

## 論 文

# 脳卒中患者のセルフマネジメントの困難 —脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の 語りからの検討—



片山 将宏<sup>1)</sup>、横井 和美<sup>2)</sup>、奥津 文子<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 生長会 ベルランド総合病院

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

<sup>3)</sup> 関西看護医療大学

**背景** 脳卒中は、死亡原因では、がん、心疾患、肺炎について第4位である。また、寝たきりになる可能性の高い疾患の1位であることは知られている。現在、脳卒中患者は、入院期間の短縮化により、療養の場を早期から在宅に移行している。しかし、脳卒中患者のセルフマネジメントでの困難については、これまで明らかにされていなかった。

**目的** 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師（以下、認定看護師と略す）を対象に、支援者から見た脳卒中患者におけるセルフマネジメントの困難を明らかにすることである。

**方法** 研究デザインは質的因子探索型研究である。現在、病院勤務で、退院指導に携わっている認定看護師10名を対象に半構成的面接を行った。データ分析には、スーパーバイズを受け、分析の信頼性と妥当性の確保を務めた。

**結果** 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難については、539のコード、27のサブカテゴリ、9のカテゴリーを抽出した。

9のカテゴリーは以下のとおりである。①〈病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる〉、②〈精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい〉、③〈セルフマネジメントを左右する経済的余裕〉、④〈患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない〉、⑤〈退院後に継続して支える支援者の不足〉、⑥〈再発について十分な理解を得ることの難しさ〉、⑦〈認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい〉、⑧〈セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない〉、⑨〈チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備〉であった。

**結論** 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、9のカテゴリーから、【脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題】、【患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状】、【脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立できていない】に大別できると考えた。

**キーワード** 脳卒中 セルフマネジメントの困難 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師

Difficulty of a stroke patient's self-management -Examination of word Rika and others, stroke rehabilitation nursing certified nurse -

Masahiro Katayama<sup>1)</sup>, Kazumi Yokoi<sup>2)</sup>, Ayako Okutsu<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Bell land General Hospital

<sup>2)</sup>School of Human Nursing, the University of Shiga Prefecture

<sup>3)</sup>Kansai University of Nursing and Health Sciences

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：片山 将宏

生長会 ベルランド総合病院

住 所：阪府堺市中区東山500-3

e-mail : m\_katayama@seichokai.or.jp

## I. 緒 言

脳卒中は、日本人の死亡原因として、がん、心疾患、肺炎について第4位であり、高齢者の急激な増加に伴い2020年には、約300万人まで患者数が増加すると見込まれている。また、寝たきりになる可能性の高い疾患の第1位であるが、入院期間の短縮化により、早期から療養の場を在宅に移行している。脳卒中患者・家族が、在宅療養生活を継続するため、サポート体制の充実がますます求められる。

脳卒中は、再発をくり返す疾患である。「脳梗塞においては年間5～15%、脳出血においては年間2～3%が

再発する」<sup>1)</sup>と述べている。しかし、「セルフマネジメントにより、再発予防が可能である」<sup>2)</sup>と報告がある。

これらの背景から、脳卒中患者に携わる看護師の役割は、再発予防を含めた在宅療養生活の支援が、重要になると考えた。

これまでの脳卒中患者を対象にした看護研究を文献検索した結果、リハビリテーションや日常生活等の入院生活に関する内容が全体の67.5%を占めていた。また退院後の療養生活で重要と考えたセルフマネジメント、再発に関する内容の看護研究はそれぞれ3件(0.6%)と、研究は進んでいなかった<sup>3)</sup>。この要因には、脳卒中患者の特徴に、認知障害など高次脳機能障害があり、自分の病気を理解することが難しく、他の慢性疾患のように、患者自身でセルフマネジメントを行うことが困難だと考えた。

セルフマネジメントの研究では、服薬の自己管理の基準に機能的自立度評価表(Functional Independence Measure 以後、FIMと略す)の認知3項目(理解・記憶・問題解決)に注目した研究<sup>4)</sup>や、脳梗塞患者の基礎疾患に対するセルフマネジメントに注目した研究が行われた<sup>5)</sup>。また、服薬の自己管理の基準に、FIM以外の尺度を用いた研究が行われていた<sup>6)</sup>。そして、患者の認知・意欲・健忘の有無がセルフマネジメントに影響していることが示されていた。

再発の研究では、退院指導の方向性<sup>7)</sup>や、患者自身が再発を脅威と考え、生活習慣の改善を望んでいること<sup>8)</sup>、再発を経験した患者の思い<sup>9)</sup>について示されていた。

しかし、これまでの研究では、脳卒中患者のセルフマネジメントについての困難は、明らかにされていない。今回、脳卒中患者の退院指導の役割を担っている脳卒中リハビリテーション看護認定看護師(以下、認定看護師と略す)を対象に、支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難を明らかにしたいと考えた。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的因子探索型研究

### 2. 研究対象

日本看護協会ホームページで登録されている全185名の認定看護師(2012年4月現在)のうち、脳卒中患者の退院指導に携わっており、研究の趣旨に同意が得られた認定看護師10名を対象者とした。

### 3. 研究期間

倫理審査委員会承認後の平成23年12月15日から平成24年12月末日。

### 4. データ収集方法

プライバシーが確保できる個室にて半構成的面接を行った。セルフマネジメントの概念<sup>10)</sup>をもとに作成したインタビューガイドを使用し、30分~1時間の面接を実施した。

対象者に承諾を得た上でICレコーダーに録音し、その上で逐語録を作成し、分析データとした。

### 5. 用語の定義

セルフマネジメントとは、①症状マネジメント②兆候マネジメント③ストレスマネジメントのための方法を身につけること<sup>11)</sup>。

困難とは、物事をするのが非常に難しい事。苦しみ悩む事。苦勞する事。(大辞泉)

### 6. インタビューガイド

- 1) 認定看護師から観て、患者が症状マネジメントしていくことに対して困難と考えることは何ですか?
- 2) 認定看護師から観て、患者が兆候マネジメントに対して困難と考えることは何ですか?
- 3) 認定看護師から観て、患者がストレスマネジメントに対して困難と考えることは何ですか?

### 7. 分析方法

逐語録からセルフマネジメントの困難についての内容を抽出し、収集したデータから共通性や差異性で分類・整理しコード化した。

対象者と研究者の間で整合性を高めるために、対象者にもメンバーチェックに加わってもらった。データ分析には、スーパーバイズを受け、分析の信頼性と妥当性の確保を務めた。

### 8. 倫理的配慮

対象者に、研究の目的・方法・参加の自由性等についての説明を行った。参加は任意であり、参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなく、これを撤回することができることを保障した。本研究は、滋賀県立大学研究に関する倫理委員会(平成23年12月15日受付 第255号)の承認を得た。

## III. 結果

### 1. 対象者の概要

対象者は、認定看護師10名である(表1)。看護師経験年数は10年から21年であった。認定看護師の経験年数は、2年(2010年度取得者)3名、1年(2011年度取得者)7名であった。

表 1. 対象者の概要

所属部署	看護師 経験年数	認定看護 師経験年数
脳卒中ケアユニット(Stroke Care Unit 以下、SCUと略す)	14年	1年
SCU	10年	2年
SCU	11年	1年
急性期病棟	15年	1年
亜急性期病棟	10年	1年
回復リハビリテーション期病棟	19年	1年
回復リハビリテーション期病棟	17年	2年
SCU	21年	2年
急性期病棟と週1回の認定看護師外来	18年	1年
急性期病棟と週1回の認定看護師外来	15年	1年

2. 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難について

支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、539のコード、27のサブカテゴリー、9のカテゴリーを抽出した(表2)。

9のカテゴリーは《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》、《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》、《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》、《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》、《退院後に継続して支える支援者の不足》、《再発について十分な理解を得ることの難しさ》、《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》、《

表 2. 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難

カテゴリー	サブカテゴリー
1) 病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる	(1)認知に問題がある患者にはセルフマネジメント指導に限界がある
	(2)身体機能の低下は日常生活を乱している
2) 精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい	(1)患者に病気と向き合う精神的余裕がない
	(2)脳卒中を患うと社会生活が狭まる
	(3)ストレス対処支援が難しい
3) セルフマネジメントを左右する経済的余裕	(1)療養生活と仕事・家庭との両立が難しい
	(2)セルフマネジメントより経済的問題を優先する患者
4) 患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない	(1)社会資源を投入しても患者の不自由さはなくなる
	(2)蓄積していく家族の疲労・心労
	(3)介護に対する家族の負担感
5) 退院後に継続して支える支援者の不足	(1)発病前から続く家族関係の希薄さが及ぼす悪影響
	(2)困ったときに身近にタイムリーに相談に応じられる体制がない
	(3)退院した患者が地域でどのように暮らすかが見えにくい
	(4)セルフマネジメントを継続させるための支援者が必要
6) 再発について十分な理解を得ることの難しさ	(1)軽症患者への支援の希薄さ
	(2)患者・家族の再発に対する認識の低さ
	(3)生活に気を付けていても再発する現実
7) 認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい	(1)セルフマネジメントの内容が難しい
	(2)認定看護師でも判断が難しい
	(3)自覚症状の乏しいため指導が難しい
8) セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない	(1)セルフマネジメント支援が一筋縄では行かないと感じている
	(2)患者・家族の個別性に合った指導が難しい
9) チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備	(1)セルフマネジメント支援には時間と労力がある
	(1)認定看護師の力の限界
	(2)一般看護師もセルフマネジメント支援が十分に行えない現状がある
	(3)チーム医療が成立されにくい現状
	(4)シームレスな情報提供の難しさ

セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》、《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》であった。以下抽出された各カテゴリーを説明する。なお、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉、対象者の語った内容を代表的なデータとして「 」、語りの補足は（ ）で示す。

### 1) 《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》

《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》には、〈認知に問題がある患者にはセルフマネジメント指導に限界がある〉、〈身体機能の低下は日常生活を乱している〉の2つのサブカテゴリーを含めた。

#### (1) 認知に問題がある患者にはセルフマネジメント指導に限界がある

脳卒中に伴う意識障害、高次脳機能障害、認知症により患者自身でセルフマネジメントしていくことが出来なくなることを示す。以下が代表的な語りである。

「その人は記憶障害もあって説明しても5分後に忘れてしまって。たとえばバナナを食べて5分後に、バナナを買いに行くと言われコンビニに行かれようとして。さっき食べていましたよ、1日1本にしませんか？と伝えても覚えていない話なので。それを本人に伝えていく困難さをすごく感じました。」

#### (2) 〈身体機能の低下は日常生活を乱している〉

運動麻痺などの後遺症や、高齢化、鬱、筋力低下などが原因で活動が低下することを示す。以下が代表的な語りである。

「在宅に帰られると運動量も減るので筋力が落ちて、なんで車椅子に座っているの？という方も何人かいます。鬱でなくてもいます。」

### 2) 《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》

《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》には、〈患者に病気と向き合う精神的余裕がない〉、〈脳卒中を患うと社会生活が狭まる〉、〈ストレス対処支援が難しい〉の3つのサブカテゴリーを含めた。

#### (1) 〈患者に病気と向き合う精神的余裕がない〉

突然の身体の変化に対して、患者・家族が受け入れられない、もしくは病気を重く受け止めすぎしてしまう、鬱など、セルフマネジメントすることが出来なほど精神的に追い詰められることを示す。以下が代表的な語りである。

「多く聞かれるのは、自分の身体がダメになって情けないと。情けないという声を一番よく聞きます

ね。申し訳ないプラス情けないですかね。」

#### (2) 〈脳卒中を患うと社会生活が狭まる〉

言語障害や麻痺などの身体症状や、退職後で元々社会とのつながりがほとんどない患者が退院後に新たに人との交流を築くことが困難なことを示す。以下が代表的な語りである。

「病気になったから役割をすべて取り上げられた。火事になるから家事をしなくていいよ。掃除しなくていいよ、となるとその人自身が皆から、私は何もさせてもらえない、あちこち一人で行ったらダメなの？なんでそんなことを言うの？って、患者さんが訴えて。」

#### (3) 〈ストレス対処支援が難しい〉

脳卒中患者が、日常的にストレスを抱えていても解消することが難しく、ストレスを解消されにくいことを示す。以下が代表的に語りである。

「職場でお話する友達もいなくて、1カ月の外来で1時間半話すのが唯一の話す時間だといいますね。奥さんともほとんど話をしないと。」

### 3) 《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》

《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》には、〈療養生活と仕事、家庭との両立が難しい〉、〈セルフマネジメントより経済的問題を優先する患者〉の2つのサブカテゴリーを含めた。

#### (1) 〈療養生活と仕事・家庭との両立が難しい〉

脳卒中患者が、仕事・家庭復帰した後、体調管理より仕事や家事を優先してしまうことを示す。以下が代表的な語りである。

「このくらいの年齢（40歳代）だと管理職をしていて、まとめる方が多くなりますし。仕事の付き合いも断るわけにはいかないとっていた方もいました。」

#### (2) 〈セルフマネジメントより経済的問題を優先する患者〉

脳卒中患者が、何らかの経済的な問題を抱えており、セルフマネジメントより経済的な問題を優先しないと生活自体が困難になることを示す。以下が代表的な語りである。

「t-PAをして、ほとんど（麻痺など）何も残されずに帰られたものの、その後の通院を止めてしまった。その原因は、どうも派遣会社で休めない。でも自分の身体は動いている。通院しなくても別に支障がないという（患者の）判断で再発され、もっと重篤な症状になられた方が実際にいらっしゃいました。」

### 4) 《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》

《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》には、(社会資源を投入しても患者の不自由さはなくなる)、蓄積していく家族の疲労・心労)、〈介護に対する家族の負担感〉の3つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 社会資源を投入しても家族の不自由さはなくなる

脳卒中患者が訪問看護などのサービスを受けられていても、日々の生活が不自由であることを示す。以下が代表的な語りである。

「あまり動かなかったと言う事をよく聞いていました。動きたい時に動けないだよと言っていて、そういう意味でトイレも一人で行けないので、例えばヘルパーさんが来るまでじっとしていると、我慢していたとかは伺いましたね。」

(2) 蓄積していく家族の疲労・心労

要介護状態の患者を介護している家族が、頑張っている姿を人から認められない、家族の介護疲れや、患者の衰えていく様子を向き合い続けなければならない状況から息抜きも出来ず、どんどんと家族自身が疲弊していることを示す。以下が代表的な語りである。

「息子さんの立場で考えたら。なんでこんなことになったのだろう？と。前に出来ていたのにと(思いが)あつて)。お母さんが日付や名前が言えないのを前には腹が立っていたのですが、今は笑ってしまうという息子さんの精神状態も辛いです。」

(3) 介護に対する家族の負担感

介護者が高齢者で、さらに介護者自身も認知症を患っていても、兄弟や息子、親戚から介護を十分に手伝ってもらえないような状況の中で生活している様相を示す。以下が代表的な語りである。

「どうしてもお薬や食事、水分は、入院している時は1日水分1リットル飲むように工夫しますが。その人が老夫婦で、家に帰った時に夜間のトイレに行くわずらわしさと介助する人への気遣いもあって水分を控えてしまう。」

5) 《退院後に継続して支える支援者の不足》

《退院後に継続して支える支援者の不足》には、〈発病前から続く家族関係の希薄さが及ぼす悪影響〉、〈困った時に身近にタイムリーに相談に応じられる体制がない〉、〈退院した患者が地域でどのように暮らすかが見えにくい〉、〈セルフマネジメントを継続させるための支援者が必要〉の4つのカテゴリーを含めた。

(1) 発病前から続く家族関係の希薄さが及ぼす悪影響

患者自身が独居の場合や、何らかの理由で家族と

疎遠な状況により患者をサポートできないことを示す。以下が代表的な語りである。

「独居はダメです。どうせ、俺は一緒やと言って全然ダメです。毎回同じ説明しても一緒に、無理だから違うことを考えないといけないと思って。だから言い方を変えたりしますが。」

(2) 困った時に身近にタイムリーに相談に応じられる体制がない

脳卒中患者・家族が、日々の生活の中で心配していることや悩みをすぐに相談できないので、相談できる方法を模索しながら生活していることを示す。以下が代表的な語りである。

「(退院後に病棟に顔を出すのは) たぶん注意の一言が欲しいのだと思います。だれかに注意されないとちゃんとしないとか。あとは確かにこれをしていいか？これはどうなのか？とか。」

(3) 退院した患者が地域でどのように暮らすかが見えにくい

認定看護師がセルフマネジメント支援を行うが、退院後の療養生活に携われないケースも多い。そのため、退院後の患者・家族の支援が十分だったかを振り返られないことを示す。以下が代表的な語りである。

「ここは退院しても外来に通う方も少なく。外来リハビリはここではしていませんし。だから退院してからの患者さんがどうしているかというフォローできていないと私も感じますし、病院の中でも感じています。」

(4) セルフマネジメントを継続させるための支援者が必要

脳卒中患者が、セルフマネジメントを継続するためには支援者が必要不可欠であることを示す。以下が代表的な語りである。

「脳卒中の3年前、5年前、10年前に発症した患者さんの今の生活を見て、その人の前向きな意見を聞くことで、患者さんも先のイメージがつくと思います。患者会のようなものもそんなに多くはないかもしれないので。この病院も外来がないので支援の会が作れないのも私のジレンマです。」

6) 《再発について十分な理解を得ることの難しさ》

《再発について十分な理解を得ることの難しさ》には、〈軽症患者への支援の希薄さ〉、〈患者・家族の再発に対する認識の低さ〉、〈生活に気を付けていても再発する現実〉の3つのカテゴリーを含めた。

(1) 軽症患者への支援の希薄さ

脳卒中でも麻痺などの重篤な後遺症を残さない場合、セルフマネジメント支援をほとんど受けられな

いまま、もしくは支援しても再発を自覚されないまままで退院されることを示す。以下が代表的な語りである。

「もうなんか、人ごとのような感じですよ。特に症状が軽かった方は運ばれた時に軽い麻痺があっても、麻痺が軽減した場合は、また大丈夫だという思いから、どんなに指導しても人ごとのように聞いていますよね。」

(2) 〈患者・家族の再発に対する認識の低さ〉

脳卒中が再発する事実を患者・家族が認識するところまで理解が及んでいないことを示す。以下が代表的な語りである。

「どちらかといえば、楽観視しているというか。もう（脳卒中になって）悪くなったからこれ以上悪くはならないと考えて。」

(3) 〈生活に気を付けていても再発する現実〉

脳卒中患者・家族が再発の事実を認識し、日常生活に注意していたにも関わらず再発する、若しくは入院中で医療従事者が支援していても再発を免れないことがあることを示す。以下が代表的な語りである。

「きちんと守って、ちゃんとして生活していても、また再発した時に、言われた通りに薬を飲んでいるのに何で？と泣きながら言われたときに一番つらいですね。ちゃんとしているのに、家族もみんな協力しているのに何でと。」

7) 《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》

《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》には、〈セルフマネジメントの内容が難しい〉、〈認定看護師でも判断が難しい〉、〈自覚症状が乏しいため指導が難しい〉の3つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 〈セルフマネジメントの内容が難しい〉

脳卒中の再発予防で、一般的に言われている生活習慣の改善の内容自体が健常者でも難しいことを認定看護師も感じていることを示す。以下が代表的な語りである。

「理想と生活に乖離しているというか。こちらが指導しても、それ、あんたもできているのか？と言われかねない。」

(2) 〈認定看護師でも判断が難しい〉

ガイドラインで再発予防のエビデンスが示されているが、ガイドラインと脳卒中患者・家族の価値観は乖離している。セルフマネジメント指導をする認定看護師自身でもどこまで許容していいかの判断が難しいことを示す。以下が代表的な語りである。

「人によって価値観が大きく違っている方もいらして。煙草1本吸っても麻痺が悪化するという状況

の人がいたのですが、麻痺が残ってでも煙草が吸いたいと、そういう時には私たちはどう関わってあげばいいのだろうと考えて。」

(3) 〈自覚症状の乏しいため指導が難しい〉

再発予防のセルフマネジメントの多くは効果が見えにくく患者・家族にとって達成感が得られにくく、セルフマネジメントを継続するために工夫していることを示す。以下が代表的な語りである。「なんか目に見えて変わったとかではないです。塩分を下げたら血圧が下がるとか目に見えて効果があるといいですが、禁煙したとかですぐに何かが変わるものでないし、禁煙したら再発しないとも必ず言えないです。」

8) 《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》

《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》には、〈セルフマネジメント支援が一筋縄では行かないと感じている〉、〈患者・家族の個別性に合った指導が難しい〉、〈セルフマネジメント支援には時間と労力がある〉の3つのカテゴリーを含めた。

(1) 〈セルフマネジメント支援が一筋縄では行かないと感じている〉

脳卒中患者が、説明を受けたことを実践する難しさ、生活習慣を変えることの難しさを示す。以下が代表的な語りである。

「出血の可能性があるので血圧も測ってと言っても、その人は毎日4時に起きてA県まで仕事に行って、帰ってくるのは22時とかで。そんな生活している人に血圧を毎日測れとはいえず。再出血のサインを見逃したかと思って。そう考えるとちゃんと気づくと言えなかったと思って。でも言えなかったです。私も4時に起きて血圧測るのは無理です。」

(2) 〈患者・家族の個別性に合った指導が難しい〉

脳卒中患者の特徴に高齢者が多いことや、麻痺などの身体症状のある患者・家族に対して個別性を捉えた指導をしていくことの難しさを示す。以下が代表的な語りである。

「じゃあ運動習慣をどう？具体的にどうすればいいか？そういうものなかなか場所がないというか。具体的な内容を提示するのが難しいと思うことが多いです。」

(3) 〈セルフマネジメント支援には時間と労力がある〉

食事、服薬、運動などの生活習慣を変えることは、健常な人でも難しいことであるが、脳卒中患者ではセルフマネジメント支援に多大な時間と労力があることを示す。以下が代表的な語りである。

「その中で飲み忘れを多々繰り返す患者さんもいます、そういう患者さんは食事の薬を朝、昼、晩にすると大概昼が忘れてしまったりするので。夕方の1回にしてもらおうと家族も夕方だと見に行ける家族に合わせて大事な薬を先生に相談するとか。あとはウォールポケットにして見えるようにして管理して、ヘルパーさんが来た時に確認してもらうようにしたりしていますね。」

<p>1. 脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる</li> <li>・精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい</li> </ul>	<p>2. 患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフマネジメントを左右する経済的余裕</li> <li>・患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない</li> <li>・退院後に継続して支える支援者の不足</li> </ul>	<p>3. 脳卒中患者のセルフマネジメントを継続する方法が確立できていない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再発について十分な理解を得ることの難しさ</li> <li>・認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい</li> <li>・セルフマネジメント支援を継続させることが十分に出来ていない</li> <li>・チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備</li> </ul>
--	--	--

図1. 支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難

### 9) 《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》

《チーム医療としてのセルフマネジメント支援が整っていない》には、〈認定看護師の力の限界〉、〈一般看護師もセルフマネジメント支援が十分に行えない現状〉、〈チーム医療が成立されにくい現状〉、〈シームレスな情報提供の難しさ〉の4つのサブカテゴリーを含めた。

#### (1) 〈認定看護師の力の限界〉

認定看護師として活動していく中で、勤務上の理由や病院の特性などからセルフマネジメント支援に力の限界を感じていることを示す。以下が代表的な語りである。

「難しいですね。難しいです。引き継ぎで退院後のケアマネージャーさんに申し送りしても限界がありますし。私とその患者さんの在宅の場に直接訪れて、患者さんの顔を突き合わせて在宅で生活を一緒に共有して、家に帰ってからのサポートが出来るかと言ったら限界がありますよね。」

#### (2) 〈一般看護師もセルフマネジメント支援が十分に行えない現状〉

看護師が、多忙な業務の中でセルフマネジメント支援をする難しさや、看護師によって再発予防の知識にばらつきがあることを示す。以下が代表的な語りである。

「看護師自身も（患者の回復過程に）着目して、再発はどうしても後回しになるのがあるのかも知れません。」

#### (3) 〈チーム医療が成立されにくい現状〉

看護師だけではなく、医師や薬剤師、セラピスト等の他職種と協力してセルフマネジメント支援していくことの難しい現状を示す。以下が代表的な語りである。

「退院までに薬剤師から薬剤の指導、（管理）栄養士から栄養指導を受けて、その内容をカルテに記載しています。読んでみて私たちもできるのかなって正直思います。」

#### (4) 〈シームレスな情報提供の難しさ〉

現在、脳卒中患者は地域完結型の医療が主流となっ

ている。急性期を脱した患者が回復期リハビリテーション病院や訪問看護等に療養の場を変えることでセルフマネジメント支援を行う上での弊害や、施設が変わった時の情報不足などを示す。以下が代表的な語りである。

「地域完結型では、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、療養型もしくは在宅になりますが、例えば病院が変わるとケアマネジメントや病気のマネジメントが出来ているのかわからないのですね。」

## IV. 考 察

支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、前述の9のカテゴリーから成ることが明らかになった。さらにそれぞれのカテゴリーの特徴から3つに大別した（図1）。大別された3つのカテゴリーから、支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難について考察する。（図1挿入位置）

### 1. 【脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題】

この節では、《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》、《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》の2つのカテゴリーを考察する。

#### 1) 《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》

セルフマネジメントは、患者自身が管理者となって症状マネジメント、兆候マネジメント、ストレスマネジメントの方法を身につけることであるが、認知面に問題が生じることでセルフマネジメントの方法を身につけること自体が困難になると考えられる。

先行研究では、認知とセルフマネジメントについて、Mini-Mental State Examination(MMSE)が17点以下を対象者に含めていない<sup>12)</sup>。この研究では、「認知機能は塩分制限と優位に関連を示し、認知機能が高い患者ほど、減塩していると答えた」<sup>13)</sup>と述べており、塩分制限が必要であることを認識出来れば、それに関連したセルフマネジメントを身につけることが可能であるといえる。しかし、塩分制限の必要性が理解でき

ない程の認知機能であれば、セルフマネジメントを身につけることが困難になると考える。

脳卒中では、運動麻痺などの後遺症により身体機能が低下することは知られている。先行研究では「軽度障害群は、ストレスの変化が最も大きい」<sup>10)</sup>と言われている。運動機能の障害は程度に関わらず、セルフマネジメントを困難にすると考える。

## 2) 《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》

脳卒中患者のセルフマネジメントと精神面との関連については、「客観的にADLが自立へ向かっている人を対象にしたにもかかわらず、意欲が低下しているものがいた」<sup>15)</sup>と報告がある。脳卒中患者のセルフマネジメントは、精神面の問題が関連するといえる。また、精神面の問題は、認定面、身体機能と関連すると考えられる。

脳卒中を患うことで、これまでの社会や家庭の役割だけでなく人間関係を維持していくことが困難になると考える。そして、社会や人とのつながりが希薄になることで、脳卒中患者の自尊感情を一層低下させ抑鬱な感情を強くすると考えた。先行研究では、「脳梗塞発症後も多くのことに生きがいもち、楽しみをもちながら生活することは自尊感情が高いことと関連し、まったく健康でないと感じながら生活することは自尊感情が低いことと関連していた」<sup>16)</sup>と述べている。脳卒中を患うこと自体が自尊感情を低下させる大きな要因であると考え、社会や人とのつながりを失うことでさらに自尊感情が低下することで自己否定となり、それまで行っていたセルフマネジメントの継続が困難になると考えた。

この節では、脳卒中患者におけるセルフマネジメントの困難は、病気そのものからの症状や後遺症が要因であると述べてきた。これらが、セルフマネジメントを実施する「行動」を困難にすると考えた。行動には「言語や運動を伴う行為だけでなく、通常は心の動きとみられる不安や怒り、悲しみや憂鬱などの感情、それら状況やものごとの受け止め方や考え方、いわゆる思考(認知)も含まれる」<sup>17)</sup>と言われている。脳卒中は、セルフマネジメントの認知・行為・感情に影響を及ぼす疾患といえる。

これに加えて、これまでの社会生活や人とのつながりを失うことがさらに自尊感情を低下させ、ストレスフルな状況を生み出すと考えた。これらが複合的に絡み合うことで、さらに認知面の問題、身体機能の低下、精神面の問題を悪化させ、ますますセルフマネジメントを困難にさせることが示唆された。これが、脳卒中患者のセルフマネジメントの困難の特徴であると考えた。

## 2. 【患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状】

この節では、《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》、《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》、《退院後に継続して支える支援者の不足》の3つのカテゴリーを考察する。

### 1) 《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》

経済面の問題は、脳卒中に限らずセルフマネジメントを困難にする。脳卒中では、後遺症によって仕事を失うなど、経済面の悪化に直接つながりやすい。先行研究では、「通院の経済的負担感のある者ほどセルフエフィカシーが低い傾向を認めた」<sup>18)</sup>と述べており、経済的負担感を強く感じている患者が、セルフマネジメントを継続することに負担を感じていることも考えられる。このことから、経済的問題がセルフマネジメントを困難にするといえる。

### 2) 《患者・家族が必要としているだけのサポートを提供できていない》

脳卒中患者が、セルフマネジメントを継続するためには、食事を作ってくれるといった行動的サポートと、情緒的に安定が高まる情緒的サポートが必要となる。この両方のサポートが十分に提供できず、セルフマネジメントを困難にしていることが認定看護師の語りからも示唆された。

先行研究でも「ソーシャルサポートが抑うつに直接関連していた。これは、ソーシャルサポートに対する意識や満足が高いほど抑うつ度合いが低いことを示している」<sup>19)</sup>と述べている。このことから社会資源を活用しても不自由な生活とを感じる場合は、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

### 3) 《退院後に継続して支える支援者の不足》

脳卒中患者のセルフマネジメント支援を継続的にサポートする支援者の存在が、セルフマネジメントを継続するためには必要と考える。脳梗塞発症後の自尊感情についての先行研究では、「自尊感情の関連要因として、発症3カ月後はADLの自律度と主観的健康観、6カ月後はADLの自立度と主観的健康感に加えて職場復帰状況と情緒的サポート提供者、1年後は主観的健康観と情緒的サポート提供者が示された」<sup>20)</sup>と報告がある。このことから、退院後の療養生活では、時間と共に多くの自尊感情に影響する要因が存在するため、継続的なセルフマネジメント支援が欠如することで、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

脳卒中はセルフマネジメント自体に支障をきたすことが多いため、行動的なサポートと情緒的なサポートの両方が欠かせないと考える。特に家族の存在は、行動的なサポートと情緒的なサポートを行う最も重要な存在であると考え、家族の存在なしにはセルフ



マネジメントを困難すると考えた。

この節では、脳卒中患者・家族がセルフマネジメントを継続するためのサポート不足が十分に得られていないことが、セルフマネジメントを困難にする要因と考えた。脳卒中患者へのセルフマネジメントを困難にするサポートの問題は、経済的な問題、社会資源・人的資源の不足があると考えた。

### 3. 【脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立できていない】

この節では、《再発について十分な理解を得ることの難しさ》、《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》、《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》、《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》の4つのカテゴリーを考察する。

#### 1) 《再発について十分な理解を得ることの難しさ》

脳卒中患者の再発予防についての先行研究では、「導入前の再発率が14.2%であったが、導入後4.3%と著明な減少が見られた」<sup>21)</sup>と報告がある。しかし再発について患者・家族から理解が得にくいことが語りからも示唆された。

軽症患者の場合は、症状も自覚症状もほとんど残さずに早期に退院することが多いことが、退院しても再発を意識できないままで生活することにつながると考える。そのため、退院時のセルフマネジメント指導だけでは患者自身が再発を意識することは困難と考える。

再発の先行研究で「対象者は再発を脅威に煩わせたくない思いを抱えており、再発について考えないように、また考えることを避けるようにしているとも思われた」<sup>22)</sup>と述べている。患者が再発を認識が出来ていないように感じるのは、患者自身も再発について意図的に考えないようにしていることが考えられる。しかし、再発を認識しないままで生活することは、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

#### 2) 《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》

脳卒中患者のセルフマネジメント指導は、患者の個別性に合わせることの難しさが語りから示唆された。

無症状性脳血管障害患者を対象とした先行研究では、動脈瘤の破裂に対して「発症の確率を医師でさえも確実に保証できないことについて多くの患者が困惑していることに注目する」<sup>23)</sup>と述べている。つまり、セルフマネジメント指導に置きかえると、再発予防のリスクはわかっている、それぞれの患者がどの程度の生活習慣の改善で予防できるかを提示することは容易ではなく、そのことが患者にとって不確かさの状況を生み出すと考える。このような不確かさの状況でセルフマネジメントは困難にすると考えた。

#### 3) 《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》

セルフマネジメント支援は、セルフマネジメントの獲得と継続にかかせないが、現状では十分に行っていないと感じていることが語りからも示唆された。セルフマネジメント支援が十分に継続できないことが、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

退院指導の先行研究では「看護師の立場から退院指導を100%していると思われるが、患者側の立場からは退院指導があったと回答したのは26人（50%）であった」<sup>24)</sup>と報告されている。このことから、脳卒中患者のセルフマネジメント支援は時間と労力をかけなければ患者のセルフマネジメントが困難になると考えた。

#### 4) 《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》

セルフマネジメント支援の体制が十分に整備されていないことが、セルフマネジメントを困難にすると考えた。先行研究では、「ケア提供システム構築後脳梗塞の再発率は減少したが、その原因は、治療内容が変化していないという現状から、患者のセルフケア能力が向上させようと多職種が協働するシステムが有効に機能したことだと考える」<sup>25)</sup>と述べている。このことから、チーム医療としてのセルフマネジメント支援が重要であると考えた。特に脳卒中患者では、セルフマネジメントの継続的な支援が必要であり、セルフマネジメント支援不足がセルフマネジメントを困難にすると考えた。

この節では、脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立していないことが、セルフマネジメントを困難にするとして述べてきた。先行研究では「入院期間3カ月以上群や転院あり群はADL・心身の不自由・不都合が多い群にもかかわらず、退院を前にした心配や予測できた困りごとは多いという結果は見出されなかった」<sup>26)</sup>と述べられており、脳卒中患者のセルフマネジメント支援には時間と労力がかかるといえる。現在、入院期間の短縮化によって、セルフマネジメント支援が整備されないと脳卒中患者のセルフマネジメントは、ますます困難になると考えた。

## 4. 本研究の限界と課題

本研究は、支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難であり、脳卒中患者が考えるセルフマネジメントの困難とは乖離していると考えた。また、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師が急性期病院に配属していることが多く、在宅で過ごす患者へのセルフマネジメント支援が不足しており、現段階での一般化は難しいと考える。そのため、今後一般化するために、さらな

るデータの追加が必要であると考える。

## V. 結 論

1. 支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》、《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》、《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》、《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》、《再発について十分な理解を得ることの難しさ》、《退院後に継続して支える支援者の不足》、《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》、《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》、《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》の9のカテゴリーが抽出された。
2. これら支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、【脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題】、【患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状】、【脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立できていない】に大別できると考えた。

## 謝 辞

稿を終えるにあたり、研究に多大なご協力をいただきました脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の皆様、対象施設の看護部の皆様に深甚の謝意を表します。

なお、本研究は滋賀県立大学大学院人間看護学専攻科に提出した修士論文（平成24年度）を加筆・修正したものです。

## 文 献

- 1) 橋本洋一郎, 岡田 靖, 宮本享, 矢坂正弘(2009): 脳卒中の再発を防ぐ! 知っておきたいQ&A 76, 南山堂, 2-6.
- 2) Dominique A. Cadihac, PhD; Sally Hoffmann, B AppSc(Nurs); Monique Kilkenny, MPH; Richard Lindley, MD; Erin Lalor, PhD; Richard H. Osborne, PhD; Malcolm Battersby, PhD(2011): A Phase II Multicentered, single-Blind, Randomized, controlled Trial of the Stroke self-Management Program, *Stroke* 42, 1673-1679.
- 3) 片山将宏, 横井和美, 奥津文子(2012): 退院後の脳卒中患者の療養生活支援に関する看護研究の現状, *人間看護学研究*10, 141-147.
- 4) 宮本美奈子, 田中サエ子, 原田昌子(2007): 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の服薬自己管理への取り組み, *日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ)* 38, 189-191.
- 5) 鈴木亜季, 金子真弓, 原三紀子(2008): 脳梗塞患者の生活習慣病に対する捉え方, *日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ)* 39, 214-216.
- 6) 小口弘子, 永井和美, 徳永タイ子(2009): 脳器質性疾患を有する利用者の服薬自己管理能力指標の検討 FIM、CAS、TBI-31、HDS-Rを使用して, *日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ)* 40, 93-95.
- 7) 小山麻喜子, 渋谷奈津子, 澤江園子, 鶴川香織(2004): 初老期脳梗塞患者の疾患と生活改善に対する認識, 「再発予防に向けての退院指導の方向性」, *益田赤十字病院誌*1, 109-112.
- 8) 長瀬亜岐, 野路有子(2005): 高齢脳卒中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(10), 87-94.
- 9) 岩崎友理子(2007): 再発予防に対する退院指導に関連した研究, *日本看護学会論文集(老年看護)* 38, 3-5.
- 10) 安酸史子(2010): 改訂2版 糖尿病患者のセルフマネジメント教育 エンパワメントと自己効力, *メディカ出版*, 16-18.
- 11) 前掲10)
- 12) 山口幸, 古瀬みどり(2012): 在宅軽症脳梗塞患者の再発予防に向けた自己管理行動と自己効力感、家族の支援行動および家族機能との関連, *家族看護学研究*, Vol. 17(3), 146-158.
- 13) 前掲12)
- 14) 小西かおる(2001): 脳血管障害患者における障害によるストレスの認知的評価に関する研究-ADL、認知能力によるストレスの認知的評価とコーピング行動の特徴-, *老年看護学* Vol. 6 No. 1, 40-49.
- 15) 魚尾淳子, 河野保子(2011): 脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究-意欲、自己効力感、自己効力関係性の情報源との関係に焦点をあてて-, *日本看護研究学会雑誌* Vol. 34 No. 1, 47-59.
- 16) 篠原純子, 金久重子, 児玉和紀, 百本文子, 迫田勝明(2003): 脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因, *日本看護研究学会雑誌*, Vol. 26 No. 1, 111-122.
- 17) 足達淑子(2009): 第6章行動科学の応用, 畑栄一, 土井由利子, *行動科学 健康づくりのための理論と応用*改訂第2版, 南江堂, 64-65.
- 18) 神島滋子, 片倉洋子, 野地有子, 丸山知子(2008): 通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討-アドヒアランスの視点から, *日本看護科学雑誌* 28(1), 21-30.

- 19) 古川秀敏, 国武和子(2007): 地域住民高齢者の抑うつに関連要因-N県N町の老人クラブの調査結-, 日本看護研究学会雑誌, Vol. 30(4), 61-66.
- 20) 横山純子, 宮腰由紀子(2008): 脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因, 日本看護研究会雑誌31(1), 55-65.
- 21) 16) 野月千春(2007): 軽症脳梗塞患者の再発予防に向けたケア提供システムの構築, 看護Vol. 59 No. 5, 98-103.
- 22) 長瀬亜岐, 野路有子(2005): 高齢脳卒中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(10), 87-94.
- 23) 山本直美, 石川雄一, 津田紀子, 矢田眞美子(2005): 不確実性の中での決断: 無償性脳血管障害患者の診断から予防的手術への決断のプロセス, 日本看護科学会誌, Vol. 25(1), 13-22.
- 24) 美ノ谷新子, 大西美智子, 佐藤裕子, 陣川チヅ子, 藤原泰子, 星野早苗, 宮近郁子, 山崎純一(2008): 順天堂医学, 54, 73-81.
- 25) 前掲16)
- 26) 前提19)

## (Summary)

### Difficulty of a stroke patient's self-management

#### -Examination of word Rika and others, stroke rehabilitation nursing certified nurse -

**Background** stroke is the fourth most common cause of death in Japan, after cancer, heart disease, and pneumonia. Moreover, it is the disease that results in the highest rate of bedridden patients. With the recent shift towards shorter hospitalization periods, stroke patients are being moved home at an early stage for recuperation. However, the problems stroke patients face during self-management has been unclear to date.

**Objective** To obtain information from registered stroke rehabilitation nurse (hereinafter 'registered nurses'), as patients' supporters, about difficulties in self-management by stroke patients viewed from supporters.

**Method** A qualitative factor search method was used. Semi-structured interviews were conducted with 10 registered nurses involved, as part of their work at hospital, in guidance for patients after they leave hospital. Investigation was performed, at a suggestion of a supervisor, until the validity of the categories could be confirmed.

**Results** Regarding the difficulties in self-management for stroke patients viewed from supporters by registered nurses, 539 codes, 27 subcategories, and 9 categories were extracted. The nine categories were as follows; (1) obstacles

to self-management due to the disease or its symptoms, (2) difficulty of suggesting self-management for mentally unstable patients, (3) economic considerations affecting on self-management, (4) a lack of support needed by the patient and family, (5) a lack of support staff for continued support after hospital discharge, (6) difficulty in obtaining sufficient understanding of relapse, (7) difficulty of self-management guidance even by registered nurses, (8) insufficient efforts for continued self-management support, and (9) lack of organization in self-management support by medical teams.

**Conclusions** Based on the nine categories viewed from supporters, the difficulties broadly divided in self-management by stroke patients are: (1) problems arising from symptoms and after-effects caused by stroke, (2) lack of support for patients and families that would enable self-management, and (3) lack of an established method for promoting continued self-management by stroke patients.

**Key Words** **Stroke** Difficulties in self-management, Stroke rehabilitation nurse