



北海道公立大学法人  
**札幌医科大学**  
Sapporo Medical University

**札幌医科大学学術機関リポジトリ *ikor***

SAPPORO MEDICAL UNIVERSITY INFORMATION AND KNOWLEDGE REPOSITORY

Title	高齢の軽症脳卒中患者の健康管理と QOL の実態
Author(s)	鳥谷, めぐみ; 長谷川, 真澄; 瀧, 断子
Citation	札幌保健科学雑誌, 第 6 号: 28-34
Issue Date	2017 年
DOI	10.15114/sjhs.6.28
Doc URL	<a href="http://ir.cc.sapmed.ac.jp/dspace/handle/123456789/6987">http://ir.cc.sapmed.ac.jp/dspace/handle/123456789/6987</a>
Type	Technical Report
Additional Information	
File Information	n2186621X628.pdf

- コンテンツの著作権は、執筆者、出版社等が有します。
- 利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲内で行ってください。
- 著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲を越える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。

研究報告

## 高齢の軽症脳卒中患者の健康管理とQOLの実態

鳥谷めぐみ<sup>1)</sup>、長谷川真澄<sup>1)</sup>、瀧 断子<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 札幌医科大学保健医療学部看護学科

<sup>2)</sup> 日本医療大学保健医療学部看護学科

本研究の目的は、高齢の軽症脳卒中患者の退院後のQOL、健康管理の実態、健康管理や生活上の困難に対する体験を明らかにすることである。対象者は、脳神経外科病院へ通院中の65歳以上の軽症脳卒中患者41人とした。研究デザインは混合研究法とし、SF-8、健康管理行動の量的調査および健康管理と生活上の困難などの質的調査を行った。分析方法は発症後3年以上と3年以内の2群に分け比較した。SF-8は、発症後3年以上は3年以内より「全体的健康感」「心の健康」「日常役割機能（精神）」が有意に高かった。健康管理行動は、発症後3年以上でも禁煙と飲酒制限は継続されるが、血圧をいつも測定する者は減少した。インタビューからは《楽観的な健康認識》《制約のある生活》《どうしてよいかわからない健康管理》《思い通りにいかない日常生活》のカテゴリーが見出された。高齢の軽症脳卒中患者の再発予防支援では、軽症だったことへの安堵を維持しながら、健康管理への関心を高め、健康管理方法を示す必要性が示唆された。

キーワード：高齢者、軽症脳卒中、SF-8、健康管理、再発予防

## Health management and QOL of elderly patients with mild strokes

Megumi TORIYA<sup>1)</sup>, Masumi HASEGAWA<sup>1)</sup>, Tatsuko TAKI<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

<sup>2)</sup> Department of Nursing, Faculty of Health & Medical Care, Japan Health Care College

This study aims to understand details of health management issues and QOL, as well as difficulties in daily life after discharge for elderly patients with mild strokes who were 65 years or older. Participants were 41 outpatients of a neurosurgery hospital. Mixed method research was employed: a quantitative survey for SF-8, health management behavior, and a qualitative study for difficulties in health management and daily life. In the analysis we distinguished participants into two groups: one where three years or more had passed after the onset of the stroke and one where less than three years had passed. The health management behavior and SF-8 between the two groups were compared. The SF-8 scores for the three year plus group were significantly higher in 'general health', 'mental health', and 'role emotion'. For the health management behavior, not smoking and self-regulated alcohol intake were maintained in the three year plus group, but the number of patients regularly measuring blood pressure was lower. Four categories: "optimistic health cognition", "life with restrictions", "insecurity in health management", "inability to conduct daily life as wished" were identified in the interviews. The findings suggest the necessity to provide elderly mild stroke patients with support to prevent stroke recurrence by showing health management methods that maintaining the feeling of relief because the stroke was mild.

Keywords: elderly people, mild stroke, SF-8, health management, stroke recurrence prevention

Sapporo J. Health Sci. 6:28-34(2017)

DOI:10.15114/sjhs.6.28

## I. はじめに

近年、脳卒中による死亡率は減少しているが、軽症例や再発例の増加がみられている<sup>1)</sup>。脳卒中は初発時に軽症でも、再発後は重症化することが多く、60歳以降の再発率が高い<sup>2)</sup>。したがって、再発予防のための継続的な健康管理が求められる。しかし、軽症脳卒中患者は入院期間が短く、再発予防に関して十分な教育を受けられず、自宅に退院していると予測される。

軽症脳卒中患者に関する先行研究では、歩行可能でも外出頻度の減少など生活の縮小がみられ、生活の縮小が抑うつや意欲の低下に関連することが報告されており<sup>3)</sup>、機能障害が少なくてもQuality Of Life (以下QOL) へ影響すると思われる。また、軽症脳梗塞患者を対象とした退院後の健康管理の実態調査からは、血圧測定や食事療法、運動などの健康管理行動が習慣化できない様子が報告されている<sup>4)</sup>。しかし、これらの先行研究は、対象を高齢者に限定していないため、高齢の軽症脳卒中患者の特徴が示されているとは言えない。脳卒中の発症は高齢化傾向にあるが<sup>5)</sup>、高齢者が健康管理行動を変容するのは長年の習慣もあり容易ではない。また、脳卒中患者への再発予防指導は、退院時に短時間で実施されることが多いが<sup>6)</sup>、高齢軽症脳卒中患者の再発予防に関する認識や、退院後の健康管理行動の実態については明らかになっていない。

## II. 目的

本研究の目的は、高齢の軽症脳卒中患者を対象に、退院後の健康管理行動とQOL、および入院中の再発予防教育の量的データと、退院後の健康管理と生活上の困難に関する質的データを統合し、高齢の軽症脳卒中患者の退院後の健康管理や生活上の困難に関する実態を明らかにすることである。

## III. 方法

### 1. 研究デザイン

疾患管理のための保健行動には、疾患に関する脅威や重大性などの認識が影響する<sup>7)</sup>。高齢の軽症脳卒中患者の健康管理の特徴を明らかにするためには、健康管理行動の実態と認識の両側面から検討することが必要と考える。そこで、研究デザインを混合研究法の収斂的デザイン<sup>8)</sup>とし、質問紙調査とインタビュー調査を並行的に行った。

### 2. 調査対象者

対象者は、脳神経外科を標榜する一般病院1施設において、外来へ通院中の軽症脳卒中患者とした。本研究において軽症脳卒中患者とは、脳出血、脳梗塞、一過性脳虚血発

作を発症し、入院治療を受け、退院時に歩行可能であった者とした。歩行については、自立歩行以外に、杖歩行や装具装着による歩行を含み、歩行器による歩行は除外した。年齢は65歳以上とし、発症からの期間は問わなかった。認知機能障害がある者は除外対象とした。

### 3. 調査方法

データ収集期間は2013年1月～3月である。

#### 1) 質問紙調査

質問紙調査は以下の4項目で構成し、回答方法は自記または聞き取り調査のいずれかを対象者に選択してもらい、その場で回収した。

①対象者の属性：年齢、性別、脳卒中の病型、脳卒中発症後の期間、脳卒中のリスク因子、発症前の生活習慣、日常生活動作をたずねた。脳卒中のリスク因子は高血圧、脂質代謝異常症、糖尿病、不整脈または心房細動、心筋梗塞または狭心症の有無を確認した。日常生活動作には、応用的な日常生活動作評価の改訂版Frenchay Acitivity Index (以下SR-FAI) を用いた<sup>9)</sup>。SR-FAIは屋内家事、屋外家事、戸外活動、趣味、勤労の5領域15項目を実施頻度に応じて評価し、点数が高いほど活動性が高いことを示す。SR-FAIの患者による評価者内信頼性は、一項目を除きCohenのカッパ係数0.4以上と一致度が良好であり、患者と療法士評価の領域別スコアの相関係数も0.75以上と信頼性が確認されている。

②QOL：日本語版The MOS 8-Item Short-Form Health Survey (以下SF-8)<sup>10)</sup>を用いた。SF-8は「全体的健康感」「身体機能」「日常役割機能(身体)」「体の痛み」「活力」「社会生活機能」「心の健康」「日常役割機能(精神)」の8つの健康概念を、過去1か月の状態について5ないし6段階で回答する。SF-8の各項目は50点が国民標準値である。

③健康管理行動：禁煙、飲酒制限、血圧測定、運動、塩分制限、脂質制限の実施頻度を4段階でたずねた。

④再発予防教育の有無と内容：医師および看護師からの入院中に実施された再発予防に関する患者教育の有無と内容をたずねた。再発予防教育の有無は対象者の主観的な評価とした。

#### 2) インタビュー調査

インタビュー調査は半構造化インタビューとし、退院後の健康管理と生活上困難に感じていることについて語ってもらった。インタビュー調査は質問紙調査と同日に実施し、同意を得て録音した。

### 4. 分析方法

質問紙調査の分析は、各調査項目の記述統計を算出した。脳卒中の再発リスクは初発後3年以内は、同年齢の初回発症率より5倍ほど高い<sup>11)</sup>。再発リスクの高さから、対象者を脳卒中発症後3年以内と3年以上の2群に分け、SF-8と健康管理行動の群間の差についてt検定、Kruskal-Wallis検定

を行った。統計解析にはIBM SPSS Statistics Version21を用い、有意水準は5%とした。

インタビュー調査の分析は、逐語録を作成し、健康管理と生活上の困難に着目して代表的データを抽出した。類似した内容を集め、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象化した。分析結果は、研究者間でサブカテゴリー、カテゴリーの整合性、妥当性について合意するまで繰り返し検討した。

さらに、インタビュー調査の分析結果と脳卒中発症後の期間をジョイント・ディスプレイで示し、比較した。

### 5. 倫理的配慮

調査協力病院の管理者に対し、研究の趣旨、調査方法、調査内容ならびに倫理的配慮について説明し、調査協力病院の倫理委員会の承認を受けた。外来看護責任者に対象者の紹介を依頼し、研究者が書面および口頭で本研究の目的・方法、匿名性の確保、自由意思による参加、非協力による診療上の不利益はないことを説明し、同意書を取り交わした。説明と調査は個室で行い、外来の待ち時間を利用して対象者の負担に配慮した。本研究は天使大学研究倫理委員会の承認（受付番号2012-23、2012年11月13日承認）を受けて実施した。

## IV. 結 果

### 1. 対象者の概要（表1）

条件に合致する対象者41人が紹介され、全員が聞き取りによる質問紙調査に同意し、インタビュー調査は38人

が同意した。したがって、質問紙調査41人（有効回答率100%）、インタビュー38人を分析対象とした。

対象者は男性63.4%、女性36.6%、平均年齢（±SD）は75.3±6.3歳であった。脳卒中の病型は脳梗塞82.9%、脳出血14.6%、一過性脳虚血発作2.4%であった。再発した者はいなかった。脳卒中のリスク因子は、高血圧51.2%、脂質代謝異常症36.6%、糖尿病24.4%、不整脈/心房細動14.6%。心筋梗塞/狭心症9.8%であった。脳卒中発症前の生活習慣は喫煙習慣あり41.5%、飲酒習慣あり53.7%、運動習慣なし68.3%であった。SR-FAI平均値（±SD）は20.3±7.0であった。脳卒中発症後の平均期間（±SD）は6.8±6.0年で、発症後3か月から29年までであった。脳卒中発症後の期間は3年以上が70.7%であった。対象者の概要において、脳卒中発症後3年以内と3年以上の2群間に有意差は認められなかった。

### 2. 軽症脳卒中患者のQOLの実態

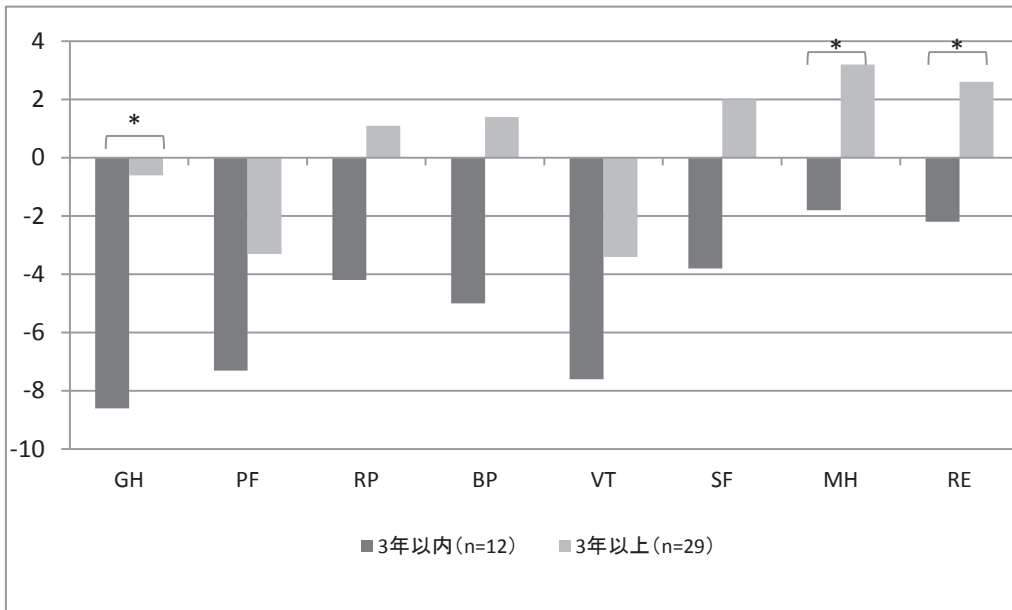
脳卒中発症後3年以内と3年以上のSF-8の結果を図1に示した。3年以内は8項目全て国民標準値より低かった。3年以上では「日常役割機能（身体）」「体の痛み」「社会生活機能」「心の健康」「日常役割機能（精神）」の5項目は国民標準値より高かった。脳卒中発症後の3年以内と3年以上の2群間の比較では、「全体的健康感」（ $t=-3.25, df=39, p<0.05$ ）、「心の健康」（ $t=-2.03, df=39, p<0.05$ ）、「日常役割機能（精神）」（ $t=-2.30, df=39, p<0.05$ ）の3項目で有意差が認められ、3年以上が3年以内より高かった。しかし、全体的健康感は3年以上であっても国民標準値より低かった。

表1 対象者の概要

項目	総計 (n=41)		3年以内 (n=12)		3年以上 (n=29)		有意 確率
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別	男性	26 (63.4)	8 (66.7)	18 (63.4)	.781		
	女性	15 (36.6)	4 (33.3)	11 (36.6)			
脳卒中の病型	脳梗塞	34 (82.9)	10 (83.3)	24 (82.8)	.794		
	脳出血	6 (14.6)	2 (16.7)	4 (13.8)			
	一過性脳虚血発作	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (3.4)			
脳卒中のリスク因子 (複数回答あり)	高血圧	21 (51.2)	7 (58.3)	14 (48.3)	.558		
	脂質代謝異常症	15 (36.6)	3 (25.0)	12 (41.4)	.322		
	糖尿病	10 (24.4)	4 (33.3)	6 (20.7)	.391		
	不整脈/心房細動	6 (14.6)	1 (8.3)	5 (17.2)	.463		
	心筋梗塞/狭心症	4 (9.8)	0 (0.0)	4 (13.8)	.176		
脳卒中発症前の生活習慣	喫煙習慣あり	17 (41.5)	3 (25.0)	14 (48.3)	.169		
	飲酒習慣あり	22 (53.7)	7 (58.3)	15 (51.7)	.699		
	運動習慣なし	28 (68.3)	4 (33.3)	9 (31.0)	.886		
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
年齢	75.3	6.3	74.8	6.1	75.5	6.4	.886
SR-FAI	20.3	7.0	19.5	5.9	20.6	7.5	.556
脳卒中発症後の期間（年）	6.8	6.0	1.5	0.8	9.0	5.8	

SR-FAI：改訂版Frenchay Acitivity Index

性別、脳卒中の病型、脳卒中のリスク因子、発症前の生活習慣、発症前の期間：χ<sup>2</sup>検定, Kruskal-Wallis検定  
年齢、SR-FAI：Mann-WhitneyのU検定



GH: 全体的健康感, PF: 身体機能, RP: 日常役割機能(身体), BP: 身体の痛み, VT: 活力, SF: 社会生活機能, MH: 心の健康, RE: 日常役割機能(精神) . 各項目は国民標準値(50)を基準としてその差を示した. \* $p < .05$

図1 脳卒中発症後の期間とSF-8各項目のt検定の結果

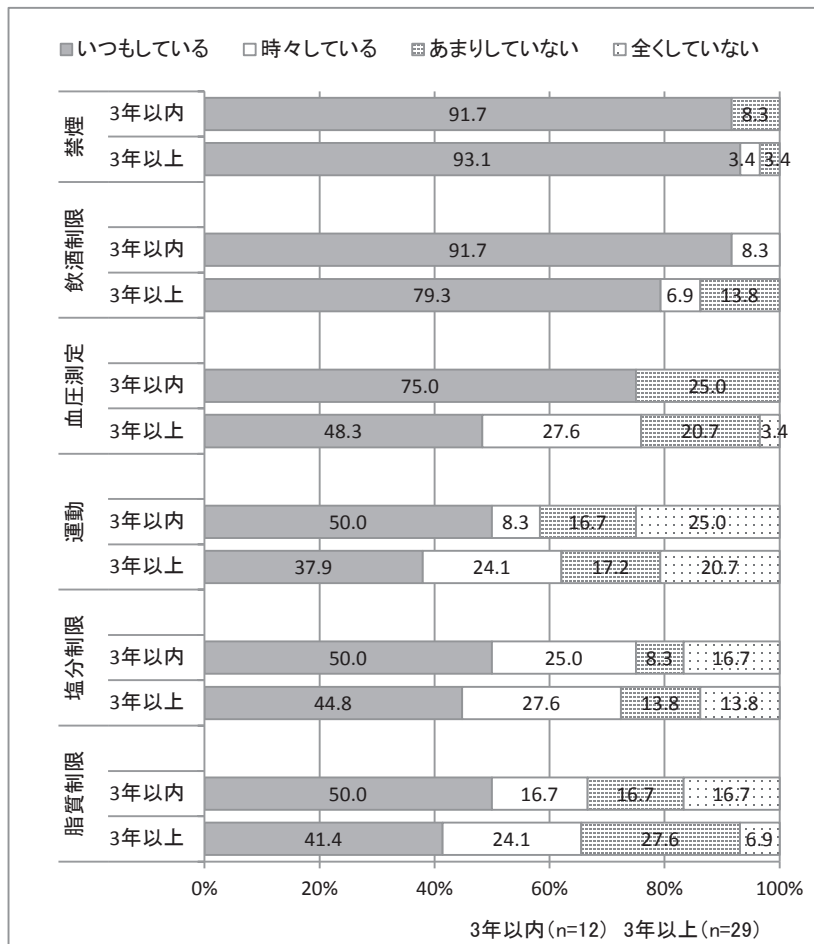


図2 脳卒中発症後の期間による健康管理行動の実態



3. 軽症脳卒中患者の健康管理行動の実態

脳卒中発症後の健康管理行動の実態を発症後3年以内と3年以上の群別で示した(図2)。いずれの健康管理行動も2群間で有意差は認められなかった。禁煙および飲酒制限は発症後の期間に関わらず80~90%前後で継続されていた。血圧測定は、3年以内は「いつもしている」が75.0%だが、3年以上になると48.3%であった。運動や塩分制限、脂質制限は3年以上では「いつもしている」は38~45%であった。

4. 再発予防教育の有無と内容

入院中の再発予防に関する患者教育は、医師から「指導あり」が75.6%であったのに対し、看護師から「指導あり」は22.0%であった。医師から指導を受けた内容は血圧管理および運動が46.3%、塩分制限34.1%、飲酒制限19.5%、禁煙17.1%、脂質制限14.1%、服薬管理4.9%であった。

5. 軽症脳卒中患者の健康管理と生活上の困難に関する体験

インタビューの分析結果を表2に示した。また、脳卒中

発症後の期間別の代表的データを示した。抽出されたカテゴリーは《 》、サブカテゴリーは< >で示す。

軽症脳卒中患者の健康管理と生活上の困難では《楽観的な健康認識》《制約のある生活》《どうしてよいかわからない健康管理》《思い通りにいかない日常生活》の4つのカテゴリーが見出された。《楽観的な健康認識》には<軽症だったことへの安堵><余計な心配をしない>のサブカテゴリーが含まれた。<軽症だったことへの安堵>は発症後の期間に関わらず語られた。<余計な心配をしない>は3年以上の対象者から語られ、服薬管理や血圧管理が不十分であっても心配をしない様子が示された。《制約のある生活》には<身体の衰えの気づき><食事制限への不満>のサブカテゴリーが含まれた。<身体の衰えの気づき>は3年以内と3年以上どちらからも語られた。<食事制限への不満>は3年以上で語られ、塩分制限や服薬などにより食べたいものが食べられないことへの不満が表された。《どうしてよいかわからない健康管理》には<健康管理方法への戸惑い><漠然とした再発への心配>が含まれた。<健康

表2 脳卒中発症後の期間別にみた健康管理と生活上の困難

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的データ	発症後の期間	
			3年以内	3年以上
楽観的な健康認識	軽症だったことへの安堵	・ちゃんと歩けるようになって嬉しかった ・健康上、気にかかることはない ・軽く済んでよかった ・医師や看護師が何も言わないから、心配するようなことはないと思う	●	●
	余計な心配をしない	・杖は使い始めたが、病気になって困ったことは無い ・今は時間がたつて再発の心配が減った ・どうしたら病気になるのかわからないから、なつたらなつたでしょうがない ・太らないようにだけして、あとは何もしていない ・薬は余るときもあるが、特に心配なことは無い ・血圧は測ってただけで面倒くさくなって、今はあまり気にしていない	●	●
制約のある生活	身体の衰えの気づき	・体にいいことをしようと思っても積極性がなくてできない ・自分は軽い方だが健康な状態とのギャップを埋められない ・去年できたことが今年できない	●	●
	食事制限への不満	・たらことか、食べたいけど買わないようにしている ・食べたいもの(塩分)が食べられないから太れない ・食べたいもの(納豆)が制限される	●	●
どうしてよいかわからない健康管理	健康管理方法への戸惑い	・どういう風に勉強していいかわかんない ・飲まなくていいなら飲まない、薬がなくなればいいなと思う。 ・どういうことをしたらよいか細かく教えてもらわないとわからない ・風邪をひかないようにしたいけれど、どうしていいかわかんない ・医師からは特に何も言われないので、自分が優等生なのかよくわからない	●	●
	漠然とした再発への心配	・他の場所でもそういうこと(脳卒中)が起きるのではないかと思う ・何かあると“またなるのか”“もうすぐかな”といつも考える ・2回、3回となっている人がいるから、同じ病気で倒れたら困る ・2~3年に一回、再発がくるって言われて心配だった	●	●
思い通りにいかない日常生活	移動の不自由さ	・家なら何とかかなと思ってたけど、床から立ち上がるのに時間がかかる ・家の中でも何かにつかまって歩いている ・道路はでこぼこがあって、病院とはちがう ・歩いているとだるくなる ・どこにも行けないのが困った	●	●
	日常生活動作の不自由さ	・右利きなのでトイレも箸も困った ・今でも左目は欠けている ・熱い冷たいがわからないので茶碗をひっくり返しそうになる ・包丁を持つが大変	●	●
複数課題遂行の難しさ	コミュニケーションの不自由さ	・しゃべろうと思っても思うように口が回らない ・言葉に出して言おうとするとぼつと出てこない ・字が書けない	●	●
	趣味活動への不満足	・お釣りをもらおうと財布にしまっているうちに小銭を渡されるが受け取れない ・水泳してもうまくできない	●	●
記憶の困難さ		・10分か15分したらすぐ忘れる ・頭がぼろっとして全然だめ ・今聞いたことをすぐ忘れる	●	●

管理方法への戸惑い>では、発症後の期間に関わらず、具体的な健康管理方法を身に付けたり、情報を得ることができずにいる様子が示された。<漠然とした再発への心配>は脳発症後の期間に関わらず語られた。

生活上の困難では、《思い通りにいかない日常生活》のカテゴリーが見出された。このカテゴリーには<移動の不自由さ><日常生活動作の不自由さ><コミュニケーションの不自由さ><複数課題遂行の難しさ><趣味活動への不満足><記憶の困難さ>が含まれ、これらは発症後3年以内で語られることが多かった。また、<記憶の困難さ>は3年以上の対象者から語られた。

## V. 考 察

### 1. 高齢の軽症脳卒中患者のQOLの実態

本研究対象者の病型は、脳梗塞がほとんどを占め、脳出血が1~2割程度と日本における高齢の脳卒中患者の発症者の傾向<sup>1)</sup>と類似していた。SR-FAIは、在宅脳卒中患者の平均値よりも高く<sup>9)</sup>、家事や屋外活動など生活関連動作能力も高かった。また、SF-8の結果から、発症後3年以内のQOLは全体的に低かった。これらの結果は先行研究<sup>3)</sup>と同様であり、日常生活動作が自立している軽症脳卒中患者であっても、退院後早期はQOLが低い傾向を示した。しかし、発症後3年以上では、3年以内より全体的健康感、心の健康、日常役割機能(精神)の3項目について高いことが新たに示された。発症期間によるQOLの違いは、再発しない期間の長さが影響する可能性が示唆された。

### 2. 高齢の軽症脳卒中患者の健康管理と生活上の困難

本研究の対象者は、脳卒中発症前に喫煙習慣のあった者は41.5%であったが、退院後に禁煙している者は、3年以上でも93.1%であった。飲酒習慣のあった者は53.7%であったが、飲酒制限を行っているのは79.3%であった。これは入院中の禁煙や飲酒制限がそのまま継続されていると推測される。一方で、発症前から運動習慣のなかった者は68.3%で、退院後も運動が習慣化できていない者は約40%と、運動を継続することは困難であった。これらの健康管理行動の実態は先行研究<sup>4)</sup>と同様であった。血圧測定や食事制限、運動などが継続されない理由としては、脳卒中のリスク因子が関連していると推測される。本研究における高血圧、脂質代謝異常症、糖尿病を有している者の割合は、先行研究<sup>4)</sup>と比較すると糖尿病は同程度だが、高血圧と脂質代謝異常症を有する者の割合が低かった。このことが、血圧管理や食事制限実施率の低さに影響すると考える。食事制限の実施は、インタビューから<食事制限への不満>が語られたことも関連していると考えられる。さらに、運動に関しては、対象者に杖歩行や装具装着も含めたため、機能的に運動が困難な場合も含まれている可能性がある。

健康管理と日常生活の困難に関するインタビューでは、

《楽観的な健康認識》《どうしてよいかわからない健康管理》が語られた。Sarreら<sup>12)</sup>による脳卒中後の適応に関するシステマティックレビューでは、脳卒中後の問題として、身体的な困難が少ないことで問題がないと周囲も本人も捉えることが指摘されており、本研究においても、<余計な心配をしない>などの楽観的な健康認識があることが示された。また、脳卒中患者は情報を得たがっていると指摘されている<sup>12)</sup>。本研究の対象者の場合は<健康管理方法への戸惑い>から情報を必要としていることは示唆されたが、情報を得るための具体的方略の実践は示されなかった。以上から、高齢の軽症脳卒中患者への再発予防支援には、再発リスクに関する認識を高めること、具体的な健康管理方法の情報提供や相談などが必要と考える。

また、発症後3年以上では、記憶の困難さなど脳卒中による影響か、加齢の影響か判断できない語りが示された。高齢の軽症脳卒中患者への再発予防支援には、高齢者の記憶の低下など加齢の影響も考慮した支援を検討する必要がある。

### 3. 高齢の軽症脳卒中患者の再発予防支援の課題

本研究対象である高齢の軽症脳卒中患者は、漠然とした再発への心配、軽症であったことへ安堵、余計な心配をしないと語る一方で、健康管理方法への戸惑いを感じる複雑な認識をもっていることが明らかになった。軽症脳梗塞患者の再発予防の自己管理行動は、継続と中断に分かれ、再発の危機感が低下すると自己管理の中断に至ること、中断されても再度行動化できるような支援が必要と言われている<sup>13)</sup>。また、高齢脳卒中患者は、再発への脅威に煩わされたくない思いを持っていると指摘されている<sup>14)</sup>。そのため、高齢の軽症脳卒中患者の健康教育では、再発の危機感を高める支援だけではなく、軽症であったことへの安堵を支持しながら、日常生活の不自由さを軽減する支援や、再発予防の具体的な健康管理方法を示しながら、健康管理の認識を高め、再発予防の行動化を進めていくことが必要と考える。

### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、データ収集が1施設であり、結果の一般化には限界がある。また、入院中の健康教育の有無は対象者の主観であること、発症後10年以上経過している者も含まれ、入院時の患者教育に関する記憶があいまいな場合もあること、退院後に受けた再発予防や健康管理教育の実態を把握していないことなどから再発予防教育の課題を十分に検討できていない可能性がある。さらに、縦断的な研究であり、健康管理やQOLに影響する要因を特定できていない。しかしながら、対象者の背景などは先行研究と類似した集団であったため健康管理やQOLの傾向を把握することができたと考える。

今後は、健康管理の認識と行動への影響要因を検討する

こと、高齢者の再発予防への関心を高める支援方法を検討することが課題である。

## VI. おわりに

本研究では、高齢の軽症脳卒中患者の退院後の健康管理とQOLの実態を量的および質的に調査し、発症期間による比較検討を行った。その結果、高齢の軽症脳卒中患者のQOLは、発症後3年以内は身体的にも精神的にも低いが、発症後3年以上経過すると回復する可能性が示唆された。また、高齢の軽症脳卒中患者の健康管理と生活上の困難の認識には《楽観的な健康認識》《制約のある生活》《どうしてよいかわからない健康管理》《思い通りにいかない日常生活》が含まれた。高齢の軽症脳卒中患者への再発予防の支援では、発症後3年以内の対象者に、軽症だったことへの安堵を支持しながら、健康管理への関心と健康管理手段を示す支援の必要性が示唆された。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました患者様、研究協力病院のスタッフの皆様へ深く感謝申し上げます。なお、本研究は平成24年度文部科学省科学研究費補助金挑戦的萌芽研究（課題番号24659993）の助成を受けて行った。

## 引用文献

- 1) 長田乾, 鈴木一夫: 血管障害の疫学update. BRAIN and NERVE, 65(7): 857-870, 2013
- 2) 松崎肅統, 杉谷雅人: 病型別にみた脳卒中既往歴と予後. 小林祥泰編, 脳卒中データバンク2015. 東京, 中山書店, 2015, 38-39
- 3) 浅田美紀, 成瀬優知: 脳卒中発症前後の生活変化と心理状態との関連. 日本地域看護学会誌, 4(1): 95-99, 2002
- 4) 福岡泰子, 百田武司, 大森豊緑, 他: 軽症脳梗塞患者の再発予防における自己管理の実態と臨床指標との関連. 広島大学保健学ジャーナル, 11(1): 1-9, 2012
- 5) 脇坂義信, 北園孝成: 高齢者脳卒中の実態と留意点. Geriatric Medicine, 53(6): 577-581, 2015
- 6) 原田浩二, 森山美知子, 百田武司, 他: 脳卒中の再発予防に関する医療施設の患者教育の実態調査. 広島大学保健学ジャーナル, 10(2): 81-86, 2012
- 7) 畑栄一: ヘルスビリーフモデル. 畑栄一土井由利子編: 行動科学: 健康づくりのための理論と応用 (改訂第2版), 東京, 南江堂, 2003. 35-47
- 8) 抱井尚子: 混合研究法入門, 東京, 医学書院, 2015. 64-75
- 9) 末永英文, 宮永敬市, 千坂洋巳, 他: 改訂版Frenchay

- Acitivity Indexの自己評価表の再現性と妥当性, 日本職業・災害医学会会誌, 48(1): 55-60, 2000
- 10) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF-8 日本語版マニュアル, 京都, 特定非営利活動法人健康医療評価研究機構, 2004. 15-34
  - 11) 鈴木一夫: 脳卒中の再発, 治療, 91(11): 2560-2564, 2009
  - 12) Sarre S., Redlich C., Tinker A., et al.: A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. Disability and Rehabilitation, 36(9): 716-726, 2014
  - 13) 佐藤美紀子, 長田京子, 大森眞澄: 軽症脳梗塞患者の再発予防に向けた自己管理の実行プロセス, ニューロサイエンス看護学会誌, 1(1): 13-21, 2013
  - 14) 長瀬亜岐, 野地有子: 高齢脳卒中患者の食に関する意識構造と再発予防にむけた食事指導のあり方, 老年看護学, 10(1): 87-94, 2005



