 (Davidson et al., 2004)、社会経済的地位と機能回復の関連 (Alter et al., 2014) の報告があった。また、セルフケアの限界の要因の探索 (Beach et al., 1996) や入院中の患者介入と退院後の治療結果の関連 (Arnetz et al. 2010) について報告があった。

セルフケアを促すための支援、教育として、CRプログラムを活用した心臓病の理解、治療の理解の促進 (Roviaro et al., 1984: Mayou et al., 2002: Figueiras et al., 2017: Herringl et al., 2018)、在宅CRプログラムを活用した健康行動の

変化、リスク管理等の促進 (Baile et al., 1978; Lewin et al., 1982; DeBusk et al., 1985; Lacey et al., 2004; Borges et al., 2016; Ranaldi et al., 2018) 等、CRに関する報告があった。また、スマートフォンアプリケーションを活用した生活への助言、服薬支援 (Varnfield et al., 2014; Johnston et al., 2016; Ross et al., 2017; Gonzalez et al., 2019) の報告があった。さらに、禁煙プログラムの実施と効果 (Dornelas et al., 2000; Paulsen et al., 2005; Dawood et al., 2008; Barth et al., 2015; Sverre et al., 2017)、再発予防プロジェクトによる行動変容治療プログラムの実施と効果 (Thoresen et al., 1982) の報告があった。

セルフケアを促すための看護介入に関する報告は、看護師からのフォローアップ電話の効果 (Keeling et al., 1995) や、食事・栄養のセルフケアに対する看護介入の効果検証 (Aish et al., 1996; Mok et al., 2013)、リエゾンナースや高度実践看護師 (APN) の介入の効果 (Jolly et al., 1998; Carroll et al., 2006) の報告があった。さらに、看護介入分類 (NIC) による高齢者の回復プロセスの強化 (Hiltunen et al., 2005) や、個別のトレーニングおよびカウンセリングプログラムの効果 (Uysal et al., 2012; Leemrijse et al., 2012; Murphy et al., 2013; Wiggins et al., 2013) の報告があった。また、退院後の冠危険因子の管理に関する現状調査 (Boyde et al., 2015) や退院計画プログラムの有効性の評価 (Cajanding, 2017) について報告があった。

III. 解明点および未解明点

1) AMI 発症後の RCAP 活用による再発予防について

解明点として、基幹病院と地域の診療所等の冠危険因子の管理状況の連携における RCAP の役割、AMI 発症後患者の退院後管理への活用、および再発防止に向けた患者教育における活用の重要性が明示されていた。また、冠危険因子の管理項目や、再発防止に向けた患者教育の報告には、具体的なセルフケア行動に関する記述が散見された。

しかし、RCAP を活用した再発予防に向けて推奨されるセルフケア行動を系統的あるいは包括的に示す報告を見いだすことはできず、未解明であった。

2) AMI 発症後患者のセルフケア行動について

国内文献レビューによる解明点は、患者の主体的な自己管理の実態や、再発予防に向けた看護師による患者教育の必要性、セルフケアに関連するさまざまな要因についてであった。また、具体的なセルフケア行動の記述を見いだすことはできなかった。

国外文献レビューによる解明点は、CR を中心としたセルフケア行動の推進や、セルフケアを促すための多彩な支援や教育体制、および再発予防に向けた看護介入による患者教育の重要性であった。また、諸外国の医療体制の実態や独自の課題に焦点化した介入等が明らかにされていた。

しかしながら、患者が行うセルフケア行動の具体的な記述、セルフケア行動の

系統化は未解明であった。また、当該課題に関する尺度開発は行われておらず、患者個々のセルフケア行動の実態に則した生活指導や助言のあり方についても未解明であった。

以上の未解明点を研究動機として、AMI 発症後の患者に推奨されるセルフケア行動評価表（以下、評価表）の開発を目指すこととした。

第3章 研究の全体像

I. 研究目的

本博士論文の研究目的は2点とした。

研究目的1：AMI発症後6ヶ月が経過した患者の再発予防に向けて推奨されるセルフケア行動を抽出する。

研究目的2：抽出した内容に基づいて、「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」を作成し、信頼性および妥当性を検証する。

本研究においては、AMI発症後6ヶ月を焦点として評価表を作成することとした。発症後6ヶ月は慢性期治療へ移行する時期であり、治療後の評価、突然死のリスク評価を行う重要な時期とされていた（ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン、2013）。したがって、疾患評価の時期に揃えて、AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動に焦点を合わせた評価表の作成を目指すこととした。

II. 研究の全体像

本研究は、研究目的に則して2段階の研究（以下、研究1、研究2）とした（図1）。

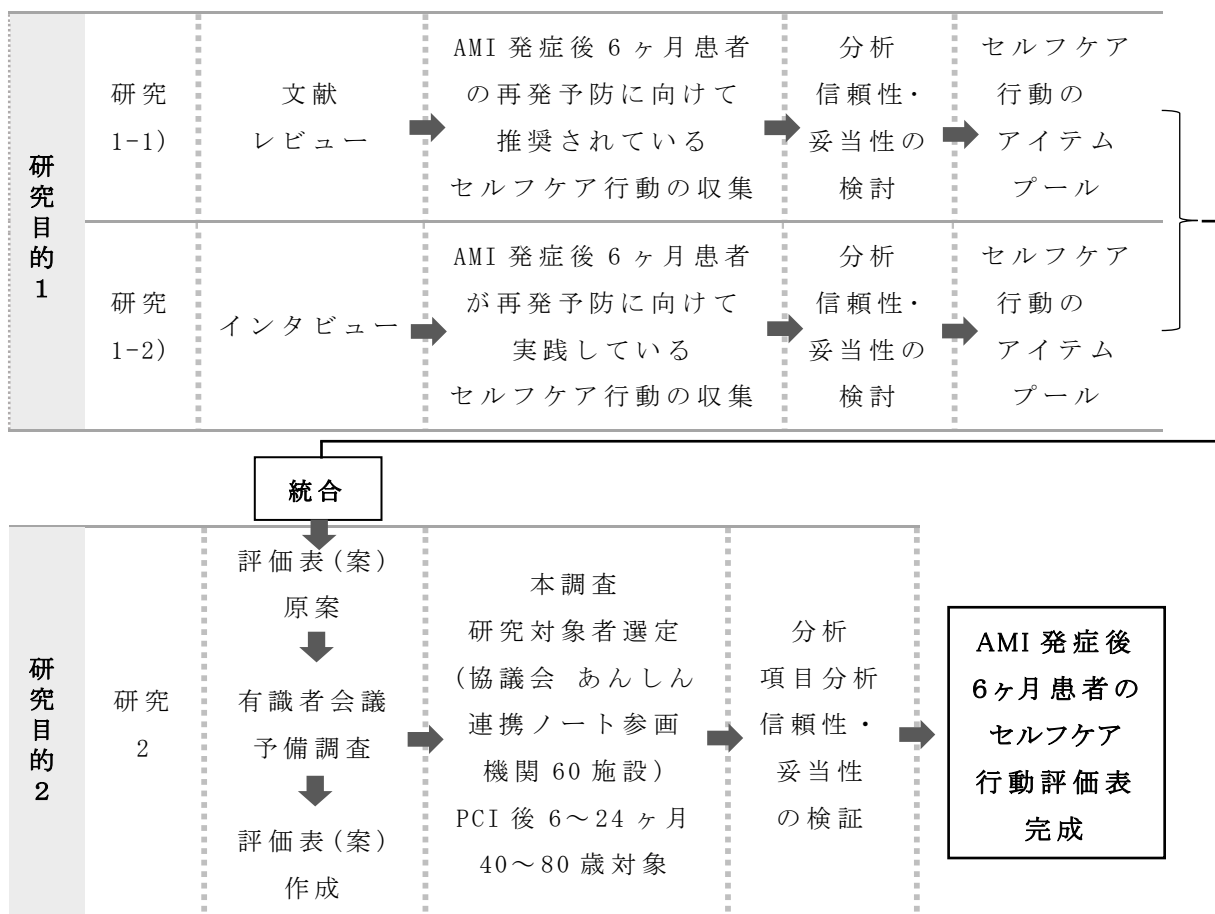


図1 研究の全体像

研究目的 1 は、研究 1 - 1)、および研究 1 - 2) により達成することとした。研究 1 - 1) は「AMI 発症後 6 ヶ月患者に推奨されているセルフケア行動の収集；文献レビュー」、研究 1 - 2) は「AMI 発症後 6 ヶ月患者が実践しているセルフケア行動の収集；インタビュー」とした。

研究目的 2 は、研究 2 「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表の作成および信頼性と妥当性の検証」により達成することとした。

III. 研究の意義

(1) 学術的意義

新規に開発する「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」は、患者が再発予防に向けて取るべきセルフケア行動を明示することができる。本評価表を活用した患者自身のセルフケア行動によって、生活習慣を改善し、健康の維持と生活・生命の質の維持・向上に寄与できる可能性があり、学術的意義を有する。

(2) 臨床的意義

本評価表を活用し患者がセルフケア行動を評価することにより、再発予防に向けた自己管理の動機づけを促進することが可能となる。さらに、患者個別のセルフケア行動への具体的な看護支援を方向づける可能性が高い。患者の再発予防への貢献に寄与できる可能性があり、臨床的意義を有する。

(3) 社会的意義

本研究は、生活習慣病の代表的疾患である AMI を対象とした。本評価表の活用により患者の生活習慣病の進行を抑えられ、重症の合併症を回避できる可能性がある。生活習慣病対策の推進に寄与できる可能性があり、社会的意義を有する。

IV. 用語の定義

(1) 地域連携クリティカルパス

厚生労働省（2019）は、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰るための診療計画で、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものとした。

本研究においては、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするクリティカルパスと定義した。

(2) 冠危険因子

急性冠症候群ガイドライン（木村ら、2018）（以下、ACS ガイドライン）において、日本人の AMI と有意な相関を示す冠危険因子は、高血圧、糖尿病、喫煙、高コレステロール血症であると示した。本研究においても、ACS ガイドラインに準じた定義とした。

(3) セルフケア行動

オレム（2001）はセルフケア行動を、個人が生活する文化的背景、習慣によって学習される行動で、個人の生命や健康、安寧を維持するために個人が実施する行動と定義した。

本研究においては、AMI 発症後 6 ヶ月が経過した患者が再発予防に向けて冠危険因子を除去するために主体的に実施する行動と定義した。

第 4 章

研究 1 AMI 発症後患者のセルフケア行動の収集

I. 研究目的

AMI 発症後 6 ヶ月が経過した患者の再発予防に向けて推奨、および実践しているセルフケア行動を抽出する。

II. 研究 1 - 1)

1. 研究デザイン

記述的研究デザインに基づく文献研究とした。

2. 研究方法

1) 研究対象

第 2 章で得た、日本国内において AMI 発症後の RCAP を活用した再発予防に関する 13 文献とした。

2) 方法

対象文献を精読し、日本国内の AMI 発症後の RCAP において患者の再発予防に向けて推奨されているセルフケア行動を抽出した。

抽出の手順は、セルフケア行動に関する記述を文脈単位でスライスし、コード化した。コードは必要に応じて代名詞、名詞に置き換えた。また、1 文献から得られた同一のコードは 1 コードとした。

研究期間は、2019 年 4 月から 2019 年 12 月とした。

3) 分析方法

(1) データ分析

事項言及型の内容分析を行った。内容分析には有馬 (2007) の手法を用いた。コードの意味内容の類似性に基づきサブカテゴリ化し、カテゴリ化を行った。

さらに、サブカテゴリを構成するコード数を確認し、総コード数に占める各カテゴリのコード数の割合を算出した。

(2) 信頼性の検討

信頼性の検討は、コード化の段階で行った。全サンプルを 2 名のコーダーに割り当て、コード化の一致率を下記の通り算出した (有馬、2007)。コーダーは、1 人目は研究者自身、2 人目は看護学の研究者とした。有馬 (2007) は、信頼性の一致率は、90% 以上であれば良好と述べていたことから、最終的な一致率が 90% を超えた場合に、信頼性を確保したものと判断した。

$$\text{一致率(\%)} = \frac{\text{一致したコード数} \times 100}{(\text{一致したコード数} + \text{一致しないコード数})}$$

(3) 妥当性の検討

妥当性の検討は、コード化、サブカテゴリ化、カテゴリ化のプロセスにおいて、研究者と内容分析に精通した看護学の研究者、看護学博士前期課程の大学院生2名の合計4名で行った。検討は、解釈が客観的かつ論理的であるか、飛躍はないかについて合意が形成されるまで討議した。

3. 結果

1) コード数・サブカテゴリ数・カテゴリ数

83コード、18サブカテゴリ、6カテゴリを得た(表2)。以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを [], 代表的なコードを「 」で示した。

2) カテゴリ・サブカテゴリ・代表的なコード

(1) 【冠危険因子の管理】

7サブカテゴリ、34コードで構成された。カテゴリに属するコード数は総コード数の41.0%を占めた。

〔**血圧管理**〕は、「血圧管理」(勝木ら、2010; 原田ら、2011、工藤ら、2012)、「家庭血圧の管理」(工藤、2013)、「血圧手帳への測定値の記録」(藤野ら、2009)、「診察時に血圧手帳を持参する」(藤野ら、2009)等のコードで構成された。

〔**禁煙**〕は、「禁煙」(宮澤ら、2007; 勝木ら、2010; 長山ら、2011; 中西ら、2011; 工藤、2013)、「禁煙の有無」(工藤ら、2012; 工藤、2013; Arakawa et al、2016)等であった。

〔**栄養管理**〕は、「栄養指導の内容の実施」(中西ら、2011; 工藤ら、2012; 工藤、2013; 工藤、2015)、「食事療法」(原田ら、2011; 長山ら、2011)等であった。

〔**糖尿病管理**〕は、「糖尿病管理」(宮澤ら、2007; 勝木ら、2010; 原田ら、2011)、「HbA1c値の管理指標」(中西ら、2011; 平ら、2016)等であった。

〔**脂質管理**〕は、「脂質異常症の管理」(勝木ら、2010; 原田ら、2011)、「コレステロール値の管理指標」(Arakawa et al、2016; 平ら、2016)等であった。

〔**体重の適正管理**〕は、「肥満指数(BMI)の管理」(中西ら、2011; 工藤、2015)、「体重管理」(工藤、2015)等であった。

〔**アルコール管理**〕は、「アルコール摂取量の制限」(工藤、2015)であった。

(2) 【適切な受診行動】

4サブカテゴリ、20コードで構成された。カテゴリに属するコード数は総コード数の24.1%を示した。

〔**定期受診**〕は、「定期的な受診」(高橋ら、2007; 藤野ら、2009; 勝木ら、2010; 原ら、2016)、「かかりつけ医への通院」(工藤ら、2012; 工藤、2015; 平ら、2016)、「診療所と病院の状況に応じた受診」(宮澤ら、2007)等のコードで構成された。

〔**心臓カテーテル検査・心筋シンチグラム検査**〕は、「定期検査」(勝木ら、2010)、「6ヶ月後の確認心臓カテーテル検査」(藤野ら、2009; 長山ら、2011; 工藤ら、2012; 工藤、2013; 工藤、2015)、「心筋シンチグラム検査」(藤野ら、2009; 平ら、

2016) 等であった。

〔かかりつけ医等への相談〕は、「かかりつけ医や専門医への相談」(長山ら、2011; 工藤ら、2012; 原ら、2016) であった。

〔緊急受診の判断と行動〕は、「夜間・緊急時の受診」(藤野ら、2009; 長山ら、2011) であった。

(3) 【内服のコンプライアンス・アドヒアランス】

2 サブカテゴリ、11 コードで構成された。カテゴリに属するコード数は総コード数の 13.3% を示した。

〔服薬管理〕は、「服薬管理」(原田ら、2011; 工藤、2013; 工藤、2015)、「薬剤の内服」(宮澤ら、2007; 藤野ら、2009; Arakawa et al、2016; 平ら、2016) 等のコードで構成された。

〔副作用に関するセルフアセスメント〕は、「副作用の有無の確認」(藤野ら、2009; 長山ら、2011; 工藤ら、2012; 工藤、2015) であった。

(4) 【急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスの活用】

3 サブカテゴリ、8 コードで構成された。カテゴリに属するコード数は総コード数の 9.6% を示した。

〔急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスの活用〕は、「地域連携パスの活用」(藤野ら、2009; 工藤ら、2012; 工藤、2015) のコードで構成された。

〔医療機関との管理目標の共有〕は、「管理目標の医師との連携」(藤野ら、2009; 勝木ら、2010) であった。

〔生活日誌や管理ノートの記録〕は、「管理ノートのチェック」(原ら、2016)、「生活日誌のモニタリング」(長山ら、2011) 等であった。

(5) 【運動療法の遵守】

1 サブカテゴリ、8 コードで構成された。カテゴリに属するコード数は総コード数の 9.6% を示した。

〔運動療法の実施〕は、「運動療法」(藤野ら、2009; 勝木ら、2010; 原田ら、2011; 長山ら、2011)、「心臓リハビリテーション」(藤野ら、2009; 勝木ら、2010; 中西ら、2011; 原ら、2016)、「回復期心臓リハビリテーション」(Arakawa et al、2016; 原ら、2016) 等のコードで構成された。

(6) 【良好な睡眠確保】

1 サブカテゴリ、2 コードで構成された。カテゴリに属するコード数は総コード数の 2.4% を示した。

〔睡眠〕は、「睡眠の確保」(原ら、2016)、「睡眠時無呼吸症候群の管理」(原ら、2016) のコードで構成された。

3) 信頼性

2 名のコーダーによるコード化の一致率は 78.3% であったが、検討を重ねた結果、最終の一致率は 100% であった。

4) 妥当性

4名の討議によりコード、サブカテゴリ、カテゴリについて合意が形成された。

Ⅲ. 研究1-2)

1. 研究デザイン

記述的研究デザインに基づく質的研究とした。

2. 研究方法

1) 研究対象

初発AMI発症後にPCIによる治療実施後6ヶ月が経過した患者とした。

2) 研究協力候補施設の選定

協議会における急性心筋梗塞専門部会に、本研究の趣旨を説明し内諾が得られたのち、北海道内の急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関の中から研究協力候補施設の紹介を書面で得た。

3) 研究対象者の選定手順

研究協力候補施設の病院長に、口頭および書面により研究の趣旨を説明した(資料1)。同意を得た研究協力施設の当該外来担当主治医に、口頭および書面により研究の趣旨を説明した(資料2)。

内諾を得た外来担当主治医に、あんしん連携ノートを使用している研究対象候補者の紹介を依頼した。主治医から研究対象候補者に研究の概要を伝えてもらい、研究協力に内諾の得られた研究対象候補者から氏名、電話番号等、アクセス方法の情報を得た。

紹介を受けた研究対象候補者に、電話で研究の趣旨を説明した。外来受診時の待ち時間を利用してインタビューが可能であるか相談した。不都合がある場合には、日時や場所等の希望を聴取し調整した。

インタビュー前に研究の趣旨を説明し(資料3)、同意が得られた場合、研究対象者として同意書に署名を得た(資料4)。さらに、同意撤回書(資料5)を渡した。

4) 研究対象者の選定基準

研究対象者は、あんしん連携ノートを使用している患者とした。人数は、インタビューにより得られるデータ数を考慮し、8~10名とした。性別は、男性6~7名、女性2~3名とした。男女構成比は、AMI罹患率の男女比は約3:1である(竹内ら、2002)という報告に基づき積算した。年齢は、AMI発症率の高い55歳から75歳(水嶋ら、2016)とした。

また、AMI発症後6ヶ月未満の患者、および認知に障害がありインタビューへの対応が困難な患者は除外した。

5) データ収集方法

(1) 基本属性

あんしん連携ノートおよび「生活支援の手引き、あんしん生活ガイドブック」(以下、あんしん生活ガイドブック)から研究対象者の同意を得て、研究者が転記することを計画した。情報収集時期は、インタビュー実施前の外来受診待ち時間を利用した。

①あんしん連携ノートの情報

- a. 基本情報；年齢、性別、職業、家族構成、喫煙歴、飲酒歴、既往歴
- b. 疾病や生活の状況；あんしん連携ノートの記録項目
- c. 病気の記録；退院後の診療計画と記録、退院6ヶ月後確認造影時心カテ所見、退院6ヶ月後確認造影入院記録
- d. 病気のこと；「身体活動とMETsの関係」の日常生活、運動の各到達得点

②あんしん生活ガイドブックの生活情報

「生活機能チェックリスト」25項目

(2) インタビュー方法

自作のインタビューガイド(資料6)を使用した半構造化面接とした。研究対象者のプライバシーが保持できる個室で実施した。希望がある場合は家族の同席を承諾した。面接時間は、30分から45分以内としたが、研究対象者の体調により中断できることを説明した。

【インタビューガイド】

再発予防に向けて、現在、自分が行っている行動、気をつけている行動はどのようなことか。

研究期間は、2020年1月から2022年12月までとした。

3. 分析方法

1) データ分析

インタビュー内容は、研究対象者の許諾を得たうえでICレコーダーを用いて録音した。得られたインタビュー内容を逐語録化し、事項言及型の内容分析を行った。内容分析には有馬(2007)の手法を用いた。セルフケア行動に関する記述を文脈単位でスライスし、コード化した。コード化のプロセスにおいては、対象者の意図を正確に反映できるように、必要に応じて代名詞、名詞に置き換えた。また、1名の対象者から得られた同様の文脈は1つのコードとして捉えた。コードの意味内容の類似性に基づきサブカテゴリを抽出した。さらにサブカテゴリは意味内容に基づいて類型化し、カテゴリ化を行った。

2) 信頼性の検討

信頼性の検討は、コード化の段階で行った。全サンプルを2名のコーダーに割り当て、コード化の一致率を下記の通り算出した(有馬、2007)。コーダーは、1人目は研究者自身、2人目は看護学の研究者とした。有馬(2007)は、信頼性の

一致率は、90%以上であれば良好と述べていたことから、最終的な一致率が90%を超えた場合に、信頼性を確保したものと判断した。

$$\text{一致率(\%)} = \frac{\text{一致したコード数} \times 100}{(\text{一致したコード数} + \text{一致しないコード数})}$$

3) 妥当性の検討

妥当性の検討は、コード化、サブカテゴリ化、およびカテゴリ化のプロセスにおいて、有識者会議により検討した。有識者は、看護学修士課程以上を修了し、質的研究の技法に精通している者2名、急性・重症患者看護専門看護師1名および集中ケア認定看護師1名、さらに当該領域において通算5年以上の実務経験のある臨床看護師2名の合計6名とした。検討は、解釈が客観的かつ論理的であるか、飛躍はないかについて、合意が形成されるまで行った。検討はZoom®を使用した。

4. 倫理的配慮

札幌市立大学看護学研究科倫理審査会の承認（承認番号2021年度No.8）、および研究協力施設の倫理審査の承認を得て実施した。研究対象者に以下の内容を説明した。

- a. 研究の趣旨
- b. 個人情報保護を遵守するために、収集したデータは個人を特定できない暗号化とし、データを厳重に管理すること
- c. 身体的・心理的な負担を最小限になるよう工夫を行うこと
- d. 研究参加は自由意思であり不参加による不利益を受けないこと
- e. 同意の撤回、中止が可能であること
- f. 本研究結果の学会等への発表、学術誌掲載等の可能性があること

5. 結果

1) 研究対象者の基本属性

研究対象者は、研究協力を得た1医療機関に通院していた7名であった（表3）。内訳は、男性6名、女性1名であった。年齢は、50歳代後半は3名、60歳代前半1名、60歳代後半1名、70歳代前半が2名であった。職業ありは6名、無職は1名であった。6名が他疾患の既往を有していた。同居者ありは6名、独居は1名であった。インタビュー所要時間は平均24分であった。

基本情報（年齢、性別、職業、家族構成、喫煙歴、飲酒歴、既往歴）は聴取した。

2) コード数・サブカテゴリ数・カテゴリ数

184 コード、42 サブカテゴリ、21 カテゴリを得た（表 4）。

以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを [], コードを 〈 〉 で示した。

3) カテゴリ・サブカテゴリ・代表的なコード

(1) 【血圧管理】

3 サブカテゴリ [血圧を定期的に測る] [血圧の値を手帳などに記録する] [血圧の値や変化を医療者らに説明できる] で構成された。

(2) 【禁煙】

2 サブカテゴリ [タバコを吸わない] [タバコの本数を減らす] で構成された。

(3) 【食事管理】

2 サブカテゴリ [食事の摂り方に注意する] [米飯量を減らす] で構成された。

サブカテゴリ [食事の摂り方に注意する] は、〈栄養のバランスを考えて食べる〉〈野菜を中心に食べる〉〈間食は低カロリーのを食べる〉〈間食は食べない〉〈よく噛んで食べる〉〈夕食は夜 8 時までには食べる〉〈夕食の後は、朝まで何も食べない〉の 7 コードで構成された。

(4) 【脂質管理】

1 サブカテゴリ [脂肪分を多く摂らない] であった。

(5) 【塩分管理】

1 サブカテゴリ [塩分を多く摂らない] であった。

(6) 【体重の適正管理】

3 サブカテゴリ [体重を定期的に測る] [体重を手帳などに記録する] [適正体重を維持する] で構成された。

(7) 【アルコール管理】

2 サブカテゴリ [酒を飲まない] [酒の量を減らす] で構成された。

(8) 【定期受診】

1 サブカテゴリ [指示通り定期的に受診する] であった。

(9) 【心臓カテーテル検査など】

2 サブカテゴリ [治療後の評価心臓カテーテル検査などを受ける] [治療後の評価心臓カテーテル検査結果について異常の有無や経過を説明できる] で構成された。

(10) 【主治医への相談】

1 サブカテゴリ [受診時、主治医に自覚症状や気になることを相談する] であった。

(11) 【緊急受診の判断と行動】

1 サブカテゴリ [心筋梗塞の前駆症状が現れた時は緊急受診する] であった。

(12) 【服薬管理】

4 サブカテゴリ [治療薬を指示通りに飲む] [治療薬の飲み忘れを防ぐために工夫する] [治療薬を飲み忘れた時の対処法を説明できる] [治療薬の副作用を説明できる] で構成された。

(13) 【運動】

2 サブカテゴリ [こまめに体を動かす][ウォーキングなどの有酸素運動を行う]で構成された。

(14) 【生活の管理】

1 サブカテゴリ [規則的に生活する]であった。

(15) 【身体活動の管理】

2 サブカテゴリ [重いものを持たない][過度な運動をしない]で構成された。

(16) 【身体症状の変化・体調の変化】

2 サブカテゴリ [注意しなければならない再発の兆候を挙げることができる][心筋梗塞後の体調の変化を確かめながら生活する]で構成された。

(17) 【主治医の指導内容の遵守】

1 サブカテゴリ [主治医から指導された再発を防ぐための注意点を守る]であった。

(18) 【ストレス管理】

1 サブカテゴリ [自己管理に伴うストレスをためない方法をもつ]であった。

(19) 【支援者・協力者】

3 サブカテゴリ [病気についての心配事は、身近な医療職者に助言を求める][職場の同僚に自分の病気を説明し支援を求める][配偶者や家族の協力を得る]で構成された。

(20) 【糖尿病管理】

3 サブカテゴリ [糖尿病の治療を継続する][糖質を多く摂らない][HbA1C値についてその変動を説明できる]で構成された。サブカテゴリ [糖質を多く摂らない]は、〈人工甘味料を使う〉〈菓子を買わない〉〈清涼飲料水は飲まない〉の3コードで構成された。

(21) 【あんしん連携ノートなどの活用】

あんしん連携ノートを活用している場合に限定したカテゴリの抽出であった。4 サブカテゴリ [あんしん連携ノートを読む][あんしん連携ノートに血圧、体重を記録する][あんしん連携ノートに記載した血圧、体重の記録を医師・看護師に見せる][再発を防ぐための生活指導パンフレット類は、身につくまで読む]で構成された。

4) 信頼性

2名のコーダーによるコード化の一致率は95.5%であった。

5) 妥当性

有識者会議において、コード、サブカテゴリ、カテゴリに不要・不適切とみなされたものはなかった。

IV. 考察

1. 信頼性および妥当性

信頼性は、コード化の一致率の基準を満たし確保した。有馬（2007）は、信頼性を検討した内容分析は、客観的で体系的な分析であると述べており、客観性を担保した分析結果を得たといえる。

また、妥当性の検討は、当該領域の学識経験者により合意を形成し確保した。小笠原ら（2012）は、尺度開発において専門家による批評を得ることは、尺度項目が構成概念と合致しているかを評価すると述べた。したがって、抽出した項目の妥当性を確保したといえる。

2. 抽出したカテゴリ・サブカテゴリ

研究 1-1) と研究 1-2) から抽出したカテゴリ、サブカテゴリを統合した。研究 1-2) の 21 カテゴリのうち、【血圧管理】【禁煙】【脂質管理】【塩分管理】【体重の適正管理】【アルコール管理】【定期受診】【心臓カテーテル検査など】【主治医への相談】【緊急受診の判断と行動】【服薬管理】【運動】【身体症状の変化・体調の変化】【糖尿病管理】【あんしん連携ノートなどの活用】の 15 カテゴリは、研究 1-1) の 6 カテゴリおよび 9 サブカテゴリと合致した。15 カテゴリは、ACS ガイドライン（木村ら、2022）が示した冠危険因子である、高血圧、糖尿病、喫煙、高コレステロール血症を網羅していた。

一方、研究 1-2) から新たなカテゴリとして、【食事管理】【生活の管理】【身体活動の管理】【主治医の指導内容の遵守】【ストレス管理】【支援者・協力者】の 6 カテゴリが得られた。柴崎ら（2009）は、PCI 後の回復期において冠危険因子を是正するためには、生活習慣行動の自己管理が重要であると述べた。新たな 6 カテゴリは、冠危険因子の管理を実践するための、生活習慣に関するセルフケア行動であるといえる。

3. セルフケア行動評価項目

統合結果をふまえて、合致した 15 カテゴリと、研究 1-2) から抽出した新たな 6 カテゴリを合わせた 21 カテゴリのサブカテゴリ、コードを一覧化した。重複項目を除外し、患者を主語とした一文脈ごとの関連性、類似性を検討した。その結果、44 項目のセルフケア行動評価項目を得た。44 項目の内訳は、AMI 発症後のセルフケア行動 41 項目、AMI 発症後の行動変容を評価する喫煙と飲酒 2 項目、AMI 発症後の総括評価 1 項目であった。

第 5 章

研究 2 「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の作成 および信頼性と妥当性の検証

I. 研究目的

研究 2 の目的は、「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の作成、および信頼性と妥当性の検証である。

II. 研究デザイン

記述的研究デザインに基づく量的研究とした。

III. 研究方法

1. 研究対象

初発 AMI 発症後に PCI による治療実施後 6 ヶ月～24 ヶ月が経過した患者とした。

2. 研究対象者の選定

1) 研究協力候補施設の選定

協議会ホームページ「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に提示のある 60 医療機関の施設長に研究協力依頼文書（資料 7）を送付した。研究協力依頼文書に、研究の趣旨および研究実施体制、研究対象候補者の選定依頼、研究対象候補者の個人情報 の保管体制について明記した。また、本研究計画書の研究倫理審査委員会申請は、研究協力候補施設の指示に応じて受審することを明記した。研究協力の可否および研究協力施設の当該医師連絡先は、研究者宛て研究協力回答書の郵送により確認した。

2) 研究対象者の選定手順

同意を得た研究協力施設の看護管理者に、口頭および書面により研究の趣旨を説明した。また、研究協力者として当該看護師の選定を依頼した（資料 8）。当該医師、当該看護師に書面（資料 8）により依頼事項を説明した。依頼事項は、研究対象候補者の選定、研究対象候補者への研究協力依頼の説明（資料 9）、および内諾が得られた研究対象候補者への評価表案と返送用封筒の配布、研究者への郵送の依頼とした。

3) 研究対象者数

本研究における評価表案の質問項目数は 44 項目であったため、COSMIN 研究デザインチェックリスト（以下、COSMIN）の excellent に準じたサンプルサイズ（項目数×7）は 308 であった。回収率 80%を目標とした場合、385 名の回答を要した。研究協力依頼を行う 60 医療機関のうち同意取得 50%を想定し、研究対象候

補者数は 10～15 人/施設とした。

4) 研究対象者の選定基準

研究対象者は、初発 AMI 発症後に PCI による治療実施後 6 ヶ月～24 ヶ月が経過した 40 歳～80 歳の患者とした。

また、AMI 発症後 6 ヶ月未満もしくは 25 ヶ月以降の患者、認知に障害があり評価表案への回答が困難な患者、および全盲であり自力で評価表案を読み取ることができない患者は除外した。

5) 評価表案の配布期間

配布開始から約 4 ヶ月間とした。

3. 調査方法

1) 調査手続き

(1) 「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表 (案)」原案の作成

研究 1 で抽出したセルフケア行動評価項目 44 項目から評価表案の原案を作成した。回答形式はリッカート法を用いた。

評価表案原案の内訳は下記の内容とした。

- a. AMI 発症後のセルフケア行動 (41 項目、5 リッカート)
- b. AMI 発症後の行動変容：喫煙と飲酒 (2 項目、4 リッカート)
- c. AMI 発症後の総括評価 (1 項目、5 リッカート)

(2) 有識者会議

評価表案原案の内容的妥当性を確保するために、Zoom®を使用し有識者会議を開催した (資料 10)。構成員は、急性・重症患者看護専門看護師 1 名、当該領域において通算 5 年以上の実務経験のある循環器科医師 2 名および臨床看護師 2 名の合計 5 名とした。検討事項は、評価項目の妥当性や表現の適切性、および評価項目数の適切性とした。

(3) 予備調査

評価表案原案の表面的妥当性を検討するために、AMI 発症後 6 ヶ月が経過した患者 3 名を対象に予備調査を実施した。

(4) 「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表 (案)」(以下、評価表案)の完成

有識者会議で内容妥当性の検討、基本属性の点検を行い、対象年齢の下方修正、平易な表現への修正を行った。

予備調査で、回答しにくいという意見を得た項目は平易な表現に修正を行い、評価表案を完成した (資料 11)。

2) 配布方法

当該医師または当該看護師は、内諾を得た研究対象候補者に評価表案と返送用

封筒を配布した。また、再テストの内諾を得た研究対象候補者に「初回調査用評価表案」と「再調査用評価表案」、返送用封筒2通を配布した。

3) 回収方法

(1) 評価表案

郵送法により回収した。研究対象候補者は、研究協力依頼の内容に同意した場合、研究対象者として評価表案の研究参加同意欄にチェックを記入し、回答後に研究者宛て郵送した。

(2) 再テスト

再現性を確認するため、再テストを実施した。再テストは、一度調査を行った対象者に期間をあけて同じ調査を行い、2つの測定値の差の級内相関係数を求め信頼性を確認する方法であった(木原ら、2016)。小塩(2016)は、「検査-再検査の間隔によって再検査信頼性係数に明確な違いは認められなかった。」と述べており、本研究における再テストまでの間隔は2週間とした。

研究対象候補者は60名とし、3施設に約20名/施設を依頼した(資料12)。回収は郵送法とした。研究対象候補者は、研究協力依頼の内容に同意した場合、研究対象者として「初回調査用評価表案」の研究参加同意欄にチェックを記入し、回答後に研究者宛て郵送した。さらに、2週間後に「再調査用評価表案」に回答後、郵送した。

研究期間は、2023年3月から2023年9月までとした。

4. 分析方法

1) 記述統計量の算出と項目分析

評価表案各項目の記述統計量を算出した。度数分布、平均値・標準偏差、歪度・尖度、天井効果・フロア効果を確認した。

2) 妥当性の検証

(1) 構造的妥当性

探索的因子分析により確認し、評価表案の項目の精選を行った。

さらに、確証的因子分析により、本研究で得られた因子構造を検証した。

(2) 基準関連妥当性

本庄(2008)が開発した「セルフケア能力を査定する質問紙 Self-Care Agency Questionnaire (以下、SCAQ-30)」30項目との相関分析を行った。SCAQ-30は、5つの構成概念で構築されていた。各構成概念の質問項目は「健康に関心を向ける能力」5項目、「選択する能力」5項目、「体調を整える能力」6項目、「生活の中で続ける能力」7項目、「支援してくれる人をもつ能力」7項目であった。回答は、「はい」5点、「どちらかというとはい」4点、「どちらともいえない」3点、「どちらかというといいえ」2点、「いいえ」1点の5件法であった。なお、SCAQ-30の利用に際して必要となる手続きを確認し、開発者の承諾を得て利用した(資料

13)。

(3) 仮説検証

因子構造が明らかになった段階で、先行研究を参照し、基本属性、喫煙・飲酒に関連した8つの仮説を立て検証した。

- ① 女性は、男性と比べて生活管理行動の平均値が高い（桑木ら、2012）。
- ② 女性は、男性と比べて血圧管理行動の平均値が高い（辰巳ら、2021）。
- ③ 有職者は、無職者と比べて生活管理行動の平均値が低い（近藤ら、2018）。
- ④ 有職者は、無職者と比べて受療行動の平均値が低い（近藤ら、2018）。
- ⑤ 発症後12ヶ月以内の対象者は、13ヶ月以降の対象者と比べて生活管理行動の平均値が高い（柴崎ら、2009；小田桐ら、2016）。
- ⑥ 年齢が若いほど、受療行動の平均値が低い（辰巳ら、2021）。
- ⑦ 喫煙者は、非喫煙者と比べて生活管理行動の平均値が低い（五島、2000）。
- ⑧ 飲酒者は、非飲酒者と比べて生活管理行動の平均値が低い（五島、2000）。

3) 信頼性の検証

(1) 内的整合性

クロンバック α 係数を算出し、評価表案の信頼性を検証した。

(2) Item-Total 分析

各因子項目と合計得点の相関分析を行った。

(3) 再現性

再テスト対象者が回答した「初回調査用評価表案」と「再調査用評価表案」の各総得点の級内相関係数を算出した（木原ら、2016）。

4) 統計解析

IBM SPSS Statistics ver. 29.0、および IBM SPSS Amos ver. 29.0 を使用した。

5. 研究実施体制

研究実施体制は、厚生労働省による「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針ガイダンス」（以下、倫理指針）に基づき構成した（資料14）。

6. 倫理的配慮

札幌市立大学看護学研究科倫理審査会の承認（承認番号2023年度No.18③）、および研究協力施設の指示による倫理審査の承認を得て研究を実施した。研究者は、対象候補者に以下の内容を書面で説明した。

- a. 研究の趣旨
- b. 個人情報保護を遵守するために無記名とし評価結果を厳重に管理すること
- c. 研究参加は自由意思であり不参加による不利益を受けないこと
- d. 本研究結果の学会等への発表、学術誌掲載等の可能性があること

IV. 結果

1. 対象

1) 配布数および回収数

(1) 配布数

9 医療機関から研究協力の承認を取得した。各医療機関の対象者選定により 310 部の評価表案を配布した。また、52 部の再テスト評価表案を配布した。

(2) 回収数

評価表案は、115 名から回答を得た（回収率 37.1%）。有効回答は 113 名（有効回答率 98.3%）であった。

再テスト評価表案は、21 名から回答を得た（回収率 40.3%）。有効回答は 21 名（有効回答率 100%）であった。

2) 基本属性

対象者の基本属性（表 6）は、男性と女性の比率は約 4 対 1 であり、年齢は 65 歳～80 歳が 65.5%を占めた。急性心筋梗塞になり治療を受けた日からの経過期間は、19 ヶ月～24 ヶ月が 41.6%と最も多く、次いで 6 ヶ月～12 ヶ月が 37.2%であった。職業ありは 48.7%、同居者ありは 77.0%であった。また、63.7%が心筋梗塞以外に糖尿病、高血圧等の治療を受けていた。あんしん連携ノートの使用は 3.5%であった。

2. 分析結果

分析は、AMI 発症後のセルフケア行動（41 項目、5 リッカート）の結果を対象とした。

1) 項目分析

(1) 項目別度数分布

項目欠損率（表 7）は 2.3%であった。欠損値指定を行い以降の分析を行った。

(2) 項目分析

記述統計の結果（表 8）、27 項目に平均値（M）と標準偏差（SD）の合計が最高点である 5 以上の天井効果がみられた。本評価表案は、各行動のポジティブさを高得点としているために天井効果がみられたと考え、以降の分析には全項目を含めた。

平均値（M）と標準偏差（SD）の差が最低点である 1 以下のフロア効果を示す項目はなかった。

2) 妥当性

(1) 探索的因子分析

41 項目について主因子法による因子分析を行った。スクリープロットの確認から 3～4 因子構造であると判断し、最尤法、プロマックス回転による因子分析を行った。因子負荷量を 0.40 以上、2 つ以上の因子で高い因子負荷量を示さな

いことを抽出の基準として、16項目を除外した。その結果、3因子25項目を得た（表9）。

採用した項目の因子負荷量は0.41～1.10、抽出後の負荷量平方和の累積は、46.1%であった。因子間相関は3因子間において0.371～0.560であった。適合度検定の結果、 χ^2 値は417.65 ($p < 0.01$)であった。113名を対象とした因子分析であるため、標本妥当性の測度および球面性検定値を確認した。その結果、Kaiser-Meyer-Olkin（以下、KM0）は0.786 ($p < 0.01$)であった。Bartlettの近似 χ^2 値は1343.307 ($p < 0.01$)であった。

各因子の名称は、以下の通りとした。

a. 第1因子；《生活管理行動》

第1因子は15項目で構成された。再発を防ぐための食事の摂り方、生活の仕方、体重の記録や維持等、生活を管理する行動であるため、《生活管理行動》と命名した。

b. 第2因子；《受療行動》

第2因子は7項目で構成された。医師の指示に基づき検査、治療を受け、結果を確認し説明する行動であるため、《受療行動》と命名した。

c. 第3因子；《血圧管理行動》

第3因子は3項目で構成された。血圧の測定、記録、結果を確認し説明する行動であるため、《血圧管理行動》と命名した。

因子分析で得たセルフケア行動項目（以下、セルフケア行動項目）を用いて、以降の分析を行った。

（2）確証的因子分析

探索的因子分析で得られた結果に基づく仮説モデルの適合度を確認した（図2）。重み付けのない最小二乗法を用いて分析を行った（大賀ら、2022）。モデルの適合度は、GFI=0.95、AGFI=0.94、NFI=0.93、RMR=0.11であった。

（3）基準関連妥当性

評価表案の項目とSCAQ-30との総得点の相関は、0.739 ($p < 0.01$)であった。セルフケア行動項目3因子とSCAQ-30構成概念項目においては0.264 ($p < 0.01$)～0.640 ($p < 0.01$)であった（表10）。

（4）仮説検証

8つの仮説のうち「女性は、男性と比べて生活管理行動の平均値が高い ($p < 0.01$)」、「有職者は、無職者と比べて生活管理行動の平均値が低い ($p < 0.01$)」、「喫煙者は、非喫煙者と比べて生活管理行動の平均値が低い ($p < 0.01$)」の3つの仮説は支持された。「女性は、男性と比べて血圧管理行動の平均値が高い」、「有職者は、無職者と比べて受療行動の平均値が低い」、「発症後12ヶ月以内の対象者は、13ヶ月以降の対象者と比べて生活管理行動の平均値が高い」、「年齢が若いほど、受療行動の平均値が低い」、「飲酒者は、非飲酒者と比べて生活管理行動の平均値が低い」は、支持されなかった。

3) 信頼性

(1) 内的整合性

クロンバック α 係数は、因子全体で 0.869、各因子では第 1 因子《生活管理行動》は 0.869、第 2 因子《受療行動》は 0.827、第 3 因子《血圧管理行動》は 0.892 であった (表 9)。

(2) Item-Total 相関分析

各因子の項目と合計得点の相関係数は、0.3 以上 (水本、2011) が 24 項目 (0.346 ~ 0.868) であった。1 項目は、0.234 であった (表 11)。

(3) 再現性

初回と再テストの級内相関係数は、0.930 であった。

V. 考察

1. 妥当性

探索的因子分析により得た、因子間相関、適合度検定、KMO 標本妥当性、Bartlett の球面性検定の結果から、因子構造の妥当性を確認した。

確証的因子分析による適合度を示す各項目の基準は、GFI、AGFI は基準値の目安となる 0.90 以上であった。また GFI \geq AGFI の結果を得た (小塩、2022)。NFI は目安とされる 1 に近い値 (豊田、2006) であった。RMR は目安とされる 0 から 1 の値であった (豊田、2006)。したがって、本研究における確証的因子分析によるモデル適合度は良好であったといえる。

基準関連妥当性は、弱い正の相関から正の相関の範囲 (小塩、2020) であった。

仮説検証では、3 つの仮説は支持された。

したがって、本評価表案の妥当性を確保したといえる。小塩 (2020) は、妥当性は完全に満たされるものではなく、研究をくり返していくうちに確実にとなると述べた。今後、本研究の継続による検証が必要である。

2. 信頼性

クロンバック α 係数は、全体および第 1 因子、第 2 因子、第 3 因子ともに目安となる 0.70 (木原ら、2016) を満たした。クロンバック α 係数は、項目間相互の相関度を示す信頼性の指標であるため (小笠原ら、2012)、本研究で得た評価表項目の内的整合性を確保したといえる。

Item-Total 相関分析において、24 項目で正の相関を確認した。1 項目は基準値を下回る結果であったため、今後の調査において項目の削除を検討する必要性が示唆された。

初回と再テストの級内相関係数は、目安となる 0.70 以上 (小塩、2016) の結果から、再現性を確認した。再テスト法は、尺度の安定性の検討に用いられる (小塩、2016)。本研究における再テストは限られた対象者の結果であるため、継続研究による検討が必要である。

信頼性は、尺度の品質を左右する要素であるとされている (小笠原ら、2012)。

本評価表の内的整合性と安定性を確認したことから信頼性を確保したといえる。

3. 評価表の特徴

妥当性、信頼性の検証を経て、「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」（3 因子 25 項目）を完成した（資料 15）。

本評価表の項目の特徴は、各因子に冠危険因子の管理に関連するセルフケア行動を具体的に示した点である。その内容は、第 1 因子《生活管理行動》の「塩分を多く摂らない」、「脂肪を多く摂らない」、「喫煙している人のそばに行かない」であった。第 2 因子《受療行動》は、「脂質、コレステロールの値や変化を医療者や家族に説明できる」、「血糖、HbA1c の値や変化を医療者や家族に説明できる」、「定期受診の検査結果や病状の変化を医療者や家族に説明できる」であった。第 3 因子《血圧管理行動》では、「血圧を定期的に測る」、「血圧の値や変化を医療者や家族に説明できる」、「血圧の値を手帳やノートなどに記録する」であった。

また、検査や測定結果の「値や変化を医療者や家族に説明できる」という行動が、6 項目あった。セルフケア評価尺度の先行研究においては、「体重や血圧値を目安に振り返って改善している」（内田ら、2022）、「体重が増えないように気にかける必要があると思う」（大林ら、2016）と、表現していた。オレム（2020）は、「セルフケア行為は、その人が所有している科学的な健康についての知識によって影響を受ける。」と述べた。「値や変化を説明できる」という項目は、患者が自分の疾病状況や治療に関する知識に基づいた行動である。したがって、本項目は、検査や測定の結果と推移を、患者が医療職者、支援者・協力者と共有する行動を評価するという特徴をもつ。

4. 評価表の実用可能性

本評価表案は、予備調査による表面的妥当性を確認し、項目欠損率は少ない結果であった。また、評価表の項目は、患者を主語とした行動水準で系統的に示されていた。したがって、患者は評価表の記載を負担なく行える可能性が高い。また、本評価表により、患者は自己課題の発見とセルフケア行動目標を検討できる可能性がある。

AMI は、再梗塞と初回梗塞の予後を比較すると再梗塞群が予後不良とされており（堂山ら、1991）、自己管理行動ができていても 1 年以上経過した維持期での継続した生活管理の難しさが生じる疾患である（柴崎ら、2009）。小田桐ら（2016）は、医師、看護師の説明や指導が生活習慣の改善に影響するため、正確な情報提供と繰り返しの指導が必要であると述べていた。また、稲垣ら（2016）は、看護師は患者のセルフケアを把握し、継続を支援することが重要であるとした。

本評価表の活用により、患者はセルフケア行動の実践状況を継続して評価できるため、看護師から個別の課題に焦点化した助言や指導を受けられる可能性がある。その結果、生活習慣の改善による再発予防に貢献できる可能性があり、実用が可能である。

5. 研究の限界

研究協力施設数の確保が困難であったことである。その理由として、あんしん連携ノートを活用している医療機関に限定したため、必然的に対象者数の確保も難しかった。

6. 今後の課題

継続研究による対象者数の増加が課題である。例数設計について、COSMINでは十分な標本数を100名以上が目安であるとしており、本研究は目安を満たしている。しかし、adeqate 基準には到達しなかった。対象者数の増加のためには、医療機関の選定要件を検討する必要がある。

本研究において喫煙と飲酒は、AMI発症後の行動変容という視座から質問した。今後、それらの表現を見直し、評価表に含めることを検討する必要がある。

臨床応用への課題は、本評価表の実用である。本研究において、あんしん連携ノートの活用患者が少なかった現状を鑑み、RCAPと評価表の併用を検討する必要がある。

第 6 章 結論

1. AMI 発症後 6 ヶ月が経過した患者の再発予防に向けて推奨、および実践しているセルフケア行動を抽出した。113 名を対象とした調査により、信頼性および妥当性を検証し「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」（3 因子 25 項目）を開発した。各因子は、第 1 因子；《生活管理行動》、第 2 因子；《受療行動》、第 3 因子；《血圧管理行動》であった。
2. 本評価表の項目は、冠危険因子の管理に関連するセルフケア行動を具体的に示した。患者は、評価表を活用して再発予防に向けたセルフケア行動を生活管理、受療、血圧管理の側面から系統的に評価できる。したがって、本評価表は AMI 発症後 6 ヶ月が経過した患者の再発予防に寄与する可能性があり、汎用性が高い。
3. 本評価表の活用により、患者はセルフケアを行動水準で自己評価でき、自己課題の発見と目標設定が可能である。また、患者は個別の課題に対する看護師からの助言、指導により生活習慣の改善を図ることが可能となる。したがって、臨床における実用性が高いといえる。

謝辞

本研究の実施および博士論文の執筆にあたり、多くの方々にご支援いただきました。

本研究の調査にご協力いただいた医療機関の医療職者の皆さま、患者の皆さまに心から感謝いたします。

また、NPO 法人北海道医療連携ネットワーク協議会の理事長ならびに急性心筋梗塞専門部会の諸先生、事務局のご担当者の皆さまのご支援がなければ、この研究を行うことはできませんでした。

札幌市立大学大学院看護学研究科におきましては、研究計画書審査、倫理審査会の諸先生の貴重なご指導とご助言を賜りました。研究の実施、博士論文の作成に至りましたことに、感謝申し上げます。

指導教員である松浦和代教授には、研究の着想から、研究の実施、論文執筆まで多くのご指導をいただきました。松浦先生から、あらためて研究のプロセスの重要性と博士論文のあり方についてご教示いただきました。また、研究の進捗が困難な時期もあり、研究活動が進まず悩む時期もありました。そのような中で松浦先生はいつも私の理解が深まるまで力強く導いて下さいました。長きにわたるご指導をいただきましたことに、心から感謝申し上げます。

共に学び、支え合う存在であった小児看護ゼミの皆さまには多くのご支援をいただきました。また、研究計画を検討する段階においては、公衆衛生看護ゼミの諸先生から多くの助言をいただきました。お礼申し上げます。

最後に、職場で応援いただいた仲間たち、そして、大切な家族に支えられ、励まされて、自分がここにいられるのだということに、言葉にあらわせない感謝を抱いています。

本当にありがとうございました。

引用文献

- Aish. A E, Isenberg. M. (1996). Effects of Orem-based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. *International journal of nursing studies*, 33(3), 259-270.
- Al Khadra. Saba, Meisinger Christa, Amann Ute, Holle Rolf, Kuch Bernhard, Seidl Hildegard, Kirchberger Inge. (2014). Secondary prevention medication after myocardial infarction: persistence in elderly people over the course of 1 year. *Drugs & aging*, 31(7); 513-525. doi: 10.1007/s40266-014-0189.
- Alter. David A, Franklin Barry, Ko. Dennis T, Austin. Peter C, Lee. Douglas S, Oh. Paul I, Stukel. Therese A, Tu. Jack V. (2014). Socioeconomic status, functional recovery, and long-term mortality among patients surviving acute myocardial infarction. *PloS one*, 8(6), e65130.
- 浅場美沙子, 川崎市立川崎病院看護部看護教育委員会. (2010). 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. *川崎市立川崎病院事例研究集録*, 12, 39-42.
- Arakawa Tetsuo, Kumasaka Leon, Nakanishi Michio, Nagayama Masatoshi, Hitoshi Adachi, Ikeda Kozue, Fujimoto Kazuteru, Tashiro Takao, Momomura Shin ichi, Goto Yoichi. (2016). 日本における急性心筋梗塞患者に関する退院後の地域連携クリニカルパスと心臓リハビリテーション全国調査. *Circulation Journal*, 80 (8) ,1750-1755.
- 有馬明恵. (2007). 内容分析の方法, 京都: ナカニシヤ出版.
- COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments (2019). https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf. (令和5年10月6日確認)
- Arnetz. Judith E, Winblad Ulrika, Höglund. Anna T, Lindahl Bertil, Spångberg Kalle, Wallentin Lars, Wang Yun, Ager Joel, Arnetz. Bengt B. (2010). Is patient involvement during hospitalization for acute myocardial infarction associated with post-discharge treatment outcome? An exploratory study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 13(3), 298-311. doi: 10.1111/j.1369-7625.00588.
- Baile. W F, Engel. B T. (1978). A behavioral strategy for promoting treatment compliance following myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, 40(5), 413-419.
- Bakker. Esther C, Nijkamp. Marjan D, Sloot Caroline, Berndt. Nadine C, Bolman. Catherine A W. (2015). Intention to abstain from smoking among

- cardiac rehabilitation patients: the role of attitude, self-efficacy, and craving. *The Journal of cardiovascular nursing*, 30(2), 172-179. doi:10.1097/JCN.000000000000156.
- Barth Jürgen, Jacob Tiffany, Daha Ioana, Critchley. Julia A. (2015). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD006886. doi: 10.1002/14651858.CD006886.pub2.
- Beach. E K, Smith. A, Luthringer. L, Utz. S K, Ahrens. S, Whitmire. V. (1996). Self-care limitations of persons after acute myocardial infarction. *Applied nursing research*, 9(1), 24-28.
- Borges. Juliana Pereira, Mediano. Mauro Felipe Felix, Farinatti Paulo, Coelho. Marina Pereira, Nascimento. Pablo Marino Correa, Lopes. Gabriella de Oliveira, Kopiler. Daniel Arkader, Tibiriçá Eduardo. (2016). The Effects of Unsupervised Home-based Exercise Upon Functional Capacity After 6 Months of Discharge From Cardiac Rehabilitation: A Retrospective Observational Study. *Journal of physical activity & health*, 13(11), 1230-1235. doi:10.1123/jpah.0058.
- Boyde Mary, Grenfell Kylee, Brown Rob, Bannear Sam, Lollback Naomi, Witt Jane, Jiggins Leanne, Aitken Leanne. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 28(3), 134-139. doi: 10.1016/j.aucc.05.003.
- Cajanding. Ruff Joseph. (2017). Effects of a Structured Discharge Planning Program on Perceived Functional Status, Cardiac Self-efficacy, Patient Satisfaction, and Unexpected Hospital Revisits Among Filipino Cardiac Patients: A Randomized Controlled Study. *The Journal of cardiovascular nursing*, 32(1), 67-77.
- Carroll. Diane L, Rankin. Sally H. (2006). Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, 5(1), 83-89.
- Condon. Carol, McCarthy Geraldine. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European journal of cardiovascular nursing*, 5(1), 37-44.
- Conn. V S, Taylor. S G, Wiman. P. (1991). Anxiety, depression, quality of life, and self-care among survivors of myocardial infarction. *Issues in mental health nursing*, 12(4), 321-231.
- Conn. V S, Taylor. S G, Casey. B. (1992). Cardiac rehabilitation program participation and outcomes after myocardial infarction.

- Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses, 17(2), 58-62.
- Crowley. Matthew J, Zullig. Leah L, Shah. Bimal R, Shaw. Ryan J, Lindquist. Jennifer H, Peterson. Eric D, Bosworth. Hayden B. (2015). Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. *Journal of general internal medicine*, 30(1), 83-90. doi: 10.1007/s11606-014-3072.
- Davidson. Patricia M, Daly John, Hancock Karen, Jackson Debra. (2004). Australian women and heart disease: trends, epidemiological perspectives and the need for a culturally competent research agenda. *Contemporary nurse*, 16(1-2), 62-73.
- Dawood Nazeera, Vaccarino Viola, Reid. Kimberly J, Spertus. John A, Hamid Nesruddin, Parashar Susmita. (2008). Predictors of smoking cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success. *Archives of internal medicine*, 168(18), 1961-1967. doi:10.1001/archinte.168.18.
- DeBusk. R F, Haskell. W L, Miller. N H, Berra. K, Taylor. C B, Berger. W E, Lew. H. (1985). Medically directed at-home rehabilitation soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction: a new model for patient care. *The American journal of cardiology*, 55(4); 251-257.
- Di Bartolomeo. Stefano, Marino Massimiliano, Guastaroba Paolo, Valent Francesca, De Palma. Rossana. (2015). Self-controlled case-series study to verify the effect of adherence to Beta-blockers in secondary prevention of myocardial infarction. *Journal of the American Heart Association*, 4(1), e001575.
- Dornelas. E A, Sampson. R A, Gray. J F, Waters. D, Thompson. P D. (2000). A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Preventive medicine*, 30(4), 261-268.
- 堂山清, 廣瀬邦彦, 小菅邦彦, 川上佳秀, 森川雅, 富岡宣良, 渡辺裕. (1991). 老年者心筋梗塞の特徴, 合併症, 急性期予後について. *心臓*, 23(2), 155-161.
- 遠藤晶子, 川久保清, 李廷秀, 細川亜希子, 濱本紘, 北原公一. (2001). 急性心筋梗塞のクリティカルパスへの薬の自己管理の導入(第1報). *心臓リハビリテーション*, 6(1) 94-97.
- Figueiras. Maria João, Maroco João, Monteiro Rita, Caeiro Raúl, Neto. David Dias. (2017). Randomized controlled trial of an intervention to change cardiac misconceptions in myocardial infarction patients. *Psychology, health & medicine*, 22(3), 255-265. doi:

10.1080/13548506.1153677.

- Fogel Joshua, Fauerbach. James A, Ziegelstein. Roy C, Bush. David E. (2004). Quality of life in physical health domains predicts adherence among myocardial infarction patients even after adjusting for depressive symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 56(1), 75-82.
- Follick. M J, Gorkin. L, Smith. T W, Capone. R J, Visco. J, Stablein. D. (1988). Quality of life post-myocardial infarction: effects of a transtelephonic coronary intervention system. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 7(2), 169-182.
- Fridlund. B. (2000). Self-rated health in women after their first myocardial infarction: a 12-month comparison between participation and nonparticipation in a cardiac rehabilitation programme. *Health care for women international*, 21(8), 727-738.
- 福田光希子, 森崎真美, 井上明江. (2006). 心筋梗塞患者のセルフケア能力を高める支援過程の分析. *日本冠疾患学会雑誌*, 12 (3) , 188-191.
- 藤田三恵. (2011). 心筋梗塞罹患後の身体活動量と自己管理行動の関連. *石川看護雑誌*, 8, 51-60.
- Gonzalez Manuel, Sjölin Ingela, Bäck Maria, Michelsen. Halldora Ögmundsdottir, Tanha Tina, Sandberg Camilla, Schiopu Alexandru, Leosdottir Margret. (2019). Effect of a lifestyle-focused electronic patient support application for improving risk factor management, self-rated health, and prognosis in post-myocardial infarction patients: study protocol for a multi-center randomized controlled trial. *Trials*, 24, 20(1), 76. doi: 10.1186/s13063-018-3118-1.
- 五島雄一郎. (2000). 生活習慣病の複合危険因子と生活管理. *Geriatric Medicin*, 38 (12) , 1909-1914.
- Greenwood. D C, Muir. K R, Packham. C J, Madeley. R J. (1995). Stress, social support, and stopping smoking after myocardial infarction in England. *Journal of epidemiology and community health*, 49(6), 583-587.
- 花田妙子. (1991). 心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動とタイプ A 総得点の関係. *日本看護研究学会雑誌*, 14 (2) , 15-26.
- 花田妙子. (1995). 心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究. *日本看護研究学会雑誌*, 18 (2) , 17-27.
- 花田妙子. (2010). リハビリテーション維持期にある心疾患患者の自己管理能力を支える指針－自己の看護実践の分析を通して－. *健康心理学研究*, 23 (2) , 22-33.

- 花田妙子. (2014). 支援形成と自己教育力が心筋梗塞患者の自己管理行動に及ぼす影響. パーソナリティ研究, 23 (1), 42-45.
- 原美弥子, 小林万里子, 飯田苗恵, 鈴木牧彦, 林陸郎. (2016). 急性心筋梗塞後の心臓リハビリテーション継続への退院支援および連携に関する実態調査. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 4, 67-76.
- 原田浩二, 森山美知子, 百田武司, 長束一行, 大森豊緑. (2011). 心筋梗塞患者の再発予防に向けた地域連携と患者教育の実態. 日本医療マネジメント学会雑誌, 12 (3), 156-160.
- Herring. Louisa Y, Dallosso Helen, Sudesna Chatterjee, Bodicoat Danielle, Sally Schreder, Khunti Kamlesh, Yates Tom, Seidu Sam, Hudson Ian, Davies. Melanie J. (2018). Physical Activity after Cardiac EventS (PACES) - a group education programme with subsequent text-message support designed to increase physical activity in individuals with diagnosed coronary heart disease: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 537. doi: 10.1186/s13063-018-2923.
- Hiltunen. Elizabeth F, Winder. Patricia A, Rait. Michelle A, Buselli. Elizabeth F, Carroll. Diane L, Rankin. Sally H. (2005). Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 30(6), 221-229.
- 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.
- 本庄恵子. (2008). 慢性疾患をもつ人のセルフケア能力を高める看護実践の検討—セルフケア能力を査定する質問紙の作成を通して. 日本慢性看護学会誌, 2 (1), 20-22.
- 稲垣美紀, 高見沢恵美子. (2016). 心筋梗塞患者のセルフケアの内容. 梅花女子大学看護保健学部紀要, 6, 1-9.
- 稲垣美紀, 高見沢恵美子, 戸田美和子. (2018). 冠動脈インターベンションを受けた患者の退院後の生活習慣改善の困難さ. *International Nursing Care Research*, 17 (2), 29-38.
- 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (2022). 一般社団法人日本動脈硬化学会. https://www.j-athero.org/jp/jas_gl2022/. (2023年11月27日確認)
- ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン 2013年改訂版 (2013). 一般社団法人日本心臓学会. (2023年12月28日確認)
http://j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_kimura_h.pdf.
- 急性冠症候群ガイドライン 2018年改訂版 (2019). 一般社団法人日本心臓学会. <https://www.j-circ.or.jp/cms/wp->

- content/uploads/2018/11/JCS2018_kimura.pdf. (2023年12月28日確認)
- 石井均. (2000), 行動変化の患者心理と医師の対応. 日本内科学会雑誌, 89 (11), 120-128.
- Ishihara Masaharu, Nakao Koichi, Ozaki Yukio, Kimura Kazuo, Ako Jyunya, Noguchi Teruo, Fujino Masashi, Yasuda Satoshi, Suwa Satoru, Fujimoto Kazuteru, Nakama Yasuharu, Morita Takashi, Shimizu Wataru, Saito Yoshihiko, Hirohata Atsushi, Morita Yasuhiro, Inoue Teruo, Okamura Atsunori, Uematsu Masaaki, Hirata Kazuhito, Tanabe Kengo, Shibata Yoshisato, Owa Mafumi, Tsujita Kenichi, Funayama Hiroshi, Kokubo Nobuaki, Kozuma Ken, Tobaru Tetsuya, Oshima Sigeru, Nakai Michikazu, Nishimura Kunihiro, Miyamoto Yoshihiro, Ogawa Hisao. (2017). Long-Term Outcomes of Non-ST-Elevation Myocardial Infarction Without Creatine Kinase Elevation-The J-MINUET Study-. Circulation Journal, 81, 958-965. doi: 10.1253/circj.CJ-17-0033.
- 板本孝治, 斎藤正樹, 青山誠, 鐙谷武雄, 大西浩文, 榊原守, 浅川直也, 三浦哲嗣, 寶金清博, 佐藤園子 (2015). 急性心筋梗塞・脳卒中あんしん連携ノートの合冊改訂. 北海道医報, 第1165号, 16-19.
- Izawa. Kazuhiro P, Watanabe Satoshi, Omiya Kazuto, Hirano Yasuyuki, Oka Koichiro, Osada Naohiko, Iijima Setsu. (2005). Effect of the self-monitoring approach on exercise maintenance during cardiac rehabilitation: a randomized, controlled trial. American journal of physical medicine & rehabilitation, 84(5), 313-321.
- Johnston Nina, Bodegard Johan, Jerström Susanna, Åkesson Johanna, Brorsson Hilja, Alfredsson Joakim, Albertsson. Per A, Karlsson. Jan Erik, Varenhorst Christoph. (2016). Effects of interactive patient smartphone support app on drug adherence and lifestyle changes in myocardial infarction patients: A randomized study. American heart journal, 178, 85-94. doi:10.1016/j.ahj.05.005.
- Jolly. K, Bradley. F, Sharp. S, Smith. H, Mant. D. (1998). Follow-up care in general practice of patients with myocardial infarction or angina pectoris: initial results of the SHIP trial. Southampton Heart Integrated Care Project. Family practice, 15(6), 548-555.
- 勝木達夫, 高橋友哉, 酒井有紀, 山口宏美. (2010). やわたメディカルセンターにおける急性心筋梗塞地域連携パスへの取り組み. 日本心臓リハビリテーション学会誌, 15 (1), 110-114.
- 桂英之. (2023). 血栓症を見逃さない 薬剤師のできること・患者さんへの伝え方. 薬局, 74 (8), 105-108.
- Keeling. A W, Dennison. P D. (1995). Nurse-initiated telephone follow-up after acute myocardial infarction: a pilot study. Heart & lung: the

journal of critical care, 24(1), 45-49.

平成 18 年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性

(2005). 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0727-11a.html>. (2018 年 10 月 25 日確認)

安心・信頼の医療の確保と予防の重視 (2006). 厚生労働省.

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/taikou03.html>. (2018 年 10 月 25 日確認)

人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 ガイダンス (2021 年 4 月 16 日). 厚生労働省.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/index.html>. (2023 年 12 月 28 日確認)

小菅雅美, 木村一雄. (2011). 急性心筋梗塞の急性期治療-再灌流傷害をめぐる諸問題 再灌流傷害を心電図から考える. ICU と CCU, 35 (6), 443-450.

郡山由美, 畑久勝, 松井清明, 肌勢光芳, 倉田博之, 中村隆志. (2010). 心筋梗塞後患者を対象とした, 土曜教室開催の効果. 心臓リハビリテーション, 15, 240-243.

近藤ふさえ, 山本晴美, 黒川佳子, 中尾恵美子, 佐野安由美, 富田エミ, 鳥屋優太, 渡邊大輔, 高橋智子. (2017). 急性心筋梗塞患者の回復期におけるセルフマネジメントー生活との折り合いと心臓リハビリテーションに対するニーズー. 順天堂大学保健看護学部 順天堂保健看護研究, 5, 67-79.

近藤隆久, 奥村尚樹, 横井由宇樹, 室原豊明. (2018). 男性心血管系発症予防は就業世代から. 総合健診, 45, 641-647.

Krack Gundula, Holle Rolf, Kirchberger Inge, Kuch Bernhard, Amann Ute, Seidl Hildegard. (2018). Determinants of adherence and effects on health-related quality of life after myocardial infarction: a prospective cohort study. BMC geriatrics, 18(1), 136.
doi: 10.1186/s12877-018-0827

工藤奈美, 前川歩, 八子多賀志, 北村道彦. (2012). 急性心筋梗塞症地域連携パスー検査科側からのアウトカムー. 日本クリニカルパス学会誌, 14 (3), 195-202.

工藤奈美. (2013). 急性心筋梗塞症地域連携パスの評価. 日本クリニカルパス学会誌, 15 (2), 109-111.

工藤奈美. (2015). 臨床検査値からみた急性心筋梗塞症地域連携パスの評価ー急性心筋梗塞症地域連携パスの有用性に関する検討ー. 岩手医学検査, 2 (1), 1-10.

桑木由美子, 籠持知恵子. (2012). 2 型糖尿病に罹患した女性就労者の食事自己管理行動とその影響要因の関連. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16 (2), 117-123.

Lacey. E Anne, Musgrave. R June, Freeman. Jenny V, Tod. Angela M, Scott

- Peter. (2004). Psychological morbidity after myocardial infarction in an area of deprivation in the UK: evaluation of a self-help package. *European journal of cardiovascular nursing*, 3(3), 219-224.
- Leemrijse. Chantal J, Van Dijk. Liset, Jørstad. Harald T, Peters. Ron J G, Veenhof Cindy. (2012). The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. *BMC cardiovascular disorders*, 26, 12, 47. doi: 10.1186/1471-2261-12-47.
- Lewin. B, Robertson. I H, Cay. E L, Irving. J B, Campbell. M. (1982). Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet (London, England)*, 25, 339(8800), 1036-1040.
- MacInnes. J D. (2005). The illness perceptions of women following acute myocardial infarction: implications for behaviour change and attendance at cardiac rehabilitation. *Women & health*, 42(4), 105-121.
- Mangiapane Sandra, Busse Reinhard. (2011). Prescription prevalence and continuing medication use for secondary prevention after myocardial infarction: the reality of care revealed by claims data analysis. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(50); 856-862. doi:10.3238/arztebl.0856.
- Mayou. Richard A, Thompson. David R, Clements. Alison, Davies. Crispin H, Goodwin. Sarah J, Normington Kathryn, Hicks Nicholas, Price Jonathan. (2002). Guideline-based early rehabilitation after myocardial infarction. A pragmatic randomised controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 89-95.
- Mercado. Michael G, Smith. Dustin K, McConnon. Michael L. (2013). Myocardial infarction: management of the subacute period. *American family physician*, 88(9), 581-588.
- 水本篤. (2011). 質問紙調査における相関係数の解釈について. 外国語教育メディア学会 (LET) 関西支部 メソドロジー研究部会 2011 年度報告論集, 63-73.
- 水嶋和彦, 龍口万里子. (2016). 二つの地方都市の比較検討からみた急性心筋梗塞発症の実像. *榛原総合病院学術雑誌*, 11 (1), 17-27.
- 宮澤総介. (2007). 冠動脈インターペンション地域連礎クリティカルパス一診療所における作成と使用経験一. *日本医療マネジメント学会雑誌*, 8 (3), 427-431.
- 森山美知子, 中野真寿美, 古井祐司, 中谷隆. (2008). 急性心筋梗塞患者の発作体験から得られた気づき. *日本看護科学会誌*, 28 (4), 17-26.
- Mok. Vincent K F, Sit. Janet W H, Tsang. Alice S M, Chair. Sek Ying,

- Cheng. Tak Lai, Chiang. Chung seung. (2013). A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. The Journal of cardiovascular nursing, 28(3), 256-266. doi: 10.1097/JCN.0b013e31824a37b7.
- Murphy. Barbara M, Worcester. Marian U C, Higgins. Rosemary O, Elliott. Peter C, Le Grande. Michael R, Mitchell Fiona, Navaratnam Hema, Turner Alyna, Grigg Leeanne, Tatoulis James, Goble. Alan J. (2013). Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the "Beating Heart Problems" self-management program: results of a randomized controlled trial. Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention, 33(4), 220-228. doi: 10.1097/HCR.0b013e31828c7812.
- 長山雅俊. (2011). 急性心不全の治療－心臓リハビリテーションと地域連携パス－. 心臓, 43 (3) , 436-439.
- 長山雅俊, 齋藤佳子, 新村郁子, 石井典子, 藁谷恵美子, 角口亜希子, 熊谷由美子, 鈴木紫水香, 田城孝雄, 住吉徹哉, 村上保夫. (2011). 府中市循環器疾患連絡協議会での新しい連携の取り組み, 東京都医師会雑誌, 64 (4) , 473-478.
- 中西道郎, 長山雅俊, 安達仁, 池田こずえ, 藤本和輝, 田城孝雄, 百村伸一, 後藤葉一. (2011). 我が国における急性心筋梗塞後心臓リハビリテーション実施率の動向: 全国実態調査. 心臓リハビリテーション, 16 (2) , 188-192.
- Niakan Maryam, Paryad Ezzat, Leili. Ehsan Kazemnezhad, Sheikholeslami Farzane. (2015). Depressive symptoms effect on self care behavior during the first month after myocardial infarction. Global journal of health science, 7(4), 382-391. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p382.
- 小笠原知枝, 松木光子. (2012). これからの看護研究－基礎と応用－第3版. 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 大賀知津子, 吾妻知美. (2022). 看護師のキャリア・プラト－測定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 42, 595-605.
- 大林実菜, 百瀬由美子. (2016). 高齢慢性心不全患者のセルフケア評価尺度の開発. 老年看護学, 21 (1), 10-18.
- 大堀昇, 湯沢八江. (2009). 経皮的冠動脈インターベンション後の患者の回復期における冠危険因子是正行動に影響する要因の検討. 日本看護研究学会雑誌, 32 (4) , 89-99.
- 大野愛, 杉浦千恵, 三浦崇則, 勝見章男, 太田満, 斎竹達郎, 水谷勝. (2001). 急性心筋梗塞のクリティカルパスへの薬の自己管理の導入(第1報). 日本病院薬剤師会雑誌, 37 (1) , 49-53.

- ドロセア E. オレム. (2020). オレム看護論—看護実践における基本概念 第4版. 小野寺杜紀 (訳). 東京: 医学書院.
- Orem. Dorothea Elizabeth. (2001). Nursing Concepts of Practice. セントルイス: モスビー.
- 小塩真司. (2016). 心理尺度構成における再検査信頼性係数の評価—「心理学研究」に掲載された文献のメタ分析から— . Japanese Psychological Review, 59 (1) , 68-83.
- 小塩真司. (2020). 研究事例で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析 第3版. 東京: 東京図書.
- 小塩真司. (2022). はじめての共分散構造分析—Amos によるパス解説第2版. 東京: 東京図書.
- 小田桐綾乃, 管野貴仁, 山下美紀, 宮田恵美. (2016). 冠動脈インターベンションを受けた患者の退院後の生活習慣改善の困難さ. ICU と CCU, 40, 149-152.
- Polsook Rapin, Aunguroch Yupin, Thongvichean Thida. (2016). The effect of self-efficacy enhancement program on medication adherence among post-acute myocardial infarction. Applied nursing research: ANR, 32, 67-72. doi:10.1016/j.apnr.05.002.
- Quist Paulsen. Petter, Bakke. Per S, Gallefoss Frode. (2005). Predictors of smoking cessation in patients admitted for acute coronary heart disease. European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology, 12(5), 472-427.
- Ranaldi Hannah, Deighan Carolyn, Taylor Louise. (2018). Exploring patient-reported outcomes of home-based cardiac rehabilitation in relation to Scottish, UK and European guidelines: an audit using qualitative methods. BMJ open, 8(12), e024499. doi: 10.1136/bmjopen-024499.
- Redfern Julie, Ellis Elizabeth, Briffa Tom, Freedman. S B. (2006). Modular prevention of heart disease following acute coronary syndrome (ACS) [ISRCTN42984084]. BMC cardiovascular disorders, 09,6,26.
- Rose. S K, Conn. V S, Rodeman. B J. (1994). Anxiety and self-care following myocardial infarction. Issues in mental health nursing, 15(4), 433-444.
- Ross. Emily S, Sakakibara. Brodie M, Mackay. Martha H, Whitehurst. David Gt, Singer Joel, Toma Mustafa, Corbett. Kitty K, Van Spall. Harriette G C, Rutherford Kimberly, Gheorghiu Bobby, Code Jillianne, Lear. Scott A. (2017). The Use of Text Messaging to Improve the

- Hospital-to-Community Transition in Acute Coronary Syndrome Patients (Txt2Prevent): Intervention Development and Pilot Randomized Controlled Trial Protocol. *JMIR research protocols*, 6(5), e91. doi:10.2196/resprot.6968.
- Roviaro. S, Holmes. D S, Holmsten. R D. (1984). Influence of a cardiac rehabilitation program on the cardiovascular, psychological, and social functioning of cardiac patients. *Journal of behavioral medicine*, 7(1), 61-81.
- 坂田綾子, 丸山とわ, 田中久美子, 鹿内純子, 新谷明子. (2001). 急性心筋梗塞入院患者における服薬指導後の薬の自己管理の評価. *十和田市立中央病院研究誌*, 15 (1) , 70-76.
- 柴崎可奈, 吉田俊子. (2009). セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有用性の検討. *心臓リハビリテーション*, 14 (1) , 135-138.
- Streiner David L, Norman. Geoffrey R, Cairney John. (2016). 医学的測定尺度の理論と応用 妥当性、信頼性からの G 理論、項目反応理論まで. 木原雅子, 加治正行, 木原正博 (訳). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 杉浦千恵, 三浦崇則, 大野愛, 勝見章男, 斎竹達郎, 水谷勝, 竹本憲二, 清水誠司, 鷹津 文麿. (2001). 心筋梗塞・冠動脈バイパス術患者の生活習慣について 退院後の自己管理に関連する要因の検討. *日本病院薬剤師会雑誌*, 37 (9) , 1167-1170.
- Suzuki Shoji, Takaki Hiroshi, Yasumura Yoshio, Sakuragi Satoru, Takagi Shuichi, Tsutsumi Yoshiaki, Aihara Naohiko, Sakamaki Fumio, Goto Yoichi. (2005). Assessment of quality of life with 5 different scales in patients participating in comprehensive cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society*, 69(12), 1527-1534.
- Sverre Elise, Peersen Kari, Husebye Einar, Gjertsen Erik, Gullestad Lars, Moum Torbjørn, Otterstad. Jan Erik, Dammen Toril, Munkhaugen John. (2017). Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC cardiovascular disorders*, 17(1), 40.
- 田端智鶴, 鴻戸小百合, 田端佳鶴子. (2007). アルゴリズムを用いた患者教育 - 経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行した患者に使用して -. *日本看護学会論文集: 成人看護 II*, 37, 356-358.
- 平カヤノ, 渡邊達也, 上北洋徳, 藤野彰久. (2016). 心筋梗塞地域連携パス登録患者の心疾患イベント発生率について. *米沢市立病院医学雑誌*, 35 (1) , 13-16.
- 高橋健, 杉山恵一, 白鳥義宗, 小林成禎, 高井國之, 野田俊之, 広瀬洋, 川口

- 雅裕, 富田栄一. (2007). 連携ネットワーク構築を先行し, 地域内での統一を目指した「岐阜地域医師会連携パス」作成と運用の試み. 日本医療マネジメント学会雑誌, 8 (3), 443-447.
- 高橋奈智, 青木美和, 青山恵, 中倉慶子, 宮本恵里, 大川宣容. (2008). イベント時に退院指導を行った急性心筋梗塞患者への効果的な指導時期 退院後の追跡調査を行って. 高知女子大学看護学会誌, 33 (1), 107-114.
- 高橋奈智, 藤田佐和, 宮武陽子. (2010). 行動変容を促すための看護援助—患者の生活背景を考えた指導とは—. 高知女子大学看護学会誌, 35 (2), 10-20.
- 竹内宏, 斎藤重幸, 高木覚, 大西浩文, 大畑純一, 磯部健, 藤原禎, 島本和明. (2002). 10年間における急性心筋梗塞発症率の変化 北海道地方都市における循環器疾患登録研究. 日本循環器病予防学会誌, 37 (3), 181-185.
- 辰巳友佳子, 志摩梓, 川村敦子, 森野亜弓, 河津雄一郎, 大久保孝義. (2021). 家庭血圧測定実施状況と関連する生活習慣行動および基本的特性の探索的検討: 職域横断研究. 業衛生学雑誌, 63 (2), 43-52.
- Thoresen. C E, Friedman. M, Gill. J K, Ulmer. D K. (1982). The recurrent coronary prevention project. Some preliminary findings. Acta medica Scandinavica. Supplementum, 660, 172-192.
- 豊田秀樹. (2023). 共分散構造分析 構造方程式モデリング疑問編. 東京: 浅倉書店.
- 對馬奈月, 浅井都, 平井きく美, 眞崎智久, 福士理絵, 渡部明代. (2016). 心筋梗塞患者の生きる姿勢が自己教育力と自己管理行動に及ぼす影響. 市立釧路総合病院医学雑誌, 28 (1), 77-81.
- Tzou TWendy, Vitcenda Mark, McBride Patrick. (2004). Smoking status after cardiac events and participation in outpatient cardiac rehabilitation. Journal of cardiopulmonary rehabilitation, 24(2), 94-99.
- 内田香里, 青木きよ子. (2022). 壮年期にある軽症そう卒中患者のセルフマネジメント自己評価尺度の信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 42, 271-280.
- Uysal Hilal, Özcan Şeyda. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. International journal of nursing practice, 18(5), 445-453. doi: 10.1111/j.1440-172X.02058.
- Varnfield Marlien, Karunanithi Mohanraj, Lee. Chi Keung, Honeyman Enone, Arnold Desre, Ding Hang, Smith Catherine, Walters. Darren L. (2014). Smartphone-based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomised controlled trial. Heart (British Cardiac Society),

100(22), 1770-1779. doi: 10.1136/heartjnl-305783.

- Wallert John, Gustafson Emelie, Held Claes, Madison Guy, Norlund Fredrika, Von Essen. Louise, Olsson. Erik Martin Gustaf. (2018). Predicting Adherence to Internet-Delivered Psychotherapy for Symptoms of Depression and Anxiety After Myocardial Infarction: Machine Learning Insights From the U-CARE Heart Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(10), e10754. doi: 10.2196/10754.
- Whitehead. D L, Perkins Porras. L, Strike. P C, Steptoe. A. (2006). Post-traumatic stress disorder in patients with cardiac disease: predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. *Heart (British Cardiac Society)*, 92(9), 1225-1229.
- Wiggins. Barbara S, Rodgers. Jo E, DiDomenico. Robert J, Cook. Abigail. M, Page. Robert L. (2013). Discharge counseling for patients with heart failure or myocardial infarction: a best practices model developed by members of the American College of Clinical Pharmacy's Cardiology Practice and Research Network based on the Hospital to Home (H2H) Initiative. *Pharmacotherapy*, 33(5), 558-580. doi:10.1002/phar.1231.
- Witteman. Holly O, Presseau Justin, Angl. Emily Nicholas, Jokhio Iffat, Schwalm. J D, Grimshaw. Jeremy M, Bosiak Beth, Natarajan. Madhu K, Ivers. Noah M. (2017). Negotiating Tensions Between Theory and Design in the Development of Mailings for People Recovering From Acute Coronary Syndrome. *JMIR human factors*, 4(1), e6.
- Zullig. Leah L, Shaw. Ryan J, Shah. Bimal R, Peterson. Eric D, Lindquist. Jennifer H, Crowley. Matthew J, Grambow. Steven C, Bosworth. Hayden B. (2015). Patient-provider communication, self-reported medication adherence, and race in a postmyocardial infarction population. *Patient preference and adherence*, 9, 311-318. doi: 10.2147/PPA.S75393.

表1 研究 1-1) AMI発症後のRCAP活用による再発予防に関する文献

著者	表題	掲載誌	投稿種	研究目的	研究デザイン	研究対象		
		(発行年)			(研究方法)	地域	対象者	対象疾患
1 宮澤総介	冠動脈インターベンション地域連携クリティカルパス一診療所における作成と使用経験一	日本医療マネジメント学会雑誌 (2007)	原著	基幹病院と地域の診療所におけるRCAPの使用経験の検討	記述的研究 (実態調査)	静岡県	患者 60人	PCIを実施したAMI, その他のACS
2 高橋 健 他	連携ネットワーク構築を先行し、地域内での統一を目指した「岐阜地域医師会連携パス」作成と運用の試み	日本医療マネジメント学会雑誌 (2007)	原著	岐阜医療連携実務者協議会によるRCAPの作成と運用	記述的研究 (実践報告)	岐阜県	岐阜県医療機関 14施設	心筋梗塞、ウイルス性肝炎、脳卒中、大腿骨頭部骨折
3 原 美弥子 他	急性心筋梗塞後の心臓リハビリテーション継続への退院支援および連携に関する実態調査	群馬県立県民健康科学大学紀要 (2009)	原著	AMI患者の入院期から回復期CR継続への支援、および地域連携の現状の検討	記述的研究 (実態調査)	日本全国	循環器専門医研修施設 903施設	AMI
4 藤野 晋 他	経皮的冠動脈形成術後の地域連携クリティカルパスの試み	全国自治体病院協議会雑誌 (2009)	原著	PCI治療後のACS患者へのRCAP運用実績と効果、今後の問題点の検討	記述的研究 (実態調査)	福井県	紹介先医療機関 74施設	PCI治療後のACS患者
5 勝木 達夫 他	やわたメディカルセンターにおける急性心筋梗塞地域連携パスへの取組み	日本心臓リハビリテーション学会誌 (2010)	原著	AMIRCAPの取組の明確化 連携パスへのかかりつけ医のニーズ把握	記述的研究 (実態調査)	石川県	かかりつけ医 36施設	AMI
6 長山 雅俊 他	府中市循環器疾患連絡協議会での新しい連携の取り組み	東京都医師会雑誌 (2010)	原著	アウトカム分析によるRCAPの課題検討	記述的研究 (実態調査)	東京都	連携パス群; 31人 非連携パス群; 30人	AMI
7 中西 道郎 他	我が国における急性心筋梗塞後心臓リハビリテーション実施率の動向: 全国実態調査	心臓リハビリテーション (2011)	原著	全国におけるAMI後CR実施率の推移の検討	記述的研究 (実態調査)	日本全国	2004年CR全国調査、2009年RCAP全国調査計; 597施設	AMI
8 原田 浩二 他	心筋梗塞患者の再発予防に向けた地域連携と患者教育の実態	日本医療マネジメント学会雑誌 (2011)	原著	心筋梗塞の再発予防に関する患者教育の実態把握 地域連携および患者教育の具体的な対策	記述的研究 (実態調査)	広島県 大阪府	広島県、大阪府の病院・診療所 計; 552施設	AMI
9 工藤 奈美 他	急性心筋梗塞症地域連携パス-検査科側からのアウトカム-	日本クリニカルパス学会誌 (2012)	原著	AMI RCAPの退院後管理への有用性の評価	記述的研究 (実態調査)	岩手県	患者 12人	AMI
10 工藤 奈美	急性心筋梗塞症地域連携パスの評価	日本クリニカルパス学会誌 (2013)	原著	AMI RCAPの退院後管理への有用性の評価	記述的研究 (実態調査)	岩手県	患者 47人	AMI
11 工藤 奈美	臨床検査値からみた急性心筋梗塞症地域連携パスの評価 急性心筋梗塞症地域連携パスの有効性に関する検討	岩手医学検査 (2015)	原著	AMI RCAPの退院後管理への有用性の評価	記述的研究 (実態調査)	岩手県	患者 57人	AMI
12 平 カヤノ 他	心筋梗塞地域連携パス登録患者の心疾患イベント発生率について	米沢市立病院医学雑誌 (2016)	原著	AMI RCAP登録患者の心疾患イベント発生率の検討	記述的研究 (実態調査)	山形県	対象患者 96人	AMI
13 Arakawa Tetsuo 他	日本における急性心筋梗塞患者に関する退院後の地域連携クリティカルパスと心臓リハビリテーション全国調査	Circulation Journal (2016)	原著	AMI RCAPに関する、全国調査による検討	記述的研究 (実態調査)	日本全国	2009年全国実態調査施設、CR実施施設 計; 1240施設	AMI

AMI; acute myocardial infarction 急性心筋梗塞
 PCI; Percutaneous coronary intervention 経皮的冠動脈形成術
 CR; cardiac rehabilitation 心大血管リハビリテーション
 ACS; Acute coronary syndrome 急性冠症候群
 RCAP; Regional clinical alliance path 地域連携クリティカルパス
 OPCR; Outpatient cardiac rehabilitation 外来患者心臓リハビリテーション

表 2 研究 1-1) AMI発症後患者の再発予防に向けて推奨されているセルフケア行動 (N=13)

AMI発症後患者の再発予防に向けて推奨されているセルフケア行動のカテゴリ・サブカテゴリ一覧				
カテゴリ	サブカテゴリ	コードが出現した 表1の文献No. (1文献から複数コードが 出現した場合は文献No.に*を 付しコード数を()内に表示)	コード数	カテゴリのコード数 (総コードに占める割合)
冠危険因子の 管理	① 血圧管理	4*(2), 5, 8, 9, 11, 13	7	
	② 禁煙	1, 5, 7, 9, 11*(2), 13	7	
	③ 栄養管理	4, 6, 7, 8, 9, 10, 11	7	
	④ 糖尿病管理	1, 5, 8, 12, 13	5	
	⑤ 脂質管理	5, 8, 12, 13	4	
	⑥ 体重の適正管理	11*(2), 13	3	
	⑦ アルコール管理	11	1	34 (41.0%)
適切な受診行動	① 定期受診	1, 2, 3, 4, 5, 9, 11, 12	8	
	② 心臓カテーテル検査・心筋 シンチグラム検査	4*(2), 5, 6, 9, 11, 12	7	
	③ かかりつけ医等への相談	4, 6, 9	3	
	④ 緊急受診の判断と行動	4, 6	2	20 (24.1%)
内服のコンプ ライアンス・ アドヒア ランス	① 服薬管理	1, 4, 8, 10, 11, 12, 13	7	
	② 副作用に関するセルフ アセスメント	4, 6, 9, 11	4	11 (13.3%)
急性心筋梗塞 地域連携 クリティカル パスの活用	① 急性心筋梗塞地域連携 クリティカルパスの活用	4, 9, 11, 12	4	
	② 医療機関との管理目標の共有	1, 5	2	
	③ 生活日誌や管理ノートの記録	3, 6	2	8 (9.6%)
運動療法の遵守	① 運動療法の実施	3, 4, 5*(2), 6, 7, 8, 13	8	8 (9.6%)
良好な 睡眠の確保	① 睡眠	5*(2)	2	2 (2.4%)
計	18		83	

表3 研究1-2) 対象者の基本属性

対象者	性別	年齢	職業	他疾患の既往	同居者	所要時間
A	女性	70歳代前半	あり	あり	なし	28分
B	男性	50歳代後半	あり	あり	あり(妻・子)	16分
C	男性	70歳代前半	なし	あり	あり(妻・子)	18分
D	男性	60歳代前半	あり	あり	あり(妻・子・孫)	22分
E	男性	60歳代後半	あり	あり	あり(妻)	33分
F	男性	50歳代後半	あり	なし	あり(妻)	24分
G	男性	50歳代後半	あり	あり	あり(妻・子)	29分

表4 研究1-2) AMI発症後患者の再発予防に向けて行っているセルフケア行動一覧 (N=7)

カテゴリ	サブカテゴリ	対象者 ID (1名から複数コードが出現した場合は文献No. に*を付しコード数を()内に表示)	コード	コード数
1 血圧管理	1-1) 血圧を定期的に測る	G*(2)	毎日血圧を測る	9
		D*(2)	週1回程度血圧を測る	
		F	時々血圧を測る	
		G	体調が悪い時に測れるように、手首型の血圧計を持ち歩いている	
	1-2) 血圧の値を手帳等に記録する	E	血圧手帳に血圧値を記録する	
		G	血圧をノートに記録して主治医に見せる	
	1-3) 血圧の値や変化を医療者らに説明できる	D*(2)	血圧は、服薬により安定している	
		E*(2)	血圧の変化を血圧手帳で確認する	
		E	血圧は高い時で140くらいである	
	2 禁煙	2-1) タバコを吸わない	B		タバコはこの半年1本も吸っていない	4
F			1週間前からタバコをやめた	
2-3) タバコの本数を減らす		E*(2)	タバコは入院する前の30本から今は15本に減っている	
		G	ニコチン量の少ないタバコに変えた	
3 食事管理	3-1) 食事の摂り方に注意する			
	3-1) -a 栄養のバランスを考えて食べる	A*(2)	痩せるために病院食を参考にしてバランスを考えて食べる	
		A	家でおかずを2品食べる	
		B	食材を選んで食べる	
		F*(2)	バランスに気を付けながら食事する	
		F	魚を食べる	
		A	食事は野菜を先に食べてから主菜を食べる	
	3-1) -b 野菜を中心に食べる	A*(2)	野菜を中心に食べる	
		F	意識して野菜中心の食事を心がける	
	3-1) -c 間食は低カロリーの物を食べる	A	間食はトマトやヨーグルトにする	
	3-1) -d 間食は食べない	B	間食は好きではないので食べていない	
	3-1) -e よく噛んで食べる	A	食べるときはよく咀嚼する	
	3-1) -f 夕食は夜8時までに食べる	G	夕食は夜8時前に食べる	
3-1) -g 夕食の後は、朝まで何も食べない	G	夕食を食べたあと朝まで何も食べない		
3-2) 米飯量を減らす	A	糖質が増えないように、米飯の量を測る		
	A*(2)	主食に雑穀米を取り入れる		
	B*(3)	食事は腹7分目、8分目にする		

		E 以前に比べると食べる量を少なくしている	
		G*(2) 米飯を減らすと食べたくないので、昼食だけは米飯にしている	
		G 昼食以外はグラノーラにして、米飯量を減らしている	
		G 晩ご飯は米飯を抜き、豆腐、サラダにしている	20
4 脂質管理	4-1) 脂肪分を多く摂らない	B*(2) 脂肪分の多い献立を避ける	
		E*(2) 糖尿病の悪化を防ぐために脂肪をとりすぎない	
		F 脂肪分のとり過ぎには少し気をつける	
		G 脂肪分の摂りすぎに気をつける	4
5 塩分管理	5-1) 塩分を多く摂らない	A*(3) 甘み、醤油を薄くして調理する	
		A 薄味で美味しい病院食を参考にして調理する	
		A サラダのドレッシングの量を控える	
		B カップラーメンを食べない	
		B 職場でよく出るウィンナーは塩分を考え食べない	
		F*(3) 麺類の汁を残す	
		G 入院中、栄養士からラーメンを食べても構わないけどスープは半分以上残すようにと指導を受けた	
		G カップヌードル系を食べない	8
6 体重の適正管理	6-1) 体重を定期的に測る	E 体重は入浴後に測り、増減を確認している	
		F 体重を測っている	
		G 毎日体重を測る	
	6-2) 体重を手帳などに記録する	C*(2) 体重は入浴後に記録する	
	6-3) 適正体重を維持する	A 主治医の指示があり痩せる努力をしている	
		C 体重を維持する	
		G 主治医から、体重を減らしなさいと言われて努力している	
		G 減量方法を身につける	8
7 アルコール管理	7-1) 酒を飲まない	B アルコールは飲まない	
		C 酒はやめた	
		D 禁酒を続ける	
	7-2) 酒の量を減らす	E 酒は、毎日350mlの缶ビール、ウイスキーロック1杯飲んでいる	
		F*(2) 酒の量や頻度を気にしている	
		G 酒は少しの量に抑えている	6

8	定期受診	8-1) 指示通り定期的に受診する	A 2か月に1回、定期受診する C 病院は定期的に行っている D 定期受診は欠かさず受診する E*(2) 心筋梗塞について2ヶ月に1回の定期受診で血液検査を受けている E*(2) 定期的に受診する	5
9	心臓カテーテル検査など	9-1) 治療後の評価心臓カテーテル検査などを受ける 9-2) 治療後の評価心臓カテーテル検査結果について異常の有無や経過を説明できる	D 治療後の評価心臓カテーテル検査を受ける G 治療後の評価心臓カテーテル検査は、3回受けている D*(3) 治療後の評価心臓カテーテル検査結果に安心して、生活に気をつけることが望ましいと思う E 治療後の評価心臓カテーテル検査の結果は特に異常はなかった E 治療後の心筋シンチグラム検査の結果は特に異常はなかった G スtent治療は2回行った G 3回目の治療後の評価心臓カテーテル検査の結果、梗塞部位の悪化がなく、経過観察すると説明を受けた	7
10	主治医への相談	10-1) 受診時、主治医に自覚症状や気になることを相談する	A 少し胸が痛くなったので、受診時、主治医に報告した A 定期受診で主治医に話を聞いてもらう A*(2) 主治医に薬の副作用が出た時の対応について聞き、具体的な判断基準を教えてください C 病院に行ったときに困ったことを先生に相談する E*(2) 定期受診時、自覚症状があるときは主治医に報告する E 主治医に通勤距離の長さや仕事について報告する	6
11	緊急受診の判断と行動	11-1) 心筋梗塞の前駆症状が現れた時は緊急受診する	A 主治医から、前駆症状が日に2、3回、週に2、3回ある時は次の検査日を待たずに受診するように言われている B 前駆症状が出たら病院に行く C 自分で脳梗塞と心筋梗塞にかかっているから何かあったら病院に行く E 特に症状は示されていないが具合が悪い時は病院を受診するように言われている E アップルウォッチは、転倒すると、緊急連絡先に登録した電話に知らせがいく F 何か再発の症状があったら、病院に連絡するよう言われている G 脳梗塞で受診していた病院に何かあれば受診するよう、紹介状を渡している G*(2) 具合悪くなったら緊急でいつでも受診するよう言われている	8
12	服薬管理	12-1) 治療薬を指示通りに飲む	A*(3) 重要な朝の薬は命取りになったら困ると思い忘れずに飲む C*(2) 心臓の薬を間違いなく処方通りに飲んでいる D 内服薬は飲み忘れないようにしている F 薬は朝1回飲んでいる F*(3) 薬は決められた通り飲んでいる	

		G	朝一化にした薬を決められたとおりに飲む	
	12-2) 治療薬の飲み忘れを防ぐために工夫する	A	重要な薬は朝1回に飲むよう処方してもらう	
		D	昼の薬は処方しないように医師に依頼する	
		E	薬の飲み忘れを防ぐために目立つ色のファイルに朝昼晩に分ける	
		E	薬を飲み忘れたら次の時間に飲んでいる	
		F*(2)	薬箱を必ず自分が目につくところに置く	
		F*(2)	バックに薬を入れて持ち歩く	
	12-3) 治療薬を飲み忘れた時の対処法を説明できる	E	薬を飲み忘れたら次の時間に飲んでいる	
		G	薬を飲む時間が遅れても、少しずつ効果が出るので、気にしすぎないようにしている	
	12-4) 治療薬の副作用を説明できる	C	内服薬の副作用を説明できる	
		D	血液をかたまりにくくする薬を飲んでいる	
		E	病院関係の書類を一つのファイルにまとめて薬の情報がすぐ出せるようにしている	
		E	バイアスピリンを飲んでいるので血が止まりにくいと歯医者から言われている	
		F	薬の副作用により血が止まりにくいと言われている	
		G*(2)	内服薬の副作用で血が止まりにくいと言われている	20
13	運動			
	13-1) こまめに体を動かす	B	運動を強く意識する	
		F*(4)	自分の好きなことと、色々なことで体を動かす	
		G	入院中、栄養士から運動するようにと指導を受けた	
	13-2) ウォーキングなどの有酸素運動を行う	G	折りたたみ自転車に乗り運動する	
		G*(2)	家の中でエアロバイクを漕ぐ	
		B	自分から進んで歩くようにしている	
		D*(2)	意識して歩くようにしている	
		E*(2)	通勤のため1日1万歩以上歩いている	8
14	生活の管理			
	14-1) 規則的に生活する	A	薬を飲むだけでは毎日の生活に不安を感じていたが、少しずつ再発を防ぐための生活の仕方がつかめてきた	
		A	「人生90年」そこまで生きられるかわからないが、もう少し生きたいので心筋梗塞の再発を防ぐように生活する	
		A	生活習慣病になったときに十分気をつけられなかったので、これからは心筋梗塞の再発を防ぐように生活する	
		B	自分の生活を変えていこうという意識をもつ	
		E*(2)	夜は早めに寝る	
		F	朝は早く起きる	
		G	折り合いをつけながら、少しずつ生活を見直す	7

15 身体活動の管理	15-1) 重いものを持たない	A 食材の買い物の時は、重たいものを持たないので他の人に頼む	
		A 長く歩けないので、食材は近所のスーパーで買っている	
		B*(2) 重いものを持つことを避ける	
	15-2) 過度な運動をしない	D 病気になってから、過度に運動しない	
		D*(2) 主治医から自転車に乗る時は心拍数を110以上に上げないように指導されており守っている	
		D*(2) 心拍数を測定できる腕時計を見ながら自転車に乗る	
		E 長距離は車で送ってもらい体への負担を減らす	7
16 身体症状の変化・体調の変化	16-1) 注意しなければならない再発の兆候を挙げることができる	A 心臓病で亡くなった母親の体質遺伝で自分は心筋梗塞になったと考える	
		A 少し気にかかる胸の痛みは時々ある	
		A 胸が痛くなり冷や汗をかいた時、心筋梗塞の症状だと考えた	
		E 通勤の疲れが溜まったことで心筋梗塞に関係したと考える	
		E 心筋梗塞の時、背中痛み、冷や汗、吐くという3つの症状があった	
		E*(2) 背中痛みがあっても心筋梗塞の症状とは違うこともあり得る	
		E 退院後、胸が苦しいという自覚症状はない	
		G*(2) 心筋梗塞になった時は誰か覆いかぶさったように肩と背中が張っていた	
		G 心筋梗塞になった日の血圧は、150～160だった	
			16-2) 心筋梗塞後の体調の変化を確かめながら生活する	A 心筋梗塞後1年くらいは、疲れやすく普段の行動が辛く感じた
		D 自転車ペースを上げても心拍数は125くらいまでしか上がらない心肺の状態だと知る	
		D 若いと思っても自分の体は年齢相応だと自覚する	
		D*(3) 心筋梗塞になってから疲れやすくなり、疲れが残る	
		E 退院後、慢性的な疲れを感じる	
		E*(3) 通勤途中の息苦しさは大丈夫だというパラメータを2年間の通勤によりつかめた	
		E 体調の異常がないか確かめながら生活している	16
17 主治医の指導内容の遵守	17-1) 主治医から指導された再発を防ぐための注意点を守る	A 主治医から心筋梗塞の原因は血圧や糖尿病などの生活習慣病が関係すると説明された	
		A*(2) 主治医から動脈硬化が進んでいるため再発の可能性があると言われカテーテル検査を受けた	
		B*(2) 主治医の指導に従って生活する	
		D*(2) 今後体調が悪化すると脳梗塞の危険があると主治医から忠告されている	
		G*(2) 主治医が書いた病状の図を参考にして、梗塞部位と治療方法を述べるができる	
		G 主治医から、薬の効果は急に出るものではないので、飲み忘れてドキドキするほうがよくないと言われている	
		G 主治医から体重や検査結果をグラフで示され、説明を受けている	

		G	主治医から極端な制限は続かないと言われている		
		G	脳梗塞になった時、生命にかかわることがあると言われた	9	
18	ストレス管理	18-1) 自己管理に伴うストレスをためない方法をもつ	C	週に1回、歌いに出かける	
		D*(2)	同居の孫と楽しく過ごす		
		F	上手く夫婦でお互いのストレスを緩和している		
		F*(4)	風呂に入ることによって日々のストレスを切り替える		
		G	週に一度だけ同僚と同じ弁当を食べる	5	
19	支援者・協力者	19-1) 病気についての心配事は、身近な医療職者に助言を求める	A	主治医から説明を受けていない内服薬に関連する禁忌食品の情報は、医療専門知識をもつ知人に確かめる	
		F*(5)	病気について心細いと感じる時は自分の職場の人（医療者）に聞いている		
		G	職場健診時、保健師から日常生活の仕方について助言を受ける		
		D	同僚に自分の病気を説明し、体に負担のかかる仕事はしないように助けてもらう		
		F	自分が心筋梗塞後であることを同僚に説明し、協力を得る		
		G*(2)	職場で命じられている就業制限を守る		
		G*(2)	職場でのけがに備えて、血液型を身につけ、同僚に血が止まりにくい薬を飲んでいることを伝えている		
		19-2) 職場の同僚に自分の病気を説明し支援を求める			
		E	心筋梗塞になってから、妻から厳しく生活に気をつけるよう言われ続けている		
		F*(2)	話して、誰かが聞いてくれることで助けられている	9	
20	糖尿病管理	20-1) 糖尿病の治療を継続する	A	以前から糖尿病の薬を飲んでいる	
		E	20年間、糖尿病の薬を飲み続けている		
		20-2) 糖質を多く摂らない	A	糖尿病になった娘から、インターネットで検索した食事の摂り方の情報を得る	
		E*(2)	糖尿病が悪化しないように糖質制限をしている		
		G	次回の血液検査までに、糖尿病の改善に向けて食事に気をつける		
		20-2) - a	人工甘味料を使う	A	人工甘味料を使う
		20-2) - b	菓子を買わない	A	菓子を買わない
		20-2) - c	清涼飲料水は飲まない	G*(2)	栄養士からの指導により清涼飲料水は飲まない
		A	水とお茶を飲む		
		20-3) HbA1c値についてその変動を説明できる	A	心筋梗塞になってから、HbA1cの値を深刻に考えるようになった	
		A*(2)	HbA1cが上がったので食事の摂り方に気をつけた		
		E*(2)	主治医からHbA1c値は7.0に下がり、以前よりは良くなった		
		G*(2)	食事に気をつけることで HbA1c値に成果がでている		
		G	減量して体重を落とすことで、HbA1cが改善すると考えている	14	

21 あんしん連携 ノートなどの活用	21-1) あんしん連携ノートを読む	F*(2) あんしん連携ノートは定期受診のときに見る	
	21-2) あんしん連携ノートに血圧、 体重を記録する	F あんしん連携ノートに血圧、体重を記録する	
	21-3) あんしん連携ノートに記載した 血圧、体重の記録を医師・看護師に 見せる	F あんしん連携ノートを医師や看護師に見せている	
	21-4) 再発を防ぐための生活指導パ ンフレット類を、身につくまで読む	G*(2) 病院から生活で気をつけることなどを書いた書類はある程度 身についたので今は見えていない	4

表5 研究1 研究1-1) と研究1-2) の統合

研究1-2) で抽出した カテゴリ	研究1-1) で抽出した カテゴリ・サブカテゴリ
血圧管理	○
禁煙	○
食事管理	
脂質管理	○
塩分管理	○
体重の適正管理	○
アルコール管理	○
定期受診	○
心臓カテーテル検査など	○
主治医への相談	○
緊急受診の判断と行動	○
服薬管理	○
運動	○
生活の管理	
身体活動の管理	
身体症状の変化・体調の変化	○
主治医の指導内容の遵守	
ストレス管理	
支援者・協力者	
糖尿病管理	○
あんしん連携ノートなどの活用	○

※○印は、研究1-1) と研究1-2) のカテゴリが合致した項目を示した。

表6 研究2 対象者の基本属性

		N=113	
項目		人数 (人)	割合 (%)
性別	男性	89	78.8%
	女性	24	21.2%
年齢 (歳)	40～44	1	0.9%
	45～49	4	3.5%
	50～54	6	5.3%
	55～59	10	8.8%
	60～64	18	15.9%
	65～69	21	18.6%
	70～74	22	19.5%
	75～79	20	17.7%
AMI治療後月数	6ヶ月～12ヶ月	42	37.2%
	13ヶ月～18ヶ月	24	21.2%
他の治療を受けている病気 (複数回答あり)	19ヶ月～24ヶ月	47	41.6%
	あり	72	63.7%
	糖尿病	36	31.9%
	高血圧	52	46.0%
	脂質代謝異常	16	14.2%
職業	その他	15	13.3%
	なし	41	36.3%
	あり	55	48.7%
	なし	58	51.3%
職場内の病気の理解者・協力者 (複数回答あり)	上司	30	26.5%
	同僚	31	27.4%
	その他	10	8.8%
同居者 (複数回答あり)	あり	87	77.0%
	配偶者	75	66.4%
	子ども	29	25.7%
	親	7	6.2%
	孫	3	2.7%
	その他	3	2.7%
同居者・知人等の病気の理解者・協力者	なし	26	23.0%
	あり	98	86.7%
	配偶者	73	64.6%
	子ども	48	42.5%
	親	7	6.2%
	孫	4	3.5%
病気について相談できる医療者	その他	15	13.3%
	なし	16	14.2%
	無回答	3	0.3%
「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」の使用	あり	4	3.5%
	なし	109	96.5%
年金等を含めた年収	～200万円	43	38.1%
	200万円～400万円	31	27.4%
	400万円～600万円	13	11.5%
	600万円～	14	12.4%
	無回答	12	10.6%
最終学歴	中学校	14	12.4%
	高等学校	59	52.2%
	専門学校・短期大学・大学等	40	35.4%
喫煙	元々吸わない	61	54.0%
	AMIになってから禁煙した	35	31.0%
	AMIになってから減煙した	6	5.3%
	吸っている	11	9.7%
飲酒	元々飲まない	54	47.8%
	AMIになってから禁酒した	18	15.9%
	AMIになってから減酒した	26	23.0%
	飲んでいる	15	13.3%

表 7-1 研究 2 項目別度数分布

	(N=113)					
	はい	どちらかとい うとはい	い どちらとも えない	い どちらかとい うといいえ	いいえ	無回答
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
S01_血圧を定期的に測る	83 (73.5)	12 (10.6)	6 (5.3)	8 (7.1)	4 (3.5)	0 (0.0)
S02_血圧の値を手帳やノートなどに記録する	77 (68.1)	9 (8.0)	3 (2.7)	9 (8.0)	15 (13.3)	0 (0.0)
S03_血圧の値や変化を医療者や家族に説明できる	65 (57.5)	21 (18.6)	13 (11.5)	5 (4.4)	8 (7.1)	1 (0.9)
S04_喫煙している人のそばに行かない	42 (37.2)	26 (23.0)	22 (19.5)	7 (6.2)	15 (13.3)	1 (0.9)
S06_栄養のバランスを考えて食べる	30 (26.5)	42 (37.2)	33 (29.2)	3 (2.7)	3 (2.7)	2 (1.8)
S07_野菜を中心に食べる	26 (23.0)	42 (37.2)	34 (30.1)	7 (6.2)	3 (2.7)	1 (0.9)
S08_魚を積極的に食べる	23 (20.4)	36 (31.9)	43 (38.1)	9 (8.0)	2 (1.8)	0 (0.0)
S09_よく噛んで食べる	22 (19.5)	28 (24.8)	42 (37.2)	16 (14.2)	5 (4.4)	0 (0.0)
S10_朝食を毎日食べる	82 (72.6)	11 (9.7)	7 (6.2)	3 (2.7)	10 (8.8)	0 (0.0)
S11_夕食を夜 8 時までには食べる	80 (70.8)	10 (8.8)	10 (8.8)	5 (4.4)	8 (7.1)	0 (0.0)
S12_夕食の後、朝まで何も食べない	52 (46.0)	21 (18.6)	25 (22.1)	7 (6.2)	3 (2.7)	0 (0.0)
S13_食事を腹 7、8 分目にする	47 (41.6)	43 (38.1)	13 (11.5)	7 (6.2)	3 (2.7)	0 (0.0)
S14_塩分を多く摂らない	48 (42.5)	29 (25.7)	28 (24.8)	5 (4.4)	3 (2.7)	0 (0.0)
S15_脂肪を多く摂らない	36 (31.9)	34 (30.1)	34 (30.1)	6 (5.3)	3 (2.7)	0 (0.0)
S16_菓子を買わない	22 (19.5)	37 (32.7)	30 (26.5)	14 (12.4)	10 (8.8)	0 (0.0)
S17_清涼飲料水や甘い飲み物を飲まない	46 (40.7)	37 (32.7)	12 (10.6)	13 (11.5)	5 (4.4)	0 (0.0)
S18_間食をしない	27 (23.9)	32 (28.3)	36 (31.9)	9 (8.0)	9 (8.0)	0 (0.0)
S19_体重を定期的に測る	74 (65.5)	15 (13.3)	9 (8.0)	8 (7.1)	7 (6.2)	0 (0.0)
S20_体重を手帳やノートなどに記録する	45 (39.8)	10 (8.8)	7 (6.2)	17 (15.0)	33 (29.2)	1 (0.9)
S21_適正体重を維持する	39 (34.5)	30 (26.5)	25 (22.1)	11 (9.7)	7 (6.2)	1 (0.9)

表 7-2 項目別度数分布

(N=113)

	はい 度数 (%)	どちらか うとはい 度数 (%)	い どちらとも えない 度数 (%)	い どちらか うといいえ 度数 (%)	いいえ 度数 (%)	無回答 度数 (%)
S23_定期受診日を守る	110 (97.3)	2 (1.8)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
S24_主治医に自覚症状や気になることを相談する	92 (80.9)	14 (12.4)	6 (5.3)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
S25_定期受診の検査結果や病状の変化を医療者や家族に説明できる	74 (65.5)	26 (23.0)	10 (8.8)	3 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
S26_血糖、HbA1cの値や変化を医療者や家族に説明できる	45 (39.8)	20 (17.7)	27 (23.9)	10 (8.8)	10 (8.8)	1 (0.9)
S27_脂質、コレステロールの値や変化を医療者や家族に説明できる	41 (36.3)	31 (27.4)	25 (22.1)	9 (8.0)	5 (4.4)	2 (1.8)
S28_指示どおりに心臓カテーテル検査などを受ける	81 (71.7)	11 (9.7)	5 (4.4)	4 (3.5)	8 (7.1)	4 (3.5)
S29_心臓カテーテル検査などの結果、異常の有無や経過を医療者や家族に説明できる	55 (48.7)	23 (20.4)	18 (15.9)	4 (3.5)	9 (8.0)	4 (3.5)
S30_注意しなければならない心筋梗塞の前ぶれの症状を挙げることができる	35 (31.0)	42 (37.2)	19 (16.8)	8 (7.1)	8 (7.1)	1 (0.9)
S31_心筋梗塞の前ぶれの症状が現れた時には救急受診する	79 (69.9)	18 (15.9)	11 (9.7)	2 (1.8)	0 (0.0)	3 (2.7)
S32_内服薬を指示どおりに飲む	107 (94.5)	5 (4.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
S33_内服薬を飲む理由を医療者や家族に説明できる	78 (69.0)	20 (17.7)	11 (9.7)	3 (2.7)	1 (0.9)	0 (0.0)
S34_内服薬の飲み忘れを防ぐために工夫する	78 (69.0)	21 (18.6)	9 (8.0)	3 (2.7)	2 (1.8)	0 (0.0)
S35_内服薬を飲み忘れた時は時間をずらして飲む	60 (53.1)	20 (17.7)	14 (12.4)	3 (2.7)	15 (13.3)	1 (0.9)
S36_内服薬の副作用を説明できる	63 (55.8)	31 (27.4)	13 (11.5)	2 (1.8)	3 (2.7)	1 (0.9)
S38_体調の変化を確かめながら生活する	75 (66.4)	28 (24.8)	8 (7.1)	2 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
S39_規則的に生活する	52 (46.0)	36 (31.9)	17 (15.0)	6 (5.3)	2 (1.8)	0 (0.0)

表 7-3 項目別度数分布

(N=113)

	はい 度数 (%)	どちらかと うとはい 度数 (%)	い どちらとも えない 度数 (%)	い どちらかと うといいえ 度数 (%)	いいえ 度数 (%)	無回答 度数 (%)
S40_睡眠を十分にとる	58 (51.3)	24 (21.2)	24 (21.2)	7 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
S41_ウォーキングや自転車に乗るなどの有酸素運動を行う	39 (34.5)	22 (19.5)	24 (21.2)	16 (14.2)	12 (10.6)	0 (0.0)
S42_体がきついと感ずる活動をしない	44 (38.9)	32 (28.3)	24 (21.2)	7 (6.2)	6 (5.3)	0 (0.0)
S43_自分に合ったリフレッシュ方法がある	35 (31.0)	22 (19.5)	41 (36.3)	8 (7.1)	3 (2.7)	4 (3.5)
S44_「制限」ではなく「少し減らす」という言葉に変えて生活する	35 (31.0)	39 (34.5)	34 (30.1)	4 (3.5)	1 (0.9)	0 (0.0)

表 8-1 研究 2 記述統計

(N=113)

	度数		平均値 (M)	標準偏差 (SD)	天井効果 (M+1SD)	床効果 (M-1SD)	歪度	歪度の標準 誤差	尖度	尖度の標準 誤差
	有効	欠損値								
S01_血圧を定期的に測る	113	0	4.43	1.101	<u>5.53</u>	3.33	-1.913	0.227	2.502	0.451
S02_血圧の値を手帳やノートなどに記録する	113	0	4.10	1.494	<u>5.59</u>	2.60	-1.298	0.227	-0.036	0.451
S03_血圧の値や変化を医療者や家族に説明できる	112	1	4.16	1.227	<u>5.39</u>	2.93	-1.415	0.228	0.959	0.453
S04_喫煙している人のそばに行かない	112	1	3.65	1.387	<u>5.04</u>	2.27	-0.734	0.228	-0.673	0.453
S06_栄養のバランスを考えて食べる	111	2	3.84	0.949	4.79	2.89	-0.642	0.229	0.464	0.455
S07_野菜を中心に食べる	112	1	3.72	0.979	4.70	2.74	-0.530	0.228	0.076	0.453
S08_魚を積極的に食べる	113	0	3.61	0.958	4.57	2.65	-0.198	0.227	-0.335	0.451
S09_よく噛んで食べる	113	0	3.41	1.091	4.50	2.32	-0.157	0.227	-0.575	0.451
S10_朝食を毎日食べる	113	0	4.35	1.259	<u>5.60</u>	3.09	-1.856	0.227	2.095	0.451
S11_夕食を夜8時まで食べる	113	0	4.32	1.234	<u>5.55</u>	3.08	-1.706	0.227	1.641	0.451
S12_夕食の後、朝まで何も食べない	113	0	3.90	1.253	<u>5.16</u>	2.65	-0.893	0.227	-0.212	0.451
S13_食事を腹7、8分目にする	113	0	4.10	1.009	<u>5.11</u>	3.09	-1.208	0.227	1.120	0.451
S14_塩分を多く摂らない	113	0	4.01	1.048	<u>5.06</u>	2.96	-0.824	0.227	0.063	0.451
S15_脂肪を多く摂らない	113	0	3.83	1.026	4.86	2.81	-0.565	0.227	-0.154	0.451
S16_菓子を買わない	113	0	3.42	1.193	4.61	2.22	-0.471	0.227	-0.569	0.451
S17_清涼飲料水や甘い飲み物を飲まない	113	0	3.94	1.175	<u>5.11</u>	2.76	-0.988	0.227	0.003	0.451
S18_間食をしない	113	0	3.52	1.173	4.70	2.35	-0.510	0.227	-0.370	0.451
S19_体重を定期的に測る	113	0	4.25	1.236	<u>5.48</u>	3.01	-1.526	0.227	1.072	0.451
S20_体重を手帳やノートなどに記録する	112	1	3.15	1.741	4.89	1.41	-0.112	0.228	-1.771	0.453
S21_適正体重を維持する	112	1	3.74	1.214	4.95	2.53	-0.688	0.228	-0.445	0.453
S23_定期受診日を守る	113	0	4.96	0.310	<u>5.27</u>	4.65	-8.390	0.227	4.624	0.451

※天井効果がみられた点数に下線を付した。

表 8-2 記述統計

	(N=113)									
	度数 有効	欠損値	平均値 (M)	標準偏差 (SD)	天井効果 (M+ 1 SD)	床効果 (M-1SD)	歪度	歪度の 標準誤差	尖度	尖度の 標準誤差
S24_主治医に自覚症状や気になることを相談する	113	0	4.74	0.594	<u>5.34</u>	4.15	-2.452	0.227	5.733	0.451
S25_定期受診の検査結果や病状の変化を医療者や家族に説明できる	113	0	4.51	0.769	<u>5.28</u>	3.74	-1.544	0.227	1.716	0.451
S26_血糖、HbA1cの値や変化を医療者や家族に説明できる	112	1	3.71	1.318	<u>5.03</u>	2.40	-0.657	0.228	-0.691	0.453
S27_脂質、コレステロールの値や変化を医療者や家族に説明できる	111	2	3.85	1.146	4.99	2.70	-0.765	0.229	-0.195	0.455
S28_指示どおりに心臓カテーテル検査などを受ける	109	4	4.40	1.203	<u>5.61</u>	3.20	-1.997	0.231	2.701	0.459
S29_心臓カテーテル検査などの結果、異常の有無や経過を医療者や家族に説明できる	109	4	4.02	1.254	<u>5.27</u>	2.76	-1.182	0.231	0.408	0.459
S30_注意しなければならない心筋梗塞の前ぶれの症状を挙げることができる	112	1	3.79	1.173	4.96	2.61	-0.934	0.228	0.159	0.453
S31_心筋梗塞の前ぶれの症状が現れた時には救急受診する	110	3	4.58	0.747	<u>5.33</u>	3.84	-1.700	0.230	1.975	0.457
S32_内服薬を指示どおりに飲む	113	0	4.93	0.346	<u>5.28</u>	4.58	-6.369	0.227	4.756	0.451
S33_内服薬を飲む理由を医療者や家族に説明できる	113	0	4.51	0.846	<u>5.36</u>	3.67	-1.841	0.227	3.077	0.451
S34_内服薬の飲み忘れを防ぐために工夫する	113	0	4.50	0.888	<u>5.39</u>	3.62	-2.041	0.227	4.077	0.451
S35_内服薬を飲み忘れた時は時間をずらして飲む	112	1	3.96	1.410	<u>5.37</u>	2.55	-1.156	0.228	-0.027	0.453
S36_内服薬の副作用を説明できる	112	1	4.33	0.943	<u>5.27</u>	3.39	-1.627	0.228	2.703	0.453
S38_体調の変化を確かめながら生活する	113	0	4.56	0.706	<u>5.26</u>	3.85	-1.600	0.227	2.149	0.451
S39_規則的に生活する	113	0	4.15	0.984	<u>5.13</u>	3.17	-1.110	0.227	0.759	0.451
S40_睡眠を十分にとる	113	0	4.18	0.975	<u>5.15</u>	3.20	-0.776	0.227	-0.685	0.451

※天井効果がみられた点数に下線を付した。

表 8-3 記述統計

	(N=113)									
	度数 有効	度数 欠損値	平均値 (M)	標準偏差 (SD)	天井効果 (M+1SD)	床効果 (M-1SD)	歪度	歪度の 標準誤差	尖度	尖度の 標準誤差
S41_ウォーキングや自転車に乗るなどの有酸素運動を行う	113	0	3.53	1.370	4.90	2.16	-0.459	0.227	-1.035	0.451
S42_体がきついと感じる活動をしない	113	0	3.89	1.152	<u>5.05</u>	2.74	-0.894	0.227	0.080	0.451
S43_自分に合ったリフレッシュ方法がある	109	4	3.72	1.081	4.80	2.63	-0.305	0.231	-0.657	0.459
S44_「制限」ではなく「少し減らす」という言葉に変えて生活する	113	0	3.91	0.912	4.82	3.00	-0.398	0.227	-0.385	0.451

※天井効果がみられた点数に下線を付した。

表9 研究2 探索的因子分析結果（最尤法 プロマックス回転）

N=113

	因子				
	第1因子	第2因子	第3因子		
	生活管理 行動	受療行動	血圧管理 行動		
S09_よく噛んで食べる	0.72	0.13	-0.13		
S14_塩分を多く摂らない	0.72	0.08	0.06		
S42_体がきついと感ずる活動をしない	0.68	-0.14	-0.13		
S12_夕食の後、朝まで何も食べない	0.67	-0.10	-0.02		
S13_食事を腹7、8分目にする	0.67	-0.03	0.05		
S06_栄養のバランスを考えて食べる	0.63	0.12	0.06		
S15_脂肪を多く摂らない	0.61	0.10	0.10		
S39_規則的に生活する	0.55	0.06	0.09		
S04_喫煙している人のそばに行かない	0.52	0.04	-0.04		
S10_朝食を毎日食べる	0.50	-0.05	0.11		
S40_睡眠を十分にとる	0.49	-0.13	-0.01		
S18_間食をしない	0.48	-0.17	-0.17		
S21_適正体重を維持する	0.44	-0.03	0.33		
S20_体重を手帳やノートなどに記録する	0.43	-0.09	0.23		
S17_清涼飲料水や甘い飲み物を飲まない	0.41	0.04	-0.14		
S27_脂質、コレステロールの値や変化を医療者や家族に説明できる	-0.06	0.97	-0.15		
S26_血糖、HbA1cの値や変化を医療者や家族に説明できる	-0.09	0.90	-0.07		
S29_心臓カテーテル検査などの結果、異常の有無や経過を医療者や家族に説明できる	-0.14	0.74	0.04		
S33_内服薬を飲む理由を医療者や家族に説明できる	-0.04	0.66	0.02		
S36_内服薬の副作用を説明できる	0.00	0.50	0.13		
S25_定期受診の検査結果や病状の変化を医療者や家族に説明できる	0.25	0.44	0.00		
S28_指示どおりに心臓カテーテル検査などを受ける	-0.16	0.43	0.11		
S01_血圧を定期的に測る	-0.22	0.00	1.10		
S03_血圧の値や変化を医療者や家族に説明できる	-0.03	0.05	0.83		
S02_血圧の値を手帳やノートなどに記録する	-0.03	0.01	0.78		
因子間相関					
	第1因子	1.000	0.560	0.521	
	第2因子	0.560	1.000	0.371	
	第3因子	0.521	0.371	1.000	
Cronbach's α 係数	全体	0.869	0.869	0.827	0.892
KMO および Bartlett の検定					
Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度		0.786	適合度検定		
Bartlett の球面性検定		近似カイ2乗	カイ2乗	自由度	有意確率
		1343.307	417.651	228	0.000
		自由度			
		300			
		有意確率			
		0.000			

表10 研究2 「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表案」と「SCAQ-30」との相関

N=113

		SCAQ-30					構成概念項目
		総得点	健康のために気をつけていること	健康のために選んでいること	体調を整えること	生活の中で続けること	支援してくれる人をもつこと
総得点		0.739 (p<0.01)					
AMI発症後 6ヶ月患者の セルフケア 行動評価表案	第1因子《生活管理行動》	0.690 (p<0.01)	0.553 (p<0.01)	0.619 (p<0.01)	0.547 (p<0.01)	0.640 (p<0.01)	0.480 (p<0.01)
	第2因子《受療行動》	0.491 (p<0.01)	0.397 (p<0.01)	0.491 (p<0.01)	0.264 (p<0.01)	0.406 (p<0.01)	0.431 (p<0.01)
	第3因子《血圧管理行動》	0.461 (p<0.01)	0.462 (p<0.01)	0.436 (p<0.01)	0.292 (p<0.01)	0.372 (p<0.01)	0.353 (p<0.01)

表11-1 研究2 Item-Total相関分析

N=113

第1因子《生活管理行動》	項目合計相関	重相関の2乗	項目が削除された場合の Cronbach の α
S09_よく噛んで食べる	0.646	0.527	0.855
S14_塩分を多く摂らない	0.726	0.635	0.851
S42_体がきついと感ずる活動をしない	0.505	0.380	0.861
S12_夕食の後、朝まで何も食べない	0.545	0.448	0.859
S13_食事を腹7、8分目にする	0.606	0.482	0.857
S06_栄養のバランスを考えて食べる	0.614	0.445	0.857
S15_脂肪を多く摂らない	0.667	0.569	0.854
S39_規則的に生活する	0.593	0.617	0.858
S04_喫煙している人のそばに行かない	0.505	0.329	0.862
S10_朝食を毎日食べる	0.551	0.419	0.859
S40_睡眠を十分にとる	0.405	0.468	0.865
S18_間食をしない	0.234	0.326	0.874
S21_適正体重を維持する	0.573	0.389	0.858
S20_体重を手帳やノートなどに記録する	0.429	0.308	0.870
S17_清涼飲料水や甘い飲み物を飲まない	0.346	0.260	0.869

表11-2 研究2 Item-Total相関分析

N=113

第2因子《受療行動》	項目合計相関	重相関の2乗	項目が削除された場合のCronbachの α
S27_脂質、コレステロールの値や変化を医療者や家族に説明できる	0.747	0.739	0.771
S26_血糖、HbA1cの値や変化を医療者や家族に説明できる	0.662	0.650	0.788
S29_心臓カテーテル検査などの結果、異常の有無や経過を医療者や家族に説明できる	0.721	0.682	0.776
S33_内服薬を飲む理由を医療者や家族に説明できる	0.591	0.397	0.803
S36_内服薬の副作用を説明できる	0.411	0.278	0.826
S25_定期受診の検査結果や病状の変化を医療者や家族に説明できる	0.487	0.320	0.818
S28_指示どおりに心臓カテーテル検査などを受ける	0.428	0.510	0.829

表11-3 研究2 Item-Total相関分析

N=113			
第3因子《血压管理行動》	項目合計相関	重相関の2乗	項目が削除された場合の Cronbachの α
S01_血压を定期的に測る	0.868	0.762	0.799
S02_血压の値を手帳やノートなどに記録する	0.760	0.609	0.898
S03_血压の値や変化を医療者や家族に説明できる	0.782	0.676	0.852

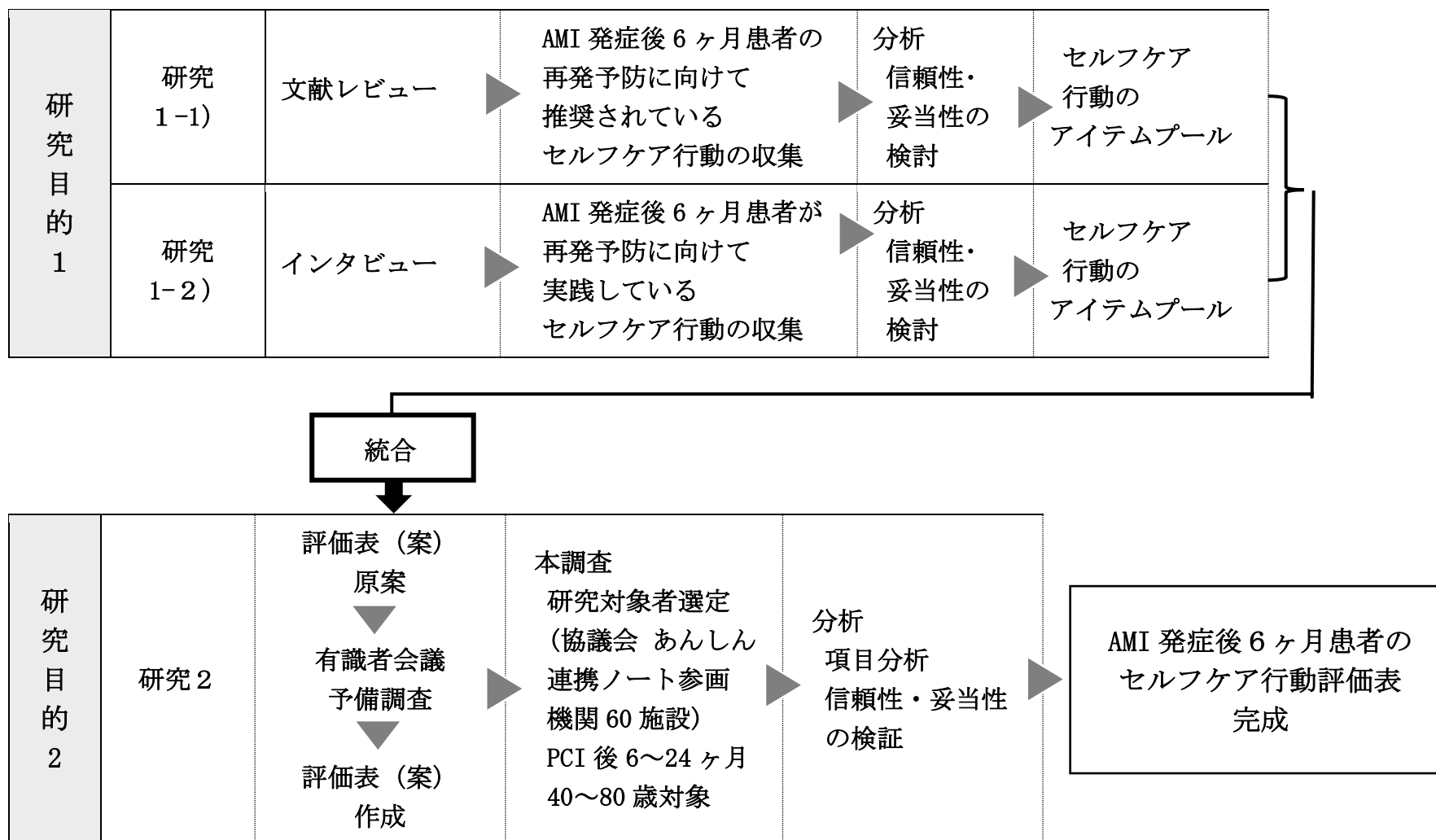
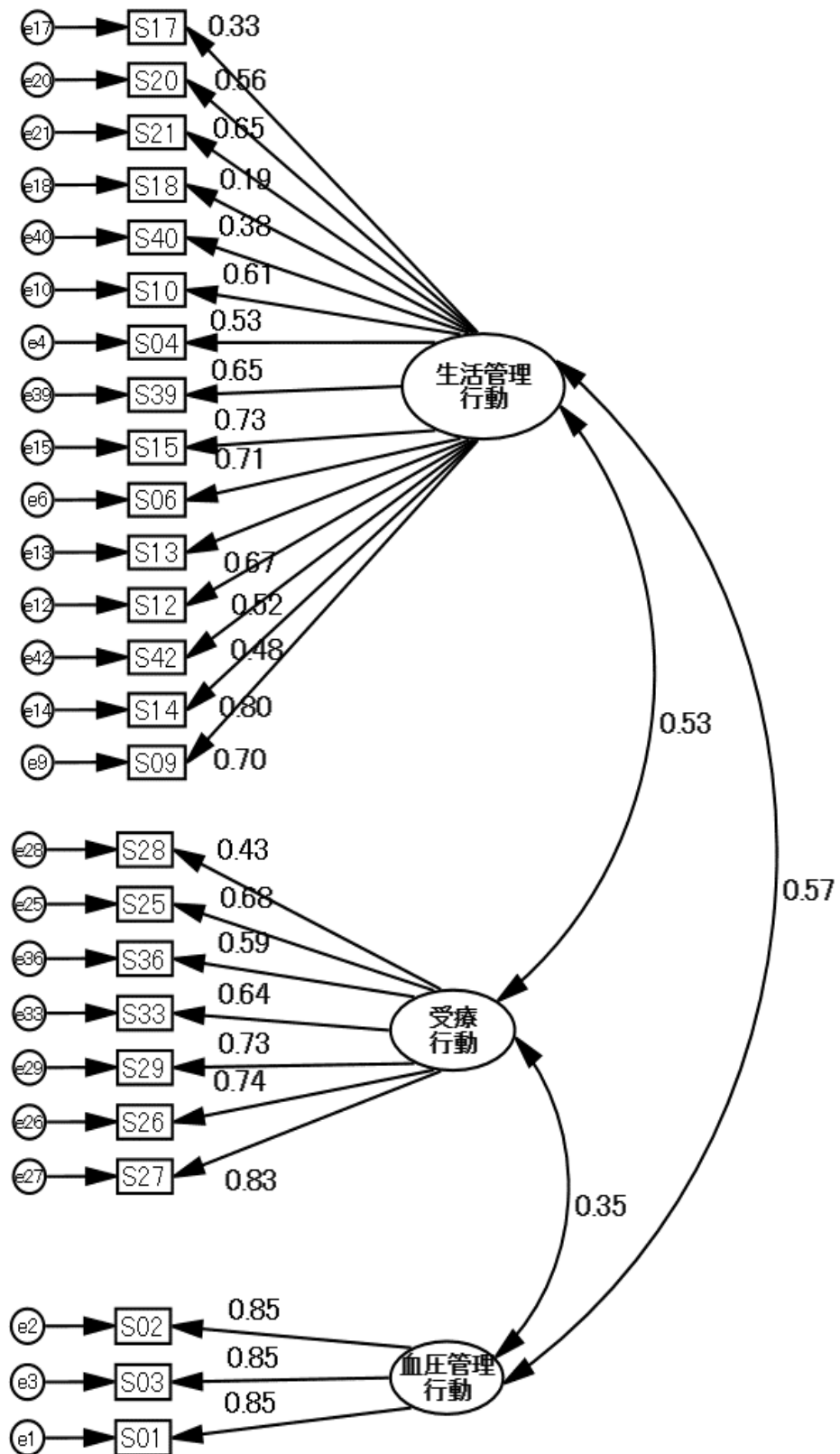


図 1 研究の全体像



GFI=0.95、AGFI=0.94、NFI=0.93、RMR=0.11

係数はすべて標準化推定値であり、5%水準で有意であった。

※パス図において、楕円形内の文字は各因子の名称に対応する。四角形の数字は各因子の項目番号に対応する。

図2 確証的因子分析の結果

20〇〇年〇月〇日

病院名

〇〇 〇〇 様

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期過程

松野 千代美

研究協力のご依頼

謹啓、時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程 2 年の松野千代美と申します。このたび、「AMI 発症 6 ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」と題し、看護研究を実施したいと考えております。

その内容として、NPO 法人北海道医療連携ネットワーク協議会で作成し活用を推進されております、「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」を渡されている患者へのインタビューを通して、AMI 発症後約 6 ヶ月経過した患者が再発予防に向けて実践しているセルフケア行動の把握と、再発予防に向けて今後実践したいと考えているセルフケア行動について明らかにしたいと考えております。なお、本研究結果に基づき、「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価尺度」の開発を計画しています。

貴病院におきまして、本研究にご協力をいただけますと幸いです。

敬具

記

1. 研究課題名

「AMI 発症 6 ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」

2. 研究目的

AMI 発症後約 6 ヶ月経過した患者が再発予防に向けて実践しているセルフケア行動、および今後実践したいと考えているセルフケア行動を把握することです。

3. 研究対象者

「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」の参画機関で連携ノートを活用されている急性期病院が研究対象候補病院です。対象患者は、AMI 発症後に PCI による治療実施後約 6 ヶ月が経過した 55 歳から 75 歳の患者、10 名です。

4. 手続き

1) 研究協力の可否について、研究協力回答書を、返信用封筒を用いて 20〇〇年〇月〇日 () までにご返送ください。

2) ご承諾いただける場合は、当該外来担当主治医氏名および連絡先を、研究協力回答書に記入し、返信用封筒に入れて返信してください。

3) 病院長様から当該外来担当主治医に、研究協力を承諾した旨をお伝えください。

4) 当該外来担当主治医様宛、研究依頼文書を用いて、研究の主旨、研究協力は自由意思であること、研究対象候補病院ならびに研究対象者の匿名性の確保、個人情報保護、公表方法などの

倫理的配慮について、口頭および書面で説明し、研究協力の意思確認を行います。同意が得られたのち、研究対象候補者の紹介を依頼します。

5. インタビューの方法

- 1) インタビューは研究対象病院のプライバシーの守られる個室で行うことを依頼します。
- 2) 当該外来担当主治医の承諾が得られたのち、協議会作成の「あんしん連携ノート」を使用している研究対象候補者の紹介を依頼します。外来担当主治医から研究対象候補者に研究の概要を伝えてもらい、研究協力に内諾の得られた研究対象候補者の氏名を電話で研究者に連絡してもらいます。氏名を暗号化した研究対象候補者の電話番号等、アクセス方法の情報を研究協力回答書に記入し、返信用封筒に入れて返信してもらいます。
- 3) 紹介を受けた研究対象候補者に、研究者が電話等で研究の趣旨を説明します。外来受診時の待ち時間を利用してインタビューが可能であるか相談し、承諾が得られたのちインタビューの日時を確認します。

6. 倫理的な配慮

- 1) 研究参加は自由意志によるものであり、研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究参加の同意後であっても、調査期間内である 20〇〇年〇月末日までは協力を中止できること、協力を中止した場合であっても不利益は生じないことを保証します。
- 3) 研究にご協力いただける場合、研究対象病院、研究対象者が語る個人情報データは、逐語録にする段階ですべて匿名化し、プライバシーの保護と個人情報保護を厳守します。個人名や施設名が特定されることはありません。
- 4) 研究結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開発表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 5) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了（20〇〇年〇月予定）後、最低5年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかにデータを消去します。
- 6) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。（承認番号 令和〇年度 No.〇）

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL-FAX：011-726-2529（松浦研究室直通）

E-mail：1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院 看護学研究科 松浦 和代

E-mail：k.matsuura@st.scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会（札幌市立大学桑園事務室気付）

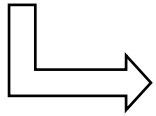
〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL：011-726-2529 FAX：011-726-2526

研究協力の回答書

1. 研究協力の可否について、下記のいずれかに☑をつけてください。

- 協力できます。 (2 へおすすみください。)
- 協力できません。 (ご協力ありがとうございました。)

 氏 名 : _____

病院施設名 : _____

※ご記入後、返信用封筒に入れて返送してください。

2. 研究にご協力いただける場合は、以下の項目にご記入ください。

1) 連絡先

氏 名 : _____

病院施設名 : _____

2) 連絡方法

研究者から連絡させていただく場合の希望する連絡方法に☑をつけて選択してください。

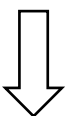
また、選択された方法について、電話番号もしくはメールアドレス等を記入してください。

電 話 : _____

メール : _____

どちらでも可 : _____

その他 (_____)



次のページにお進みください。

3. ご協力いただける当該外来担当主治医氏名および連絡先

当該外来担当主治医氏名、およびご連絡先について、下記の表に記載してください。

(5名分の欄を作成していますが、特に人数の指定はありません。)

No.	当該外来担当主治医氏名	連絡先
1		
2		
3		
4		
5		

4. 研究協力に関連し、不明な点、質問がありましたら下記の欄に記入願います。

--

※ 記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れて、20〇〇年〇月〇日（〇）までに返送をお願いします。

ご協力ありがとうございます

060 0010

札幌市中央区北十一条西十三丁目

札幌市立大学大学院 看護学研究科

松浦和代研究室気付 博士後期課程〇年

松野 千代美 行

20〇〇年〇月〇日

病院名

〇〇 〇〇 様

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期過程

松野 千代美

研究協力および研究協力対象候補者紹介のご依頼

謹啓、時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程 2 年の松野千代美と申します。このたび、「AMI 発症 6 ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」と題し、看護研究を実施したいと考えております。

その内容として、NPO 法人北海道医療連携ネットワーク協議会で作成し活用を推進されております「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」を渡されている患者へのインタビューを通して、AMI 発症後約 6 ヶ月経過した患者が再発予防に向けて実践しているセルフケア行動の把握と、再発予防に向けて今後実践したいと考えているセルフケア行動について明らかにしたいと考えております。なお本研究結果に基づき「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価尺度」の開発を計画しています。

本研究にご協力および研究協力対象候補者のご紹介をいただけますと幸いです。

敬具

記

1. 研究課題名

「AMI 発症 6 ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」

2. 研究目的

AMI 発症後約 6 ヶ月経過した患者が再発予防に向けて実践しているセルフケア行動、および今後実践したいと考えているセルフケア行動を把握することです。

3. 研究対象者

「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」の参画機関で連携ノートを活用されている急性期病院が研究対象候補病院です。対象患者は、AMI 発症後に PCI による治療実施後約 6 ヶ月が経過した 55 歳から 75 歳の患者、10 名です。

4. 手続き

- 1) 研究協力および研究協力対象候補者紹介の可否について、研究協力回答書を、返信用封筒を用いて 20〇〇年〇月〇日 () までにご返送ください。
- 2) ご承諾いただける場合は、当該外来担当主治医様氏名および連絡先を、研究協力回答書に記入してください。
- 3) 当該外来担当主治医様から研究対象候補者に、研究の概要をお伝えください。
- 4) 研究協力に内諾の得られた研究対象候補者の氏名を電話で研究者に連絡をお願いします。氏名を暗号化した研究対象候補者の電話番号等、アクセス方法の情報を研究協力回答書に記入し、返信用封筒に入れて返信してください。
- 5) 紹介を受けた研究対象候補者に、研究者が電話等で研究の趣旨を説明します。外来受診時の待ち時間を利用してインタビューが可能であるか相談し、承諾が得られたのちインタビューの日

時を確認します。不都合がある場合には、日時や場所等、対象者の希望を聴取し調整します。

5. インタビューの方法

- 1) インタビューは研究対象候補病院のプライバシーの守られる個室で行えるように配慮します。
- 2) 研究者は、研究対象候補者に研究の主旨、研究参加は自由意志であること、匿名性の確保、個人情報保護および研究結果の公表方法等の倫理的配慮について、口頭と文書で説明します。
- 3) 研究協力同意が得られた研究対象者の基本情報、身体活動と METs の関係、生活機能チェックリストの情報を研究者が収集したのちに、研究対象者に対しインタビューを実施します。
- 4) インタビュー内容は、以下の2点です。
 - (1)再発予防に向けて、現在、ご自分が行っている行動、気をつけている行動はどのようなことですか。
 - (2)再発予防に向けて、今後取組みたいと考えている行動はどのようなことですか。面接時間は、30分から45分以内とし、対象者の心身の様子に合わせて実施します。

6. 倫理的な配慮

- 1) 研究参加は自由意志によるものであり、参加しないことで不利益を被ることはありません。
- 2) 研究参加の同意後であっても、調査期間内である20〇〇年〇1月末日までは協力を中止できること、協力を中止した場合であっても不利益は生じないことを保証します。
- 3) 研究にご協力いただける場合、研究対象病院、研究対象者が語る個人情報データは、逐語録にする段階ですべて匿名化し、プライバシーの保護と個人情報保護を厳守します。
- 4) 研究結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開発表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 5) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了（20〇〇年〇月予定）後、最低5年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかにデータを消去します。
- 6) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。（承認番号 令和〇年度 No.〇）

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美

〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目

TEL-FAX：011-726-2529（松浦研究室直通）

E-mail：1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院 看護学研究科 松浦 和代

E-mail：k.matsuura@st.scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会（札幌市立大学桑園事務室気付）

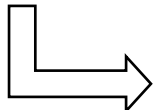
〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目

TEL：011-726-2529 FAX：011-726-2526

研究協力の回答書

1. 研究協力の可否について、下記のいずれかに☑をつけてください。

- 協力できます。 (2 へおすすみください。)
- 協力できません。 (ご協力ありがとうございました。)

 氏 名 : _____

病院施設名 : _____

※ご記入後、返信用封筒に入れて返送してください。

2. 研究にご協力いただける場合は、以下の項目にご記入ください。

1) 連絡先

氏 名 : _____

病院施設名 : _____

2) 連絡方法

研究者から連絡させていただく場合の希望する連絡方法に☑をつけて選択してください。

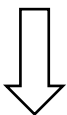
また、選択された方法について、電話番号もしくはメールアドレス等を記入してください。

電 話 : _____

メール : _____

どちらでも可 : _____

その他 (_____)



次のページにお進みください。

4. 研究協力に関連し、不明な点、質問がありましたら下記の欄に記入願います。

--

※ 記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れて、20〇〇年〇月〇日（〇）までに返送をお願いします。

ご協力ありがとうございます

20〇〇年〇月〇日

病院名

〇〇 〇〇 様

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期過程〇年
松野 千代美

研究協力をお願い

私（研究者）は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程2年の松野千代美と申します。

私は、「急性心筋梗塞発症6ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」という看護研究に取り組んでいます。この研究は、急性心筋梗塞の病を経験した患者の皆さまが、治療を終えて約6ヶ月が経過した現在、再び心筋梗塞を起こさないためにどのようなことに気を付けられて生活しているのか、また再び心筋梗塞を起こさないために、生活する上で取り組みたいと思うことについて、インタビューにより伺いすることを目的としています。

この研究の対象となる方は、「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」を活用されている北海道内の病院に通院されており、外来担当の先生から紹介いただいた、55歳から75歳の方10名です。

インタビューには30分から45分ほどを要する予定です。〇〇様には、この調査に応じていただいても直接的な利益を感じられない場合があります。また、急性心筋梗塞によるつらい症状やお気持ちを思い出されるかもしれません。しかし、今回伺った内容を、急性心筋梗塞の病気にかかれたほかの方たちの生活に生かせる可能性があります。何とぞご理解の上、ご協力をお願いいたします。

【 インタビューの方法 】

インタビューは、下記の手順で行います。

- 1) インタビューは通院されている病院のプライバシーの守られる個室で行います。
- 2) インタビューを行う前に、研究の目的や方法、研究への参加は自由であること、個人情報と厳重に保護すること、研究結果を発表することなどについて説明します。
- 3) 説明ののちに、研究への協力を同意いただける場合、「研究協力の同意書」に署名をいただきます。
- 4) 研究者は、あなたの基本情報（年齢、病気の経過など）、「あんしん連携ノート」の「身体活動とMETsの関係」、「生活機能チェックリスト」の内容を書きとめさせていただきます。
- 5) インタビューを行う時間は、30分から45分以内とし、あなたの体調に合わせて行います。インタビューの内容は、次の2つです。
 - (1) 再発予防に向けて、現在、ご自分が行っている行動、気をつけている行動はどのようなことですか。
 - (2) 再発予防に向けて、今後取り組みたいと考えている行動はどのようなことですか。
- 6) インタビューの際には、内容を正確に分析するために、ICレコーダーで録音させていただきます。録音に同意いただけない場合は、研究者が書きとめます。

研究にあたり、私は以下の内容を守ることをお約束します。

- 1) 研究への参加は自由です。研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究にご協力いただける場合、あなたが通院されている病院名、あなた個人の情報は、すべて匿名化（誰のことかわからない A, B, C など）し、個人を特定できないようにします。
- 3) 記録類は厳重に保管し、個人情報を手元に渡すことや調査以外の目的に用いることは一切ありません。
- 4) 調査にご協力いただけると同意いただいた後でも、調査への参加を取りやめたくなった場合、調査期間内である 20〇〇年〇月末日までは参加をやめることができます。なお、参加をやめることにより不利益を受けることはありません。
- 5) この調査は身体的・心理的に害を及ぼすことはありません。しかし、万が一調査についてご心配や不都合などが生じましたら、すみやかに対応いたしますので、私または病院担当者にいつでもお申し出ください。
- 6) あなたの基本情報、「あんしん連携ノート」の内容やインタビューで、知られたくないことや答えたくないことは、拒否していただいてもかまいません。また、インタビューを受けることで不快な思いを感じた場合は、インタビューを中止することができます。
- 7) 調査で得られた情報は、この研究の目的以外に使用しません。
- 8) 研究の結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開發表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 9) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了（20〇〇年〇月予定）後、最低 5 年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかにデータを消去します。
- 10) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。（承認番号 令和〇年度 No. 〇）

以上、この研究についてご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

この研究につきまして、ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までご連絡ください。

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL-FAX : 011-726-2529（松浦研究室直通）

E-mail : 1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院 看護学研究科 松浦 和代

E-mail : k.matsuura@st.scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会（札幌市立大学桑園事務室気付）

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL : 011-726-2529 FAX : 011-726-2526

(研究対象者様控え)

研究協力の同意書

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年松野千代美の「急性心筋梗塞発症6ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」について、文書と口頭での説明を受け、以下の☑をつけた項目について理解しましたので、研究協力の同意します。

1. 説明項目

- 研究の目的と方法
- ICレコーダーによる録音
- 個人情報を厳重に取り扱うこと
- 研究への参加は自由であること
- 研究参加後に協力中止ができること
- 研究に協力することにより生じる負担、および利益
- 研究成果の発表方法

2. ICレコーダーによる録音の許諾について

- 録音を許諾する
- 録音を許諾しない

20〇〇 年 月 日

研究協力者（署名）： _____

説明者（署名）： _____

(研究者控え)

研究協力の同意書

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程2年松野千代美の「急性心筋梗塞発症6ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」について、文書と口頭での説明を受け、以下の☑をつけた項目について理解しましたので、研究協力の同意します。

1. 説明項目

- 研究の目的と方法
- ICレコーダーによる録音
- 個人情報を厳重に取り扱うこと
- 研究への参加は自由であること
- 研究参加後に協力中止ができること
- 研究に協力することにより生じる負担、および利益
- 研究成果の発表方法

2. ICレコーダーによる録音の許諾について

- 録音を許諾する
- 録音を許諾しない

2019 年 月 日

研究協力者（署名）：

説明者（署名）：

研究協力の同意撤回書

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年松野千代美の「急性心筋梗塞発症 6 ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」について、文書と口頭での説明を受け、研究協力の同意しましたが、その同意を撤回します。なお、私に関する試料、データなどは速やかに廃棄して下さい。

令和 年 月 日

研究協力者（署名）：

研究協力の同意撤回書

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年松野千代美の「急性心筋梗塞発症6ヶ月後の患者が実践しているセルフケア行動に関する質的研究」について、文書と口頭での説明を受け、研究協力の同意しましたが、その同意を撤回します。なお、私に関する試料、データなどは速やかに廃棄して下さい。

令和 年 月 日

研究協力者（署名）：

【インタビューガイド】

1. 再発予防に向けて、現在、ご自分が行っている行動、気をつけている行動はどのようなことですか。

202〇年〇月〇日

病院名

施設長 ○○ ○○ 様

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程〇年

松野 千代美

研究協力のご依頼

謹啓、時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年の松野千代美と申します。このたび、「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」と題し、看護研究を実施したいと考えております。

この度、北海道内の急性心筋梗塞あんしん連携ノートの参画機関である貴施設において、当方で作成した「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」を用いて、通院または入院している AMI 発症後 6 ヶ月が経過した患者への配表調査の実施に協力を依頼したいと考えました。

本研究を通して、臨床における評価表の有用性を明らかにすることができ、患者が再発予防に向けて実践しているセルフケア行動の評価に応じた個別の指導、助言が可能になると考えております

調査実施に際しては、貴施設の外来、病棟において、研究対象者を選定いただき、対象者への「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」（以下、評価表）を配布願います。なお、本研究において研究者は、貴施設の当該医療機関で保有している診療情報の提供は求めません。

なお、貴施設において改めて手続きが必要な場合はその手順に従います。

何卒、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究課題名

「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」

2. 研究目的

「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の作成、および評価表の信頼性と妥当性を検証する。

3. 研究協力施設、研究協力者、および研究対象者

研究協力施設は、北海道医療連携ネットワーク協議会ホームページ内の「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に提示のある 60 医療機関です。研究対象者は、初発 AMI 発症後に PCI による治療実施後約 6 ヶ月から 24 ヶ月が経過した 40 歳から 80 歳の患者、計 385 名です。

4. 研究実施体制

本研究は、令和 3 年 4 月 16 日に厚生労働省等により提示された「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針ガイダンス」（以下、倫理指針）に基づき実施します。

a. 本研究の研究責任者は、研究者である松野千代美（札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程在籍）です。研究者の実施内容は研究の遂行に携わるとともに当該研究に係る業務を統括します。

b. 本研究における研究協力施設は、研

症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」(以下、評価表)の配布を依頼します。なお、本研究において研究者は、研究協力施設の当該医療機関で保有している診療情報の提供は求めません。

- c. 対象者は、研究協力施設から配布を受けた評価表に対して、個人の自由意思により無記名で回答を記載した後に、研究者宛て返送を依頼します。なお、研究者は対象者の年齢、性別、AMI発症年月等の個人情報を、情報単体で特定の個人を識別できない情報として管理します。
- d. 本研究の研究計画書は、研究協力施設の指示に応じて各施設の研究倫理審査委員会を受審します。
- e. 研究協力施設の施設長から同意が得られたのち、看護管理者に依頼文書を送付し、研究協力施設において対象者の選定や評価表を配布する研究協力者(医師、看護師等)を任命いただきます。また、評価表配布手順、対象者からの質問事項への対応方法等について事前に調整します。なお、研究協力者は、研究者から委託を受けて研究に関する業務の一部を請け負うにとどまり、研究協力施設において当該業務以外に研究に関与しません。

5. 研究実施におけるインフォームド・コンセント

研究協力依頼書にインフォームド・コンセントに関する説明内容を明記し対象者に配布します。対象者の同意の意思表示は評価表の同意欄へのチェックにより確認します。研究協力依頼書への記載、または研究協力施設における公開に際しては、以下の内容を記載します。

- a. 試料・情報の利用目的及び利用方法
- b. 利用し、又は提供する試料・情報の項目
- c. 利用する者の範囲
- d. 試料・情報の管理について責任を有する者の氏名又は名称
- e. 対象者が識別される試料・情報を取得しない旨
- f. 研究参加に関する問い合わせ先と電話番号

6. 貴施設への依頼事項

1) 対象者の選定

- a. 選定要件: 貴院に通院または入院中の初発AMI発症後にPCIによる治療実施後約6ヶ月から24ヶ月が経過した患者
- b. 年齢: 40歳から80歳の患者
- c. 人数: 10名~15名

2) 対象者への依頼文書および評価表の配布

7. 手続き

- 1) 研究協力の可否について研究協力回答書に記載し、返信用封筒を用いて2020年〇月〇日()までにご返送ください。
- 2) 承諾いただける場合は、施設長様から同意が得られたのち、看護管理者宛連絡いたします。

8. 評価表を用いた調査の流れ

【 回答の方法 】

評価表の回答は、下記の手順で行います。

- 1) 貴施設研究協力者から対象者用研究協力依頼書(以下、依頼書)と評価表、返信用封筒を渡していただき、対象者が協力する場合に回答を依頼する内容を記載しています。
- 2) 研究への参加は自由であり、回答された情報を厳重に保護します。また研究結果を発表することなどについて依頼書に記載しています。
- 3) 研究への協力を同意いただける場合、評価表に同意取得欄にチェック記載をもって同意取得とします。

- 4) 回答に要する時間は、20分から30分です。対象者の体調に合わせて回答を依頼します。
- 5) 評価表の内容は、「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の項目ごとに当てはまると思う回答を5段階でお答えいただきます。項目数は74個です。また、性別、年齢、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月等について記載を依頼します。
- 6) 研究の内容や、評価表について質問がある場合の連絡先を依頼書に明記しています。

研究にあたり、研究者は以下の内容を守ることを対象者への依頼書に明記します。

- 1) 研究への参加は自由です。研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究にご協力いただける場合、あなたが通院されている病院名、あなた個人を特定できないようにしています。
- 3) 記録類は厳重に保管し、評価表の回答情報を人手に渡すことや研究以外の目的に用いることは一切ありません。
- 4) 研究にご協力いただき、郵送した後に研究への参加を取りやめることは、個人の特定ができないため難しい状況です。心配なことがありましたら、研究者に連絡をお願いします。
- 5) この研究は身体的・心理的に害を及ぼすことはありません。しかし、万が一調査についてご心配や不都合などが生じましたら、回答を中止してかまいません。
- 6) あなたの年齢、性別、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月の内容で、知られたくないことや、答えたくないことは、無回答でかまいません。
- 7) 回答で得られた情報は、この研究の目的以外に使用しません。
- 8) 研究の結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開發表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 9) 研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧を希望される場合は、研究者に電話で連絡をいただきましたら対応します。

8. 倫理的な配慮

- 1) 研究参加および研究協力者紹介は自由意思によるものであり、研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究参加の同意後であっても、対象者への評価表の配布前であれば協力を中止できること、協力を中止した場合であっても不利益は生じないことを保証します。
- 3) 研究および研究協力者紹介にご協力いただける場合、研究協力病院、研究対象者の回答、情報データは、個人を特定せず、プライバシーの保護と個人情報保護を厳守します。個人名や施設名が特定されることはありません。
- 4) 本研究により得られた結果は、この研究の目的以外に使用しないことをお約束します。また、研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧の希望がありましたら対応いたします。
- 5) 本研究の研究資金は、札幌市立大学大学院看護学研究科からの研究支援費のみで実施します。また、研究者個人の経済的利益を得ることはありません。
- 6) 研究対象者に対して、経済的な負担が生じることはありません。
- 7) 研究結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開發表会においての発表、および学会誌等に投稿します。
- 8) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了（2020年〇月予定）後、最低5年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかに再フォーマットにより完全にデータを消去します。

9) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。(承認番号 令和○年度 No. ○)

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美
〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
TEL-FAX : 011-726-2756 (松浦研究室直通)
E-mail : 1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院看護学研究科 松浦 和代
E-mail : k.matsuura@scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会 (札幌市立大学桑園事務室気付)
〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
TEL : 011-726-2500 FAX : 011-726-2506 メールアドレス : so.kyomu@scu.ac.jp

研究協力の回答書

1. 研究協力の可否について、下記のいずれかに☑をつけてください。

- 協力できます。 (2へおすすみください。)
- 協力できません。 (ご協力ありがとうございました。)

※ご記入後、返信用封筒に入れて返送してください。

2. 研究に関する下記の説明項目について、承認いただける項目に☑をつけてください。

- 研究の目的と方法
- 研究実施体制
- 研究者は、貴施設で保有している診療情報の提供を求めないこと
- 各研究協力施設の指示に応じた研究倫理審査委員会において研究計画書審査を

受審すること

3. 研究にご協力いただける場合は、以下の項目にご記入ください。

1) 連絡先

氏 名 :

研究協力施設、施設長氏名 :

2) 連絡方法

研究者から連絡させていただく場合の希望する連絡方法に☑をつけて選択してください。

また、選択された方法について、電話番号もしくはメールアドレス等を記入してください。

電 話 :

メール :

どちらでも可 :

その他 ()

4. 研究協力に関連し、不明な点、質問がありましたら下記の欄に記入願います。

--

※ 記入が終わりましたら同封の返信用封筒に入れて 2020年〇月〇日までに返送をお願いします。
ご協力ありがとうございます。

2020年〇月〇日

病院名

看護管理者 ○○ ○○ 様

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程〇年

松野 千代美

研究協力および研究協力者紹介のご依頼

謹啓、時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年の松野千代美と申します。

このたび、「急性心筋梗塞発症後6ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」と題し、看護研究を実施したいと考えております。

北海道内の急性心筋梗塞あんしん連携ノートの参画機関である貴施設において、当方で作成した「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」を用いて、通院または入院しているAMI発症後6ヶ月が経過した患者への配表調査の実施に協力を依頼したいと考えました。

本研究を通して、臨床における評価表の有用性を明らかにすることができ、患者が再発予防に向けて実践しているセルフケア行動の評価に応じた個別の指導、助言が可能になると考えております。

調査実施に際しては、貴施設の外来、病棟において、研究対象者を選定いただき、対象者への「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」（以下、評価表）を配布願います。なお、本研究において研究者は、貴施設の当該医療機関で保有している診療情報の提供は求めません。

なお、貴施設において改めて手続きが必要な場合はその手順に従います。

何卒、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究課題名

「急性心筋梗塞発症後6ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」

2. 研究目的

「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の作成、および評価表の信頼性と妥当性を検証する。

3. 研究協力施設、研究協力者、および研究対象者

研究協力施設は、北海道医療連携ネットワーク協議会ホームページ内の「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に提示のある60医療機関です。研究対象者は、初発AMI発症後にPCIによる治療実施後約6ヶ月から24ヶ月が経過した40歳から80歳の患者、計385名です。

4. 研究実施体制

本研究は、令和3年4月16日に厚生労働省等により提示された「人を対象とする生命科学・医学

系研究に関する倫理指針ガイドランス」(以下、倫理指針)に基づき実施します。

- a. 本研究の研究責任者は、研究者である松野千代美(札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程在籍)です。研究者の実施内容は研究の実施に携わるとともに当該研究に係る業務を統括します。
- b. 本研究における研究協力施設は、研究対象者(以下、対象者)の選定、および対象者への「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」(以下、評価表)の配布を依頼します。なお、本研究において研究者は、研究協力施設の当該医療機関で保有している診療情報の提供は求めません。
- c. 対象者は、研究協力施設から配布を受けた評価表に対して、個人の自由意思により無記名で回答を記載した後に、研究者宛て返送を依頼します。なお、研究者は対象者の年齢、性別、AMI発症年月等の個人情報を、情報単体で特定の個人を識別できない情報として管理します。
- d. 本研究の研究計画書は、研究協力施設の指示に応じて各施設の研究倫理審査委員会等を受審します。
- e. 研究協力施設の施設長から同意が得られております。看護管理者には、研究協力施設において対象者の選定や評価表を配布する研究協力者(医師、看護師等)の任命をお願いします。また、評価表配布手順、対象者からの質問事項への対応方法等について事前に調整します。なお、研究協力者は、研究者から委託を受けて研究に関する業務の一部を請け負うにとどまり、研究協力施設において当該業務以外に研究に関与しません。

5. 研究実施におけるインフォームド・コンセント

研究協力依頼書にインフォームド・コンセントに関する説明内容を明記し対象者に配布します。対象者の同意の意思表示は評価表の同意欄へのチェックにより確認します。研究協力依頼書への記載、または研究協力施設における公開に際しては、以下の内容を記載します。

- a. 試料・情報の利用目的及び利用方法
- b. 利用し、又は提供する試料・情報の項目
- c. 利用する者の範囲
- d. 試料・情報の管理について責任を有する者の氏名又は名称
- e. 対象者が識別される試料・情報を取得しない旨
- f. 研究参加に関する問い合わせ先と電話番号

6. 貴施設への依頼事項

1) 対象者の選定

- a. 選定要件：貴院に通院または入院中の初発AMI発症後にPCIによる治療実施後約6ヶ月から24ヶ月が経過した患者
- b. 年齢：40歳から80歳の患者
- c. 人数：10名～15名

2) 対象者への依頼文書および評価表の配布

7. 手続き

- 1) 研究協力の可否について研究協力回答書に記載し、返信用封筒を用いて2020年〇月〇日()までにご返送ください。
- 2) 承諾いただける場合は、看護管理者宛連絡いたします。

8. 評価表を用いた調査の流れ

【 回答の方法 】

評価表の回答は、下記の手順で行います。

- 1) 貴施設研究協力者から対象者用研究協力依頼書（以下、依頼書）と評価表、返送用封筒を渡していただき、対象者が協力する場合に回答を依頼する内容を記載しています。
- 2) 研究への参加は自由であり、回答された情報を厳重に保護します。また研究結果を発表することなどについて依頼書に記載しています。
- 3) 研究への協力を同意いただける場合、評価表に同意取得欄にチェック記載をもって同意取得とします。
- 4) 回答に要する時間は、20分から30分です。対象者の体調に合わせて回答を依頼します。
- 5) 評価表の内容は、「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の項目ごとに当てはまると思う回答を5段階でお答えいただきます。項目数は74個です。また、性別、年齢、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月等について記載を依頼します。
- 6) 研究の内容や、評価表について質問がある場合の連絡先を依頼書に明記しています。

研究にあたり、研究者は以下の内容を守ることを対象者への依頼書に明記します。

- 1) 研究への参加は自由です。研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究にご協力いただける場合、あなたが通院されている病院名、あなた個人を特定できないようにしています。
- 3) 記録類は厳重に保管し、評価表の回答情報を人手に渡すことや研究以外の目的に用いることは一切ありません。
- 4) 研究にご協力いただき、郵送した後に研究への参加を取りやめることは、個人の特定ができないため難しい状況です。心配なことがありましたら、研究者に連絡をお願いします。
- 5) この研究は身体的・心理的に害を及ぼすことはありません。しかし、万が一調査についてご心配や不都合などが生じましたら、回答を中止してかまいません。
- 6) あなたの年齢、性別、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月の内容で、知られたくないことや、答えたくないことは、無回答でかまいません。
- 7) 回答で得られた情報は、この研究の目的以外に使用しません。
- 8) 研究の結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開発表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 9) 研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧を希望される場合は、研究者に電話で連絡をいただきましたら対応します。

8. 倫理的な配慮

- 1) 研究参加および研究協力者紹介は自由意思によるものであり、研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究参加の同意後であっても、対象者への評価表の配布前であれば協力を中止できること、協力を中止した場合であっても不利益は生じないことを保証します。
- 3) 研究および研究協力者紹介にご協力いただける場合、研究協力病院、研究対象者の回答、情報は、個人を特定せず、プライバシーの保護と個人情報保護を厳守します。個人名や施設名が特定されることはありません。
- 4) 本研究により得られた結果は、この研究の目的以外に使用しないことをお約束します。また、

研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧の希望がありましたら対応いたします。

- 5) 本研究の研究資金は、札幌市立大学大学院看護学研究科からの研究支援費のみで実施します。
また、研究者個人の経済的利益を得ることはありません。
- 6) 研究対象者に対して、経済的な負担が生じることはありません。
- 7) 研究結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開発表会における発表、および学会誌等に投稿します。
- 8) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了（2020年〇月予定）後、最低5年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかに再フォーマットにより完全にデータを消去します。
- 9) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。（承認番号 令和〇年度 No. 〇）

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美
〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
TEL-FAX : 011-726-2756 (松浦研究室直通)
E-mail : 1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院看護学研究科 松浦 和代
E-mail : k.matsuura@scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会（札幌市立大学桑園事務室気付）
〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
TEL : 011-726-2500 FAX : 011-726-2506 メールアドレス : so.kyomu@scu.ac.jp

研究協力の回答書

1. 研究協力の可否について、下記のいずれかに☑をつけてください。

- 協力できます。 (2 へおすすみください。)
- 協力できません。 (ご協力ありがとうございました。)

※ご記入後、返信用封筒に入れて返送してください。

2. 研究に関する下記の説明項目について、承認いただける項目に☑をつけてください。

- 研究の目的と方法
- 研究実施体制
- 研究者は、貴施設で保有している診療情報の提供を求めないこと

3. 研究にご協力いただける場合は、以下の項目にご記入ください。

1) 連絡先

氏 名 :

研究協力施設、施設長氏名 :

2) 連絡方法

研究者から連絡させていただく場合の希望する連絡方法に☑をつけて選択してください。

また、選択された方法について、電話番号もしくはメールアドレス等を記入してください。

- 電 話 :
- メール :
- どちらでも可 :
- その他 ()

4. 研究協力に関連し、不明な点、質問がありましたら下記の欄に記入願います。

※ 記入が終わりましたら同封の返信用封筒に入れて 2020年〇月〇日（〇）までに返送をお願いします。ご協力ありがとうございます。

急性心筋梗塞で通院・治療をされている方へ

2020年〇月〇日

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程〇年

松野 千代美

研究協力をお願い

私（研究者）は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年の松野千代美と申します。

私は、「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」という看護研究に取り組んでいます。この研究は、急性心筋梗塞の病を経験した患者の皆さまが、初めて血管内をひろげたりステントを入れるなどの治療を終えて約 6 ヶ月が経過したのちに、再び心筋梗塞を起こさないためにどのようなことに気を付けられて生活しているのかについて、「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」にご回答いただくことを目的としています。この研究を行うことにより、評価表が効果的に活用できるかを明らかにすることができ、患者の皆さまが再発予防に向けて行っているセルフケア行動の評価を確かめて、医療者による個別の指導、助言が可能になると考えております。

この研究はあなたが通院されている病院の病院長の許可を受け、担当の医師から紹介を受けた患者の皆さまを対象としています。評価表は、あなたが通院されている病院の外来、または病棟で担当の方から配布いただきます。

ご回答いただきました評価表は、同封の封筒に入れて郵送をお願いいたします。

この研究の対象となる方は、「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に登録されている北海道内の 60 箇所の病院に通院されている、40 歳から 80 歳の方、合計 385 名です。

評価表の記載には 20 分から 30 分ほどを要する予定です。あなたには、この調査に応じていただいても直接的な利益を感じられない場合があります。また、急性心筋梗塞によるつらい症状やお気持ちを思い出されるかもしれません。しかし、今回お伺いした内容を、急性心筋梗塞の病気にかかられたほかの方たちの生活に生かせる可能性があります。何とぞご理解の上、ご協力をお願いいたします。

【 回答の方法 】

評価表の回答は、下記の手順で行います。

- 1) 病院職員から渡されたこの依頼書の内容を読み、協力いただける場合に回答願います。
- 2) 研究への参加は自由であり、回答された情報を厳重に保護します。また研究結果を公表することなどについて、下記に記載しています。
- 3) この用紙を読みご理解をいただき、研究への協力を同意いただける場合、評価表の表紙にチェックを記載し、すべての項目への回答後に郵送願います。
- 4) 回答に要する時間は、20 分から 30 分です。あなたの体調に合わせて回答願います。

- 5) 「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の内容は、研究者が作成した「評価表A(心筋梗塞の再発予防に向けて現在行っている行動)」と、「評価表B(他の研究者が開発した現在行っている健康管理の方法)」により構成されています。項目ごとに当てはまると思う回答を5段階でお答えいただきます。項目数は74個です。また、最後のページのあなたのことについてお伺いする項目(性別、年齢、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月等)についても記載して下さい。
- 6) 研究の内容や、評価表について質問がありましたら、下記連絡先に連絡願います。

研究にあたり、私は以下の内容を守ることをお約束します。

- 1) 本研究で得られた情報は、この研究の目的以外に使用しません。
- 2) 本研究の結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開発表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 3) 研究にご協力いただける場合、あなたが通院されている病院名、あなた個人を特定できないようにします。
- 4) あなたの年齢、性別、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月等の内容で、知られたくないことや答えたくないことは、無回答でかまいません。
- 5) 記録類は厳重に保管し、評価表の回答情報を研究者、指導教員(下記、「研究に関する連絡先」をご参照ください。)以外の人手に渡すことや研究以外の目的に用いることは一切ありません。
- 6) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了(2020年〇月予定)後、最低5年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかにデータを消去します。
- 7) 研究への参加は自由です。研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 8) 研究にご協力いただき、郵送した後に研究への参加を取りやめることは、個人の特定ができないため難しい状況です。心配なことがありましたら、研究者に連絡をお願いします。
- 9) この研究は身体的・心理的に害を及ぼすことはありません。しかし、万が一調査についてご心配や不都合などが生じましたら、回答を中止してかまいません。
- 10) 研究参加により、経済的な負担が生じることはありません。
- 11) 本研究により、研究協力病院や研究者個人の経済的利益を得ることはありません。また、本研究の資金は札幌市立大学大学院看護学研究科からの研究支援費のみで実施します。
- 12) 研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧を希望される場合は、研究者に電話で連絡をいただきましたら対応します。
- 13) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。(承認番号 令和〇年度 No. 〇)

以上、この研究についてご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

この研究につきまして、ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までご連絡ください。

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL-FAX : 011-726-2756 (松浦研究室直通)

E-mail : 1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院 看護学研究科 松浦 和代

E-mail : k.matsuura@scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会 (札幌市立大学桑園事務室気付)

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL : 011-726-2500 FAX : 011-726-2506 メールアドレス : so.kyomu@scu.ac.jp

資料10 研究2 有識者会議の結果

有識者	No.	項目	疑問点、意見等	研究者の回答	評価項目の根拠・修正内容等
A 医 師	1	対象者	<p>AMI発症後6ヶ月に焦点化したのはなぜか。</p> <p>以前のステント治療の時代は3ヶ月後に再発を起しやすかったが、現在のステントは6ヶ月以降に再発の評価を行う施設が多いので6ヶ月以降の評価は妥当である。</p> <p>また、6ヶ月以降に個々人のADLの評価がしやすいことも賛成する。</p>	<p>①AMI発症後6ヶ月以降に治療後の再発の有無を確認、評価カテーテル検査等を実施する医療機関が多いため、その時期に合わせてセルフケア行動を評価することが妥当であると考えた。</p> <p>②対象者は、退院後の再発予防を行う指導を基に、生活しながらセルフケア行動を実践し、自分なりの再発予防行動が身についていく時期であると考えた。</p>	修正なし。
	2	評価項目について	基本事項は網羅されており、シンプルでよいと思う。		修正なし。
	3	11.生活活動、運動について	<p>運動、ADLが再発に関連する。</p> <p>AMI後の交感神経活性化⇒血小板機能に異常をきたし血栓ができやすい。運動した方がリスクが低下する。その人の状況に見合った運動状況をどのように評価するか、気になった点である。</p>	インタビューの結果、対象者の運動の方法は、個別の運動方法が抽出され一元化することは難しかった。ガイドラインを参考に評価項目を決定した。	修正なし。
	4	年収について	400万円以下の方も多くいらっしゃるのでは、200万円等の幅を増やしてもよいと思う。		<p>修正あり。</p> <p>～200万円、200万円～400万円、600万円～を追加し、600万円～800万円、800万円～を削除した。</p> <p>根拠；厚生労働省による「2021年国民生活基礎調査の概況」の「年齢階級別にみた1世帯当たり一帯人員1人当たり平均所得金額」は、50歳代で303.7万円、60歳代で247.0万円、70歳以上で204.3万円であった。</p>

A 医師	5	タバコについて	実際には、タバコをいつからやめた、具体的な本数などの確認が必要になると思う。		修正なし。 本研究においては、セルフケア行動の実態として、禁煙と減煙の評価とする。
B 看護師	2	脂質について	1項目のみになっているが、50歳代の患者は脂質コントロールの課題をもつ人が多い。一方、70歳以上ではフレイルや認知症の問題もあり、他の項目を入れるのは難しいと思う。	ガイドラインには詳細に脂質管理が記載されているが、対象者から得られたセルフケア行動は揚げ物を減らす等の内容に限られたため、1項目とした。	修正なし。
	3	3.食事について	食事について盛り込みたい項目は膨大にあるが、セルフケア行動評価表として確認する項目はこの内容でよいと思う。		修正なし。
C 看護師	1	3.食事について	評価項目は言い切る表現が多いが、語尾を柔らかい表現にしてはどうか。	セルフケア行動の評価として、言い切るような表現とした。	予備調査において対象者に確認とし、修正なし。
	2	11.生活活動、運動について	雪かき、草むしりなどの生活でAMIになることもあるので、「重たいものをもたない」に限定すると難しいのではないか。		修正あり。 「11.生活活動、運動について」の「⑥体がきついとを感じる活動（重たいものをもつ、激しい運動など）をしない」に修正した。 根拠；「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」の「運動療法指針」で推奨されているボルグ・スケールの表現に則して修正した。
	3	「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」を使用していますか、について	他のノート（心不全）を使用している人も多いが、このノートに言及した方がよいのか。	あんしん連携ノートの項目は基本情報として確認したい。	修正なし。

D 急性・重症患者看護専門看護師	1	3.食事についてと、4.糖분을控える方法について	食事はライフワークである。項目を分ける概念をどのように分類したのか。 「3.食事について」と「4.糖분을控える方法について」を分けるのがよいかどうか、迷うところである。	項目は冠危険因子の分類で整理した。検討を重ねた結果、食事と糖분을分け、糖尿病の予防、重症化予防の項目として対象者から得られた内容から抽出し、評価項目とした。	修正なし。
	2	4.糖분을控える方法について	血糖のコントロール、急上昇を避けることを気にしているかを評価する項目になっているので、表現を検討してはどうか。		修正なし。 「血糖を上げないための方法について」に修正を検討したが、逐語録、コードを確認したところ「血糖を上げない」というセルフケア行動は確認できなかったため「糖분을控える方法」のままとする。
	3	9.体の調子が悪い時の救急受診について	「体の調子が悪い時」というより、「AMIの前駆症状がある時」の受診行動を評価する項目になっているので、表現を変えた方が対象者はイメージしやすいと思う。		修正あり。 「9.再発の前ぶれの症状が現れた時の救急受診について」に修正した。
B 医師	1	3.食事について	「⑨米飯量を減らす」ことを実際には推奨していない。米飯を減らすことで服飾による塩分量の増加が見込まれる。「⑧腹7,8分目」があるので、⑨はない方がよいと思う。		修正あり。 「⑨米飯量を減らす」を削除した。 根拠；動脈硬化性疾患予防ガイドラインによれば「過食に注意し、適正な体重を維持する」ことが筆頭に挙げられており、「⑧腹7,8分目にする」は適切である。 しかし、「総エネルギー摂取量を適正にするために、炭水化物エネルギー比率を50-60%とする。」と記載されており、米飯に限局しておらず、低炭水化物食のエビデンスも十分確立されていないことを確認した。

B 医 師	2	4.糖分を抑える方法について	「①砂糖を多く摂らない」ことは指導しているが、人工甘味料の使用は推奨していない。人工甘味料は高価であり調理に使用できる物も限られるので検討が必要である。	修正あり。 「①砂糖を多く摂らない」を削除した。 根拠：「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」には、果糖を含む加工食品の制限の記述はあるが、糖尿病の食事については総エネルギー摂取量以外は個別に設定することが推奨されている。
	3	その他 研究3の対象者について	研究3の目標対象者数の確保を考えると、対象者の年齢を40歳～80歳に拡大してはどうか。40歳代の症例は増えており、対象者によるが70歳代後半の患者の回答能力は高いと考える。	根拠となる文献を確認し、対象者の年齢を40歳～80歳に拡大した。

「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表案」

研究課題；「急性心筋梗塞発症後6ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」について、別紙「研究協力依頼文書」の内容を読み、研究への参加に同意される場合、□に✓をつけ日付を記載してください。

同意いただけない場合は、この評価表を廃棄してください。

- 「研究協力依頼文書」の内容を読み理解しました。
- 研究参加に同意します。

令和 年 月 日

同意をいただきありがとうございます。

この評価表は、合計4ページあり、「評価項目A」と「評価項目B」があります。

この評価表は、「評価表A（2ページ）」と「評価表B（2ページ）」の合計4ページです。

「評価表A」と「評価表B」は様式が異なりますので注意して下さい。

「評価項目A」と「評価項目B」の回答欄が異なりますので注意して下さい。

なお、質問項目の「医療者」とは、医師・看護師・薬剤師・保健師・リハビリテーション技師等の医療関係者のことです。

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程
松野 千代美

評価表A

心筋梗塞の再発予防に向けて、あなたが現在行っている行動についてお答えください。

回答欄の「5（はい）」から「1（いいえ）」の中で、現在のあなたに一番当てはまる数字を○印で囲んでください。

	回答欄				
	はい	どちらか という はい	どちら とも いえ ない	どちらか という いいえ	いいえ
1) 血圧を定期的に測る	5	4	3	2	1
2) 血圧の値を手帳やノートなどに記録する	5	4	3	2	1
3) 血圧の値や変化を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1

2. タバコについて

1) 喫煙している人のそばに行かない（受動喫煙を避ける）	5	4	3	2	1
------------------------------	---	---	---	---	---

心筋梗塞になった時にタバコを吸っていた方のみ、お答えください

2) 心筋梗塞になってからタバコをやめた	5				1
3) 心筋梗塞になってからタバコの本数を減らした	5				1

3. 食事の摂り方について

1) 栄養のバランスを考えて食べる	5	4	3	2	1
2) 野菜を中心に食べる	5	4	3	2	1
3) 魚を積極的に食べる	5	4	3	2	1
4) よく噛んで食べる	5	4	3	2	1
5) 朝食を毎日食べる	5	4	3	2	1
6) 夕食を夜8時までに食べる	5	4	3	2	1
7) 夕食の後は、朝まで何も食べない	5	4	3	2	1
8) 食事を腹7、8分目にする	5	4	3	2	1
9) 塩分（濃い味付けや麺類の汁など）を多く摂らない	5	4	3	2	1
10) 脂肪（揚げ物など）を多く摂らない	5	4	3	2	1

4. 糖분을控えるための方法について

1) 菓子を買わない	5	4	3	2	1
2) 清涼飲料水や甘い飲み物を飲まない	5	4	3	2	1
3) 間食をしない	5	4	3	2	1

5. 体重について

1) 体重を定期的に測る	5	4	3	2	1
2) 体重を手帳やノートなどに記録する	5	4	3	2	1
3) 適正体重を維持する	5	4	3	2	1

6. アルコールについて

心筋梗塞になった時にお酒を飲んでいただけの方のみ、お答えください

1) 心筋梗塞になってから酒をやめた	5				1
2) 心筋梗塞になってから酒の量を減らした	5				1

	はい	どちらか という はい	どちら とも いえ ない	どちらか という いえ	いいえ
7. 定期受診、受診結果について					
1) 定期受診日を守る	5	4	3	2	1
2) 主治医に自覚症状や気になることを相談する	5	4	3	2	1
3) 定期受診で行った検査結果や病状の変化について医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
4) 血糖,ヘモグロビンエーワンシー(糖尿病を評価する検査)の値や変化について医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
5) 脂質,コレステロールの値や変化について医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1

8. 心臓カテーテル検査などについて

1) 指示どおりに心筋梗塞治療後の経過を調べる心臓カテーテル検査などを受ける	5	4	3	2	1
2) 心筋梗塞治療後の経過を調べる心臓カテーテル検査などの結果について異常の有無や経過を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1

9. 再発の前ぶれの症状が現れた時の救急受診について

1) 注意しなければならない心筋梗塞の前ぶれの症状を挙げる ことができる	5	4	3	2	1
2) 心筋梗塞の前ぶれの症状が現れた時には救急受診する	5	4	3	2	1

10. 内服薬について

1) 内服薬を指示どおりに飲む	5	4	3	2	1
2) 内服薬を飲む理由を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
3) 内服薬の飲み忘れを防ぐために工夫する	5	4	3	2	1
4) 内服薬を飲み忘れた時は時間をずらして飲む	5	4	3	2	1
5) 内服薬の副作用(血が止まりにくいなど)を説明できる	5	4	3	2	1

11. 生活活動、運動について

1) 主治医から指導されている再発を防ぐための注意点を守る	5	4	3	2	1
2) 体調の変化を確かめながら生活する	5	4	3	2	1
3) 規則的に生活する	5	4	3	2	1
4) 睡眠を十分にとる	5	4	3	2	1
5) ウォーキングや自転車に乗るなどの有酸素運動を行う	5	4	3	2	1
6) 体がきついと感じる活動(重たいものをもつ、激しい運動など)をしない	5	4	3	2	1

12. 自己管理に伴うストレスへの対処について

1) 自分に合ったリフレッシュ方法がある	5	4	3	2	1
2) 「制限」ではなく「少し減らす」という言葉に変えて生活する	5	4	3	2	1

評価表B

この用紙は、皆さまと一緒に生活をふりかえり、一人ひとりに合わせた健康管理の方法を考えるために使います。右の線上の1（いいえ）から5（はい）の中から、今のあなたに一番近い数字に○印をつけてください。

ど ど ど
 うち いち ち
 とら えら うら
 い いか な と か
 い いと いも はと は
 え えい い い

【 健康のために気をつけていること 】

1) 自分の健康に関する話題に耳を傾ける	1	2	3	4	5
2) 副作用などの治療の影響に気をつけている	1	2	3	4	5
3) 自分の体調の変化に気づくことができる	1	2	3	4	5
4) 検査結果に注意している	1	2	3	4	5
5) 自分の健康管理をしていきたい	1	2	3	4	5

【 健康のために選んでいること 】

1) 自分の楽しみや生き甲斐を考慮しながら、健康管理方法を選んでいる	1	2	3	4	5
2) 自分が実施できそうな健康管理方法を選ぶことができる	1	2	3	4	5
3) 相談できる医療者（医師や看護師など）を選んでいる	1	2	3	4	5
4) テレビ、本、インターネットなどのメディアから健康管理の情報を得ている	1	2	3	4	5
5) いろいろな方法の中で自分に合う健康管理方法を選んでいる	1	2	3	4	5

【 体調を整えること 】

1) ちょっと変だと思ったら休む	1	2	3	4	5
2) 具合が悪いときには、仕事量あるいは家事の量を減らしている	1	2	3	4	5
3) 無理をしないようにしている	1	2	3	4	5
4) 自分の強みを知っていて、それを健康管理に生かしている	1	2	3	4	5
5) 体調に合わせて活動範囲を変えている	1	2	3	4	5
6) 何か行動するとき、自分の健康状態を頭の片隅においている	1	2	3	4	5

【 生活の中で続けること 】

1) 自分の生活を健康管理という視点から振り返ったことがある	1	2	3	4	5
2) 自分に合わせた具体的な健康管理方法を見つけることができた	1	2	3	4	5
3) 自分なりの健康法で、病気とうまくつきあっている	1	2	3	4	5
4) 健康を保つ上で必要なことを行うコツをつかんだ	1	2	3	4	5
5) 自分の健康に良いことを自然と続けている	1	2	3	4	5
6) 健康を保つためにやろうと決めたことはやり通したい	1	2	3	4	5
7) 必要な健康管理を続けている	1	2	3	4	5

回答していない項目がないか確認してください。

ど ど ど
 うち いち ち
 とら えら うら
 い い な と と か
 い い と い も は と は
 え え い い い い

【 支援してくれる人をもつこと 】

1) 必要があれば、医療者に相談している	1	2	3	4	5
2) わからないことがあれば、質問できる人がある	1	2	3	4	5
3) 必要などときには、周りの人に援助を求めることができる	1	2	3	4	5
4) 健康に良くないことをしそうなときに、ブレーキをかけてくれる人がある	1	2	3	4	5
5) 自分ができないところは人にやってもらう	1	2	3	4	5
6) 周りの人の協力や励ましがある	1	2	3	4	5
7) 必要なことを理解して後押ししてくれる人がある	1	2	3	4	5

最後に、あなたのことについてお答えください。()に記載、□に☑をつけてください。

1. 下記の病名のうち現在内服薬等の治療を受けている病気はありますか。 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> その他(病名;)
2. 年 齢; () 歳
3. 性 別; <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
4. 職 業; <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」と回答した方にお聞きます。職場内であなたの病気を理解し協力してくれる人は誰ですか。 <input type="checkbox"/> 上司 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> その他()
5. 年金等を含めた年収; <input type="checkbox"/> ~200万円 <input type="checkbox"/> 200万円~400万円 <input type="checkbox"/> 400万円~600万円 <input type="checkbox"/> 600万円~
6. 同居者; <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」と回答した方にお聞きます。どなたと同居していますか。 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> あなたの子ども <input type="checkbox"/> あなたの親 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()
7. 同居者や知人など、あなたの病気を理解し協力してくれる人は誰ですか。 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> あなたの子ども <input type="checkbox"/> あなたの親 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()
8. 病気について相談できる身近な医療者はいますか。 ; <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
9. 「急性心筋梗塞あんしん連携ノート」を使用していますか。 ; <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10. 最終学歴; <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 専門学校・短期大学・大学等
11. 急性心筋梗塞になり治療を受けた年月; 令和()年()月

ご回答、ありがとうございます。

この評価表を封筒に入れて、ポストに投函してください。

202〇年〇月〇日

病院名

施設長 ○○ ○○ 様

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程〇年
松野 千代美

研究協力のご依頼

謹啓、時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年の松野千代美と申します。このたび、「急性心筋梗塞発症後6ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」と題し、看護研究を実施したいと考えております。

この度、北海道内の急性心筋梗塞あんしん連携ノートの参画機関である貴施設において、当方で作成した「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」を用いて、通院または入院しているAMI発症後6ヶ月が経過した患者への配表調査の実施に協力を依頼したいと考えました。

本研究を通して、臨床における評価表の有用性を明らかにすることができ、患者が再発予防に向けて実践しているセルフケア行動の評価に応じた個別の指導、助言が可能になると考えております。調査実施に際しては、貴施設の外来、病棟において、研究対象者を選定いただき、対象者への「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」（以下、評価表）を配布願います。なお、本研究において研究者は、貴施設の当該医療機関で保有している診療情報の提供は求めません。

なお、貴施設において改めて手続きが必要な場合はその手順に従います。

何卒、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究課題名

「急性心筋梗塞発症後6ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」

2. 研究目的

「AMI発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の作成、および評価表の信頼性と妥当性を検証する。

3. 研究協力施設、研究協力者、および研究対象者

研究協力施設は、北海道医療連携ネットワーク協議会ホームページ内の「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に提示のある60医療機関です。研究対象者は、初発AMI発症後にPCIによる治療実施後約6ヶ月から24ヶ月が経過した40歳から80歳の患者、計385名です。

4. 研究実施体制

本研究は、令和3年4月16日に厚生労働省等により提示された「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針ガイドランス」（以下、倫理指針）に基づき実施します。

- a. 本研究の研究責任者は、研究者である松野千代美（札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程在籍）です。研究者の実施内容は研究の実施に携わるとともに当該研究に係る業務を統括します。
- b. 本研究における研究協力施設は、研究対象者（以下、対象者）の選定、および対象者への「AMI 発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」（以下、評価表）の配布を依頼します。なお、本研究において研究者は、研究協力施設の当該医療機関で保有している診療情報の提供は求めません。
- c. 対象者は、研究協力施設から配布を受けた評価表に対して、個人の自由意思により無記名で回答を記載した後に、研究者宛て返送を依頼します。なお、研究者は対象者の年齢、性別、AMI 発症年月等の個人情報を、情報単体で特定の個人を識別できない情報として管理します。
- d. 本研究の研究計画書は、研究協力施設の指示に応じて各施設の研究倫理審査委員会等を受審します。
- e. 研究協力施設の施設長から同意が得られたのち、看護管理者に依頼文書を送付し、研究協力施設において対象者の選定や評価表を配布する研究協力者（医師、看護師等）を任命いただきます。また、評価表配布手順、対象者からの質問事項への対応方法等について事前に調整します。なお、研究協力者は、研究者から委託を受けて研究に関する業務の一部を請け負うにとどまり、研究協力施設において当該業務以外に研究に関与しません。
- f. 貴施設においては、再テスト調査をお願いします。対象者の選定条件を満たす対象者のうち無作為に 20 名を選定し、評価表と再調査用評価表を配布いただき、1 回目の回答後 2 週間後に再調査用評価表に記載し郵送いただきます。

5. 研究実施におけるインフォームド・コンセント

研究協力依頼書にインフォームド・コンセントに関する説明内容を明記し対象者に配布します。

対象者の同意の意思表示は評価表の同意欄へのチェックにより確認します。研究協力依頼書への記載、または研究協力施設における公開に際しては、以下の内容を記載します。

- a. 試料・情報の利用目的及び利用方法
- b. 利用し、又は提供する試料・情報の項目
- c. 利用する者の範囲
- d. 試料・情報の管理について責任を有する者の氏名又は名称
- e. 対象者が識別される試料・情報を取得しない旨
- f. 研究参加に関する問い合わせ先と電話番号

6. 貴施設への依頼事項

1) 対象者の選定

- a. 選定要件：貴院に通院または入院中の初発 AMI 発症後に PCI による治療実施後約 6 ヶ月から 24 ヶ月が経過した患者
- b. 年齢：40 歳から 80 歳の患者
- c. 人数：20 名以上

2) 対象者への依頼文書および評価表と再調査用評価表の配布

7. 手続き

- 1) 研究協力の可否について研究協力回答書に記載し、返信用封筒を用いて 202〇年〇月〇日（ ）までにご返送ください。
- 2) 承諾いただける場合は、施設長様から同意が得られたのち、看護管理者宛連絡いたします。

8. 評価表を用いた調査の流れ

【 回答の方法 】

評価表の回答は、下記の手順で行います。

- 1) 貴施設研究協力者から対象者用研究協力依頼書（以下、依頼書）と評価表、返送用封筒を渡していただき、対象者が協力する場合に回答を依頼する内容を記載しています。
- 2) 研究への参加は自由であり、回答された情報を厳重に保護します。また研究結果を公表することなどについて依頼書に記載しています。
- 3) 研究への協力を同意いただける場合、評価表に同意取得欄にチェック記載をもって同意取得とします。
- 4) 回答に要する時間は、20分から30分です。対象者の体調に合わせて回答を依頼します。
- 5) 評価表の内容は、「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」の項目ごとに当てはまると思う回答を5段階でお答えいただきます。項目数は74個です。また、性別、年齢、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月等について記載を依頼します。
- 6) 研究の内容や、評価表について質問がある場合の連絡先を依頼書に明記しています。

研究にあたり、研究者は以下の内容を守ることを対象者への依頼書に明記します。

- 1) 研究への参加は自由です。研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究にご協力いただける場合、あなたが通院されている病院名、あなた個人を特定できないようにしています。
- 3) 記録類は厳重に保管し、評価表の回答情報を人手に渡すことや研究以外の目的に用いることは一切ありません。
- 4) 研究にご協力いただき、郵送した後に研究への参加を取りやめることは、個人の特定制ができません。ため難しい状況です。心配なことがありましたら、研究者に連絡をお願いします。
- 5) この研究は身体的・心理的に害を及ぼすことはありません。しかし、万が一調査についてご心配や不都合などが生じましたら、回答を中止してかまいません。
- 6) あなたの年齢、性別、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月の内容で、知られたくないことや、答えたくないことは、無回答でかまいません。
- 7) 回答で得られた情報は、この研究の目的以外に使用しません。
- 8) 研究の結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開發表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 9) 研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧を希望される場合は、研究者に電話で連絡をいただきましたら対応します。

8. 倫理的な配慮

- 1) 研究参加および研究協力者紹介は自由意思によるものであり、研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 2) 研究参加の同意後であっても、対象者への評価表の配布前であれば協力を中止できること、協力を中止した場合であっても不利益は生じないことを保証します。
- 3) 研究および研究協力者紹介にご協力いただける場合、研究協力病院、研究対象者の回答、情報データは、個人を特定せず、プライバシーの保護と個人情報保護を厳守します。個人名や施設名

が特定されることはありません。

- 4) 本研究により得られた結果は、この研究の目的以外に使用しないことをお約束します。また、研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧の希望がありましたら対応いたします。
- 5) 本研究の研究資金は、札幌市立大学大学院看護学研究科からの研究支援費のみで実施します。また、研究者個人の経済的利益を得ることはありません。
- 6) 研究対象者に対して、経済的な負担が生じることはありません。
- 7) 研究結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開発表会における発表、および学会誌等に投稿します。
- 8) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了（2020年〇月予定）後、最低5年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかに再フォーマットにより完全にデータを消去します。
- 9) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。（承認番号 令和〇年度 No. 〇）

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL-FAX : 011-726-2756 (松浦研究室直通)

E-mail : 1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院看護学研究科 松浦 和代

E-mail : k.matsuura@scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会（札幌市立大学桑園事務室気付）

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL : 011-726-2500 FAX : 011-726-2506 メールアドレス : so.kyomu@scu.ac.jp

研究協力の回答書

1. 研究協力の可否について、下記のいずれかに☑をつけてください。

- 協力できます。 (2 へおすすみください。)
- 協力できません。 (ご協力ありがとうございました。)

※ご記入後、返信用封筒に入れて返送してください。

2. 研究に関する下記の説明項目について、承認いただける項目に☑をつけてください。

- 研究の目的と方法
- 研究実施体制
- 研究者は、貴施設で保有している診療情報の提供を求めないこと

3. 研究にご協力いただける場合は、以下の項目にご記入ください。

1) 連絡先

氏 名 :

研究協力施設、施設長氏名 :

2) 連絡方法

研究者から連絡させていただく場合の希望する連絡方法に☑をつけて選択してください。
また、選択された方法について、電話番号もしくはメールアドレス等を記入してください。

- 電 話 :
- メール :
- どちらでも可 :
- その他 ()

4. 研究協力に関連し、不明な点、質問がありましたら下記の欄に記入願います。

※ 記入が終わりましたら同封の返信用封筒に入れて 2020年〇月〇日（〇）までに返送をお願いします。ご協力ありがとうございます。

急性心筋梗塞で通院・治療をされている方へ

2020年〇月〇日

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程〇年

松野 千代美

研究協力をお願い

私（研究者）は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程〇年の松野千代美と申します。

私は、「急性心筋梗塞発症後6ヶ月が経過した患者の再発予防に向けたセルフケア行動評価表の作成および評価表の信頼性、妥当性の検証」という看護研究に取り組んでいます。この研究は、急性心筋梗塞の病を経験した患者の皆さまが、初めて血管内をひろげたりステントを入れるなどの治療を終えて約6ヶ月が経過したのちに、再び心筋梗塞を起こさないためにどのようなことに気を付けられて生活しているのかについて、「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」にご回答いただくことを目的としています。この研究を行うことにより、評価表が効果的に活用できるかを明らかにすることができ、患者の皆さまが再発予防に向けて行っているセルフケア行動の評価を確かめて、医療者による個別の指導、助言が可能になると考えております。

この研究はあなたが通院されている病院の病院長の許可を受け、担当の医師から紹介を受けた患者の皆さまを対象としています。評価表は、あなたが通院されている病院の外来、または病棟で担当の方から配布いただきます。

ご回答いただきました評価表は、同封の封筒に入れて郵送をお願いいたします。

この研究の対象となる方は、「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に登録されている北海道内の60箇所の病院に通院されている、40歳から80歳の方、合計385名です。

評価表の記載には20分から30分ほどを要する予定です。あなたには、この調査に応じていただいても直接的な利益を感じられない場合があります。また、急性心筋梗塞によるつらい症状やお気持ちを思い出されるかもしれません。しかし、今回お伺いした内容を、急性心筋梗塞の病気にかかられたほかの方たちの生活に生かせる可能性があります。何とぞご理解の上、ご協力をお願いいたします。

【 回答の方法 】

評価表の回答は、下記の手順で行います。

- 1) 病院職員から渡されたこの依頼書の内容を読み、協力いただける場合に回答願います。
- 2) 研究への参加は自由であり、回答された情報を厳重に保護します。また研究結果を公表することなどについて、下記に記載しています。
- 3) この用紙を読みご理解をいただき、研究への協力を同意いただける場合、評価表の表紙にチェックを記載し、すべての項目への回答後に郵送願います。
- 4) 回答に要する時間は、20分から30分です。あなたの体調に合わせて回答願います。

- 5) 「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表」は、研究者が作成した「評価表 A (心筋梗塞の再発予防に向けて現在行っている行動)」と、「評価表 B (他の研究者が開発した現在行っている健康管理の方法)」により構成されています。項目ごとに当てはまると思う回答を 5 段階でお答えいただきます。項目数は 74 個です。また、最後のページのあなたのことについてお伺いする項目 (性別、年齢、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月等) についても記載して下さい。
- 6) この評価表について詳しく確かめるために、今回同じ評価表に 2 回の回答をお願いします。1 回目と 2 回目の間隔は 2 週間後に回答し郵送をお願いします。
- 7) 研究の内容や、評価表について質問がありましたら、下記連絡先に連絡願います。

研究にあたり、私は以下の内容を守ることをお約束します。

- 1) 本研究で得られた情報は、この研究の目的以外に使用しません。
- 2) 本研究の結果は、札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文として提出し、札幌市立大学大学院研究公開発表会において発表および学会誌等に投稿します。
- 3) 研究にご協力いただける場合、あなたが通院されている病院名、あなた個人を特定できないようにします。
- 4) あなたの年齢、性別、急性心筋梗塞になり治療を受けた年月等の内容で、知られたくないことや答えたくないことは、無回答でかまいません。
- 5) 記録類は厳重に保管し、評価表の回答情報を研究者、指導教員 (下記、「研究に関する連絡先」をご参照ください。) 以外の人手に渡すことや研究以外の目的に用いることは一切ありません。
- 6) 本研究で得た情報は厳重に管理します。電子データおよび電子情報は、研究者が札幌市立大学大学院博士後期課程修了 (2020 年〇月予定) 後、最低 5 年間、責任をもって保管管理を行い、保管場所から持ち出しません。保管期間終了後、速やかにデータを消去します。
- 7) 研究への参加は自由です。研究に参加しないことによる不利益を被ることはありません。
- 8) 研究にご協力いただき、郵送した後に研究への参加を取りやめることは、個人の特定ができないため難しい状況です。心配なことがありましたら、研究者に連絡をお願いします。
- 9) この研究は身体的・心理的に害を及ぼすことはありません。しかし、万が一調査についてご心配や不都合などが生じましたら、回答を中止してかまいません。
- 10) 研究参加により、経済的な負担が生じることはありません。
- 11) 本研究により、研究協力病院や研究者個人の経済的利益を得ることはありません。また、本研究の資金は札幌市立大学大学院看護学研究科からの研究支援費のみで実施します。
- 12) 研究計画書及び研究の方法に関する資料の提出や閲覧を希望される場合は、研究者に電話で連絡をいただきましたら対応します。
- 13) 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会において倫理審査を受け、承認を得ています。(承認番号 令和〇年度 No. 〇)

以上、この研究についてご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

この研究につきまして、ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までご連絡ください。

「研究に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL-FAX : 011-726-2756 (松浦研究室直通)

E-mail : 1775001@st.scu.ac.jp

指導教員 札幌市立大学大学院 看護学研究科 松浦 和代

E-mail : k.matsuura@scu.ac.jp

「研究倫理に関する連絡先」

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会 (札幌市立大学桑園事務室気付)

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL : 011-726-2500 FAX : 011-726-2506 メールアドレス : so.kyomu@scu.ac.jp

「セルフケア能力を査定する質問紙 Self-Care Agency Questionnaire」開発者

本庄 恵子様

2023 年 1 月 15 日

札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期過程 3 年

松野 千代美

「セルフケア能力を査定する質問紙 Self-Care Agency Questionnaire」使用に関するお伺い

謹啓、時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は、札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻仙士後期課程 3 年の松野千代美と申します。

このたび、本庄先生が開発されました「セルフケア能力を査定する質問紙 Self-Care Agency Questionnaire (SCAQ-30) 30 項目を活用させていただける可能性をお伺いしたく連絡いたしました。何卒、ご検討をよろしくお願い申し上げます。

敬具

1) 研究部垣名

「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表の作成と臨床における評価表の有用性の検討および信頼性と妥当性の検証」

2) 研究目的

「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表 (案)」を作成し、臨床における評価表の有用性の検討と信頼性、妥当性を検証する。

3) 使用許可申請内容

「セルフケア能力を査定する質問紙 Self-Care Agency Questionnaire (SCAQ-30)」と、本研究において作成した「急性心筋梗塞発症後 6 ヶ月患者のセルフケア行動評価表 (案)」を活用し、385 名の患者への調査結果から、相関関係を検討し基準関連妥当性を検証したいと考えましたので、使用許可を申請いたします。

札幌市立大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程 松野 千代美

〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

TEL- : 011-726-2756 (松浦研究室直通) E-mail:chiyom@otarukyokai.or.jp

資料 14 研究 2 研究実施体制

本研究における名称	倫理指針の定めによる名称	本研究における実施内容
<p>【研究者】 松野千代美(札幌市立大学大学院看護学研究科博士後期課程在籍)</p>	<p>「研究責任者」</p>	<p>研究の実施に携わるとともに、当該研究に係る業務を統括した。また、倫理指針の定める「研究者等の責務等（1. 研究対象者等への配慮， 2. 教育・研修）」を遵守し、研究を実施した。</p>
<p>【研究協力施設における施設長】 北海道医療連携ネットワーク協議会ホームページ内の「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に提示のあった 60 医療機関の施設長</p>	<p>「委託を受けて研究に関する業務の一部についてのみ従事する者」</p>	<p>研究者から研究に関する業務の一部を請け負った者で、研究協力施設において当該業務以外に研究に関与しないこととした。</p>
<p>【研究協力施設における当該医師および当該看護師】 北海道医療連携ネットワーク協議会ホームページ内の「急性心筋梗塞あんしん連携ノート参画機関一覧」に提示のあった 60 医療機関の施設長のうち研究協力の同意が得られた施設において、対象者の選定および評価表を配布した研究協力者</p>	<p>「委託を受けて研究に関する業務の一部についてのみ従事する者」</p>	<p>研究者から研究に関する業務の一部を請け負った者で、研究協力施設において当該業務以外に研究に関与しないこととした。</p>

資料15 研究2 「急性心筋梗塞発症後6ヶ月患者のセルフケア行動評価表」

心筋梗塞の再発予防に向けて、あなたが現在行っている行動についてお答えください。回答欄の「5（はい）」から「1（いいえ）」の中で、現在のあなたに一番当てはまる数字を○印で囲んでください。

生活管理行動	回答欄				
	はい	どちらか という はい	どちら とも いえ ない	どちらか という いいえ	いいえ
① よく噛んで食べる	5	4	3	2	1
② 塩分を多く摂らない	5	4	3	2	1
③ 体がきついと感じる活動をしない	5	4	3	2	1
④ 夕食の後、朝まで何も食べない	5	4	3	2	1
⑤ 食事を腹7、8分目にする	5	4	3	2	1
⑥ 栄養のバランスを考えて食べる	5	4	3	2	1
⑦ 脂肪を多く摂らない	5	4	3	2	1
⑧ 規則的に生活する	5	4	3	2	1
⑨ 喫煙している人のそばに行かない	5	4	3	2	1
⑩ 朝食を毎日食べる	5	4	3	2	1
⑪ 睡眠を十分にとる	5	4	3	2	1
⑫ 間食をしない	5	4	3	2	1
⑬ 適正体重を維持する	5	4	3	2	1
⑭ 体重を手帳やノートなどに記録する	5	4	3	2	1
⑮ 清涼飲料水や甘い飲み物を飲まない	5	4	3	2	1
受療行動					
① 脂質、コレステロールの値や変化を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
② 血糖、HbA1cの値や変化を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
③ 心臓カテーテル検査などの結果、異常の有無や経過を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
④ 内服薬を飲む理由を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
⑤ 内服薬の副作用を説明できる	5	4	3	2	1
⑥ 定期受診の検査結果や病状の変化を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
⑦ 指示どおりに心臓カテーテル検査などを受ける	5	4	3	2	1
血圧管理行動					
① 血圧を定期的に測る	5	4	3	2	1
② 血圧の値や変化を医療者や家族に説明できる	5	4	3	2	1
③ 血圧の値を手帳やノートなどに記録する	5	4	3	2	1