

脳卒中患者の回復過程における体験に関する
縦断的研究

平成15年度

広島大学大学院医学系研究科保健学専攻

百田 武司

目次

序章.....	- 1 -
第1章 研究の背景	- 3 -
第1節 障害受容過程に関する代表的な理論	- 4 -
第2節 既存の障害受容過程に関する理論への批判.....	- 6 -
第3節 患者の体験を理解することの意義.....	- 7 -
第4節 脳卒中患者の体験に焦点を当てた研究.....	- 8 -
第5節 先行研究に対する批評と本研究における課題.....	- 10 -
第6節 本研究の目的.....	- 12 -
第7節 本研究における方法論	- 12 -
第8節 本研究における基本的前提.....	- 13 -
第9節 本研究の構成.....	- 13 -
第2章 研究1 脳卒中患者の回復過程における体験 —発症から約6ヶ月間の縦断的研究—	- 14 -
第1節 緒言.....	- 15 -
第2節 本章における用語の定義.....	- 15 -
第3節 方法.....	- 16 -
1. 調査実施施設.....	- 16 -
2. 調査対象者.....	- 16 -
3. 調査期間.....	- 18 -
4. 対象者抽出の手順.....	- 19 -
5. データ収集方法.....	- 19 -
6. データ収集間隔.....	- 20 -
7. 分析方法.....	- 21 -
8. 厳密性の確保.....	- 26 -

9.	倫理的配慮.....	- 26 -
第4節	結果.....	- 27 -
1.	対象者概要.....	- 27 -
2.	FIM得点の経過.....	- 28 -
3.	フォーマルインタビュー分析結果.....	- 29 -
I.	【了解不能】.....	- 32 -
①	〈戸惑い〉.....	- 32 -
②	〈恐怖〉.....	- 33 -
II.	【障害の実感】.....	- 33 -
①	〈納得〉.....	- 34 -
②	〈重大性の認識〉.....	- 34 -
III.	【障害直面による落胆】.....	- 35 -
①	〈障害の重さに直面〉.....	- 35 -
②	〈自己の哀れみ〉.....	- 36 -
③	〈劣等感〉.....	- 36 -
④	〈後悔〉.....	- 36 -
⑤	〈将来展望の途絶え〉.....	- 36 -
IV.	【回復の喜び】.....	- 37 -
①	〈回復の実感〉.....	- 37 -
②	〈将来展望の開き〉.....	- 38 -
V.	【回復減速による落胆】.....	- 38 -
①	〈将来展望の修正〉.....	- 39 -
②	〈劣等感〉.....	- 39 -
③	〈後悔〉.....	- 40 -
VI.	【アンビバレンス】.....	- 40 -
①	〈回復の期待と不安〉.....	- 41 -
②	〈他者と自己の評価のギャップ〉.....	- 41 -
③	〈医療への期待と不満〉.....	- 41 -
VII.	【回復停滞による落胆】.....	- 41 -
①	〈障害の重さの再認識〉.....	- 42 -
②	〈後退感〉.....	- 42 -
③	〈努力が報われない苛立ち〉.....	- 42 -
VIII.	【人生の方向転換】.....	- 43 -
①	〈肯定的側面への気付き〉.....	- 43 -
②	〈障害に感謝〉.....	- 44 -
③	〈目標の下方修正〉.....	- 44 -
4.	“落胆”発生の有無の差違に着目したパターン分類.....	- 45 -
第5節	考察.....	- 47 -
1.	対象者について.....	- 47 -
2.	脳卒中患者の体験について.....	- 48 -
3.	“落胆”について.....	- 49 -
4.	FIM得点と脳卒中患者の体験との関係について.....	- 50 -

5.	脳卒中患者の体験に影響を与える要因について	- 51 -
第6節	研究1の意義	- 53 -
第7節	研究1の限界	- 53 -
第8節	今後の課題	- 53 -
第9節	結語	- 54 -

第3章 研究2 脳卒中患者の回復過程における体験

	一回復期リハビリテーション病棟入院期間中の縦断的研究	- 55 -
第1節	緒言	- 56 -
第2節	本章における用語の定義	- 57 -
第3節	方法	- 57 -
1.	調査実施施設	- 57 -
2.	調査実施施設における回復期リハビリテーション病棟について	- 58 -
3.	調査対象者	- 58 -
4.	調査期間	- 59 -
5.	対象者抽出の手順	- 59 -
6.	データ収集方法	- 59 -
7.	データ収集間隔	- 60 -
8.	分析方法	- 61 -
9.	厳密性の確保	- 61 -
10.	倫理的配慮	- 61 -
第4節	結果	- 61 -
1.	対象者概要	- 61 -
2.	FIM得点の経過	- 63 -
3.	フォーマルインタビュー分析結果	- 64 -
I.	【素晴らしい医療を受けることの喜び】	- 67 -
①	〈新たな医療の充実感〉	- 67 -
②	〈回復の実感〉	- 69 -
③	〈同病の他の患者との出会い〉	- 71 -
④	〈将来展望の開き〉	- 73 -
⑤	〈回復への意欲〉	- 73 -
⑥	【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面におけるネガティブな側面	- 75 -
II.	【回復への揺らぎ】	- 76 -
①	〈回復の期待と不安〉	- 76 -
②	〈医療者への期待と不満〉	- 77 -

③	〈医療への期待と不安〉	- 78 -
④	〈他者と自己の評価のギャップ〉	- 78 -
⑤	〈退院に対する揺れる認識〉	- 78 -
III.	【壁にぶつかる】	- 79 -
①	〈努力が報われない苛立ち〉	- 79 -
②	〈劣等感〉	- 80 -
③	〈身体的苦痛〉	- 81 -
④	〈将来の不安〉	- 81 -
⑤	〈障害の重さの再認識〉	- 82 -
⑥	〈後悔〉	- 83 -
IV.	【壁にぶつかる】がない対象者	- 85 -
①	揺るぎない医療者への信頼がある	- 85 -
②	発症直後と比較して回復の実感を得る	- 86 -
③	落ち込む同病の他の患者を反面教師としての捉える	- 86 -
V.	ネガティブな状況からの立ち直り	- 87 -
①	〈他の患者との一体感を得る〉	- 87 -
②	〈他の患者との比較による優越感を持つ〉	- 87 -
③	〈回復した他の患者への憧れを抱く〉	- 88 -
④	〈気持ちを切り替える〉	- 88 -
⑤	〈周囲に支えられる〉	- 89 -
⑥	〈医療者の説明に納得する〉	- 89 -
⑦	〈身体苦痛が解消する〉	- 90 -
⑧	〈回復を実感する〉	- 91 -
VI.	【人生の方向転換】	- 93 -
①	〈目標の下方修正〉	- 93 -
②	〈肯定的側面への気付き〉	- 95 -
③	〈障害を糧にする〉	- 96 -
VII.	【人生の方向転換】に移行しないまま退院した対象者	- 96 -
①	ポジティブな状況で退院した対象者	- 97 -
②	ネガティブな状況で退院した対象者	- 97 -
第5節	考察	- 98 -
1.	対象者について	- 98 -
2.	脳卒中患者の体験について	- 99 -
3.	FIM得点と脳卒中患者の体験との関係について	- 100 -
4.	【壁にぶつかる】について	- 102 -
5.	脳卒中診療体制について	- 104 -
第6節	研究2の意義	- 105 -
第7節	研究2の限界	- 105 -
第8節	今後の課題	- 105 -
第9節	結語	- 106 -

第4章 脳卒中患者の回復過程における体験についての理論構築と 看護援助方法の提言.....	- 107 -
第1節 FIM 得点の比較.....	- 108 -
第2節 脳卒中患者の体験の比較.....	- 110 -
第3節 導き出された理論について.....	- 113 -
第4節 脳卒中患者の体験としての回復を支援する看護援助.....	- 115 -
1. 落ち込む局面のプラス面を捉えることと予測・回避すること.....	- 115 -
2. 主観・客観の両側面から患者を捉えること.....	- 116 -
3. 患者同士の交流を支える.....	- 116 -
4. 外泊を繰り返すことを積極的に支援すること.....	- 116 -
第5節 研究1と研究2を比較検討することの意義と限界.....	- 117 -
総括.....	- 118 -
文献.....	- 121 -
資料.....	- 131 -
付録.....	- 149 -
1. 研究1【了解不能】(戸惑い) 概念抽出過程の実例.....	- 150 -
I. インフォーマルインタビュー記録(フォーマルインタビューを行うまでの経過).....	- 150 -
II. フォーマルインタビュー逐語録.....	- 150 -
III. 調査の進め方についてのメモ.....	- 154 -
① フォーマルインタビュー直後の印象.....	- 154 -
② フォーマルインタビュー逐語録作成後の印象.....	- 154 -
IV. 分析過程.....	- 155 -
2. 研究2【素晴らしい医療を受けることの喜び】(新たな医療の充実感) 概念抽出過程の実例.....	- 158 -
I. インフォーマルインタビュー記録(フォーマルインタビューを行うまでの経過).....	- 158 -
II. フォーマルインタビュー逐語録.....	- 158 -
III. 調査の進め方についてのメモ.....	- 164 -
① フォーマルインタビュー直後の印象.....	- 164 -
② フォーマルインタビュー逐語録作成後の印象.....	- 164 -
IV. 分析過程.....	- 165 -

3. 研究2【回復への揺らぎ】〈医療者への期待と不満〉概念抽出過程の実例.....	- 170 -
I. インフォーマルインタビュー記録（フォーマルインタビューを行うまでの経過）.....	- 170 -
II. フォーマルインタビュー逐語録.....	- 170 -
III. 調査の進め方についてのメモ.....	- 174 -
① フォーマルインタビュー直後の印象.....	- 174 -
② フォーマルインタビュー逐語録作成後の印象.....	- 174 -
IV. 分析過程.....	- 175 -

図リスト

図 1	研究 1 データ収集間隔	- 20 -
図 2	野帳 VER. 4.0 において意味のある文節または文章に分割し要点を表すコード名を付け一つのカードとした例	- 22 -
図 3	野帳 VER. 4.0 においてコード名の修正を行い全てのカードをまとめて表示した例	- 23 -
図 4	野帳 VER. 4.0 から全てのカードをテキストとしてコピーし KACIS PUBLISHER VER. 1.0 にペーストした例	- 24 -
図 5	KACIS PUBLISHER VER. 1.0 において、コード名を分類、整理し抽象化した例	- 24 -
図 6	研究 1 対象者選定までの経緯	- 27 -
図 7	研究 1 対象者の FIM 得点の経過	- 29 -
図 8	研究 1 脳卒中患者の発症から約 6 ヶ月までの体験の変化	- 32 -
図 9	“落胆” 発生の有無の差違に着目したパターン分類	- 46 -
図 10	研究 1 対象者の FIM 得点の経過と体験の各局面との関係	- 51 -
図 11	研究 2 対象者選定までの経緯	- 62 -
図 12	研究 2 対象者の発症からの FIM 得点の経過	- 63 -
図 13	研究 2 対象者の回復期リハビリテーション病棟転院からの FIM 得点の経過	- 64 -
図 14	研究 2 脳卒中患者の回復期リハビリテーション病棟入院中における体験の変化	- 67 -
図 15	研究 2 対象者の FIM 得点の経過と体験の各局面との関係	- 101 -

表リスト

表 1	障害受容過程に関する代表的な理論の特徴一覧	- 6 -
表 2	研究 1 対象者概要	- 28 -
表 3	研究 1 フォーマルインタビュー分析結果	- 30 -
表 4	研究 2 対象者概要	- 63 -
表 5	研究 2 フォーマルインタビュー分析結果	- 65 -

序章

脳血管障害（以下、脳卒中）は、1951年以降、我が国の死因の第1位を占めていたが、重症脳出血例の減少や急性期治療の進歩により1970年以降は減少傾向にあり、その座は悪性新生物に移行している。しかし、脳卒中の発生率は心筋梗塞より数倍も高く、人口の高齢化や軽症例の増加により、医療機関への受療率は増加の一途をたどっており、全国の医療機関における入院患者総数の第1位である。また、平均在院期間においても、他疾患と比較して圧倒的に長い。寝たきり老人の原因疾患の第1位でもある。それ故、国民医療費と介護費に占める比率についても第1位であり、まさに脳卒中は国民病の一つであるといえる^{1,2)}。

近年、我が国においては、国民医療費削減が叫ばれ、医療制度の改革が実行されつつあり、その中で、急性期入院医療と慢性期入院医療を担う病院・病棟の区分が明確にされた。また2000年には介護保険、回復期リハビリテーション病棟などが導入され、回復期、維持期の脳卒中診療体制が整備されはじめた。一方、脳卒中急性期医療を担う急性期病院は、この枠組みの中で医療制度改正の影響を受け、在院期間の削減を行わなければならない。

こうした状況を背景に、脳卒中患者は、その回復過程の大部分を在宅や施設で行うことになり、その結果、多くの看護師にとって、脳卒中患者とは、急性期以降、他施設へと通過していく存在となる。それ故、看護師は、脳卒中患者が急性期からの回復過程においてどのように過ごすか、どのようにリハビリテーションに取り組むかについて、以前にも増して全経過を理解しにくくなっていると考えられる。

そこで本研究においては、脳卒中患者が発症からの回復過程において、どのように変容していくかを、患者の体験に着目し、経時的な追跡調査によって明らかにする。

第1章 研究の背景

脳卒中の大部分は、人生後期における突然の発症であり、心身諸機能に様々な障害をもたらす。特に脳卒中に起因する片麻痺を中心とする運動機能障害は、それまで不自由のなかった日常生活動作（以下、ADL）を突然阻害するため、患者の生活に大きな変化をもたらし、その人の人生を根底から揺るがすこととなる。そのため、患者は、発症からの回復過程において人生の再構築が必要となり、これを支援していくことは看護の重要な役割と考えられる。

従来より、脳卒中患者の回復過程における看護の方向性としては、「障害を持ちながらその人らしく生活していくこと」を原則とする考え方が一般的である。それをもとに、障害された身体機能の再獲得と共に、自己の障害を受容することを目指した看護援助が展開されてきた³⁾。障害受容とは、障害のために変化した諸条件を心から受け入れること⁴⁾といわれるが、その概念に至るプロセスについては、これまで多くの理論が提案されてきた。それらは、発症を危機として捉え、患者がリハビリテーションを通して障害を受け入れていく段階的なプロセスとして説明したものである。そこで、次節において、障害受容過程に関する代表的な理論について概観する。

第1節 障害受容過程に関する代表的な理論

障害受容過程としては、Fink⁵⁾やCohn⁶⁾による理論がよく取り上げられる。そこで、最初にこの2つの理論について概観する。

まず、Fink⁵⁾の理論であるが、Fink⁵⁾は、外傷性脊髄損傷によって機能不全に陥ったケースの臨床観察と、障害を受けた人、あるいは愛する人の喪失に関する反応について記述した文献より、理論モデルを構築した。それは、受傷後の反応は、①ショック(shock)、②防御的退行(defensive retreat)、③承認(acknowledgement)、④適応と変化(adaptation and change)という4つのステージで進行するというモデルである。この各ステージについて、自己体験(self experience)、現実認知(reality perceptions)、感情体験(emotional experience)、認知構造(cognitive structure)、身体的な障害(physical disability)に分けて、各ステージの特徴を明らかにしている。第1段階である①ショックとは、最初の心理的な警笛として引き起こされるもので、現実の危機を察知し、自己保存への脅威を体験することである。現実に対処でき

ず、結果として無力感や強い不安を引き起こし、パニックになる場合もある。混乱して何が起きているのか十分に把握できない状態である。第2段階の②防御的退行とは、ショックに耐えることができず、現実を避け、否定し、現実を意識しないようにすることで、心理的安定を図り、希望的な思いにふける状態である。自我を強く守ることで、気分は一時的に安定する。第3段階である③承認とは、危機の現実直面することである。防御的退行で、心理的安定が図られると、現実が避けることができなことを知り、新たな衝撃を体験する。心理的には、抑うつ的になり、悲痛な苦悩を体験する。最後の段階の④適応と変化とは、新たな自己イメージと価値観を築き、積極的に状況に対処することである。自分自身を試し、残された能力を試しながら、現実の限界や可能性を探求する。その過程で新たな満足感を体験し、次第に不安や抑うつも軽減される。その結果、将来に向けた新たな展望を抱けるようになり、危機を価値あるものと肯定的に捉え、今後起こる可能性のある新たな危機に対する準備として捉えることができる。

次に、Cohn⁶⁾の理論を概観する。Cohn⁶⁾は、リハビリテーションセンターに入院した整形外科疾患患者にインタビューすることによって記述研究を行い、理論モデルを構築した。それは、①ショック (shock)、②回復への期待 (experience for recovery)、③嘆き (mourning)、④防衛段階 (defensive stage)、⑤適応 (adaptation) という、5つのステージで進行するモデルである。①ショック (shock) とは、受傷直後の集中治療が展開される時で、自分の身体に何が起きているのかよく分からないため、不安がなく、無感動の状態である。②回復への期待とは、自身が病気であることに気付くが、すぐに回復すると感じることである。③嘆きとは、患者が身体障害の実情を知り、全ての価値を失ったと感じ、絶望、引きこもり、他者への敵意や、場合によっては自殺を考えることである。④防衛段階とは、悲嘆反応の後に、自分の身体障害に対処するようになり、障害改善のために努力することである。⑤適応とは、患者が障害を自分の特徴の一つとしてみなし、障害がその人の人生の中で軽く感じられるようになることである。

この2つの理論の他に、Kubler-ross⁷⁾による死の過程に関する理論もしばしば用いられる。これは、患者が死という運命をどのように受け止めるかについて詳細な研究を行い、死の受容に至る5つのステージを明らかにしたものである。それは、①否認と隔離、②怒り、③取り引き、④抑うつ、⑤受容である。①否認と隔離とは、死に直

面するとショックを受け、その状況を否認し、孤立化することである。②怒りとは、徐々に現実に向き合うようになるが、その段階では見るもの全てが怒りの対象となり、憤り、ねたみ、羨望、恨みなどの感情が出現することである。③取り引きとは、死を延期するための交渉として、医師や看護師、家族や友人、それに神に何か申し出をし、約束を交わそうとすることである。④抑うつとは、どうしても回避できない現実であると認知した際、大切なものをなくしたという喪失感からなることである。⑤受容とは、自分の運命全てを受け入れる最終段階のことである。

以上の理論は、4 から 5 段階のプロセスとして表されており、それぞれの理論に多少の相違があるが、おおよそ発症直後の混乱状況から始まり落ち込みを経て適応に至るものであるといえる（表1）。

表 1 障害受容過程に関する代表的な理論の特徴一覧

提唱者名（年）	特 徴	プ ロ セ ス
Cohn ⁶⁾ (1961)	突然の身体障害を受けた患者 障害受容に至るプロセス	ショック→回復への期待→ 嘆き→防衛的段階→適応
Fink ⁵⁾ (1967)	危機から適応へ焦点を当てる 脊髄損傷患者を対象とした研究	衝撃→防御的退行→承認→ 適応と変化
Kubler -ross ⁷⁾ (1969)	死にゆく患者の心理的プロセス 死の受容過程	否認と隔離→怒り→取り引き →抑うつ→受容

第2節 既存の障害受容過程に関する理論への批判

第1節で示した理論に対して、批判も見られる^{8,9)}。それは、これらの理論が段階を踏む理論として画一的なものとされるが、全ての患者がこの過程を経るのか疑問が残るということである。更に、本田¹⁰⁾は、これらの理論の結論がどのようにして抽出されたのか不明なこと、各時期の期間や、患者が回復過程で取り組むリハビリテーションとの関係が明確でないこと、更に死の過程は本来徐々に衰えていく身体機能を前提

としているが、リハビリテーションの過程は逆に身体機能の障害（部分的な死）から始まるものの残存機能を中心として社会に復帰（再生）していく過程であり、両者を同様に捉えることが妥当でないこと、脳卒中などの中枢神経障害を対象とした研究から導き出されたものでないことなどを指摘している。また、山勢¹¹⁾は、様々なケースに用いられている Fink⁵⁾の理論について、その後の実証的研究や幅広い領域からの検証を受けているわけではないことを指摘している。

このように、既存の障害受容過程に関する理論に対する批判がある。特に、従来より、脳卒中の障害受容に関する研究¹²⁻¹⁶⁾は、脳卒中患者由来の理論でないにもかかわらず、これら既存の理論の、各々のいずれかの段階に患者の状態を当てはめて分析するという、演繹的な使用をすることが多かった。従って、脳卒中患者の回復過程に関する理論構築の必要性があるといえる。

第3節 患者の体験を理解することの意義

脳卒中患者の回復過程に関する理論構築をする上では、患者の体験を理解することを考えねばならないと思われる。このことに関して、Doolittle¹⁷⁾は、文献レビューにより、脳卒中患者の回復過程に関する従来の研究の多くは、医療者の視点からみた客観的なものであり、患者が体験している回復過程についてはほとんど知られていないことを指摘している。これは、脳損傷という疾患の特徴上、認知能力や表現能力も障害を受けやすく、研究として患者の体験に焦点が当てられることが少なかったからである。

一方、1995年に American Nurses Association は、1980年に発表した社会政策声明¹⁸⁾に続いて新たな社会政策声明¹⁹⁾を出した。1980年声明においては「看護師が関心を持つ現象は、現にある、あるいはこれから起こる可能性のある健康問題に対する人間の反応である」と述べているが、1995年声明においては「看護師が関心を持つべき事象は、出生、健康、病気、死に対する人間の体験および反応である」と述べられ、更に新しい看護の定義を構成するポイントとして「問題に焦点を当てた取り組みを離れての、健康と病気に対する人間の体験および反応の全範囲への注目、客観的なデータと、患者あるいは集団の主観的な体験の理解を通して得た知識との統合」と述べている。つまり、1995年声明においては、看護として人間の反応以外に、新たに人間の体

験への着眼の重要性が指摘されたのである。

また、Burton ら²⁰⁾は、臨床機能的、客観的な効果の検討だけでなく、一人一人の脳卒中患者の体験を考慮した看護独自のフレームワークの重要性を指摘している。更に、Brauer ら²¹⁾は、従来の脳卒中患者の看護は、医学モデルによって構築され、機能や能力に焦点を当てたものになっており、その結果看護は他の専門職の補助的な役割を担うことになっている、と脳卒中看護の専門性を確立することの必要性を強調している。従来、リハビリテーションチームにおいては、身体面、特に機能の回復を目指しており、それは測定できる回復である。しかし、リハビリテーションはその哲学において、全人的復権を掲げており²²⁾、そのためには、患者にとっての回復、つまり患者の主観的な、体験としての回復が行われなければならない²³⁾。

以上のことから、脳卒中患者の回復過程における看護研究としても、患者の体験に焦点を当てた研究に意義がある。患者の体験を理解することで、患者が障害をどのように捉えているのかを把握することができ、患者を尊重し、患者とのやりとりの中で患者と共に新たな方向を見つけ出す看護援助に繋がると考える。

第4節 脳卒中患者の体験に焦点を当てた研究

近年、研究手法として質的な記述データの分析方法が発展し、脳卒中患者の体験に焦点を当てた研究も行われつつある。これによって、従来明らかにされてこなかった脳卒中患者の体験の構造が明らかになってきた。

Doolittle^{24, 25)}は、脳卒中患者が発症から回復の過程について、患者がどのように意味づけているかを明らかにすることを目的に、脳卒中患者の体験に焦点を当てた研究を行った。以後、これから発展した報告が多くみられている。13名のラクナ脳梗塞患者を対象に、発症72時間以内の急性期から6ヶ月まで、半構成質問紙を用いた継続的なインタビューを、合計120回行い、ethnographyにより分析した。その結果は次の通りである。患者にとって、身体は物体化された身体を体験し、麻痺のある手足はモノを操縦しているように受動的なものとなった。最初は麻痺のある手足を動かそうと努力するが、発症5ヶ月後には努力は失望になっていく。回復過程の中で停滞を感じ、更に後退を感じる。退院によって自分の能力をテストし、可能性を評価し、新たな目標を見つけ、新たな希望となった。そして、脳卒中に陥った人々が回復過程において

共通して体験することは、回復の停滞と能力のテストである。

大川²⁶⁾は、脳卒中患者の経験世界に焦点を当て、患者が看護者の行為をどのように受け止めているのかを明らかにすることを目的に、リハビリテーション病棟に入院している脳卒中患者 12 名に、半構成質問紙を用いたインタビューを合計 25 回行い、現象学的アプローチにより分析した。結果は、《看護者との関わり》《疾病・障害との関わり》《家族・身内との関わり》《友人・知人との関わり》《他の患者との関わり》《看護者以外の病院職員との関わり》《病院に対する思い》《その人の考え方の根ざすところ》の、大きく 8 領域に関する内容の経験世界を明らかにし、看護師が患者の経験世界に触れることの重要性を指摘した。

Backe ら²⁷⁾は、脳卒中発作で入院した 6 名の患者を対象に、最初の 1 週間で考えたことについて、発症から 3 週間以内にインタビューし（回数の記述無し）、現象学的アプローチを用いて分析した。結果として、2つのカテゴリーを抽出し、それらを更に 6 つのサブカテゴリーに分類している。2つのカテゴリーとは、「非現実的な感覚」と「役割変更の認識」である。「非現実的な感覚」とは、急性期のごく初期に典型的に現れる感覚であり、身体的にも心理的にも自分らしくないと感じるものである。このサブカテゴリーとして「身体の知覚の変化」と「現実と非現実の心理的混乱」がある。「役割変更の認識」とは、発作から 1 週間以内に現実に起こったことを認識し、次のステップへと意識が拡大する時に感じるものである。このサブカテゴリーには、「能力の喪失」、「生活範囲の縮小」、「支えや励ましの重要性」、「新しい機会の発見」があることを明らかにした。

藤田ら²⁸⁾は、退院を前にして身体障害を持ちながらも生活再編成に向かう人の経験世界を明らかにする目的で、自宅退院が近い脳卒中患者 9 名を対象に、半構成質問紙を用いたインタビューを合計 15 回行い、質的帰納的に分析した。その結果、《新生の世界》《展開の世界》《自己保守の世界》《歩みの世界》《情感の世界》《導きの世界》の 6 つの経験世界を明らかにし、特に《自己保守の世界》を大切にしていることを指摘した。

高山²⁹⁾は、脳疾患患者の障害認識過程を明らかにすることを目的に、麻痺があり回復時期にある入院中の脳疾患患者 8 名（脳卒中 7 名、脳内腫瘍 1 名）を対象に、半構成的質問紙によるインタビューを合計 14 回行い、Grounded Theory 法により分析した。結果は、脳疾患の障害認識プロセスには従来の段階的な障害受容論とは異なる 3 種類

のパターンが認められ、障害認識変容過程に影響を及ぼした要因として、落ち込みから回復させる Support Imprinting 体験が存在したこと等を明らかにした。

Dowswell ら³⁰⁾は、発症後、13～15 ヶ月の脳卒中患者 30 名と介護者 15 名に半構成的質問紙によるインタビュー（回数の記述無し）を行い、質的帰納的に分析した。結果は、回復とは脳卒中発症前にどれだけ近づいたかという観点で知覚され、従って、個々の患者それぞれが回復について独自の尺度を持っていることを明らかにした。

また、筆者³¹⁾も次の研究に取り組んだ。脳卒中による麻痺に気付いた時、患者は様々な困難を抱えているのではないかと、また、この時の困難を十分にアセスメントすることは、後に続く回復過程の看護をする上で必要なことではないかと考え、突然の脳卒中発作による身体の麻痺を認識した時に、患者はどのような体験しているのかを明らかにすることを目的に、急性期病院入院中の脳卒中初回発作で片麻痺を主症状とする患者 24 名を対象に、半構成的質問紙を用いたインタビューを合計 53 回実施し、質的帰納的に分析した。結果は、身体の麻痺を認識した時の体験として、『身体内での知覚の変化』『苦痛の体験』『活動の変化』『関係の変化』という 4 つの上位カテゴリーが見出され、それに付随する 10 のカテゴリー、更に 33 の下位カテゴリーを見出した。そして、脳卒中患者は客観的には麻痺しているのは身体の一部だが、患者自身にとっては存在全体が麻痺になったような存在自体が脅かされるような大きな苦痛を体験していると考えられた。この結果は、片麻痺という身体の変化を医学生理学的な視点からでなく、患者の体験に着眼し、患者に帰納的にアプローチし、患者が実際に語った言葉を記述し分析したもので、発症直後の患者自身が抱える真の苦痛や苦悩を表していると考えられた。

第 5 節 先行研究に対する批評と本研究における課題

上述の先行研究に対する批評を行い、そこから本研究で取り組むべき課題について述べる。

上述の研究によって脳卒中患者の体験が明らかにされつつあるが十分でない。

まず、対象者の調査期間とデータの信憑性との関連について述べる。

大川²⁶⁾、Backe ら²⁷⁾、藤田ら²⁸⁾、Dowswell ら³⁰⁾、それに筆者³¹⁾の行った研究は、発症初期や回復期における、ある一時点の横断的研究である。従って、その時点におけ

る患者の体験については述べられているが、それが時間の経過と共にどのように変化していくのか不明である。また、高山²⁹⁾の研究は、発症時からの体験を振り返り、インタビューしている。しかし、振り返りという回顧的手法 (retrospective) は記憶に頼ることになり、過去の出来事に関しての信憑性に欠ける。また、振り返り時の対象者自身の考え方により、対象者の過去の体験についての解釈が変化する可能性も考えられる。更にこの高山²⁹⁾の研究では、振り返り期間が最小1ヶ月、最長8ヶ月と対象者によってばらつきが大きいので、結果の妥当性に疑問が残る。

対象者の体験に焦点を当て調査するためには、対象者と十分な信頼関係を築く必要がある。しかし、これらの横断的研究や回顧的手法による研究は、調査回数が1~数回のもので多く、対象者と関わる期間が限られていることが推測され、十分な信頼関係の基に行われていない可能性がある。そのため、データの真実性が疑わしい。

一方、Doolittle^{24, 25)}は、発症初期から6ヶ月間、継続的にインタビューして、体験の変化を把握している。これらは、十分時間をかけた調査であり、対象者との信頼関係の基に行われた研究であることが伺える。従って、対象者の分析期間については、縦断的に断続した調査手法 (prospective) が有効である。しかし、Doolittle^{24, 25)}の研究においては、体験の変化については把握できるが、その変化に影響を与える要因についての十分な分析が行われていないため、その解明が必要である。

次に、調査対象者の条件とデータの信憑性との関連について述べる。

脳卒中は中枢神経障害であり、運動機能障害と共に高次脳機能にも障害を受けることがある。高次脳機能障害者は、正確な情報処理や合理的な思考過程の展開などを困難にさせることもあり、十分なアセスメントが必要となる³²⁾。しかし、先行研究においては、いずれも対象者の条件として、失語症がなく言語コミュニケーションが可能などというある程度の選択基準はあるものの、精神機能、特に認知機能に対する十分な根拠が記されていない。従って、先行研究においては様々な程度の精神機能障害者が混在した研究であるという限界がある。そのため、高次脳機能障害についてアセスメントを行い、対象者の条件を設定しなければならない。また、体験の内容は、身体の障害に起因するにもかかわらず、先行研究においては、いずれも医学的見地に基づく客観的な障害の程度や障害改善の状態に関するデータが欠如している。そのため、先行研究の成果を看護実践に取り入れるには、臨床看護の現状に即すとはいえない。脳卒中による障害の重症度の幅は大きく、それにより体験の内容は変化することが予

想される。そのため、客観的な障害の程度について基準を設定し、回復過程において患者の体験がどのように変化していくかのデータが必要である。

更に、先行研究はいずれも単発的なものであり、その後の研究において追試や結果の検証は行われていない。そのため、同じ方法論による研究を蓄積し、検討が必要である。

第6節 本研究の目的

本研究は、脳卒中患者の回復過程における体験についての理論構築を行うものである。そのため、条件を限定した脳卒中患者の回復過程に沿って、縦断的、経時的に断続したインタビューを実施し患者の体験を分析した。更に同時に、客観的な障害改善の変化を捉えるために、ADL の変化を測定した。そして脳卒中患者の回復過程における体験の変化と、それに影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした。更に、調査施設を変え、同じ方法論による調査を改めて実施し、結果を比較検討した。

第7節 本研究における方法論

本研究では、脳卒中患者の回復過程における体験を明らかにし、既存の理論にとらわれずに新たな知見を得ることとするため、質的研究が有効であると考えた。

質的研究とは、様々な状況における人間の生活体験と、その意味を記述し、知り、理解し、解釈することに焦点を当てた研究へのアプローチである³³⁻³⁶⁾。この質的研究にはいくつかのタイプがあるが、その中でも Grounded Theory 法を参考にすることにした。

Grounded Theory 法とは、質的研究方法の一つであり、1960年代に Glaser と Strauss により開発された継続的比較法によりデータから帰納的に理論を生成する研究方法である³⁷⁻³⁸⁾。複雑な状況下の人間の行動を概念として表す場合に特に有効であり³⁹⁾、看護学にとって有益な研究方法で⁴⁰⁻⁴³⁾、看護研究における質的研究法として多く用いられている研究方法である⁴⁴⁻⁴⁶⁾。Grounded Theory 法における研究課題は、時間的な要素を持ったプロセス的性格を持ったものが適しており、時間を経た体験あるいはその変化を分析する際に有効である⁴⁷⁾。

本研究で明らかにする現象は、脳卒中患者が、回復過程においてどのような体験を

するののかについて、時々刻々と変化する状況をプロセスとして緻密に探求することであるため、方法論としてこれを参考にすることにした。

第8節 本研究における基本的前提

本論文においては「回復」という概念を多用する。ただ、「回復」という概念には様々な意味があるため、本論文における基本的前提について述べる。

「回復」とは、国語辞書によると、「一度失ったものをとりもどすこと。もとのとおりになること」⁴⁸⁾とされるが、これには、身体面の回復もあれば精神面の回復もあると考える。前述したように、従来、リハビリテーションチームにおいては、身体面、特に機能の回復を目指しており、それは測定できる回復である。しかし、リハビリテーションはその哲学において、全人的復権を掲げている²²⁾。従って、ADL スケールで測定できる機能が向上したとしても、患者にとっての回復としては十分とはいえない²³⁾。

以上のことから、本研究においては、脳卒中患者の回復過程の方向性として、患者の主観的な体験としての回復が行われなければならないという考えを基本的前提とした。

第9節 本研究の構成

本研究の構成は次の通りである。

まず、研究1として、急性期病院において、脳卒中患者の発症直後から約6ヶ月までの体験について縦断的追跡調査を行い、その結果を第2章にまとめた。

次に、研究2として、研究1とは別の病院における回復期リハビリテーション病棟において、脳卒中患者がその病棟に転院してから退院するまでの体験について縦断的追跡調査を行い、その結果を第3章にまとめた。

最後に、急性期病院における発症から約6ヶ月間の患者の体験の変化と、回復期リハビリテーション病棟における転院から退院までの患者の体験の変化との同意点と相違点を明らかにし、脳卒中患者の回復過程における体験についての理論構築と看護援助方法についての提言を第4章にまとめた。

第2章 研究1 脳卒中患者の回復過程における体験
—発症から約6ヶ月間の縦断的研究—

第1節 緒言

先行研究の検討より、近年、脳卒中患者の体験に焦点を当てた研究が行われつつあるが、それらの多くは、回復過程のある一時点における横断的なものであり、発症からの縦断的な研究はほとんど行われていないことが分かった。また、数少ない縦断的な研究においても、時間経過とともに変化していく結果に影響を及ぼす要因については明らかにされていなかった。また、脳卒中に伴う、身体障害の程度や高次脳機能障害に対するアセスメントが十分でなかった。

そこで研究1においては、身体障害や高次脳機能障害などに関するアセスメントを行った上で、条件を限定した脳卒中患者に、急性期から発症後約6ヶ月までの回復期の経時的に断続したインタビューを実施し体験を分析した。更に同時に、客観的にADLを測定した。そして、急性期から回復期にかけての回復過程における体験の変化と、それに影響を及ぼす要因について明らかにすることを目的とした。

第2節 本章における用語の定義

本章では、上記、第1節に述べたように、急性期と回復期という用語を用いる。そこで、本節においてこれらの用語の検討を行う。

脳卒中の病期は、急性期、回復期、維持期の3つに分けられるのが一般的で、それらの期間はおおよそ、急性期は発症から1～3週間、回復期は、1～3週間から3～6ヶ月、維持期は3～6ヶ月以降とされる⁴⁹⁾。一方、一定の条件を満たせば診療報酬の加算を受けることができるものの一つとして急性期加算がある。これは従来、平均在院日数20日未満で救急車を含む紹介率が30%を超えると受けられるものであったが、この平均在院日数の条件が2002年10月より17日未満に短縮された⁵⁰⁾。そのため、序章で述べたように近年、急性期病院における在院日数の削減が行われている。従って、患者の病期は、患者が医療を受ける施設と発症からの期間の、両方の観点から定義づける必要があると考える。

そこで、本章においては急性期と回復期を以下のように定義する。

急性期：脳卒中患者が調査実施施設である急性期病院の一般病棟に入院中の期間。

回復期：脳卒中患者が調査実施施設である急性期病院の一般病棟を退院してから発症後約6ヶ月間。

第3節 方法

第1章で述べたように、本研究では、脳卒中患者の回復過程における体験を明らかにし、既存の理論にとらわれずに新たな知見を得ることとするため、対象者の条件を限定して豊富なデータを収集し、また回復のプロセスを見出すために、Grounded Theory法を参考にした質的帰納的分析による研究手法を採用した。

1. 調査実施施設

調査は、A市（政令指定都市）近郊にある、B病院（民間病院）で行った。

B病院は脳神経外科、神経内科を中心とする救急指定病院（一般病床85床、療養型病床群48床）である。リハビリテーションサービスとしては、理学療法と言語聴覚療法を備えていた。なお、本研究の対象である一般病床の平均在院日数は、1999年は19.5日、2000年は16.6日、2001年は14.8日であった。

2. 調査対象者

対象者は、脳卒中でB病院に緊急入院した、発症5日以内の患者で、次の包含基準を満たす患者とした。なお、発症5日以内の根拠は、以下の通りである。B病院においてはクリティカルパスが作成、実施されていた。それによれば、入院当初の検査が全て終了し治療方針が決定していること、仮に入院当初に集中治療室に入室した場合でも一般病棟に移動していること、酸素療法が終了していること等が入院5日以内であるからである。

包含基準

①麻痺側のBrunnstrom Stage⁵¹⁾（以下、BRS）（資料1）において下肢StageⅢ以下の者。

BRSとは、片麻痺（中枢性麻痺）がある場合の運動機能評価テストで、上肢、手指、下肢に分けてStageⅠ（随意運動なし）～StageⅥ（ほぼ正常）の6段階で表すものである。

②Functional Independence Measure^{52,53)} (以下, FIM) (資料 2) において 79/126 点以下の者.

FIM とは, 機能的自立評価法で, ADL に関する 18 項目 7 段階の順位尺度で, 18~126 点で評価するものである.

これらの基準は, 身体障害がごく軽症の者でなく, 比較的長期間にわたって入院の必要が予想される患者を対象とするため, 以下の予後予測に関する先行研究を基に設定した.

二木⁵⁴⁾は, 歩行と関係の深い下肢では, 入院時に BRS において StageIV 以上であれば, 年齢にかかわらず最終的には, BRS において StageVI にまで改善すると報告している. 従って, BRS において下肢 StageIII 以下の者とした.

また, Alexander⁵⁵⁾は, 大まかな予測として, 入院時の FIM 得点 80 点以上は 1 ヶ月以内に自宅に復帰し, 40~80 点はリハビリテーション専門病院などへ転院すると報告している. 従って, FIM 得点において 79 点以下の者とした

ただし, 次の除外基準に該当する者は除外した.

除外基準

①過去に脳卒中の既往がある.

過去に脳卒中の既往のある者は, 過去の体験が結果に影響することが考えられるため, 対象から除外した.

②手術の適応である.

手術適応者は, 手術直後は会話不可能であることが予想されることと, インタビューを行うことにより手術後の集中治療に支障が出る恐れがあるため, 対象から除外した.

③意識障害がある.

意識障害のある者は, 質問の返答の信憑性に欠けることが考えられるため, 対象から除外した.

④言語によるコミュニケーションが不可能である.

失語症などの言語障害により, 言語によるコミュニケーションに問題がある者は, インタビューによる質問に答えることが困難であるため, 対象から除外した.

⑤知的機能低下がある.

痴呆等の知的機能低下のある者は、質問の返答の信憑性に欠けることが考えられるため、対象から除外した。

⑥75歳以上の後期高齢者である。

75歳以上の後期高齢者は、発症前から様々な身体的問題を抱えていることが多く、その回復の程度や身体的ダメージ、障害に対する反応、障害を持つ前のライフスタイル、活動性、意欲が違ふと考えられ³⁾、また合併症等の併発症が多い⁵⁶⁾ため、対象から除外した。

⑦調査期間中に脳卒中の再発や重篤な合併症を起こした。

脳卒中の再発を起こしたものは、結果にその影響が出る事が考えられるため、対象から除外した。また、重篤な合併症を起こした者は、新たな治療が行われるため、調査を行うことが治療を妨げる恐れがあり、倫理的配慮のため対象から除外した。

⑧調査期間中に病態失認や知的能力低下などの、明らかな高次脳機能障害が認められた。

本研究では、脳卒中に伴う身体障害を受けたことにより引き起こされた患者の体験の変化を明らかにするため、病態失認や知的能力低下などの明らかな高次脳機能障害が認められた者は、対象から除外した。

⑨調査期間中に、うつ病などの精神疾患の診断を受け、薬物投与を受けた。

精神疾患や薬物によって、体験に影響が出る可能性がある^{57,58)}ため、対象から除外した。

なお、軽度意識障害や、痴呆、高次脳機能障害を一括して評価する検査法として、Mini-Mental State Examination⁵⁹⁾（以下、MMS）（資料 3）がある。日本語版の検討では、23/30 点以下を、何らかの認知障害（意識障害、痴呆、失語、失行、半側空間無視など）があるとされている⁶⁰⁾。そのため、MMSにおいて、23/30 点以下の者は、対象から除外した。

3. 調査期間

調査期間は、2000年12月20日～2001年11月7日であった。

4. 対象者抽出の手順

2000年12月20日～2001年5月20日の期間中、1週間に3～5回、筆者が調査実施施設を訪れ、発症5日以内の全ての患者をチェックし、上記条件に適合する患者の存在を確認した。その後、主治医並びに病棟看護師長に紹介を依頼した。次に研究依頼書（資料4）に沿って対象者本人に研究の趣旨を説明し、同意が得られ次第、調査を開始した。

5. データ収集方法

主要なデータは、インタビューとFIM得点の測定によるものである。

インタビューは、半構成質問紙を用いた継続的なフォーマルインタビューと、調査実施施設で筆者が対象者と接した際に交わす日常会話などのインフォーマルインタビューによるものである。

半構成的質問紙を用いたインタビューは、対象者から確定的な情報と予期しない情報の両方を得るために有効である^{61,62)}。本研究では、既存の理論にとらわれずに新たな知見を得るために適していると考えた。半構成質問紙は、脳卒中発症初期の体験を記述した筆者³¹⁾の質的帰納的研究の結果と、脳卒中を発症し、何らかの障害が生じりハビリテーションを行った過程が、本人によって記述されている闘病記の中で、出版図書検索により可能な限り入手できた30名、33冊の書籍⁶³⁻⁹⁵⁾を読み、独自に作成した（資料5）。主な内容は、経過、活動、知覚、自己像、状況、関係などに関するものであるが、できるだけ自由に語ってもらうように配慮した。また、フォーマルインタビューの際に、対象者の都合で半構成質問紙の全ての項目に関するに答えるだけの十分な時間を確保できない場合は、最低限、経過に関する項目について語ってもらうようにした。筆者はフォーマルインタビュー中に対象者の言動から理解した意味を対象者に確認し、対象者の視座から体験の理解に努めた。更に、研究途中で、分析により筆者が疑問に感じたことや新たに調査する内容が生じた場合には、その都度質問項目に加えた。フォーマルインタビューは、筆者自身が全対象者に1人で行った。プライバシー保護のため、フォーマルインタビューは原則として個室で行うようにしたが、対象者の希望により、ベッドサイドや調査実施施設内の談話室などで行うこともあった。フォーマルインタビューは許可を得て全てICレコーダー（SONY ICD-R200）で録音し、筆者自身で逐語録を作成した。インフォーマルインタビューは、直後に想起によ

り、記録に残した。また、フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況、印象など、筆者が観察した内容について可能な限り「調査の進め方についてのメモ」として記録に残した。逐語録以外の記録は、分析時の結果の解釈のみに利用した。

FIM 得点の測定は、客観的に測定できる回復の把握のため、病棟における「しているADL」としてのFIM得点の測定を行った。従来、ADLの評価としては、Barthel index^{96,97)}が最も広く使われている評価スケールであったが、採点が粗く（3段階評価）変化が捉えにくい。一方、FIMは、7段階評価のため細かい変化を追うことができ、更に、運動項目の他にコミュニケーションや社会的認知の項目が入り、脳卒中の能力低下を捉えやすい方法として、国際的に急速に広がっている評価法である⁹⁸⁾。また、筆者も過去数年間、臨床において使用経験があったため採用した。

更に、対象者の属性、治療内容などの把握のため、診療録から情報を得た。

6. データ収集間隔

フォーマルインタビューとFIM得点の測定は、発症後1週間以内より開始し、1週間以内に1～2回、3週間まで1週間に2回、その後は1週間に1回、調査実施施設を退院後は、退院後から1ヶ月まで2週間に1回、その後約1ヶ月毎に、転院先において、もしくは調査実施施設への外来受診時に行い、発症後約6ヶ月まで継続して行った（図1）。これらは、Doolittle^{24,25)}の先行研究を参考にして決定した。

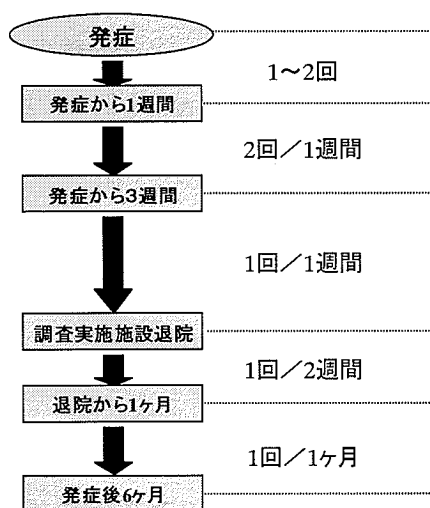


図 1 研究 1 データ収集間隔

なお、本調査に先立ち、筆者のインタビュー方法のトレーニングと、調査方法と内容の修正を行うため、2000年11月5日～12月10日までの期間、調査対象基準に該当する脳卒中患者、男女各1名ずつに予備調査を実施した。

7. 分析方法

データ収集と継続的比較分析は、Strauss & Corbin³⁸⁾の Grounded Theory 法を参考にして同時に行った。分析手順は以下に示す通りである。

- ①フォーマルインタビュー逐語録を内容が把握できるまで繰り返し読み、文脈を捉えた上で、意味のある文節または文章に分割し、要点を表すコード名を付けた。その際には可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にした。更に、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠など）を添付した。
- ②コード名の中から、対象者の体験と、それに影響を及ぼす要因を表しているものを抽出し、筆者の解釈を加えてコード名の修正（必要な場合のみ）を行った。解釈を加える際には、インフォーマルインタビューの内容と、フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況など、筆者が観察した内容に関する記録を参考にした。
- ③修正したコード名毎に、類似点と相違点を継続的に比較しながら分類整理し、より抽象的なレベルで名称を付け、カテゴリー化を行った。
- ④事例毎に、カテゴリー同士の関係を対象者の経時的な流れに沿って位置づけした。その際に FIM 得点の経時変化と比較した。
- ⑤全事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、更に抽象化したカテゴリーを抽出し、回復過程における脳卒中患者の体験を明らかにした。

なお、分析過程において、フォーマルインタビュー逐語録からコード名を抽出する際に、フィールドノーツ用ソフト（野帳 Ver. 4.0）を使用し、分割したフォーマルインタビュー逐語録、コード名、ノートをデータベース化した。更に、データベース化したコード名を分類、整理し抽象化を進める際には、アウトライン・プロセッサ（Kacis Publisher Ver.1.0）を使用した。

以上の分析手順に基づき、本研究における具体的な分析過程を例示する。まず、手順①のために、野帳 Ver. 4.0 を使用し、図2のようなカードを作成する。カードの内

容は以下の通りである。

カード作成日：野帳 Ver.4.0 を使用し、コード名を付けた日（野帳 Ver.4.0 によって、自動的に入力される）

カードの名前：対象者・フォーマルインタビュー日（発症からの日数）・フォーマルインタビュー逐語録の行番号

カードの内容：フォーマルインタビュー逐語録から、意味のある文節または文章に分割し、抽出した部分

コード：要点を表すコード名を付けたもの。（最初は、可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にした）。

メモ：ノート（筆者の解釈、コード名の根拠など）

カード作成

カード作成日 2002-01-31

カードの名前 対象者1-5 5日目 13-23

カードの内容

4日ぐらい前からですね。寝起きがどうしてもしゃんとしなくてね。神経が寝ているんでしょうからね。だから自然と左の方が寝たような格好になってしまいます。今日も、滅多にああいうことないんですけど、便器のところに行ったらべたっとしてしまって、立てなくなってしまったんです。幸い、すぐに看護婦さんが来てくれて助けてもらいましたけど、情けないですね。全然自分の思うようにならないんです。涙が出ます。自分ではゆっくりしているようなんですけど、全然、これ（右足）が駄目です。ここを（膝）を打ってしまいました。（泣く）

コード（右の「コード新規入力」、「コード辞書」から選んで下さい）

ADLの失敗による落ち込み、

コード新規入力...

コード辞書...

メモ

できると思っていたADLを失敗し、障害の重さを実感した様子。そのため、落ち込んでいる。

更新

キャンセル

図 2 野帳 Ver.4.0 において意味のある文節または文章に分割し要点を表すコード名を付け一つのカードとした例

図3は、一人の対象者に対して作成したカードを野帳 Ver. 4.0 上で、表示した画面である。この画面上で、手順②のために、フォーマルインタビューの文脈、ノート、観察記録を参考に、必要なカードの抽出と必要な場合のみコード名の修正を行った。



図3 野帳 Ver.4.0においてコード名の修正を行い全てのカードをまとめて表示した例

次に、全てのカードをテキストとして書き出し、コピーした。ここで、野帳 Ver. 4.0の使用を終了し、次にこのコピーしたテキストを、アウトライン・プロセッサ(Kacis Publisher Ver.1.0)にペーストし、目次エリアにそれぞれのカードのコード名を記載した(図4)。

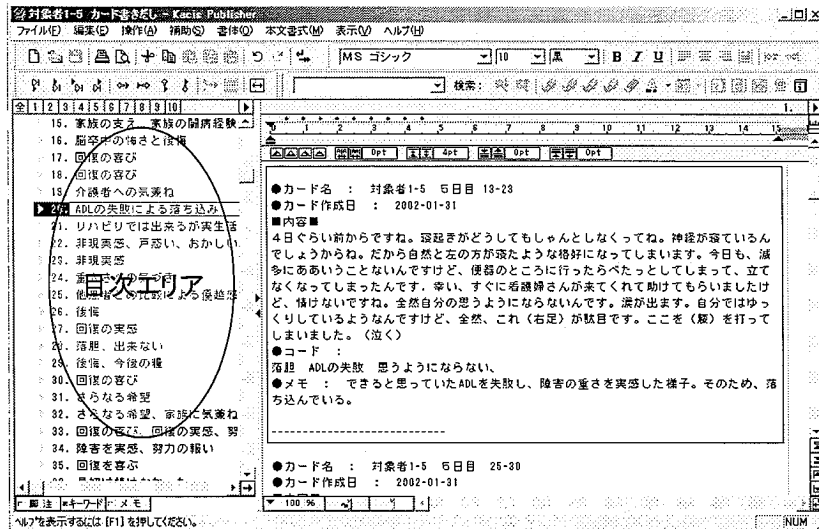


図 4 野帳 Ver.4.0 から全てのカードをテキストとしてコピーし Kacis Publisher Ver.1.0 にペーストした例

次に、手順③を行った。コード名を並び替える際に、Kacis Publisher Ver.1.0 において目次エリアにあるコード名を移動した。この作業によって生データである、フォーマルインタビュー逐語録とメモも連動して移動する。これを繰り返すことにより、コード名を分類、整理し抽象化を進めた（図5）。

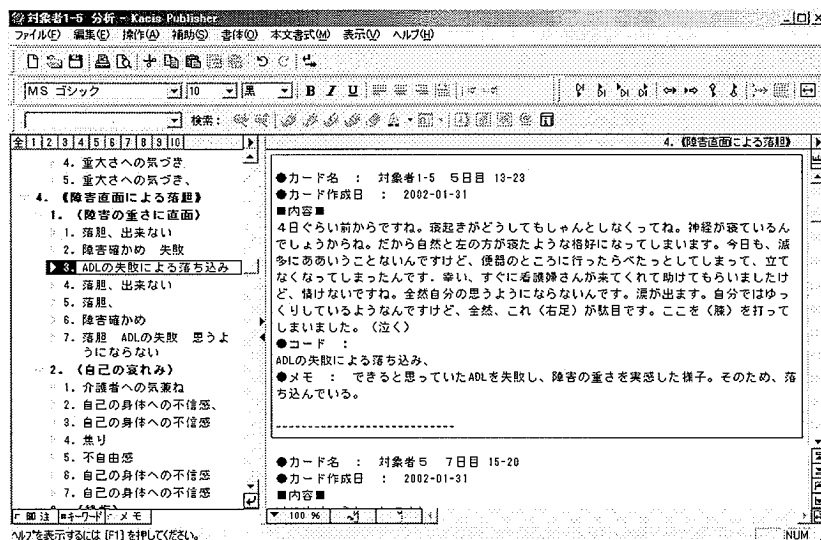


図 5 Kacis Publisher Ver.1.0 において、コード名を分類、整理し抽象化した例

抽象化が最終決定したら、全対象者の目次エリアをプリントアウトし、紙面上で手作業により手順④⑤の作業を行った。

以上のことから、分析に当たってはパソコンソフトを使用した。生データであるフォーマルインタビュー逐語録とコード名を並び替えることを目的に使用した。フィールドノート用ソフト(野帳 Ver. 4.0)では、カード作成の後、ツリー構造による分析にも使用できるが、本研究においては機械的に分析することは適さないため、筆者はカード作成のためのみに使用した。また、Kacis Publisher Ver.1.0 は、コードと生データの並び替えに使用した。従来、この、コード名と生データの並び替えの作業をするに当たって、多くの研究者は表計算ソフトを使用していたが、これはコード名の並び替えには有効である。しかし、生データは画面上で一部しか表示されず、カーソルを移動しないと見えないため、生データの並び替えには困難を伴うと考える。しかし、筆者が使用したアウトライン・プロセッサ(Kacis Publisher Ver.1.0)は、コード名を並び替える際に、連動して生データも移動し、また、画面上で全ての生データと、更にメモも確認できるため、生データとメモを根拠としてコード名を移動することに適しており、表計算ソフトを使用することよりも有効であると考えた。

なお、以上の手順に基づき行った分析方法をより具体的に伝えるために、分析過程の実例を付録に詳細に記載した。内容は、1. 研究1【了解不能】〈戸惑い〉、2. 研究2【素晴らしい医療を受けることの喜び】〈新たな医療の充実感〉、3. 研究2【回復への揺らぎ】〈医療者への期待と不満〉の3つの概念を抽出した過程である。

本研究においては、研究手順として Strauss & Corbin³⁸⁾の Grounded Theory 法を参考にした。Strauss & Corbin³⁸⁾の Grounded Theory 法においては、研究手順の中に、理論的サンプリング (theoretical sampling) と理論的飽和 (theoretical saturation) がある。理論的サンプリングとは、分析と平行してデータ収集を行い、その時点で生じた疑問を明確にしたり、分析によって導き出された仮説を検証したりするため、そのために必要な対象者を改めて選定し、新たなデータを収集していくことである。しかし、本研究においては、分析と平行してデータ収集は行ったが、分析途中で生じた疑問を明確にしたり、分析によって導き出された仮説を検証したりするために改めて対象者を選定するのではなく、新たに追加する対象者は、予め設定した条件に該当するものとした。また、理論的飽和とは、継続的に比較分析を繰り返し、新しい概念が完全に産出されなくなり、更に概念間の関係

が検討され、その関係の妥当性がデータにより十分裏付けられることである。本研究においては、新しい概念が完全に産出されないまで可能な限り継続的に比較分析を繰り返す、また概念間の関係を検討することにとどめた。

8. 厳密性の確保

研究の厳密性を高めるために、Lincoln&Guba^{99,100}が提唱した Credibility, Transferability, Dependability, Confirmability という4つの概念を参考に以下のように行った。

Credibility とは、知見の確実性のことである。これについて Robson¹⁰¹が提唱した方法を参考に次のように行った。調査対象者との間に信頼関係を築くために、データ収集と分析に当たっては十分な時間を費やした。そして、結果の厳格性を確保するために、質的研究経験者の指導を受けた。更に、調査対象者のフォーマルインタビューが終了した時点で、もう一度、調査対象者とのインタビューの機会を設け、患者の話した内容と結果が適合しているかについて確認を行った。

Transferability とは、結果がいかに関一般化されうるかということである。本研究においては、多種多様な脳卒中の病態の中でも条件を絞り込み、その条件下で可能な限り一般化できるように工夫した。

Dependability とは、信頼性や安定性のことで、研究を通してデータと分析結果の一貫性を保つことである。本研究においては、分析の際に筆者の解釈、コード名の根拠などをノートとして記録に残し、新たな結果の解釈の際に参考にするようにした。

Confirmability とは、結果がデータに指示されているかを確認することである。本研究においては、B病院の、脳卒中看護経験10年以上の看護師2名に、分析内容が現象を反映しているかについて検討してもらい、支持を得た。

9. 倫理的配慮

対象者に対して、調査依頼時及び調査時に、研究概要、目的、方法、安全性、プライバシーの保護、研究対象者の利益及び看護学上の貢献、同意撤回の自由などを書面(資料4)と口頭で説明し同意を得た。

また、研究開始前に、調査実施施設であるB病院における理事会において、倫理面

に関する審査を受け，許可を得た後に行った。

第4節 結果

1. 対象者概要

調査対象者の条件に該当し，研究に参加を依頼したのは 30 名であった。そのうち，研究を承諾したのは 24 名であった。その中で，本人の希望による途中辞退者が 7 名，研究途中で病態失認や知的能力低下などの明らかな高次脳機能障害が判明した者が 3 名，脳卒中が再発した者 2 名の計 12 名を除外し，最終的に 12 名を分析対象者とした（図 6）。

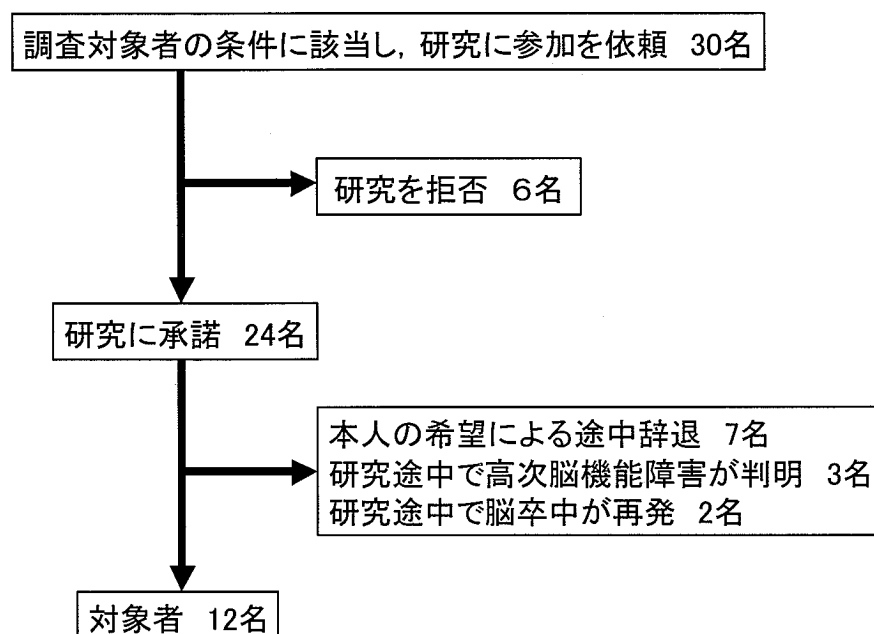


図 6 研究 1 対象者選定までの経緯

対象者は、男性が 8 名、女性が 4 名、年齢は 62.6 ± 7.9 (mean \pm SD) 歳、病名は脳梗塞 6 名、脳出血 6 名、麻痺側は左が 10 名、右が 2 名、全員が右利きであった。全対象者が、発症当日に救急車で来院していた。調査期間中、全員が発症後 21.3 ± 5.3 日で一般病棟から調査実施施設内の療養型病床群に転棟し（急性期）、更に 7 名は長期療養可能な療養型病院に転院した。調査終了時点においては、1 名を除いて全員が自宅に退院していた。なお、研究 1 において、回復期リハビリテーション病棟に転院した者はいなかった。

フォーマルインタビュー回数は合計 206 回、対象者 1 名あたり 17.1 ± 3.2 回、1 回のフォーマルインタビュー所用時間は 5～45 分であった。

対象者には 1-1 から 1-12 まで番号を付けた(表 2)。

表 2 研究 1 対象者概要

対象者	性別	年齢	麻痺側	病名	職業 発症時→最終調査時	MMS	下肢 BRS	初回FIM	最終FIM	急性期 (発症からの 日数)	転院 (発症からの 日数)	自宅退院 (発症からの 日数)	最終調査 日(発症 からの日 数)	面接 回数
1-1	男	55	左	脳梗塞	会社員→失業	28	Ⅲ	69	116	17	53	144	172	16
1-2	男	74	左	脳出血	無職→無職	27	Ⅲ	64	117	28	-	143	171	24
1-3	男	51	左	脳梗塞	会社員→復職	30	Ⅲ	79	117	20	67	81	179	17
1-4	男	54	右	脳出血	会社員→休職中	24	Ⅲ	66	124	24	-	84	162	18
1-5	女	72	右	脳梗塞	主婦→主婦	24	Ⅲ	79	119	22	-	111	175	21
1-6	男	66	左	脳梗塞	無職→無職	30	Ⅱ	76	121	19	89	129	170	19
1-7	男	64	左	脳梗塞	嘱託→休職中	26	Ⅲ	73	112	18	36	157	179	14
1-8	男	63	左	脳出血	嘱託→退職	27	Ⅱ	58	124	21	-	48	178	14
1-9	男	74	左	脳出血	自営業→休職中	24	I	55	100	34	81	入院中	180	18
1-10	女	63	左	脳梗塞	主婦→主婦	30	Ⅲ	75	125	15	-	34	174	13
1-11	女	57	左	脳出血	主婦→主婦	28	Ⅲ	76	116	18	50	122	181	15
1-12	女	58	左	脳出血	主婦→主婦	27	Ⅲ	77	120	19	70	111	185	17

2. FIM 得点の経過

発症直後の FIM 得点（初回 FIM）は 70.6 ± 8.2 点、調査終了時の FIM 得点（最終 FIM）は 117.6 ± 6.8 点であった。調査期間中における各対象者の FIM 得点の経過については、図 7 に横軸に発症からの時間、縦軸に FIM 得点で示した。

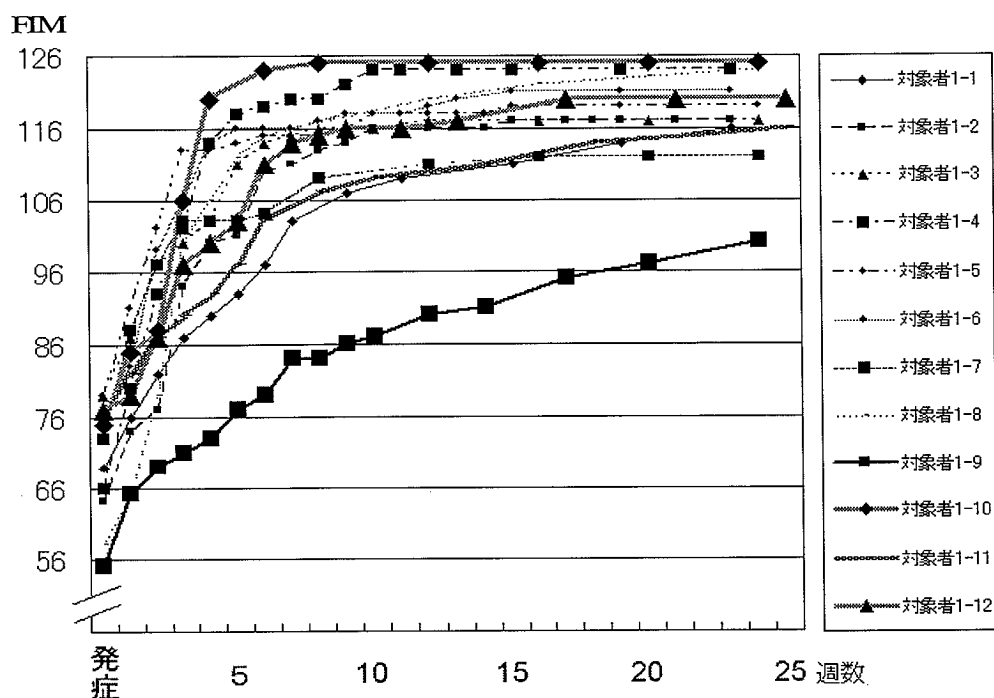


図 7 研究1 対象者のFIM得点の経過

3. フォーマルインタビュー分析結果

対象者のフォーマルインタビューを分析した結果、逐語録より、脳卒中患者の回復過程における体験を表す概念が得られた（表3）。逐語録より抽出した下位概念は表3-1に示す通りであった。また、概念抽出過程の実例は付録に記載した。なお、表3-1のフォーマルインタビュー逐語録は、代表事例の一部の文脈の要点を示した。

表 3 研究1 フォーマルインタビュー分析結果

表 3-1 (下位概念について)

下位概念	カテゴリー	フォーマルインタビュー逐語録 代表的事例の文脈の要点
〈戸惑い〉	突然で分からない	発症時、自分では分からなかった 発症時、何がなんだか分からなかった
	まごつき	発症時、おかしいと思った 発症時、突然の出来事にまごつきことの重大さに気付かなかった
	非現実感	発症時、現実感がなかった 発症時、突然で実感がなかった
〈恐怖〉	死の恐れ	発症時、もう駄目かと思った 発症時、死ぬかと思った
	驚き	発症時、急な出来事で吃驚した 発症時、どうしてこんなことになるのかと思った
〈納得〉	発症時の分からなかったことが分かる	医師の病状説明で発症時の状況を理解した 周囲から教えられ、発症時の混乱の訳が分かった
	恐怖の和らぎ	医師の病状説明で発症時の恐怖体験が和らいだ
〈重大性の認識〉	重大さへの気づき	症状悪化により、ことの重大さを認識した 状況が落ち着き、状況が容易でないことが分かった
	身体障害を身をもって分かる	リハビリテーションを行い、身体を動かすことにより身体障害を感じた ADLの失敗により身体障害を感じた
〈障害の重さに直面〉	ADLの失敗により落ち込む	ADLの失敗により酷い身体障害に耐えた 転倒により身体障害を実感し、落ち込んだ
	想像以上に障害の重さを感じる	身体が全く思うようにならず、悲しい 最低限の自分の身の回りのことさえ伺もできないことに気がついた
〈自己の哀れみ〉	他者への気兼ねがある	介護者への気兼ねで、何をすることも申し訳ない気持ちである 他者に頼ることへ苦痛を感じる
	自己に同情する	障害を被った自分が情けない 自分がこんなことになったことが信じられない
〈劣等感〉	他患者よりも重症との思い	他患者をみて自分の方が重症と感じた 他患者よりも自分の方が障害が酷いと感じた
〈後悔〉	発症前の不摂生を悔やむ	発症前高血圧の内服を怠っていたことを悔やむ 発症前の不摂生な生活習慣を悔やむ
〈将来展望の途絶え〉	将来の見通しが全く立たない	これからの見通しが全く立たない これから自分がどうなるのか本当に分からない
	回復の見込みが全くもない	障害の改善の見込みが全くもない 障害が改善するかの自信が全くない
〈回復の実感〉	身体機能改善が実感できる	身体機能の改善を感じ、喜ぶ リハビリテーションを行い、機能改善を感じ安心した
	ADL再獲得が実感できる	ADLが拡大し、嬉しい 介護者への気兼ねからの解放され、喜ぶ
	リハビリテーションの努力が結果として報われる	リハビリテーションを頑張れば頑張るほど障害改善が進みリハビリテーションが楽しい 日に日によくなることに嬉しさを感じる
〈将来展望の開き〉	障害改善により将来の見通しが立つ	下肢の機能拡大により歩ける見通しを持つ 下肢の機能拡大のため頑張ればよくなるという明るい見通しを掴む
	回復の見込みをつかむ	着実に障害改善を感じ、障害改善に自信を持つ リハビリテーションで杖で歩けたため、歩けるようになるかもしれないという淡い希望が出る
〈将来展望の修正〉	機能改善の減速感により見通しの修正を行う	機能改善が減速し復職時期の延長を検討せざるを得ず、困惑する 機能改善が減速し見通しが立たなくなり、無様感を感じる
	医療者の予後予測により予定に狂いが生じる	自身の想像よりも悪い医療者による予後予測により退院予測時期の修正を行わなければならなくなり、落ち込む
〈劣等感〉	他患者よりも重症との思い	他の患者よりも自分の方が障害改善が遅れていると感じる 他の患者よりも自分の方が重症と感じる
	他患者よりも状況が酷いとの思い	他の患者よりも高齢であるため障害改善が遅いと感じる 他の患者より若いため、家族のために早く復職しなければならないと感じる
〈後悔〉	発症前の不摂生を悔やむ	発症前の暴飲暴食が発病の原因と悔やむ 発症前に医師の忠告を守らなかったことを悔やむ
	発症直後の対応を悔やむ	発症直後、すぐに救急車を呼ばなかったことを悔やむ 発症後、来院が遅れたことを悔やむ
〈回復の期待と不安〉	障害改善を感じる部分と感じない部分がある	足は改善したが手が改善しない 足の改善は満足できるが手の改善に満足できない
〈他者と自己の評価のギャップ〉	障害改善の評価が他者の方が自分よりも高い	他者はよくなったと言うが自分では満足できない 他者はよくなったと言うが自分ではあまり変わらないとの思い
〈医療への期待と不満〉	医療に対する期待の中に不満が出現	セラピストを信頼しているが、毎日のリハビリテーションに新鮮味がなく同じことの繰り返しで効果に疑問を感じる 障害改善のために医療者に期待しているが、もっと期待に届いてほしい思い
	医療に対する信頼の揺らぎ	障害の改善が停滞し、現在の医療に対し以前よりも信頼が薄れてきた 現在の医療に頼っているが、他にもっといい医療があるのではないかという思いが出現してきた
〈障害の重さの再認識〉	病院外に出ることにより障害の重さを再確認する	初回外治により病院外での歩行に困難を突感し、障害改善がまだまだ必要だと感じた 自信を持って外出したが、予想外に外を歩くことに怖さを感じ、落ち込む
〈後退感〉	新たな症状の出現により回復よりも後退を感じる	痛みやしびれの出現により、回復が感じられず、逆に悪化を感じる 障害改善に停滞を感じ逆に以前よりも悪くなったように感じる
〈努力が報われない苛立ち〉	リハビリテーションの努力が報われない	努力しても障害改善が進まず苛立つ 努力しても障害改善が進まず職場復帰に不安を感じ焦る
〈肯定的側面への気付き〉	他患者と比較し軽症だったとの認識	落ち着いて考えてみると、自分は他患者よりも軽症だったとの思い 自分は、他患者よりも障害の状況が困難でなかったとの思い
	他患者と比較し状況が恵まれていたとの認識	他患者より、自分の方が社会的状況が恵まれているとの思い 他患者より、自分は金銭的状況が恵まれているとの思い
〈障害に感謝〉	自身の障害により家族にメリットがあった	障害により、妻と一緒に医療に注意するようになったため、妻の健康状態もよくなった 自身の障害により自分自身にメリットがあった
〈目標の下方修正〉	当初の回復目標を下げる	自分の障害により、脳卒中後遺症の夫の気持ち理解できるようになった 今までのリハビリテーションへの努力に対する満足感のため、目標を下げる
	現実的な目標に修正する	当初は完治に固執していたが、それが消え現実的な目標に変わった

表 3-2 (上位概念について)

上位概念(体験の変化の局面)	定義	要因	下位概念
【了解不能】	発症直後において非常に混乱し、自身の身体に何が起ったのかを理解できないこと	[突然の発症]	〈戸惑い〉 〈恐怖〉
【障害の実感】	現在の自分の置かれている、身体に障害を抱えたという状況を把握したこと	[病状説明] [症状悪化] [リハビリテーション開始] [ADLの失敗]	〈納得〉 〈重大性の認識〉
【障害直面による落胆】	障害を抱えたという現状を把握した際に、衝撃が非常に大きく、落ち込むこと	[ADLの失敗] [他の患者と比較]	〈障害の重さに直面〉 〈自己の哀れみ〉 〈劣等感〉 〈後悔〉 〈将来展望の途絶え〉
【回復の喜び】	ポジティブな局面 機能や能力の改善に満足し、回復への期待を抱くこと	[身体機能の改善感] [ADLの再獲得] [努力の報い]	〈回復の実感〉 〈将来展望の開き〉
【回復減速による落胆】	順調に経過していた機能や動作の改善が、以前のように順調でなくなり、落ち込むこと	[回復の減速感] [医療者の予後予測] [他の患者と比較]	〈将来展望の修正〉 〈劣等感〉 〈後悔〉
【アンビバレンス】	ポジティブな要素とネガティブな要素が相反した錯綜した状態のこと	[回復の減速感] [回復の停滞感]	〈回復の期待と不安〉 〈他者と自己の評価のギャップ〉 〈医療への期待と不満〉
【回復停滞による落胆】	【アンビバレンス】局面で、[回復の停滞感]を抱いているときに、否定的な側面が強く出現し落ち込むこと	[回復の停滞感] [外に出る] [新たな症状の出現] [焦り]	〈障害の重さの再認識〉 〈後退感〉 〈努力が報われない苛立ち〉
【人生の方向転換】	【アンビバレンス】局面を経て、障害をネガティブなものとして捉えるのではなく、よりポジティブに捉えること	[他の患者と比較] [家族や医療者のサポート] [努力に対する満足感]	〈肯定的側面への気づき〉 〈障害に感謝〉 〈目標の下方修正〉

それらを基に更に上位概念を抽出し、名称を付けた。その結果は表 3-2 に示したように、【了解不能】【障害の実感】【回復の喜び】【アンビバレンス】【人生の方向転換】と、一時的に落ち込む“落胆”とした。これらの上位概念は、脳卒中患者の回復過程における体験の変化の局面を表しており、時間的順次性があった。また、“落胆”が発生する局面には 3 種類あり、それぞれ内容が異なり【障害の実感】の後にあるものを【障害直面による落胆】、【回復の喜び】の後にあるものを【回復減速による落胆】、【アンビバレンス】にあるものを【回復停滞による落胆】とした。これらを、時間の経過という観点から図式化したところ、図 8 を得ることができた。更に、各局面から次の局面への移行するためのきっかけとなる要因(影響要因)を見出すことができた。

なお、それぞれの概念に名称を付けた過程においては、後述する I ~ VIII に記載した。本論において用いる局面概念の記載方法は、一目でどの位置かが分かるように概念語を囲む前後の記号で区別した。即ち、上位から順に【】〈〉、各局面の移行の影響要因は [] で示す。また、それぞれの概念に分類された事例の中で、概念を説明するために適している事例を代表事例としてフォーマルインタビューの発言から取り上げた。発言の内容は「」で示し、その後に()で発言者と発言日(発症からの日数)を、実際の発言の抜粋だけでは理解が難しいと考えられる部分には、理解しやすいように前後の文脈から()で補足した。

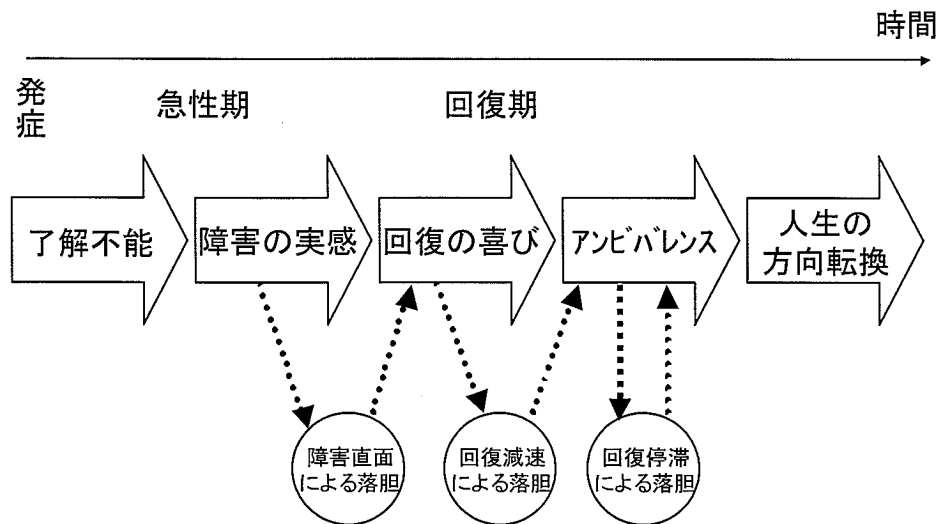


図 8 研究1 脳卒中患者の発症から約6ヶ月までの体験の変化

I. 【了解不能】

〔突然の発症〕により非常に混乱し、自身の身体に何が起こったのかを理解できない状態のことを【了解不能】とした。これは、発症から緊急入院に至るまでのことを語った内容である。

下位概念は、①〈戸惑い〉と、②〈恐怖〉である。

① 〈戸惑い〉

対象者は、突然の出来事に困惑し、自身の身に起きたことを事実として受け止められないことを語っていた。以下に、実際の発言内容を示す。

(対象者 1-2：発症 6 日 発症時の振り返り)

対象者：「夢を見るような感じでした」

(対象者 1-12：発症 6 日 発症時の振り返り)

対象者：「何が何だか分からなくて」

このように、現実感が伴わないことを語っていた。また、どうしてよいか分からずまごつき困惑した様子を次のように語っていた。

(対象者 1-6：発症 6 日 発症時の振り返り)

対象者：「周囲が騒ぎ出し、大げさにされて、格好悪いというのばかりで、恥ずかしくて恥ずかしくてね」

つまり〈戸惑い〉は、事態の重大性に対する認識がなく、周囲の反応に当惑していることであった。

② 〈恐怖〉

対象者は、突然、身体のコントロールが利かなくなるという、今まで体験したことのない身体の変化に対し、何が起こったのか分からず、場合によっては生死の選択を予感することを語っていた。

対象者 1-8 は、友人が脳卒中で死亡しており、発病前から脳卒中に恐怖心を抱いており、次のように語っていた。

(対象者 1-8：発症 7 日 発症時の振り返り)

対象者：「これはおかしいと思いながら (中略) これはひょっとしたら頭の病気かもしれないと思ってもう助からん、駄目だと思ったんです」

II. 【障害の実感】

自己の身体に何が起こったのか分からなかった状態から、現在の自分の置かれている、身体に障害を抱えたという状況を把握した体験を語ったことを【障害の実感】とした。これは、対象者によって異なるが、救急来院し、診断を受けた時(1日目)からリハビリテーション開始直後(約 10 日目)に語っていた。

下位概念は、①〈納得〉と、②〈重大性の認識〉である。

①〈納得〉

対象者は、発症後に緊急入院となり、検査の結果を説明されたことにより、発症時の〈戸惑い〉に対してどうして自分がそのような状態になったのか分かったことを語っていた。

(対象者 1-1：発症 5 日 入院直後の振り返り)

対象者：「ここ(B病院)に来て、すぐに輪切りの検査(頭部 CT)をしたんです。それでレントゲンを見て先生(医師)が黒いのをさしてこれですと説明してくれたんです。(中略)それで分かりました。ああ、それでこんなになっちゃったのかなと合点いきましたよ」

このように医療者からの医学的な[病状説明]によって発症時の〈戸惑い〉から〈納得〉に至っていた。また〈納得〉することは〈恐怖〉を和らげることにもなっていた。

②〈重大性の認識〉

当初の〈戸惑い〉という分からない状況から自己の身体に障害を抱えたということ認識することである。

(対象者 1-5：発症 10 日 入院後、翌朝の振り返り)

対象者：「入院して一晩寝て起きたら、駄目だったんです。手も足も、全然利かなくなって。ああ、これは大変なことになってしまったとその時初めて思ったんです」

これは、突発的出来事の中で緊急入院し、一連の処置や検査が一段落した後に自身の身体状況に意識が向けられ、症状が改善しないどころかむしろ当初考えていたより[症状が悪化]することにより、身体に起こった重大な変化を体感することであった。これはこの事例のように、多くは発症翌朝の睡眠から目覚めた時のこととして語っていた。

また、次の事例のように[リハビリテーション開始]によって身体を動かし、障害を体感することを語っていた。

(対象者 1-12：発症 5 日)

対象者：「昨日から訓練にいきましたが、手が全然駄目なことが分かりました」

また、できると思っていた [ADL の失敗] を体験し (重大性の認識) に繋がるがあった。リハビリテーション開始直後に転倒した対象者 1-1 は次のように語っていた。

(対象者 1-1：発症 10 日)

対象者：「あそこ (部屋のドア)まで行ってみようと思ったんです。でも駄目駄目。歩かれやしない。へばり込んでしまったよ。(中略)まだまだリハビリをだいぶしないと駄目だなんて思って」

この (重大性の認識) が重く受け止められた場合、対象者に“落胆”をもたらしていた。

III. 【障害直面による落胆】

回復過程において一時的に落ち込む局面のことを“落胆”とした。この“落胆”は発生する局面により 3 種類あった。ここでは【障害の実感】局面の後にある“落胆”について述べる。これは、【障害の実感】として、障害を抱えたという現状を把握した際に衝撃が非常に大きく、落ち込むことを語ったことで、【障害直面による落胆】とした。これは、発症後、約 5～15 日目に語っていた。

下位概念は、① (障害の重さに直面)、② (自己の哀れみ)、③ (劣等感)、④ (後悔)、⑤ (将来展望の途絶え) である。

① (障害の重さに直面)

転倒など、できると思っていた [ADL の失敗] の際などに、対象者が障害の程度があまりにも重大であることを認識し、落胆することがあった。

(対象者 1-5：発症 10 日)

対象者：「さっき、そこでこけてしまいました。足がさっぱり駄目です。こんなに酷いとは思いませんでした。」

② 〈自己の哀れみ〉

ADL が自立できず、介助される立場になってしまったということで、落胆することがあった。これは、女性を中心に語っていた。

(対象者 1-5 : 発症 15 日)

対象者：「トイレも自分でできないんです。(介助を)お願いするのが気兼ねで。情けないです」

③ 〈劣等感〉

急性期の治療を終え、リハビリテーションが始まることで、他の患者と接する機会ができ、[他の患者と比較]し、自分の障害の方が重症だと感じた者は落胆していた。

(対象者 1-8 : 発症 15 日)

対象者：「リハビリにきましたが、他の人より重いみたいです。他の人は歩いてたりするんですから。」

④ 〈後悔〉

自分の置かれた状況が厳しいという認識が生じ、発病前の不摂生であった生活を悔やむことを語っていた。

(対象者 1-2 : 発症 10 日)

対象者：「高血圧の薬を飲んでいなかったのが悪かったんです」

⑤ 〈将来展望の途絶え〉

将来の見通しが立たない状況を語ったものである。

(対象者 1-11 : 発症 11 日)

対象者：「これからどうなるのですか。めどが立ちません」

この【障害直面による落胆】は、〈障害の重さに直面〉する度合いが大きい時に【障

害の実感】とほぼ同時に出現し、〈劣等感〉はリハビリテーション開始直後に見受けられた。

一方、この局面で“落胆”のない者は〔他の患者と比較〕した際に、〈障害の重さに直面〕することなく状況を肯定的に捉え〈劣等感〉を表すことがなかった。

(対象者 1-6 : 発症 10 日)

対象者：「僕は話もできるし軽かったんじゃないかと思います」

IV. 【回復の喜び】

【障害直面による落胆】から立ち直り、ポジティブな局面で、【障害の実感】により、リハビリテーションに取り組む中で、身体の機能や能力の改善に満足し、回復への期待を抱くことを【回復の喜び】とした。これは、発症後、約 5～50 日目に語っていた。

下位概念は、①〈回復の実感〉、②〈将来展望の開き〉である。

① 〈回復の実感〉

〔身体機能の改善感〕によって得られるもので、次のように語っていた。

(対象者 1-1 : 発症 20 日)

対象者：「全然動かなかった指が今朝から少し動くようになったんです。この調子でいけばいいんじゃないかと思いますよ」

(対象者 1-3 : 発症 13 日)

対象者：「今日の訓練、すごくよかった。足が動いたよ。よかった。安心したよ」

また、〔ADL の再獲得〕により障害の回復を実感することを語っていた。

(対象者 1-10 : 発症 15 日)

対象者：「歩けるようになったのでトイレにも行けてうれしいです」

これらは、リハビリテーションの〔努力の報い〕が目に見える結果として現れるこ

とが影響していた。

(対象者 1-5 : 発症 25 日)

対象者：「訓練を頑張ったのでよくなりました。やればやるだけよくなるので訓練の時間が待ち遠しいです」

② 〈将来展望の開き〉

更に、〈回復の実感〉が得られたことにより、【障害直面による落胆】で〈将来展望の途絶え〉を語った者が、逆に〈将来展望の開き〉について語っていた。

(対象者 1-11 : 発症 27 日)

対象者：「歩けるようになると思います。頑張ります」

この局面では、次のように意欲的にリハビリテーションに取り組む姿勢について語っていた。

(対象者 1-4 : 発症 20 日)

対象者：「毎日自主トレをしているんですよ。廊下で歩く訓練をね。歩くのがうれしくて頑張っています」

なお、【障害直面による落胆】で落ち込みの度合いが大きい対象者ほど、逆に【回復の喜び】が強く語っていた。

V. 【回復減速による落胆】

【回復の喜び】の局面において、順調に経過していた身体の機能や能力の改善が以前のように順調でなくなり、落ち込む局面のことを【回復減速による落胆】とした。これは、これは FIM 得点の上昇が緩やかになる時期に対応しており、出現時期に個人差があるが、発症後、約 20～40 日目に語っていた。

下位概念は、① 〈将来展望の修正〉、② 〈劣等感〉、③ 〈後悔〉である。

① 〈将来展望の修正〉

【回復の喜び】局面で順調に経過していたが、徐々に、障害改善の〔回復の減速感〕を訴えるようになり、それにより、今後の見通しを変更しなければならないことが語っていたことである。

対象者 1-1 は、順調な回復について語っていたが、徐々に回復が減速するにつれて次のように語っていた。

(対象者 1-1 : 発症 30 日)

対象者:「歩く訓練をしているのに、(入院してから)もう1ヶ月になるのにいっこうに歩けない。ここのところ変わらないんです。1ヶ月でこれぐらいかこの先考えちゃいますよ。仕事をもう少し休ませてもらわないと。」

また、回復が減速した際に〔医療者の予後予測〕を聞き、当初立てた予定に狂いが生じ、今後の見通しに修正を迫られることが語っていた。

(対象者 1-3 : 発症 20 日)

対象者:「先生(セラピスト)にまだ歩けるまで時間がかかると言われた。連休明けに帰ろうと思ったがこれでは駄目だよ」

② 〈劣等感〉

回復が減速した際に、順調に経過している〔他の患者と比較〕することにより、自信の置かれている状況を低く見ることを語っていた。

(対象者 1-3 : 発症 27 日)

対象者:「自分はまだ51歳なのにこんな病気になってしまった。まだ年金ももらえないんだよ」

(対象者 1-9 : 発症 40 日)

対象者:「年ですから。若い人のようにはいかないんですかね。若いもんはどんどんよくなっていくのに駄目だね」

この〈劣等感〉は、【障害直面による落胆】にもあったが、【障害直面による落胆】では単に障害が重症だという外見から〔他の患者と比較〕したものであるのに対し、【回復減速による落胆】では外見上の比較に加えて、社会的状況などの比較を行った上で捉えられるものであった。これは時間が経過することによって徐々に状況について理解が深まるためでないかと推測された。

③ 〈後悔〉

回復が減速した際に【障害直面による落胆】と同じく〈後悔〉についても語っていた。【回復減速による落胆】では、【障害直面による落胆】のように、病気以前の生活に関することに加えて、発症直後の対応について悔やむことを語っていた。

(対象者 1-7: 発症 37 日)

対象者:「すぐに救急車を呼んでいたらよかったです。少し様子を見ていたからこんなに重症になってしまったんです」

そして、【回復減速による落胆】から立ち直った際には、【アンビバレンス】という局面に移行することが認められた。

VI. 【アンビバレンス】

【回復の喜び】から【回復減速による落胆】という局面を経て、ポジティブな要素とネガティブな要素が相反し錯綜する局面のことを【アンビバレンス】とした。【回復減速による落胆】のない対象者であっても、【回復の喜び】の後に落胆とまではいえないう軽い落ち込み傾向があり、このような現象が確認できた場合、この局面に移行したものと判断した。この局面は、[回復の減速感]や[回復の停滞感]によりもたらされ、これは FIM 得点の上昇が緩やかになる時期にほぼ対応していた。出現時期には個人差があるが、発症後、約 35～50 日目から語っていた。

下位概念は、① 〈回復の期待と不安〉、② 〈他者と自己の評価のギャップ〉、③ 〈医療への期待と不満〉である。

① 〈回復の期待と不安〉

身体機能の改善の実感が掴める部分と掴めない部分の認識がありそれにより、期待と不安について語っていた。

(対象者 1-6 : 発症 42 日)

対象者：「足はだいぶよくなりました。でも手が全然変わらなくて。足はいいと思うんですけど、手の方が心配で。」

② 〈他者と自己の評価のギャップ〉

回復についての評価が、自身と他者の間に違いがあることである。この場合、自身の評価よりも他者の評価の方が高いという特徴があった。

(対象者 1-2 : 発症 36 日)

対象者：「先生(セラピスト)も見舞いに来てくれた人もよくなったと言って褒めてくれるんですが、自分としてはまだまだです」

③ 〈医療への期待と不満〉

リハビリテーションをしているにもかかわらず、障害改善の〔回復の停滞感〕があるため、医療に対する不満の要素が出現し、期待と不満という中で揺れていることを語っていた。

(対象者 1-4 : 発症 37 日)

対象者：「今のリハビリで本当によくなるんですかね。先生(理学療法士)を信頼して頑張っているんですが、毎日同じことをやっていて、時間もたった1時間でしょ。でも、今辞めたら駄目でしょうし、これでいいんですかね」

VII. 【回復停滞による落胆】

【アンビバレンス】の局面で、ポジティブとネガティブが複雑に入り混じった葛藤の体験をする中で、〔回復の停滞感〕を抱いている時に、否定的な側面が強く出現した

時の落胆を【回復停滞による落胆】とした。

下位概念は、①〈障害の重さの再認識〉、②〈後退感〉、③〈努力が報われない苛立ち〉である。

①〈障害の重さの再認識〉

入院後、初めて病院外への外出や外泊といった「外に出る」ということにより、困難があり、改めて現状の厳しさを認識することである。

(対象者 1-5 : 発症 73 日)

対象者：「全然駄目でした。病院の中のようにうまくできませんでした。買い物にも行きましたが入混みで恐ろしかったです。何もできませんでした。まだまだです」

②〈後退感〉

リハビリテーションをしているにもかかわらず、望むように障害が改善せず、更に、痛みや痺れなどの「新たな症状の出現」によって逆に悪化しているという認識について語っていた。

(対象者 1-2 : 発症 62 日)

対象者：「進歩してません。逆に悪くなっているような気がします。痛みも出てきていますし。痺れるような感じもあって。前の方がよかったような気がします」

③〈努力が報われない苛立ち〉

また、特に生産年齢で有職の対象者を中心に、職場復帰への「焦り」から、リハビリテーションに努力しているが、結果が現れず、苛立つことを語っていた。

(対象者 1-4 : 発症 46 日)

対象者：「もう駄目だ。いくら頑張っても止まってしまった。このまま治らないのかもしれない。まいったね」

(対象者 1-3 : 発症 43 日)

対象者：「やってもやっても指が全然進まない。こんなじゃ受話器が取れないから仕事ができないよ」

この【回復停滞による落胆】の影響要因は、外泊や退院の時期や対象者の置かれた状況と関係しており、各対象者の入院中の経過によって異なるため、出現時期の個人差は大きかった。また、【障害直面による落胆】と【回復減速による落胆】から立ち直った際には次の局面に移行することが認められたが、【回復停滞による落胆】は次の局面に移行するのではなく、【アンビバレンス】の局面の中でポジティブとネガティブの体験を繰り返す葛藤状態であった。

VIII. 【人生の方向転換】

最終局面で【アンビバレンス】の状態から、障害をネガティブなものとして捉えるのではなく、障害をよりポジティブに捉えるようになったことを【人生の方向転換】とした。この局面へ移行する時点では、FIM 得点の変化はほぼプラトーの状態にある。そのため、この移行には、他の局面への移行の際よりも、身体の機能や能力の変化とは別の要因が強く影響していた。

下位概念は、①〈肯定的側面への気付き〉、②〈障害に感謝〉、③〈目標の下方修正〉である。

①〈肯定的側面への気付き〉

障害を否定的なものとして捉えるのではなく、徐々に、肯定的な面にも気付くことを語っていた。これは、同じ病気の〔他の患者と比較〕し、優越感を抱くことにより語っていたことが多かった。

(対象者 1-2 : 発症 111 日)

対象者：「ものが言えんようになった人も、足が立たんようになった人もいっぱいいるので、それを思うとわしの場合、右手も利くし軽くて助かったと思います」

(対象者 1-6 : 発症 79 日)

対象者：「この年でこの病気になってよかったです。年金生活ですからお金もそんなに困りませんし。〇〇さん（同病の他の患者）なんかかわいそうですよ。働き盛りでね。その点自分は恵まれていたと思います」

② 〈障害に感謝〉

障害によって得られた利益を発見することを語っていた。これは「家族や医療者のサポート」が影響していた。

（対象者 1-4：発症 140 日）

対象者：「病気になって夫婦で健康に注意するようになりました。毎日一緒に歩いて、血圧も毎日測って塩分も控えています。おかげで女房の血圧も下がったんですよ」

また、夫が脳卒中後遺症患者である対象者 1-5 は、次のように語っていた。

（対象者 1-5：発症 77 日）

対象者：「今回、主人の気持ちがよーく分かりました。主人もつらかったんだというのが分かりました」

③ 〈目標の下方修正〉

発症の初期段階では、障害改善に高い目標を持っていたが、リハビリテーションに取り組む中で、今までの「努力に対する満足感」が得られたことにより、その目標に到達していないにもかかわらず、当初の目標に固執していないことを語っていた。対象者 1-3 の発言は、時間経過によって次のように変化した。

（対象者 1-3：発症 73 日）

対象者：「（障害を）完全に治して家に帰ります」

（対象者 1-3：発症 193 日）

対象者：「もう大丈夫。あれだけ頑張ったんだから。これだけでできればいいよ。100%元に戻るわけないんだから」

このように、今までの〔努力に対する満足感〕が得られたことにより当初の〈目標の下方修正〉に至っていた。

なお、研究1においては対象者全員が【アンビバレンス】までで到達していたが、【人生の方向転換】への移行に至ったのは、12名中10名であり、対象者1と対象者9は調査終了時点において【人生の方向転換】への移行は認められなかった。

対象者1は次のように語っており、【人生の方向転換】をできないでいた。

(対象者1-1：発症174日)

対象者：「わしの人生、つまらんようになりました」

これは、発症前後に失業、離婚など、人生においてダメージを与えられる大きな出来事が重なり、また家族のサポートも得られず、更に経済的不安なども重なり、【人生の方向転換】へ移行の影響要因がないためと判断した。

一方、対象者1-9は、他の対象者に比べFIM得点が低得点で推移しており、身体の機能や能力の障害が他の対象者よりも重症であることが影響していると判断した。

4. “落胆”発生の有無の差違に着目したパターン分類

対象者によって【障害直面による落胆】、【回復減速による落胆】、【回復停滞による落胆】の3つの“落胆”発生の有無に違いがみられた。そこで、その差違に着目してパターン分類を行ったところ、次のような①～⑤の5つのパターンが抽出できた。

下記にそれぞれのパターンと、各々に該当する対象者を記載した。

パターン① 【障害直面による落胆】、【回復減速による落胆】、
【回復停滞による落胆】全て存在

対象者1-1, 1-3, 1-7, 1-9

パターン② 【障害直面による落胆】と【回復停滞による落胆】が存在

対象者 1-2, 1-5, 1-11, 1-12

パターン③ 【障害直面による落胆】のみ存在

対象者 1-8, 1-10

パターン④ 【回復停滞による落胆】のみ存在

対象者 1-4

パターン⑤ 落胆なし

対象者 1-6

それを図示したものが図9である。

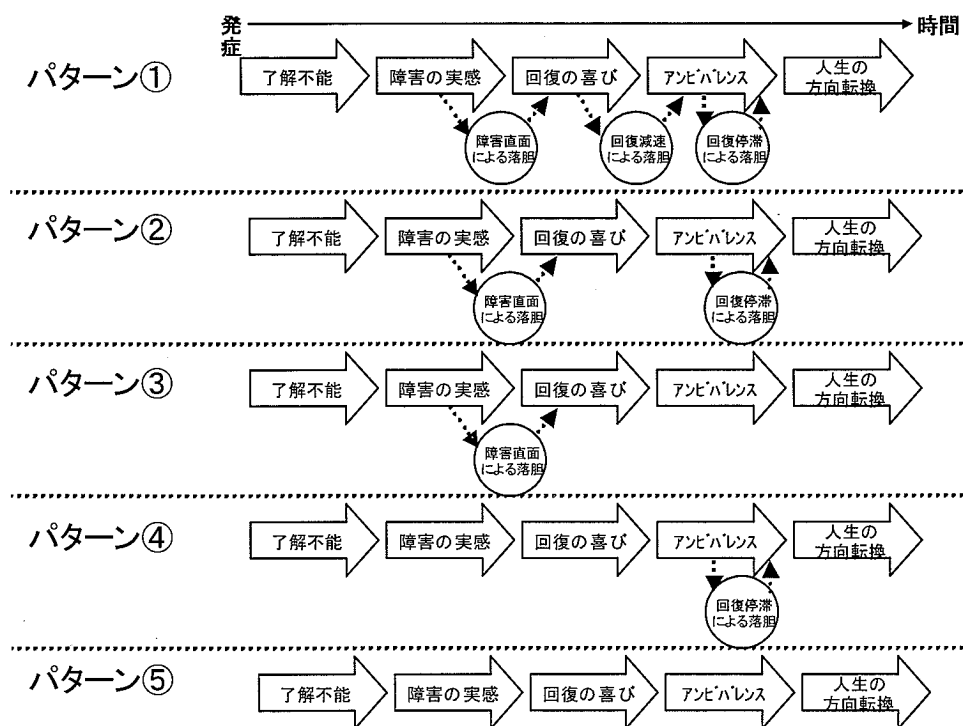


図9 “落胆”発生の有無の差違に着目したパターン分類

第5節 考察

1. 対象者について

脳卒中は障害の重症度の幅は大きく、それにより患者のたどる経過に大きな違いがある。しかし、第1章 第5節で述べたように、先行研究においては、対象者の障害の重症度などの条件に関して明確にされているとはいえなかった。そこで本研究においては、対象者の条件のばらつきをできるだけ少なくするために、明確な基準を設定した。基準の詳細は第2章 第3節 2. で述べた通りで、つまり、身体障害がごく軽症でなく比較的長期間にわたる入院の必要が予想されるが、重症度が高くインタビューによるデータ収集が適さない者ではないということである。従って、研究1で得られた結果は、全ての脳卒中患者に適応されるのではなく、研究1における対象者の条件に該当する脳卒中患者に適応されるものとする。

本研究においては、多くの先行研究が採用している横断的研究や、回顧的手法とは異なり、縦断的に断続した調査手法を採用した。そして、一人の対象者に発症から約6ヶ月まで継続して追跡調査した。そのため対象者と長く関わることができ、信頼関係を築くために十分な時間を費やすことができ、データの真実性が高まり、また対象者の理解に有効であったと考える。しかしながら、繰り返し行う調査のため、対象者本人の希望による途中辞退者が7名発生した。辞退申し出の時期は、全例が調査開始後1ヶ月以内の調査開始初期のものであった。また、辞退申し出時点における辞退者の多くは精神的に落ち込んだ状態であった。これは、本研究結果において【障害直面による落胆】の局面にあるものと考えられた。そのため、このように辞退者が発生したのは、【障害直面による落胆】が対象者にとって大きな衝撃であったためではないかと考えられた。またこの時期は、研究開始初期のため対象者と筆者の間の信頼関係が十分確立されているとはいえず、対象者が本研究に対して煩わしく感じたこともあるのではないかと考えられた。従って、研究対象者全体からみた場合、“落胆”の内容について理論的飽和に至っていない可能性がある。以上のことから、今後、辞退者の発生を少なくする方法を再考し、更に調査する必要がある。

2. 脳卒中患者の体験について

研究1のインタビューを分析した結果、脳卒中患者の回復過程には、【了解不能】【障害の実感】【回復の喜び】【アンビバレンス】【人生の方向転換】という局面を移行していくプロセスの中に、発生時期の異なる3種類の一時的に落ち込む局面があり、これを“落胆”とした。この“落胆”発生の有無の差違から、回復過程には5種類のパターンが認められた。そこで、各局面について、第1章 第1節で述べた既存の障害受容過程に関する理論と比較して考察する。

脳卒中の多くは突然の発症であるため、発症直後は自身に何が起こったのかを理解できない【了解不能】の局面である。これは、Fink⁵⁾やCohn⁶⁾など障害受容に関する理論の第1局面の「ショック」と同様である。これらの理論は、発症を危機として捉えるものであり、危機という強い衝撃に起因する心理的反応といえる。危機のプロセスについては、Koner¹⁰²⁾は2つの種類があると述べている。一つは、はじめは有効に対処していたが、ストレスが長期化するに至って危機的状態へと陥る消耗性の危機(exhaustive crisis)であり、もう一つは、時間的な準備がなく、突然の社会環境の変化や突発的な衝撃的出来事で、それまでの対処機構では対応できない危機的状態に陥るショック性の危機(shock crisis)である。この区別に従うと、【了解不能】は後者に当てはまる。

「ショック」に続く局面について、Fink⁵⁾の理論においては、心理的安定を図るために現実を避けようとする「防衛的退行」である。一方、Cohn⁶⁾の理論では、すぐに回復するであろうというあらぬ希望を抱く、「回復への期待」である。また、Kubler-ross⁷⁾による死の過程に関する理論においては、ショックを受けその状況を否認する「否認と隔離」が第1局面として説明される。つまり、既存の理論においてはショックの後には疾病や障害を「否認」とされるとされるのが一般的である。しかし、研究1においては、「否認」の存在は認められず、「ショック」である【了解不能】の次の局面は、自己の身体に障害を抱えたという、現在の自分の置かれている状況を把握する【障害の実感】局面であった。従って、脳卒中患者には「否認」は存在しないのか、あるいは本来は存在するが、インタビューには現れなかっただけなのか、今後の詳細に検討する必要があると考える。

Fink⁵⁾の理論における「防衛的退行」の次の局面は、危機の現実に直面する「承認」である。患者は、現実を避けることができないことを知り、抑うつや苦悩を体験する

とされる。一方、Cohn⁶⁾の理論においては、「回復への期待」の次の局面は、障害の実情を知り、絶望する「嘆き」である。これは研究1においては【障害の実感】と、それに続く【障害直面による落胆】と同様である。

Fink⁵⁾の理論における「承認」の次の局面は最終局面の「適応と変化」である。一方、Cohn⁶⁾の理論においては、「嘆き」の次の局面に「防衛的局面」を経て最終局面の「適応」に至る。「防衛的局面」とは、悲嘆反応の後に自身の障害に対処し、努力するが、その中で一時的な後退の後に適応に進むとされる。これは、研究1における、ポジティブな要素とネガティブな要素が相反した局面である【アンビバレンス】と類似しているものと考えられる。

そして最終局面は、従来の理論では適応や受容といわれ、本研究では【人生の方向転換】と表現した。つまり、ポジティブな状態で安定することである。

以上より、従来からの障害受容に関する理論は、いずれも発症直後の混乱状況から始まり、落ち込みを経て適応に至るプロセスとされ、研究1の結果の各局面と比較的類似していた。一方、研究1における新たな知見は、既存の理論において存在する「否認」が確認されなかったこと、各局面の影響要因や関係性について明らかにしたこと、更に、落ち込む局面の有無の差違に着目し、回復過程には5つのパターンがあることを明らかにしたことである。

3. “落胆”について

一時的に落ち込む局面である“落胆”は、従来からうつ状態に関する研究として多く取り上げられ、そこでは、主にリハビリテーションを妨げる大きな要因になるため、避けるべきものであると述べられてきた¹⁰³⁾。しかし、研究1においては【障害直面による落胆】と【回復減速による落胆】から立ち直った際には、元の局面に戻るのではなく次の局面に移行することが明らかになった。つまり、これらの“落胆”は、回復を妨げるのではなく、逆に促進する契機となっているものと考えられた。例えば【障害直面による落胆】では、その要因の一つとして、転倒などのADLの失敗があった。従来、転倒は骨折などの損傷を与えることが多く、それにより寝たきりの原因となることもあり、骨折予防のために転倒防止は重大な課題で、また、骨折などの損傷がなくとも、転倒経験が自信を失わせ、その後の不安感や恐怖心をもたらす^{104,105)}と否定的見解が主に述べられてきた。しかし、高山²⁹⁾は、このような転倒の恐れのある危険行動は、障

害を認識するための機会になると述べている。また、筆者¹⁰⁶⁾も、脳卒中片麻痺患者の危険行動の実態について分析し、転倒後は落ち込む感情があったが一時的なものであり、転倒などの危険行動によって自己の現状の障害程度が把握され、リハビリテーションのモチベーションが高められる可能性について報告した。つまり、ADLの失敗によって落胆した場合、自らを見つめ直し、新たな道を模索する機会になるのではないかと考えられた。更に、【障害直面による落胆】においては、落ち込みの度合いが大きい対象者ほど障害を重く受け止めており、反動として起こる身体機能の改善感が得られた際の【回復の喜び】が強く語ることがあった。従って、落胆のマイナス面のみを強調する従来の捉え方だけでなく、これを回復過程が促進する可能性のある局面と捉え、それを支える看護援助の必要性が示唆された。

また、本研究においては、“落胆”発生の有無の差違から、回復過程には5つのパターンがあることを確認した。これによって、脳卒中患者が“落胆”に陥る時期をあらかじめ予想することに有益であると考えられる。しかし、本研究は因子間の関係をみることを目的とするものでないため、また分析対象人数も少数のため、どのような対象者が本研究によって導かれた5つの回復パターンに当てはまるかについては今後分析する必要がある。ただ、本研究においては、“落胆”の頻度が多い対象者は、有職者や家庭で重要な役割のある者が“落胆”に陥りやすく、逆にリタイアした者や家庭で重要な役割のない者は、“落胆”に陥りにくい傾向があるのではないかと考えられた。従って、今後、これを踏まえて、“落胆”発生に関わる因子について詳細に調査したいと考える。

4. FIM得点と脳卒中患者の体験との関係について

図10に、対象者のFIM得点の経過を示すグラフに、対象者の体験の局面のおおよその発生時期を併記した。そこで、これらの関係を考察する。

FIM得点は、ほとんどの事例において、初期には急激に上昇したが徐々に緩やかになり、最終的には発症前の状態に完全には戻らず、プラトーに至っていた。一方、体験の各局面との関係では、FIM得点が順調に上昇する時は【回復の喜び】であり、改善が緩やかになる時には【アンビバレンス】、プラトーになってから【人生の方向転換】が出現していた。Doolittle^{24, 25)}は身体の機能や能力の改善のペースが落ちることで脳卒中患者は落ち込みと苛立ちを体験すると報告している。本研究でも【回復の喜び】

と【アンビバレンス】の間に【回復減速による落胆】があり，その要因として障害改善の【回復の減速感】があり，同様の現象が認められた．従って，回復過程における体験の局面の移行は，身体の機能や能力の変化と密接な関連があり，FIM などの客観的な指標の変化を捉えることは，脳卒中患者の回復を理解する上で不可欠であると考えられた．しかし，【アンビバレンス】から【人生の方向転換】への移行の際は，FIM 得点の変化はほとんどないにもかかわらず，局面の移行があった．このことより，客観的な身体の機能や能力の変化のみの観察では十分患者を捉えることはできず，主観，客観の両側面から患者を捉える看護援助の必要性が示唆された．

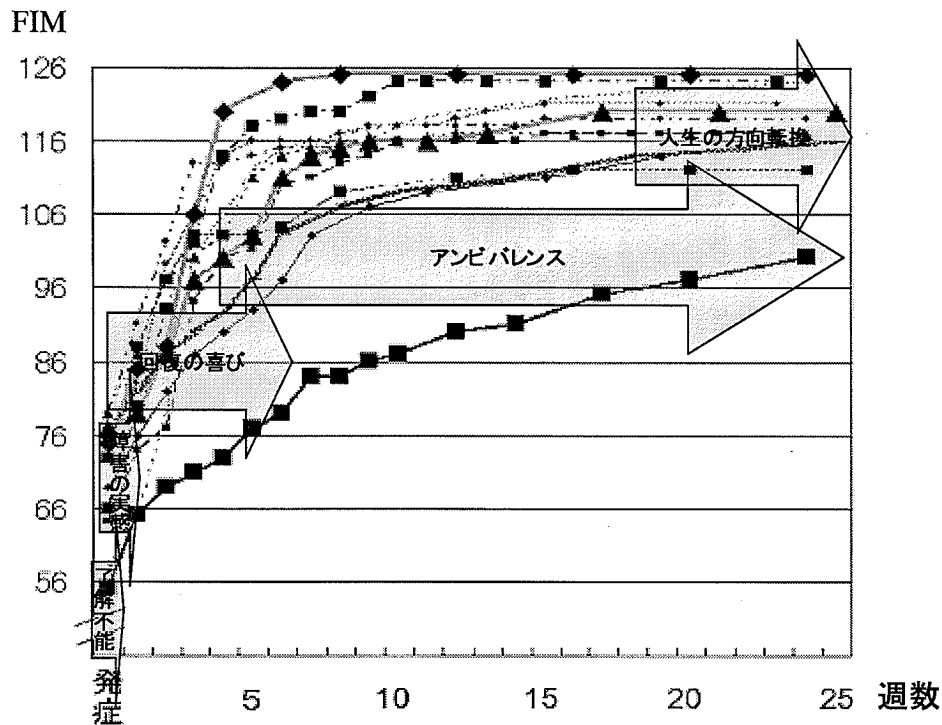


図 10 研究1 対象者の FIM 得点の経過と体験の各局面との関係

5. 脳卒中患者の体験に影響を与える要因について

影響要因は，回復過程に沿って様々なものが複雑に絡み合っていた．中でも特に，同じ病気の他の患者の存在はいくつかの局面で関係していた．自身より早期に発

症した同じ病気の患者は、彼らにとって病気の先輩であり、自分の将来のモデルという意味を持っていたと考えられる。発症初期の局面では、対象者の不確かさの度合いは大きく²⁷⁾、リハビリテーション室で同じ病気の患者を見た際には、同じような状況にいる者ということで強い関心を示す。それから自分の将来を想像し、可能性を見つけ、新たな展望を見出そうとしていたと考えられた。また、彼らにとって同じ病気の患者は、同士という意識があるが、一方では常に比較の対象であり、自身の回復の指標ともなっており、最終局面では同じ病気の患者と比較し、自身の状況に優越感を表すことで、【人生の方向転換】に至っていた。このように、同じ病気の患者の存在は、対象者にとって様々な意味合いを持つ大きな存在であり、患者同士の交流を支える看護援助の重要性が示唆された。また最終局面は、障害をネガティブなものとして捉えるのではなくよりポジティブに捉えるという【人生の方向転換】であったが、これは、前述したように、従来の障害受容の概念として述べられてきた、障害のために変化した諸条件を心から受け入れる⁴⁾という「受容」や「適応」と類似した結果となった。しかし、本研究では、同じ病気の【他の患者と比較】することや【家族や医療者のサポート】、それに【努力に対する満足感】という要因によってもたらされることを明らかにすることができた。ただ、この局面への移行時期は、発症前の生活状態や社会的な地位、状況などにより個人差が大きく、この局面に至らない対象者も12名中、2名いた。同じ病気の【他の患者と比較】することは、前述したように発症早期から行われているが、その内容は時間的経過により変化するものであった。また、【努力に対する満足感】は、回復過程で落胆を体験しながらリハビリテーションに勤しむ中で得られるものである。更に、【家族や医療者のサポート】は、回復過程を通して継続的に行われるものである。つまり、これらの要因は長い時間をかけて修正が加えられて得られる性質のものであると考えられ、この変化の局面の時期には、ばらつきが出るものと考えられた。しかし、時間をかければ全ての患者が最終局面に至るわけではなく、臨床においては【アンビバレンス】の状態を経過していく対象者も多く見受けられるのが事実である。以上のことから、脳卒中患者の回復過程においては、発症からの経過を十分理解し、最終局面が得られない患者にはどのような問題点があるのかを吟味し、影響要因を促す関わりによって、患者の主観的な体験としての回復を促進する看護が展開できるものとする。

第6節 研究1の意義

研究1では、従来ほとんど明らかにされてこなかった脳卒中患者の回復過程における縦断的な体験の変化を調査した。また、ADLの客観的評価であるFIM得点の変化と共に追跡調査し、患者の体験を客観的な指標と比較することができた。それにより、臨床において脳卒中患者の回復過程を理解するための一助になると考える。更に体験に影響を及ぼす要因の検討も行ったため、これを用いた看護援助方法の開発が見込まれる。

第7節 研究1の限界

本研究は質的研究の特性上、分析対象者が12名であり、また、1施設の調査であり、本研究結果を直ちに一般化するには限界がある。本研究においては、対象にいくつか条件を設け、年齢については、後期高齢者は様々な身体的問題を抱えていることが多いという医学的見地から、上限は設定したが下限は設定しなかった。そのため、対象者は成人期から前期高齢者まで様々であり、年齢が回復過程にどのように影響するかについての探索ができていない。更に、研究1では発症直後からインタビューが可能な患者を対象にしたため、脳卒中全体では比較的軽症者を対象としたといわざるを得ない。

第8節 今後の課題

今後の課題としては、本研究で抽出されたカテゴリーの理論的飽和度と命名した用語の妥当性について検討する必要がある。また、今回導かれた結果を検証することも必要である。その上で、多くの対象者の様々な属性別の比較のために、より多くの対象者の検討が必要である。

また、本研究においては、発症から約6ヶ月までの追跡調査であるが、急性期のわずか約20日間で、体験の局面は【了解不能】【障害の実感】【回復の喜び】と移行し、研究期間の大半を占める回復期において【回復の喜び】から【アンビバレンス】【人生の方向転換】と移行していた。つまり、回復期においては急性期ほど変化がみられな

かった。しかし、この回復期においては急性期に比べ個別性が大きく、【アンビバレンス】局面から移行できない事例もみられた。従って、次章においては回復期に焦点を絞り更に詳細に調査することとした。

第9節 結語

研究1においては、74歳以下の脳卒中発作（初発）で緊急入院した患者のうち、入院直後におけるFIM得点79/126点以下、下肢BRS StageⅢ以下、言語コミュニケーション可能で認知障害のない(MMS24/30点以上)患者、12名を分析対象に、発症から約6ヶ月間、継続してインタビューとFIM得点の測定を行い、体験の変化とその要因を検討した。

その結果、体験の変化については、回復過程に沿って【了解不能】【障害の実感】【回復の喜び】【アンビバレンス】【人生の方向転換】という意味の変化の局面と、それらの局面の間に一時的に落ち込む3つの“落胆”があることが分かった。次いで、“落胆”の発生の有無に違いがみられ、その差違に着目してパターン分類を行ったところ、合計5つの回復のパターンを見出した。

また、体験の変化の要因については、身体機能の改善状況が影響していたが、それ以外にも多くの要因があった。中でも特に同じ病気の他の患者の存在は、複数の変化の局面で関係していた。

FIM得点は、初期には上昇するが、徐々に緩やかとなり、プラトーで推移する事例が多かった。

研究1の結果の各局面は、従来からの障害受容に関する理論が示した、発症直後の混乱状況から始まり落ち込みを経て適応に至るプロセスと比較的類似していた。

しかし、研究1における新たな知見は、各局面の影響要因や関係性について明らかにしたこと、更に、“落胆”の発生の有無の差違に着目し、回復過程に5つのパターンがあることを明らかにしたことである。

従来、落ち込むことは、回復過程を妨げるマイナス要因とされてきたが、本研究においては【障害の実感】と【回復の喜び】局面の後にある“落胆”は、立ち直った際に元の局面に戻るのではなく、次の新たな局面に移行することが認められた。従って、“落胆”は回復を促進する契機と捉え、それを支える看護援助の重要性が示唆された。

第3章 研究2 脳卒中患者の回復過程における体験
—回復期リハビリテーション病棟入院期間中の縦断的研究—

第1節 緒言

研究1において、脳卒中患者の発症から約6ヶ月間の体験の変化とその要因について明らかにした。その結果、急性期のわずかに約20日間で、体験の局面は【了解不能】【障害の実感】【回復の喜び】と移行し、研究期間の大半を占める回復期において【回復の喜び】から【アンビバレンス】【人生の方向転換】と移行していた。つまり、回復期においては急性期ほど変化がみられなかった。しかし、この回復期においては急性期に比べ個別性が大きく、【アンビバレンス】局面から移行できない事例もみられた。従って、この回復期に焦点を当て、更に詳細に調査する必要があると考えた。

この、回復期においては、2000年4月の診療報酬改訂において、回復期リハビリテーション病棟が新設された。これは、脳卒中または大腿骨頸部骨折等の発症後3ヶ月以内の患者が最長180日間入院でき、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同で作成し、これに基づくりハビリテーションを集中的に行うための病棟である¹⁰⁷⁻¹⁰⁹⁾。全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の調査によると、2002年9月1日現在の時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院は155病院であった。これは、2001年11月1日現在の時点では113病院であるため、次第に普及してきているものと考えられる。

しかし、現時点において、この回復期リハビリテーション病棟入院中の脳卒中患者を対象とした体験に関する研究はみられない。従って、回復期について詳細に調査するには、この、回復期リハビリテーション病棟入院中の患者を対象として調査することが有意義であると考えた。

そこで研究2においては、調査実施施設を研究1とは異なるリハビリテーション病院の回復期リハビリテーション病棟に変え、急性期病院から転院してから回復期リハビリテーション病棟を退院するまで、研究1と同様の方法論により、経時的に追跡調査をすることとした。そして、回復期における体験の変化と、それに影響を及ぼす要因について明らかにし、研究1の結果と比較検討することを目的とした。

第2節 本章における用語の定義

本章では上記、第1節に述べたように、急性期と回復期という用語を用いる。

脳卒中の病期は、第2章 第2節で述べたように、患者が治療を受ける医療と発症からの期間の両方の観点から定義づける必要があると考える。研究1の対象者においては、急性期病院の一般病棟から同じ病院内の療養型病床群に転棟し、更に他の療養型病院に転院するか自宅退院をしていた。一方、研究2の対象者は、急性期病院から直接、または同じ病院内の療養型病床群に転棟してから、リハビリテーション病院の回復期リハビリテーション病棟に転院していた。つまり、研究2においては、研究1とは異なった調査実施施設であり、対象者が受ける医療が異なる。従って、本章においては改めて定義する必要がある。

そこで、本章においては急性期と回復期を以下のように定義する。

急性期：脳卒中患者が、調査実施施設である回復期リハビリテーション病棟に転院以前に入院していた急性期病院に入院中の期間。

回復期：脳卒中患者が、調査実施施設である回復期リハビリテーション病棟に入院中の期間。

第3節 方法

第1章で述べたように、本研究では、研究1と同様に、脳卒中患者の回復過程における体験を明らかにし、既存の理論にとらわれずに新たな知見を得ることとするため、対象者の条件を限定して豊富なデータを収集し、また回復のプロセスを見出すために、Grounded Theory法を参考にした質的帰納的分析による研究手法を採用した。

1. 調査実施施設

調査は、A市（政令指定都市）西部郊外にある、Cリハビリテーション病院（民間病院）の回復期リハビリテーション病棟で行った。

Cリハビリテーション病院は、リハビリテーション総合承認施設（回復期リハビリテーション病棟、及び療養型病床群、計139床）で、その他に、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護センター、健康増進施設を併設していた。

2. 調査実施施設における回復期リハビリテーション病棟について

Cリハビリテーション病院における回復期リハビリテーション病棟は2000年7月に開設された。調査開始時点において、Cリハビリテーション病院のあるD県においては、唯一の回復期リハビリテーション病棟であった。病床数は50床であった。患者数に対し、看護職員は3：1、看護補助者は6：1の割合で配属され、また、医師1名、理学療法士7名、作業療法士7名、言語聴覚士1名、医療相談員1名が病棟専従として配属されていた。リハビリテーションは、日曜日、12月31日、1月1日を除く毎日行われ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がマンツーマンで、それぞれ1日あたり1人平均40分～50分行われていた。また、それ以外に看護師や看護補助者によるリハビリテーションも行われていた。回復期リハビリテーション病棟における平均的な1日の流れを、資料6に示した。

Cリハビリテーション病院における回復期リハビリテーション病棟の入院対象となる患者の条件は、前述した通り、脳卒中または大腿骨頸部骨折等の発症後3ヶ月以内の患者であるが、2001年にCリハビリテーション病院に入院した患者の70%以上(380名中270名)は脳卒中であった。また、Cリハビリテーション病院入院中の患者の居住地域は、Cリハビリテーション病院のあるD県A市西部周辺の地域が多いが、D県外の居住者も入院していた。

3. 調査対象者

対象者は、脳卒中で急性期病院からCリハビリテーション病院の回復期リハビリテーション病棟に転院してきた患者である。ただし、次の除外基準に該当する者は除外した。理由は、第2章 第3節 2. で述べた通りである。

除外基準

- ①過去に脳卒中の既往がある。
- ②意識障害がある。
- ③言語によるコミュニケーションが不可能である。
- ④知的機能低下のある。
- ⑤75歳以上の後期高齢者である。
- ⑥調査期間中に脳卒中の再発や重篤な合併症を起こした。

⑦調査期間中に病態失認や知的能力低下などの、明らかな高次脳機能障害が認められた。

⑧調査期間中に、うつ病などの精神疾患の診断を受け、薬物投与を受けた。

なお、MMSにおいて、23/30点以下の者は対象から除外した。

4. 調査期間

調査期間は、2001年7月10日～2002年9月10日であった。

5. 対象者抽出の手順

資料7に、Cリハビリテーション病院の回復期リハビリテーション病棟への入院から退院までの流れを示す。

調査実施施設においては、患者が回復期リハビリテーション病棟に転院してから2週間までの間に、担当スタッフ（医師，看護師，理学療法士，作業療法士，言語療法士，介護職員，医療相談員，心理療法士等）が集まり、患者の入院時の評価を検討するカンファレンス（以下，初回カンファレンス）が行われていた。初回カンファレンスは週1回（2001年10月22日～2002年4月19日は2週に1回）開催され，筆者は，2001年7月10日～2002年6月18日の期間，初回カンファレンスに毎回出席し，上記条件に適合する患者の存在を確認した。その後，主治医に紹介を依頼した。次に研究依頼書に沿って対象者本人に研究の趣旨を説明し，同意が得られ次第，調査を開始した（資料8）。

6. データ収集方法

研究1と同様，主要なデータは，インタビューとFIM得点の測定によるものである。

インタビューは，半構成質問紙を用いた，継続的なフォーマルインタビューと，調査実施施設で，筆者が対象者と接した際に交わす日常会話などのインフォーマルインタビューによるものである（資料5）。

半構成質問紙は，研究1と同じものを使用した。主な内容は，経過，活動，知覚，自己像，状況，関係などに関するものであるが，できるだけ自由に語ってもらうように配慮した。また，対象者の都合で，半構成質問紙の全ての項目に関するインタビューに答えるだけの十分な時間を確保できない場合は，最低限，経過に関する項目につ

いて語ってもらうようにした。筆者はフォーマルインタビュー中に対象者の言動から理解した意味を対象者に確認し、対象者の視座から体験の理解に努めた。更に、研究途中で、分析により筆者が疑問に感じたことや新たに調査する内容が生じた場合には、その都度質問項目に加えた。フォーマルインタビューは、筆者自身が全対象者に1人で行った。プライバシー保護のため、フォーマルインタビューは原則として個室で行うようにしたが、対象者の希望により、ベッドサイドや調査実施施設内の談話室などで行うこともあった。フォーマルインタビューは許可を得て全てICレコーダー(SONY ICD-R200)で録音し、筆者自身で逐語録を作成した。インフォーマルインタビューは、直後に想起により、記録に残した。また、フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況、印象など、筆者が観察した内容について可能な限り「調査の進め方についてのメモ」として記録に残した。逐語録以外の記録は、分析時の結果の解釈のみに利用した。

FIM 得点の測定に関しては、調査実施施設において担当スタッフにより、リハビリテーション室における「できるADL」を測定したものと、病棟における「しているADL」を測定したものの2種類が定期的に、十分吟味された上で測定されていたため、それを使用した。筆者は看護研究として行っているため、採用したのは病棟における「しているADL」を測定したFIM得点である。

更に、対象者の属性、治療内容などの把握のため、診療録から情報を得た。

7. データ収集間隔

フォーマルインタビューは、対象者が回復期リハビリテーション病棟入院期間中、原則的に2週間毎に実施するようにしたが、対象者の都合により調整し、間隔は最短で1週間、最長で3週間とし、回復期リハビリテーション病棟を退院するまで継続して実施した。また、FIM得点の測定は、転院時と、それから3週間までは1週間毎、その後退院まで2週間毎行われていた。

なお、本調査に先立ち、筆者のインタビュー方法のトレーニングと、調査方法と内容の修正を行うため、2001年4月5日～7月3日までの期間、調査対象基準に該当する脳卒中患者1名に予備調査を行った。

8. 分析方法

研究1と同様に、データ収集と分析は、継続的に比較しながら同時に行った。具体的な分析の手順は、第2章 第3節 7. で述べた通りである。

9. 厳密性の確保

研究1と同様に、研究の厳密性を高めるために、Guba&Lincoln^{99,100)}が提唱したCredibility, Transferability, Dependability, Confirmabilityという4つの概念を参考に行った。具体的な方法は、第2章 第3節 8. で述べた通りである。

10. 倫理的配慮

対象者に対して、調査依頼時及び調査時に、研究概要、目的、方法、安全性、プライバシーの保護、研究対象者の利益及び看護学上の貢献、同意撤回の自由などを書面（資料8）と口頭で説明し同意を得た。

また、研究開始前に、調査実施施設であるCリハビリテーション病院の理事会において、倫理面に関する審査を受け、許可を得た後に行った。

第4節 結果

1. 対象者概要

初回カンファレンスは合計37回実施された。そこで検討された患者は145名で、そのうち、調査対象者の条件に該当し、研究に参加を依頼したのは42名であった。そして、研究を承諾したのは39名であった。その中で、本人の希望による途中辞退者が18名、調査期間中に、うつ病などの精神疾患の診断を受け薬物投与を受けた者3名の計21名を除外し、最終的に18名を分析対象者とした（図11）。

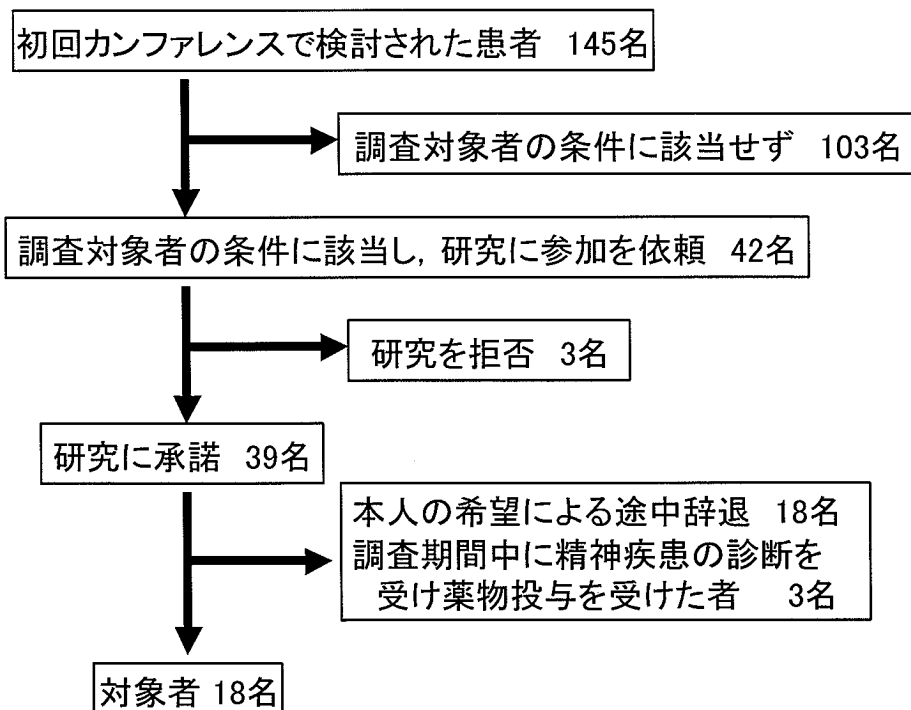


図 11 研究 2 対象者選定までの経緯

対象者は、男性が 12 名、女性が 6 名、年齢は 60.4 ± 9.9 歳、病名は脳梗塞が 8 名、脳出血が 10 名、麻痺側は左が 12 名、右が 6 名、全員が右利きであった。対象者の発症から回復期リハビリテーション病棟転院までの期間は、 40.2 ± 15.2 日、回復期リハビリテーション病棟の在院日数は 131.7 ± 50.4 日、発症から回復期リハビリテーション病棟退院までは 171.9 ± 51.4 日であった。回復期リハビリテーション病棟退院後の転帰は、自宅退院が 15 名、更に長期療養可能な介護型病院に転院した者が 2 名、C リハビリテーション病院内の療養型病床群に転棟が 1 名であった。

フォーマルインタビュー回数は合計 148 回、対象者 1 名あたり 8.2 ± 2.5 回、1 回のフォーマルインタビュー所用時間は 5～60 分であった。

対象者には 2-1 から 2-18 まで番号を付けた(表 4)。

表 4 研究2 対象者概要

対象者	性別	年齢	麻痺側	病名	発症時の職業	MMS	初回FIM	最終FIM	転院まで(発症からの日数)	在院日数	退院(発症からの日数)	転帰	フォーマルインタビュー回数
2-1	女	42	左	脳梗塞	主婦	27	92	116	48	178	226	自宅	9
2-2	女	52	左	脳出血	主婦	30	86	120	52	126	178	自宅	7
2-3	男	55	右	脳出血	会社員	25	62	97	26	180	206	療養型病棟群	13
2-4	女	73	左	脳出血	ホームヘルパー	27	83	104	29	173	202	転院	10
2-5	男	60	左	脳出血	自営業	29	96	103	28	92	120	自宅	9
2-6	男	55	左	脳梗塞	公務員	25	103	117	70	88	158	自宅	6
2-7	女	74	左	脳梗塞	無職	26	72	99	18	161	179	転院	9
2-8	男	74	左	脳梗塞	住職	25	72	97	52	179	231	自宅	13
2-9	男	57	左	脳梗塞	無職	30	95	116	28	161	189	自宅	9
2-10	男	42	右	脳出血	会社員	30	74	110	47	177	224	自宅	9
2-11	男	63	左	脳梗塞	無職	29	98	112	41	70	111	自宅	6
2-12	男	70	右	脳梗塞	嘱託	28	87	114	25	170	195	自宅	9
2-13	男	53	左	脳梗塞	自営業	30	95	120	22	60	82	自宅	5
2-14	女	71	左	脳出血	主婦	28	83	112	44	180	224	自宅	9
2-15	男	61	右	脳出血	自営業	28	101	118	47	57	104	自宅	5
2-16	女	67	右	脳出血	主婦	28	82	109	28	78	106	自宅	5
2-17	男	62	左	脳出血	自営業	27	85	103	58	65	123	自宅	5
2-18	男	56	右	脳出血	会社員	25	82	119	61	175	236	自宅	10

2. FIM 得点の経過

回復期リハビリテーション病棟転院直後のFIM得点(以下,初回FIM)は 86.0 ± 11.1 点,回復期リハビリテーション病棟退院時のFIM得点(以下,最終FIM)は 110.3 ± 8.0 点であった。

調査期間中における各対象者のFIM得点について,横軸に発症からの経過週数,縦軸にFIM得点を表したものを図12に,横軸に回復期リハビリテーション病棟転院からの経過週数,縦軸にFIM得点を表したものを図13に示す。

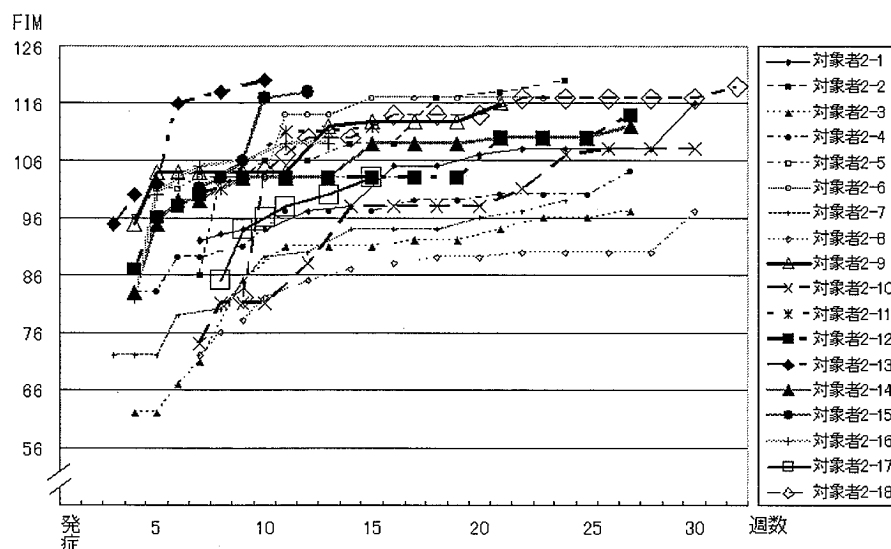


図 12 研究2 対象者の発症からのFIM得点の経過

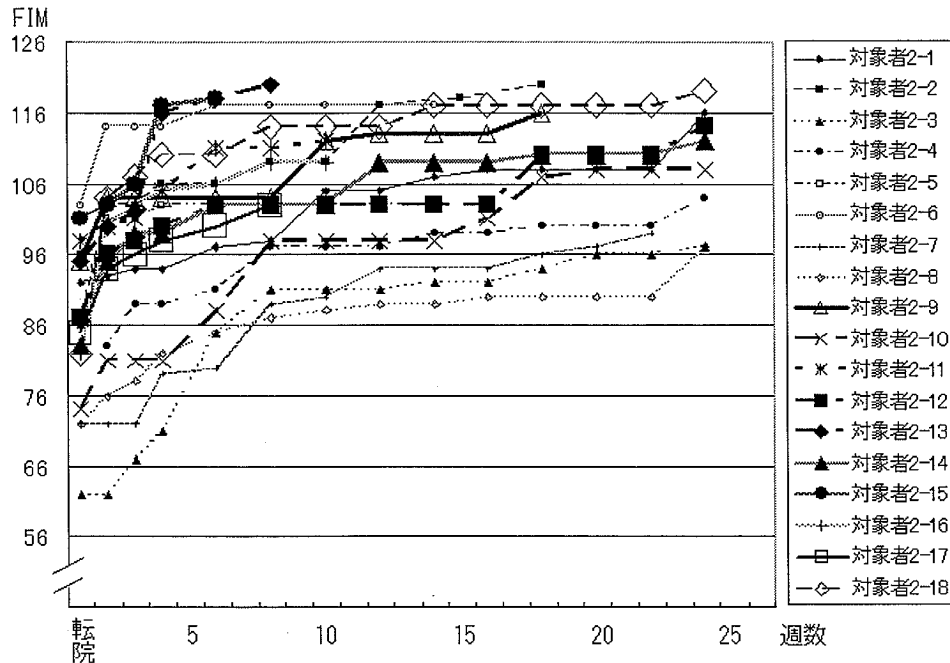


図 13 研究2 対象者の回復期リハビリテーション病棟転院からの FIM 得点の経過

3. フォーマルインタビュー分析結果

対象者のフォーマルインタビューを分析した結果、逐語録より、回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳卒中患者の回復過程における体験を表す概念が得られた(表5)。逐語録より抽出した下位概念は表5-1に示す通りであった。また、概念抽出過程の実例は付録に記載した。なお、表5-1のフォーマルインタビュー逐語録は、代表事例の一部の文脈の要点を示した。

表 5 研究2 フォーマルインタビュー分析結果

表 5-1 (下位概念について)

下位概念	カテゴリー	フォーマルインタビュー逐語録 代表的事例の文脈の要点
〈新たな医療の充実感〉	以前の病院より満足できるリハビリテーション	以前より充実したリハビリテーションメニューのため忙しい期待通りのリハビリテーション環境
	信頼できる医療者との出会い	以前の病院より医療者が熱心 希望通りのリハビリテーションを行ってくれる 理論的に教えてくれる
〈回復の実感〉	身体機能改善が実感できる	転院し、身体機能の改善を感じ、喜ぶ 転院してから、格段に機能改善を感じ、嬉しい
	ADL再獲得が実感できる	ADLが拡大し、嬉しい 介護されることの苦痛から解放され、喜ぶ
	リハビリテーションの努力が結果として報われる	リハビリテーションを頑張れば頑張るほど障害改善が進むため、リハビリテーションが楽しい 転院してから、日に日に障害が良くなるのが驚きの連続
〈同病の他の患者との出会い〉	自身と障害が同程度の患者と出会う	同士としての患者と出会い、励まし合える コミュニケーションのとれる患者と出会い励まし合える
	他の患者にも興味を抱く	今までは自分一人で籍一杯だったのが転院してから、周囲の状況も見えてきて自分一人でなく、他にも仲間がいることが分かった
	目標や理想とする患者と出会う	回復した患者をみて理想や目標とする 回復した患者をみて希望が出る
	自身と比較し優越感を抱ける患者と出会う	他の患者と自分の障害を比べ自分の方が軽症との思いを抱く 他の患者自分を比較し、自分の回復速度が速いと感じる
〈将来展望の開き〉	障害改善により将来の見通しが立つ	機能改善により前向きになることができた 転院してから機能拡大し、頑張ればよくなるという明るい見通しを掴む
	信頼できる医療者との出会いにより将来に明るい希望が出る	信頼できる医療者のおかげで上肢の機能改善も進み復職の見込みを持つ 医療者が希望に添ってくれるためこれならば大丈夫との思いを持つ
〈回復への意欲〉	リハビリテーションに納得して取り組めるため意欲が出る	医療者から十分納得できる説明がされるため意欲が出る
	熱心な医療者の姿勢により意欲が出る	以前の病院の医療者と違い、納得できるため意欲が出る 医療者が熱心に指導してくれるためそれに応えないといけないと言う思いから意欲が出る 常に支えてくれる医療者がいるため意欲が出る
	リハビリテーションの努力が報われるため意欲が出る	リハビリテーションをやればやるほど障害改善が進むため自主的に行う リハビリテーションをやればすぐ効果が出るため意欲的に行う
〈回復の期待と不安〉	障害改善を感じる部分と感じない部分がある	足は徐々に改善してきたが、手が全く改善しない 足の改善は満足できるが手の改善に満足できない
	徐々に努力が結果として報われなくなってきたが、効果も感じる	リハビリテーションの効果は薄れ不安があるが、しなないと悪化し、続けることで少しずつ効果を感じると期待する
〈医療者への期待と不安〉	医療者の理解に期待しつつも不安を抱く	医療者からははっきりした予後について説明がなく、信頼が揺らぐ 医療者を信頼しているが、患者でないから自分のことは完全には理解してくれない
	障害改善が減速することにより医療者に期待しつつも不安を感じる	障害改善が以前のように順調に進まず、自分には今までは別なやり方してもらった方がいいのではないかと思うようになってきた
〈医療への期待と不安〉	調査実施施設のリハビリテーションには期待するがそれ以外の医療に不安がある	調査実施施設のリハビリテーションは専門であり期待しているが、身体管理の面で不安があり、特に血圧管理に不安が生じた
〈他者と自己の評価のギャップ〉	障害改善の評価が他者の方が自分よりも高い	他者はよくなったと言うが自分では満足できない 他者はよくなったと言うが自分では最近、あまり変わらないの思い
〈退院に対する揺れる認識〉	入院継続と退院決断の相反する迷い	リハビリテーションの効果の自覚が薄れ、入院していることの意義が以前よりも感じられなくなってきたが、まだ障害改善の望みがあまり退院したくないという相反する迷いがある 入院していることに意味があるのか迷う
〈努力が報われない苛立ち〉	リハビリテーションの努力が報われないため、意欲が薄れる	努力しても障害改善が進まず、リハビリテーションの意義を見失う 努力しても障害改善が進まず、リハビリテーションにやる気が出ない
	リハビリテーションの努力が報われず、目標に到達できない	努力しても障害改善が進まないため、職場復帰できず、苛立つ
〈劣等感〉	他患者よりも重症との思い	他の患者よりも自分の方が障害改善が遅れていると感じる 他の患者よりも自分の方が重症と感じる
	他の患者より能力が劣ると感じ落ち込む	努力しているが他の患者の方が早く改善し、自分の能力が劣っているのかと感じ落ち込む 肩の痛みのため、満足にリハビリテーションできず、落ち込む
〈身体的苦痛〉	痛みのため落ち込む	肩の痛みのため、満足にリハビリテーションできず、落ち込む
〈将来の不安〉	機能改善の減速感により、将来に不安を感じる	機能改善が停滞し、先が見えず、不安を感じる 回復が減速し、リハビリの効果も薄れ、以前より意欲がなくなってきたため不安を感じる
〈障害の重さの再認識〉	症状悪化の不安がある	機能改善が停滞し、回復でなく逆に悪化するのではないかという不安が生じる
	初回外泊により障害の重さを再確認する	初回外泊により在宅での生活に困難を感じ、障害改善がまだまだ必要だと感じた 自信を持って外泊したが、在宅での生活が予想以上に困難で自信をなくした。
	ADLの失敗により落ち込む	ADLの失敗により、障害の重さに改めて対峙した 転倒により身体障害を再実感し、落ち込んだ
〈後悔〉	発症前の不摂生を悔やむ	発症前高血圧の内服を怠ったことを悔やむ 発症前の不摂生な生活習慣を悔やむ
	急性期病院でのリハビリテーションを悔やむ	急性期病院で満足なリハビリができなままにいたったために、早期に回復期リハビリテーション病棟に転院すべきだったと悔やむ。
	回復期リハビリテーション病棟に転院してからリハビリテーションへの取り組みを悔やむ	転院直後から、もっと熱心にリハビリテーションに取り組んでいたら機能改善が進んだに違いないと悔やむ
〈目標の下方修正〉	当初の回復目標を下げる	努力に対する満足感と、最低限の生活に支障がないという見通しが立ち、目標を下げる 身体能力を見極めたことと、他の患者の動向を見ることにより、目標を下げる
〈肯定的側面への気付き〉	現実的な目標に修正	状況の理解が深み、現実の生活に対応した具体的な目標に修正した
	他患者と比較し軽症だったとの認識	落ちついて考えてみると、自分は他患者よりも軽症だったの思い 自分は、他患者よりも障害の状況が困難でなかったの思い 他患者より、自分の方が社会的状況が恵まれていたの思い 他患者より、自分は金銭的状況が恵まれていたの思い
〈障害を糧にする〉	自身の障害により自分にメリットがあった	自分の障害により、他人の苦勞も分かることができていい修行になった

表 5-2 (上位概念について)

上位概念(体験の変化の局面)	定義	要因	下位概念
【素晴らしい医療を受けることの喜び】	対象者にとって、新たに受ける医療環境が恵まれており、ポジティブに捉えること	〔回復期リハビリテーション病棟に転院〕 〔身体機能の改善感〕 〔ADLの再獲得〕 〔努力の報い〕 〔医療者のサポート〕	〈新たな医療の充実感〉 〈回復の実感〉 〈同病の他の患者との出会い〉 〈将来展望の開き〉 〈回復への意欲〉
【回復への揺らぎ】	ポジティブな要素とネガティブな要素が相反した錯綜した状態のこと	〔回復の減速感〕 〔回復の停滞感〕	〈回復の期待と不安〉 〈医療者への期待と不満〉 〈医療への期待と不安〉 〈他者と自己の評価のギャップ〉 〈退院に対する揺れる認識〉
【壁にぶつかる】	【アンバランス】局面でネガティブな側面が強調され、一時的に落ち込むこと	〔回復の減速感〕 〔回復の停滞感〕 〔他の患者との比較〕 〔焦り〕 〔ADLの失敗〕 〔初回外泊〕	〈努力が報われない苛立ち〉 〈劣等感〉 〈身体的苦痛〉 〈将来の不安〉 〈障害の重さの再認識〉 〈後悔〉
【人生の方向転換】	【アンバランス】局面を経て、障害をネガティブなものとして捉えるのではなく、よりポジティブに捉えること	〔努力に対する満足感〕 〔状況の理解〕 〔他の患者と比較〕	〈目標の下方修正〉 〈肯定的側面への気付き〉 〈障害を糧にする〉

それらを基に、更に上位概念を抽出し、名称を付けた。その結果は表 5-2 に示したように、【素晴らしい医療を受けることの喜び】【回復への揺らぎ】【人生の方向転換】と、一時的に落ち込む【壁にぶつかる】であった。これらの上位概念は、脳卒中患者の回復過程における体験の変化の局面を表しており、時間的順次性があった。また、

【壁にぶつかる】は【回復への揺らぎ】局面の途中に発生していた。これらを、時間の経過という観点から図式化したところ、図 14 を得ることができた。更に、各局面から次の局面への移行するためのきっかけとなる要因(影響要因)を見出すことができた。

なお、それぞれの概念に名称を付けた過程においては、後述する I ~ VII に記載した。本論において用いる局面概念の記載方法は、一目でどの位置かが分かるように概念語を囲む前後の記号で区別した。即ち、上位から順に【 】〈 〉, 各局面の移行の影響要因は [] で示す。また、それぞれの概念に分類された事例の中で、概念を説明するために適している事例を代表事例としてフォーマルインタビューの発言から取り上げた。発言の内容は「 」で示し、その後に()で発言者と発言日(発症からの日数及び回復期リハビリテーション病棟に転院からの日数)を、実際の発言の抜粋だけでは理解が難しいと考えられる部分には、理解しやすいように前後の文脈から()で補足した。

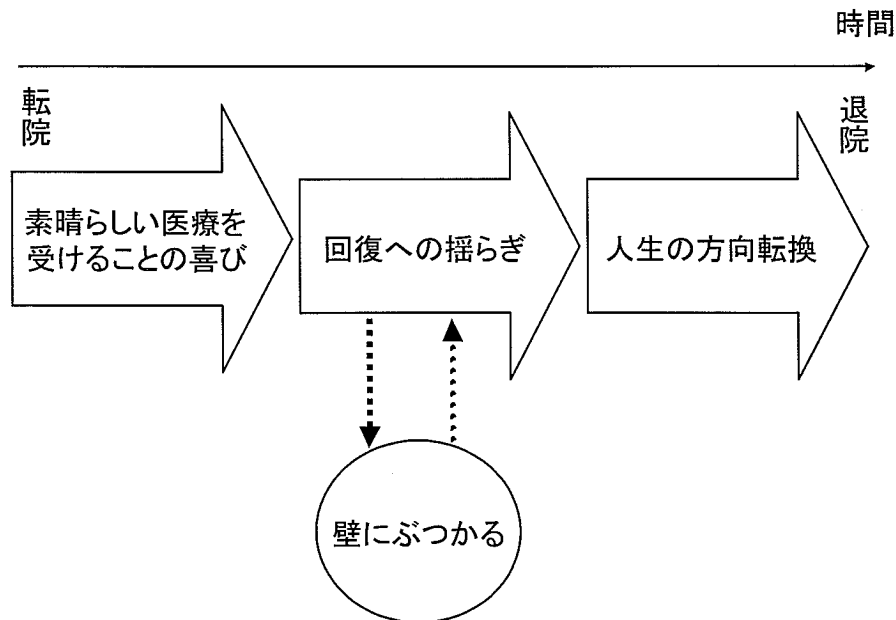


図 14 研究2 脳卒中患者の回復期リハビリテーション病棟入院中における体験の変化

I. 【素晴らしい医療を受けることの喜び】

対象者は、急性期病院において超急性期や急性期の治療を受けた後に、リハビリテーションを集中的に行うために回復期リハビリテーション病棟に転院してきた患者である。対象者にとって変化した環境は、以前入院していた急性期病院と比較して、リハビリテーションを行うために恵まれた医療環境であり、対象者の発言にはポジティブな側面が認められたことを【素晴らしい医療を受けることの喜び】とした。

下位概念は、①〈新たな医療の充実感〉、②〈回復の実感〉、③〈同病の他の患者との出会い〉、④〈将来展望の開き〉、⑤〈回復への意欲〉である。

①〈新たな医療の充実感〉

対象者は、急性期病院から〔回復期リハビリテーション病棟に転院〕したことにより、急性期病院とは違った新たな医療を受ける。急性期病院では、外科的治療や輸液治療を中心としたもので、リハビリテーションは医療の中心的存在でない。回復期リハビリテーション病棟での新たな医療は、対象者にとって新たなリハビリテーション

との出会いであり、それは、以前入院していた急性期病院と比較して理論的で、納得でき、効果が実感できるものであり、従って期待と満足が抱け、充実したものであった。それによって、対象者にとって医療者に対する信頼が芽生えていた。以下に実際の発言内容を示す。

(対象者 2-9：発症 43 日・転院 15 日)

対象者：「こちらはいい病院だね。順調ですよ。(中略)この病院はいいよ。(中略)僕は退院したら前の病院のみんなに宣伝して回りますよ。ここの病院はいいって。(中略)」

筆者：「こちらの病院は以前の病院と比べてどのようにいいですか。」

対象者：「それはね。向こう(以前入院していた急性期病院)では(リハビリテーションについて)何も教えてくれなかったですからね。起きること一つにしても力任せに起きていたんですよ。それがここに来たら起きることから教えてくれたんです。それがまたいいんです。力なんか全然入れずに起きれるやり方を教えてくれるんです。もう、目から鱗ですよ。ここでは、理にかなった通りにしてくれるんです。(こちらの病院の医療者は)よく勉強していますよ。一人一人に合わせてね。すごいね。僕ら頭は大丈夫(意識障害や痴呆がない)なのでしっかり教えてくれるんですよ。こういう理由でこうやってくださいと言われてたら、納得してできますよ。

(中略)スタッフは考え方が新しいよ。いいですよ。褒めすぎかなとも思いますがね。」

筆者：「こちらのやり方に満足していますか。」

対象者：「ええ。納得するように説明してくれますから、もう任せておけばいいと思ひましてね。患者のことを一人一人考えてくれているのが分かりますよ。だからいいよ。思わず、ありがとうという言葉が出るよ。」

このように、対象者 2-9 は、回復期リハビリテーション病棟において新たに受ける医療に満足し、充実している様子を語り、それ故、長く入院すればするほど障害が改善するという認識を持っており、別の日の調査で次のように語っていた。

(対象者 2-9：発症 63 日・転院 35 日)

対象者：「早く出ないで(早く退院しないで)6ヶ月間、ここにいられるというので、それまでここでいようかと思っています。ここにいた方が良くなると思います。2ヶ月ぐらいで退院する人もいますけどね。もったいないね。」

また、以前の病院と比較してリハビリテーションにかけられる時間が長いことから充実しているということ、対象者 2-16 は次のように語っていた。

(対象者 2-16 : 発症 42 日・転院 14 日)

対象者：「ここ（回復期リハビリテーション病棟）では 10 時から足のリハビリして。それで、2 時から作業（療法）があって、それ以外に体操をしたり看護婦さんがやってくれたりするんです。すごいですよ。前の病院では午前中に 30 分やったあとはベッドで寝ているだけでしたから。時間をかけてやってくれるからこちらはいいですね。」

以前入院していた急性期病院のリハビリテーションに不満を感じ、更なるリハビリテーションを期待して転院してきた対象者 2-12 は、期待通りのリハビリテーションに対し充実感を語っていた。

(対象者 2-12 : 発症 54 日・転院 29 日)

対象者：「向こう（以前入院していた急性期病院）でもリハビリをしたんですけど、先生（セラピスト）が一人しかなくて、それに 15 分位しかなくてね。内容もたいしたことがなかったんです。毎日同じことの繰り返しで、先生もみてくれないしね。それで向こうの先生（主治医）にもっと（リハビリテーションを）やらしてくれて言ったら、うちじゃ無理といわれて、ここがいいと言われてこちらに来たんです。まあ、ここはいいね。こちらの希望通り、いや、それ以上かな。本格的にやっていますよ。リハビリだけでなく、体操したりもするんです。忙しいぐらいですよ。だから、充実していますよ。」

② 〈回復の実感〉

回復期リハビリテーション病棟に転院し、〈新たな医療の充実感〉を抱きながらリハビリテーションに取り組む中で、[身体機能の改善感] や [ADL の再獲得] により回復が実感できることを語った。これは急性期病院に入院していた頃に比べて、対象者が身体機能や能力が飛躍的に改善されたと感じることで、リハビリテーションの効果を自覚し、やりがいを感じることであった。

(対象者 2-16 : 発症 42 日・転院 14 日)

筆者：「リハビリは順調ですか。」

対象者：「ええ。一つ一つクリアしますからね。こちらに来て着実に上達していますからやりがいがありますね。一生懸命しています。車椅子にも自分で乗れるようになったんです。(中略)今まで(足が)ぶらぶらしていたのも良くなりました。驚きの連続ですよ。自分でこんなにできるようになったんだということがね。日に日に良くなっていますよ。ここのリハビリがいいですからね。」

また、リハビリテーションに対する「努力の報い」が目に見えて現れるという状況を対象者 2-5 は次のように語っていた。

(対象者 2-5 : 発症 46 日・転院 18 日)

対象者：「おかげでね。最近は頑張っていますので改善されていますね。自分で目に見えて分かりますね。できなかったことができるようになってね。」

筆者：「どんなことですか。」

対象者：「向こう(以前入院していた急性期病院)では、歩くのは4つ足の杖と装具をつけてだったんですがね。今は何もつけずに歩く訓練をしています。ここまで(リハビリテーション室からベッドまで)歩いて帰ることもあります。(中略)頑張ったらよくなるので訓練が楽しいです。」

身体機能が改善し、ADL が拡大してくるにつれて介護者にかかる負担が軽減し、介護される気兼ねから解放されたことを対象者 2-8 は次のように語っていた。

(対象者 2-8 : 発症 107 日・転院 55 日)

(車椅子からベッドに移乗する際に一人で行っているのを筆者が見て)

筆者：「今は先ほどのように、ベッドへの移動は一人でできるようになったんですね。」

対象者：「そうです。今までは看護婦さんを読んで、手伝ってもらっていたので、申し訳なかったんです。やっと、一人でできるようになってうれしいです。」

③〈同病の他の患者との出会い〉

対象者は、[回復期リハビリテーション病棟に転院]したことにより、新たに多くの患者と出会っていた。以前入院していた急性期病院においても他の患者の存在はあったが、相手が重症者でコミュニケーションが不可能であったり、自身の急な発症のため、他の患者にまで意識が及ばなかったりという状況で交流は少なかった。しかし、回復期リハビリテーション病棟においては、同病の他の患者の重症度が以前入院していた急性期病院と比較して軽く、コミュニケーションがとれ、また、リハビリテーションを通して他の患者と接する機会も増えるため、他の患者に興味を抱くようになっていた。対象者にとって同病の他の患者は、同じような境遇にいる同士であり、リハビリテーションに積極的に取り組むために有益な存在であった。

(対象者 2-12 : 発症 54 日・転院 29 日)

対象者：「この場合は、一応ある程度病気が落ち着いた人ばかりで、前の病院（以前入院していた急性期病院）では点滴の治療している人ばかりでね、鼻にチューブ（胃管）の入った人や、喉に穴（気管切開）をあけたような人ばかりでとても話し相手もいなかったんですよ。ここはみんな落ち着いていて、僕と同じようなもんでしょ。話し相手もいて、その点いいですよ。他の人とは仲良く励まし合っています。」

(対象者 2-1 : 発症 62 日・転院 14 日)

対象者：「今までは自分のことが精一杯で他の人が目に入らなかったんですけど、この病院に来て一緒に訓練して、他の人の話も聞いて、ああ、自分と同じなんだ、私一人じゃないんだ、同じことで悩んでいるんだと思えるようになったんです。お互いアドバイスしながら、ここから歩いて帰れるようになろうと言って、人を勇気付けながら自分を勇気付けているような気がして。よくみんなでお話をするんです。自分と同じような病気の人とお話をするから、気持ちが分かるんです。励ますのと頑張ると言うのは違うと思うんですよ。両親達から頑張ると言われても、あなた達は健常者だからそんなことが言えるのよと反発してしまうんですけど、同じ身体の人たちだから痛みも不自由さも分かるし、お互い智恵も考え方も交換して、この頃すごく明るくなって前向きになった気がするんです。（中略）こんなになってしまったのが自分一人じゃないんだということが、ここ（回復期リハビリテーション病棟）に来てだんだん分かったんです。一緒に頑張ろうと思うんです。」

また、自身より早期に入院していたり、退院して外来通院していたりする同病の他の患者が回復している姿は、対象者にとって将来の目標や理想であり、その存在は、リハビリテーションに積極的に取り組むために有益であった。

(対象者 2-7：発症 47 日・転院 29 日)

対象者：「ここ（回復期リハビリテーション病棟）に来て一番感じたことは、前の病院にいた時はみんな手術をしたばかりの人だったので、みんな車椅子とかストレッチャーとかに乗せられた人ばかりで寝たきりの人ばかりだったんですよ。これ（麻痺した手足）がどうしたら動くのかしらと思っていたのですが、ここに来たら歩いている人もいるし、手を動かしている人もいるし、それからここに通院されている方がいらしてお話しされているのを目の当たりにして、『ああ、頑張れば治るのね』と見せてもらって、嘘じゃないのね、と思って、実際ね、治っている人を拝見して頑張れます。嘘じゃないんだなと思って、漠然としたものだったんですね。『大丈夫、リハビリ頑張れば治るのよ』といわれても、ここに来て証拠をみたという感じです。（中略）実際歩いている人が、『大丈夫、そのうち歩けるようになるから』と言ってくれると、本当に歩けるようになれるんだ』と思えるようになって。前の病院でいる時には嘘だと思っていたんですよ。」

同病の他の患者は、同じ境遇にいる同士や将来の目標という存在である一方で、自身との比較の対象でもあり、自身の障害の重症度の指標という存在でもあった。そして、対象者は同病の他の患者との比較により、自身の方が軽症だという優越感を抱いていた。

(対象者 2-16：発症 56 日・転院 28 日)

対象者：「ここに、退院した人が毎日通ってきてますけど、（中略）。私より悪い人、たくさんいますね。私は軽い方だったんじゃないですか。（中略）自分も後遺症を残さないように頑張らないといけないと思いますね。」

(対象者 2-5：発症 46 日・転院 18 日)

対象者：「僕は比較的（回復が）早いと思いますよ。もうすぐ退院する人と同じぐらい（手足が）

動き出したからね。こちらにきてからね。(中略)もう1ヶ月もたてばだいぶ良くなると思います。まあ、他の人を見ていてもそんなに悪くはないと思いますよ。」

④〈将来展望の開き〉

以前入院していた急性期病院では、将来の見通しが描けず不安であったが、回復期リハビリテーション病棟に転院し新たな医療を受け、[身体機能の改善感]や[ADLの再獲得]により回復を実感することで、不安が解消し将来に明るい見通しを描いていた。

(対象者 2-16 : 発症 42 日・転院 14 日)

対象者：「前の病院で1ヶ月もいたのに全然駄目だったんです。訓練も30分しかないです。先生(セラピスト)もあまりみてくれなくてね。それで、このまま駄目なのかなととても不安だったんですけど、ここの先生はよくみてくれるでしょ。おかげで、手首もこのように回転させることができるようになりましたからね。しっかり頑張ったら歩けるようになって、農作業ぐらいできると思います。クリスマス前ぐらいにはいいんじゃないかと思います。(中略)安心しました。」

(対象者 2-1 : 発症 62 日・転院 14 日)

対象者：「ここ(回復期リハビリテーション病棟)に来る前は、後ろばかり振り返って、どうしてこんな病気になったのかしらということから始まるんですね。どうして私なのかしらと思って、くよくよしていたらだんだんつまらなくなってくるんですよ。でも今は、あれもできるようになったしこれもできるようになったしという、何でもやろうと思えばできるんだなと思って。やる気になったらできるんだなと最近思えるようになって、これだったら大丈夫よねと思えるようになりました。」

⑤〈回復への意欲〉

この、【素晴らしい医療を受けることの喜び】の局面では、リハビリテーションに積極的に取り組む姿勢を語っていた。

対象者は、リハビリテーションについて医療者より十分な説明を受けたことにより、十分理解し納得することができ、またそれによって医療者を信頼することができ、意

欲的にリハビリテーションに取り組むようになっていた。

(対象者 2-16 : 発症 56 日・転院 28 日)

対象者：「今は 1 日に 3 時間位リハビリをしています。それで昨日（日曜日）はくたびれて寝ていました。でも、リハビリはいやじゃないですね。自分がしないと駄目ですからね。今までの先生（以前入院していた急性期病院のセラピスト）と違って、これは何のためにするのかとかきっちり説明してくれるから、やる気が出ますよ。（中略）信頼していますからね。」

また、回復期リハビリテーション病棟の医療者の熱心な姿勢によって、意欲的にリハビリテーションに取り組む姿勢について語っていた。

(対象者 2-14 : 発症 93 日・転院 49 日)

対象者：「（リハビリテーションは）苦しいとかそういうのはないですね。前（以前入院していた急性期病院）と違って、皆さん（回復期リハビリテーション病棟の医療スタッフ）熱心に来てくれますからね。一生懸命やってくれるので私もそれにこたえないといけないと思いますのでね。頑張らないと申し訳ないですからね。」

このように、対象者が以前入院していた急性期病院よりも強い「医療者のサポート」を感じるにより「回復への意欲」に繋がっていた。また、リハビリテーションの効果が容易に自覚でき、リハビリテーションに対する「努力の報い」が得られる状況において、意欲的にリハビリテーションに取り組む姿勢について語っていた。

(対象者 2-3 : 発症 92 日・転院 66 日)

（対象者 2-3 が、ベッドサイドで一人で自主的に立ち上がりの練習をしていたのを筆者がみて）
筆者：「リハビリの時間以外に、ご自分でやってらっしゃるんですね。」

対象者：「そうです。夕方 7 時半ぐらいから、腹筋の練習をベッドの上でしているんです。毎日ね。1 時間ほどね。それで腹筋がよくなりました。やっぱりやれば良くなりますよ。だから、訓練以外にも一人でしているんですけどね。それをやり出して夜も眠れるようになってきました。一人でやるからどんどん良くなりますよ。だから、時間が空いたら自分でできることをやっているんです。だんだんと時間を長くしているんです。」

⑥【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面におけるネガティブな側面

【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面は、ポジティブな側面が強調された局面であるが、それが契機となり、発症時の対応や急性期病院でのことを後悔するなど、ネガティブな側面も確認できた。

対象者 2-18 は、回復期リハビリテーション病棟に転院し、新たな医療への充実感を抱く故に、以前入院していた急性期病院でのリハビリテーションに対し不満を抱き、それについて後悔することを語っていた。

（対象者 2-18：発症 69 日・転院 8 日）

対象者：「なんか矯正しないとイケないみたいですね。向こう（以前入院していた急性期病院）とはやり方が違うみたいですね。どうかね、姿勢が悪いというのでね。バランスをとらないとイケないらしいね。向こう（以前入院していた急性期病院）はバランスは見てくれとらんかったですよ。とにかく、何とか歩こうということだったのでね。向こうが悪かったんだね。こっちではきちっと体の線をみてやってくれるんですよ。今までやったことは役に立たないね。こっちのやり方が正しいと思うよ。向こうで変な癖がついてしまったよ。」

また、対象者 2-15 は、以前入院していた急性期病院でのリハビリテーションに対する不満から、より早期に回復期リハビリテーション病棟に転院すべきだったという悔やむ内容について語っていた。

（対象者 2-15：発症 69 日・転院 22 日）

対象者：「こちらは向こう（以前入院していた急性期病院）と違って（リハビリテーションの）時間が長いですね。それに向こうの場合は（リハビリテーションの内容が）単純ですね。患者さんが多いのに先生（セラピスト）が少ないから仕方がないと思いますね。向こうは患者任せでね。だから〇〇（以前入院していた急性期病院）である程度よくなったら早くリハビリの病院に来るべきですね。向こうで今みたいにやっていたらもっとよくなっていたと思いますね。悔しいね。」

なお、これらの【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面におけるネガティブな

側面は、フォーマルインタビューの全体的な文脈の流れから、ポジティブな側面に打ち消され【壁にぶつかる】局面といえるほどネガティブなものでないと判断し、【壁にぶつかる】とはしなかった。

II. 【回復への揺らぎ】

対象者は【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面でポジティブな側面が強調され、順調に経過していたが、徐々に、【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面と対極にあるネガティブな側面の要素が加わり、ポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面に変化したことを【回復への揺らぎ】とした。

この局面発生時期は、対象者本人が障害改善の[回復の減速感]や[回復の停滞感]を認識した時期であり、個別性があるが、FIM 得点の上昇が緩やかになる時期とほぼ一致していた。

下位概念は、①〈回復の期待と不安〉、②〈医療者への期待と不満〉、③〈医療への期待と不安〉、④〈他者と自己の評価のギャップ〉、⑤〈退院に対する揺れる認識〉である。

① 〈回復の期待と不安〉

【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面において、身体機能の改善感や ADL の再獲得により〈回復の実感〉を語っていた対象者が、回復を実感しつつも身体の中で回復を実感できない部分の認識について語っていた。対象者 2-12 は、上肢の機能改善が実感できないことを次のように語っていた。

(対象者 2-12 : 発症 103 日・転院 78 日)

筆者：「調子の方はいかがですか。」

対象者：「そうですね。だんだん訓練をすることで良くなってきましたんですがね。足に関してはね。この土曜日で、はじめ（発症）からちょうど 100 日だったんですよ。今までは、回復が目に見えるからリハビリが楽しかったんですがね。足の方はね。病棟訓練も歩く訓練をしてくれて楽しいんですがね。ただ、手がちょっとでも、上がるとかね、指も全然駄目ですね。肩だけでもうちちょっと動くとか、はじめから全く変わりませんからちょっとでも進歩があればいいんで

すけど、足は悪い方（麻痺側）も結構良くなってきましたから、手が全く変わらないのですね。これがどうしたものかとね。」

また、対象者 2-16 は、以前はリハビリテーションへの努力が結果として報われていたが、今は努力が結果として報われなくなったことを次のように語っていた。

（対象者 2-16：発症 70 日・転院 42 日）

対象者：「前ほど順調にはいかなくなりましたね。最近は頑張っても微々たるものですかね。しよっちゅう指を伸ばすように言われるんですけど、あまりやると腫れてくるんですね。それに、痛みが出るんですね。でも、全体的にちょっとずつでも良くなってきていますからね。はじめに比べればね。はじめは全く動かなかったんですから、やっぱり毎日ちよつとずつ進歩していきますよ。すぐには効果でないですから。だから毎日こつこつしないといけないですね。」

②〈医療者への期待と不満〉

【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面では、対象者は医療者に期待し、絶大な信頼があったが、[回復の減速感] や [回復の停滞感] を認識するにつれて、医療者への信頼が揺らぎはじめることを語っていた。

対象者 2-11 は、医療者の言動から今後の見通しに不安を感じ、医療者に期待しつつも信頼が揺らぎはじめ、不満を抱くことを次のように語っていた。

（対象者 2-11：発症 82 日・転院 41 日）

対象者：「この先生（医師とセラピスト）もはっきりどうなるか言わないからね。ある程度、先生も分からないこともあるんじゃないかな。まあ、いい加減なこともいえないからね。でも、これからどうなるのか分からないからね。ただ、自然回復を待たないと分からないところもあるからね。そういうようなもんだらうね。でも条件付きでね、どうなるか分からないけどということでも教えてくれたらありがたいんだけどね。そういう個々の患者に対応した医療をしてくればいいんだけど。むしろ患者の方が実体験を持って分かっているからね。ただ先生はいろんな患者を診ているから分かるんだらうけど、やっぱり、実体験しているものの方がよく分かるんじゃないかな。（中略）まあ、先生を信じてやっているんだけど完璧じゃないね。」

③ 〈医療への期待と不安〉

【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面では、回復期リハビリテーション病棟に転院し、新たに受ける医療の充実感を語っていたが、【回復への揺らぎ】局面では不安の要素が出現していた。

対象者 2-5 は回復期リハビリテーション病棟において、リハビリテーションについての期待は抱いていたがそれ以外の医療に関する部分について不安を次のように語っていた。

(対象者 2-15 : 発症 96 日・転院 49 日)

対象者：「ここはリハビリばかりで、点滴とかがないでしょ。だからちょっと心配なんです。今まで、調子が悪かったらしょっちゅう点滴をしてもらいに（近くの病院に）行ってたんですがね。ここではリハビリばかりでしょ。だから〇〇（以前入院していた急性期病院）は医療機関だから随分とね、リハビリの病院と違って病院としては有意義だと思うんです。だから薬も安心して飲んでいたんですがね。血圧がね、いつも測っているんですがいつも違うんです。毎回測った値が違うんです。ちょっと高いんじゃないかと思うんです。血管がはじけた時は 250 ぐらいあったそうですから。血圧の調節がここではうまくできないんじゃないかと思うんです。（中略）リハビリはいいんでしょうけど医療では専門じゃないですからね。」

④ 〈他者と自己の評価のギャップ〉

〔回復の減速感〕や〔回復の停滞感〕を認識するにつれ、他者と自身の回復の評価についてギャップがあることを語っていた。このギャップは、他者の評価の方が自己の評価より高いということである。

(対象者 2-6 : 発症 111 日・転院 41 日)

対象者：「（最近）自分ではよくなっているかどうか分からないですね。先生（セラピスト）は徐々にできていると言うけどね。自分では変わらないと思うけどね。」

⑤ 〈退院に対する揺れる認識〉

【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面においては、長く入院すればするほど障害が改善するという認識であったが、〔回復の減速感〕や〔回復の停滞感〕により、

リハビリテーションの効果の自覚が薄れ、入院していることの意義が以前よりも感じられなくなってきていた。しかし、一方で対象者にとって、退院ということはそれ以上障害の改善の見込みがなくなるという認識があり、障害改善の望みから退院したくないという、入院継続と退院決断の相反する迷いを語っていた。

(対象者 2-9：発症 120 日 転院 92 日)

対象者：「進展ないですね。歩くのも、びっこ引き引きですね。でもこれを治さないと出られないね。最近ではリハビリやっても進歩が見られないですね。(中略) ちょうど(転院してから) 3ヶ月になるんですけどね。今日、これから面談(医師と本人そして家族が今後の方針について話し合う)があるんですね。どうですかね。(医師が) きちり治して出ろ(退院)というのか、すぐに出ろと言うか今から決まるんでしょうね。自分ではもうちょっとよくして、歩けないのでね。きちんと。まあでも、退院もしたいんですがね。帰りたいですね。病気になって4ヶ月になるからね。ただ、今(リハビリテーションを) やって歩くのがよくなるんだったら、2ヶ月ぐらい我慢した方が自分のためにも周りの人間のためにもなるのでね。良くなるものだったらもうちょっといたいんですがね。先生(主治医) が良くなるという太鼓判を押してくれればいいんですがね。まだ左側(麻痺側) が弱いのでびっこを引いてしまうんです。どうにかできないかなと思うんですがね。」

III. 【壁にぶつかる】

【回復への揺らぎ】の局面はポジティブな側面とネガティブな側面の相反し錯綜する局面であるが、ネガティブな側面が強調され、一時的に落ち込む局面が見られ、これを【壁にぶつかる】とした。

この【壁にぶつかる】の発生時期は、【回復への揺らぎ】の局面の途中段階にあり、個人差が大きく、これを複数回繰り返す対象者もあった。

下位概念は、①〈努力が報われない苛立ち〉、②〈劣等感〉、③〈身体的苦痛〉、④〈将来の不安〉、⑤〈障害の重さの再認識〉、⑥〈後悔〉である。

① 〈努力が報われない苛立ち〉

対象者 2-11 は、[回復の減速感] や [回復の停滞感] を認識し、リハビリテーショ

んに努力するが、結果が現れず努力が報われないため、リハビリテーションに意義を見出せずにいることを語っていた。

(対象者 2-11 : 発症 94 日・転院 53 日)

対象者：「希望も夢もないね。このところ、リハビリやってもよくなりませんよ。やってもね。頑張ってるけど毎日同じことしているけどよくなりません。(中略)ここにいって良くなるんだっいたらいいんだけど、やってもやっても駄目だね。頑張ってみても。リハビリやってもしょうがないね。」

② 〈劣等感〉

対象者 2-6 は、同病の〔他の患者と比較〕することにより、他の患者よりも自身の回復状態が遅れているという劣等感を抱いていることを語っていた。

(対象者 2-6 : 発症 118 日・転院 48 日)

対象者：「まあ、(他の)人がね、早くリハビリが進んでいるのをみたらね、正直なところあんまりおもしろくないね。まあ、(頭の)障害を受けた所が違うんだろうけどね、でも、外観から見た時に、自分が遅れていると思ったら情けないね。だから、比較したらいけないというのは分かっているんだけどね、どうしてもそういう風な見方をしてしまいますね。まあ、辛いね。自分だけが取り残されるように感じてしまいますね。」(暗い表情で語る)

また、対象者 2-1 は、後から入院してきた他の患者の方が順調に回復し、自身の回復が遅れていると感じ、自分が他の患者よりも劣っているということを語っていた。

(対象者 2-1 : 発症 172 日・転院 124 日)

対象者：「一番辛いのは、後から入ってきた人が自分を追い抜かしていくことです。もちろん、みんな違うというのは分かるんですが、それが飲み込めないんです。後から着たのにどうしてかな、自分も頑張っているのに、どうしてかなと涙が出るんです。悲しくなります。いまいち飲み込めないんですね。(中略)後から来て、寝たきりだった人が、もう歩いているという人が何人もいますからね。そういう人を見ると、自分の努力が足りないのかなとかこんなに頑張ったのにとか、自分の病気は重症なのかなとか思って落ち込んだりしますね。」

③ 〈身体的苦痛〉

痛みなどによる身体的な苦痛に落ち込むこともあった。

対象者 2-4 は、麻痺側の肩の疼痛のため、満足なりハビリテーションができずにいることに苛立ちを語っていた。

（対象者 2-4：発症 110 日・転院 81 日）

対象者：「肩が痛いのでね。動かして筋肉を作らないといけないんだけど、動かすと痛いのでね。痛いのでなかなかできなくてね。これじゃいけないんだけどね。ここも腫れているでしょ。

（左手背に浮腫がある）熱を持っていて、痛くてね、どうにかならないのかと思いますよ。みんなどんどんよくなるし。自分がおいて行かれてね。みんな大丈夫よといってくれるんですけどね。痛いのが辛くてね。（泣く）」

④ 〈将来の不安〉

将来見通しに対する不安を語っていたことである。

対象者 2-11 は、回復期リハビリテーション病棟転院当初は【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面において明るい見通しを持っていたが、[回復の減速感] や [回復の停滞感] から、当初の見通しに狂いが生じ、更に悪くなるのではないかという不安を抱いていた。また、そのためにリハビリテーションへの意欲の減退についても語っていた。

（対象者 2-11：発症 94 日・転院 53 日）

対象者：「本当のこと言えば（発症から）6ヶ月で治ってほしいけどもね。8月に病気になったんだけど、今で90日ぐらいかな。でもまだまだ駄目だからね。半年で治るか分からないね。たぶん無理だろうよ。はじめは大丈夫だと思ったんだけどもね。はじめはここに来て足の方は順調にあって、このまま次は手だろうと思ったんだけどもね。でも手は治らないね。かえって悪くなる部分もあるからね。それに、口も痺れているしね。6ヶ月で良くなると思って頑張ってきたんだけどね。その気力ももたないね。僕の人生設計が滅茶苦茶だよ。それに、今が一番悪ければいいんだけどもまたどこか悪くなるんじゃないかという不安もでるしね。」

また、対象者 2-1 は、家に受験を控えた子供を残していることが気がかりで、子供

のために早く退院しなければならないという〔焦り〕があり、将来に対する不安について語っていた。

(対象者 2-1：発症 110 日・転院 62 日)

対象者：「落ち込んだりやる気がなかったりというのが激しいです。前の日に元気になろうと思って寝たはずなのに、起きたら落ち込んでいて、そんなにすぐに治るとは思いませんけど、どうしてなのかと思って、すぐに落ち込んで泣いてしまいます。リハビリが自分の思うようにできなかった時もすぐに涙が出てしまいますし、泣いてばかりいます。前の病院が1日が1週間、1週間が1ヶ月位だと考えてリハビリをやった方がいいと言われていたんですが、どうしても焦ってしまいます。早く退院したい、早く動かさないといけないと言う思いで。苦しさや焦り、一生このままじゃないかという不安があります。(中略) 子供が大変な時期なのに、ここには長くられないんです。子供のために何とかしたい。(泣く)」

⑤〈障害の重さの再認識〉

転倒など、〔ADL の失敗〕をした対象者は、障害の改善が自身の認識に到達していないことに気付き、障害の重さに改めて直面することを語っていた。

(対象者 2-1： 発症 140 日・転院 92 日)

対象者：「一昨日かな。転倒して。腰と首が痛い。グループ訓練の時に転倒しました。立ち上がりの訓練の時に。立ち上がった時にふらついて。体調も悪かったんです。寝れない日が続いてまして。良くご飯も食べられないし、フラフラしている状態なんです。休んでたのに、いつも注意していたのに。体操が始まって、慌てていたんです。辞めとけば良かったなと今は思います。反省しています。」

筆者：「転倒したらショックですか。」

対象者：「ええ。けがをしなかったのでいいのですが。まだまだ駄目だなとね。油断したらまだ転倒するようなレベルなんだとね。」(落ち込んだ様子で語る)

この、〈障害の重さの再実感〉は、この事例の場合以外に、特に初めての外泊（以下、初回外泊）の際に多く確認できた。在宅生活に自信を持って〔初回外泊〕をした対象者が、実際外泊してみて予想以上の困難に遭遇した場合、障害の重さを再認識するこ

とを語っていた。

(対象者 2-17：発症 78 日・転院 20 日)

対象者：「(在宅の生活は) まだまだ駄目ですね。不便でしたね。もうちょっとまともにできると思ったんですが考えが甘かったですね。(中略) 家の者には迷惑かけるし、もう、さんざんでした。もう少しできると思っていたんですが。」(かなり落ち込んだ様子)

また、回復期リハビリテーション病棟転院直後から、早期の退院を希望していた対象者 2-10 は、[初回外泊] により障害の重さを感じ、退院の見直しを変更していた。

(対象者 2-10：発症 75 日・転院 28 日)

対象者：「すぐにでも退院するつもりで家に帰ったんですけど、家に帰って生活も満足にできませんでしたから、これは駄目だなと思いました。まだまだ駄目ですよ。退院なんて、参りましたね。時間かかるね。」(落ち込んだ様子で語る)

しかし、[初回外泊] により全ての対象者が【壁にぶつかる】に陥るのでなく、対象者にとって [初回外泊] に特に困難を感じる事がなかった場合は、ポジティブな方向に移行していた。それについては、V.【回復への揺らぎ】局面におけるネガティブな状況からの立ち直り ⑧〈回復を実感する〉で述べる。

⑥〈後悔〉

この、【壁にぶつかる】局面において、対象者は過去を振り返り悔やむことを語っていた。その内容について整理すると、1) 発病前に関すること、2) 急性期病院入院中に関すること、3) 回復期リハビリテーション病棟転院後のことに分類できた。

1) 発病前に関すること

発病前に関することとは、なぜ脳卒中になったのか原因を模索し、納得できる理由を探ることであった。対象者は、発病前の生活に原因があると考え、それを悔いることを語っていた。

(対象者 2-4 : 発症 68 日・転院 39 日)

対象者：「私は夫婦で、老後の楽しみで、貼り絵の本をたくさん買っていたんですが、夢も希望も持っていたんですけど、うまくいかないものでね。主人は死ぬし、そのままにしていたんですけど、今からそれを出して頑張ろうと思ってもこの手じゃ無理でしょ。こうなると、夢を持っていても達成できないですよ。(中略) 73 歳の誕生日の直前に倒れてしまって、まさかこんなことになるとは夢にも思っていなかったよ。まだ仕事をするつもりで、83 歳の男性の介護の仕事が入っていたのにな。(対象者は発病前、ホームヘルパーをしていた) だから、畑なんかをきれいにしてちょっと無理をしたら夕方倒れてしまってね。ちょっとした油断がいかんかったんね。ああ、思うようにいかんもんだね。ころっと死ぬるもんだったら、そうしかかったよ。こんなになって、良くなりたいという気持ちもあるけど、時々、こんなになるんだったら、ころっと死んだ方がましだったとも思いますよ。」

2) 急性期病院入院中に関すること

急性期病院入院中に関することとは、回復期リハビリテーション病棟転院前のことを悔やむ内容である。これは、【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面におけるネガティブな側面で述べたことと同様で、以前入院していた急性期病院で受けたリハビリテーション内容に関することと、より早期に回復期リハビリテーション病棟に転院すべきだったと悔やむことを語っていた。

(対象者 2-7 : 発症 164 日・転院 146 日)

対象者：「今駄目なのは、前がいけなかったんです。前の病院で長くいたのがいけないんです。向こうでは何も教えてくれませんでしたので、それがいけなかったんです。」(暗い表情で語る)

3) 回復期リハビリテーション病棟転院後に関すること

回復期リハビリテーション病棟転院後に関することとは、転院後の自身のリハビリテーションへの取り組みを悔やむ内容である。これは、退院日が迫り、退院までに在宅での生活に耐えられるだけの障害の改善が見込めない対象者が、回復期リハビリテーション病棟に転院当初からのリハビリテーションの取り組みを悔やみ、焦燥感を語っていたことである。

(対象者 2-1 : 発症 193 日・転院 145 日)

対象者：「今は退院の日が近いと思うので少し焦っているんです。何で初めのうちにもっと頑張らなかったのかと思ってね。退院までそんなに日がないでしょ。なのにこんな状態で、今のまま家に帰っても、みんなに迷惑をかけるだけでね。だから何でもっと早くからやっておかなかったんだろうと思います。」(暗い表情で語る)

IV. 【壁にぶつかる】がない対象者

以上のような【壁にぶつかる】は対象者全員が体験するのでなく、回復期全体を通して【壁にぶつかる】のない者が 3 名いた。それらの対象者がなぜ【壁にぶつかる】ことがないのかという観点から分析したところ、次のような内容を抽出することができた。①揺るぎない医療者への信頼がある、②発症直後と比較して回復の実感を得る、③落ち込む同病の他の患者を反面教師としての捉える、である。

①揺るぎない医療者への信頼がある

対象者 2-12 は、一貫して「改善している」という医療者の評価を信じることで「回復の減速感」や「回復の停滞感」をネガティブに受け止めることがなく、【壁にぶつかる】に至ってなかった。これは、回復期リハビリテーション病棟に転院してからのリハビリテーションを通して築かれた、医療者への揺るぎない強い信頼によるものであった。

(対象者 2-12 : 発症 103 日・転院 78 日)

(上肢の機能改善の停滞感を訴える場面で)

対象者：「リハビリで先生(セラピスト)が時々どの程度手が良くなったか見てくれて、その時は、多少きているんじゃないか(回復している)と言ってくれるのでね。まだ、自分では(改善が)分からないんですがね。まあ、だから、目に見えないミリ単位で進歩しているのかも知れませんね。(中略)〇〇先生(担当のセラピスト)の言うことだから、大丈夫だと思いますよ。信じていますからね。頑張れますよ。」

②発症直後と比較して回復の実感を得る

〔回復の減速感〕や〔回復の停滞感〕を認識しているが、最も重症であった発症直後と比較することにより回復を実感することで、【壁にぶつかる】には至っていない対象者がいた。

対象者 2-16 は、発症直後、障害の認識した時の衝撃が大きく、障害を重く受け止め、その時点で将来展望が描けないという、大きく落ち込む体験を経ているため、回復期においては【壁にぶつかる】には至っていなかった。

（対象者 2-16：発症 70 日・転院 42 日）

対象者：「最近は（障害の改善は）微々たるものですね。前みたいにはよくなりません。（中略）でも、はじめに比べればね、見違えるようにはよくなりましたからね。はじめは全然動かなくてどうなるものかと思いましたから。（中略）このままじゃまだ困りますけど、ここまでよくなりましたからね。はじめのことを思うと信じられません。やっぱり毎日ちよつとずつ進歩しているんじゃないですか。だから自分なりにあげたり下げたりもしています。すぐには効果でないですから。だから毎日こつこつしないといけませんね。」

③落ち込む同病の他の患者を反面教師としての捉える

対象者 2-5 は、落ち込んでいる同病の他の患者が意欲をなくし、回復が停滞していることを見て、自身はそうならないためにもポジティブにリハビリテーションに取り組もうとしている姿勢について語っていた。

（対象者 2-5：発症 102 日・転院 74 日）

筆者：「落ち込んだりふさぎ込んだりすることはないですか。」

対象者：「進歩している人は、皆、一生懸命リハビリやっていますよ。それを見てきているからそのようになりたいなと思ひましてね。やる気がないと駄目だと思ひますよ。同じ部屋にいる人（同室の患者）がふさぎ込んでいてね、やる気がないんですよ。だから全然よくなりませんと思ひますよ。もうすぐ退院なのに。そういう人を見てみると、やる気が第一だね。やる気がない人は厳しいと思ひますよ。自分もなかなかよくなりなくて苦しいけど、ふさぎ込んだりいけな思ひてね。前向きに行かないと駄目だと思ひてやっていますよ。」

V. ネガティブな状況からの立ち直り

【回復への揺らぎ】局面においてネガティブな状況に陥り、それが強調された場合に【壁にぶつかる】となっていた。しかし、【回復への揺らぎ】局面のネガティブな状況や【壁にぶつかる】は一時的なものであり、全ての対象者がその状況から立ち直っていた。

その立ち直りの内容は、①〈他の患者との一体感を得る〉、②〈他の患者との比較による優越感を持つ〉、③〈回復した同病の他の患者への憧れを抱く〉、④〈気持ちを切り替える〉、⑤〈周囲に支えられる〉、⑥〈医療者の説明に納得する〉、⑦〈身体苦痛が解消する〉、⑧〈回復を実感する〉であった。

① 〈他の患者との一体感を得る〉

対象者はネガティブな状況に陥っていたが、自分一人だけでなく、同病の他の患者も同じような状況であることに気付き、他の患者との一体感を得ることができるようになり、リハビリテーションにポジティブに取り組むことができるようになっていた。

(対象者 2-18：発症 149 日・転院 88 日)

対象者：「まあ、仕事のこととか家のこととかいろいろ考えて随分悩みましたよ。でも、僕一人だけがそんなことを考えているわけじゃないからね。ここにいるみんなが同じように深い悩みがあるんじゃないかな。まあ、病気だけじゃないからね。後々いろいろ影響が出てくるけれども、それも僕だけじゃないでしょ。みんな同じなんだよね。そう思えるようになって、落ち込んでしょうがないでしょと考えたんだよ。だから一人で殻に閉じこもってしまったら良くないんだよ。全てオープンにいかないよね。それで（入院患者の）誰か探して喋ってね、馬鹿を言って（悩みを）ごまかしたりしているんだよ。ははは。なんだかんだ言ってもみんな早く良くなって退院したいということでは同じなんだよ。だから、オープンに行かないといけないと思ったんだよ。」（明るい表情で語る）

② 〈他の患者との比較による優越感を持つ〉

対象者は、同病の他の患者と比較し、自身の方が軽症であるとの認識を得ていた。また、重症度以外にも経済的状況や社会的状況も比較し、自身の方が他の患者より恵

まれているという優越感を抱くようになり、ネガティブな状況から立ち直っていた。

(対象者 2-10：発症 118 日・転院 71 日)

対象者：「この前まで悔やんでばかりいたんですけどね。兄貴がいろいろ指導してくれて。うまく考えて、そう悪いように考えるな、もっと不幸な者はいっぱいおるんやでといわれて、でも、どういふことかまだ分からなかったんだけど、最近、ああ、だいぶ、こういうことなんかなというのが徐々に徐々に分かってきて、他の人と比べたら、わしよりもっと悪い人がいっぱいいるんですよ。冷静になってみてみたらわしなんかまだまだ軽い方だなんて思ってね。それに、子供も就職したから養育費とかの心配はないでしょ。帰る家もあるし。(中略) わし、だいたい深刻に考えてしまうたちなんですけどね。この病気になって、よけい酷くなったような気がするんです。でも、兄貴の言っていることがだんだん分かってきて、めげていても何にもならんな、まだまだ救われた方なんだから、頑張らんといけんなと思えるようになってきたんです。そのようにいいように考えることが大事だということが分かりました。」

③〈回復した他の患者への憧れを抱く〉

対象者は、障害が改善した同病の他の患者を見て、自分もその患者のようによくなりたいという憧れを抱くことによって、リハビリテーションへの意欲が生まれ、ネガティブな状況から立ち直っていた。

(対象者 2-4：発症 146 日・転院 117 日)

(前回調査では落ち込んだ様子であった)

対象者：「隣の人は歩いて元気になりましたからね、あの人は病気が違うのかもしれないけど、見ればね、治りたいと思いますよ。あの人は訓練頑張ってやっていたから。自分もいらんこと考えてるんじゃなくて、あの人を見習って頑張ろうと思いました。頑張ったら良くなるんだと思ってね。」

④〈気持ちを切り替える〉

対象者は、ネガティブな状況から気持ちを整理し、気持ちを切り替えることによって立ち直っていた。

対象者 2-1 は、発病以来の自身の体験を文章にしたことによって、振り返り、気持

ちの整理ができたことにより、悩みを振り切ることができ、立ち直ったことを次のように語っていた。

(対象者 2-1：発症 208 日・転院 160 日)

対象者：「前はめめめすることが多かったのですが、今はそんなことはないです。婦長さんに〇〇〇〇（調査実施施設の機関誌）に今までのことを文章にして書いてほしいと言われて、書こうか書くまいか随分悩んだんですけど、決心して今までの気持ちを書いたんです。そしたら気持ちの整理ができて、何でめめめしていたんだろうと思ったんです。それから気持ちが吹っ切れて、前向きに慣れたというか。だから今は後悔しているんです。何であんなにめめめしていたんだろうとね。」

⑤〈周囲に支えられる〉

対象者は、周囲の継続した支えによってネガティブな状況から立ち直っていた。

対象者 2-14 は、一人家に残してきた夫の心配から、リハビリテーションに集中できなかったが、娘のサポートによりリハビリテーションに専念できるようになり、立ち直ったことを語っていた。

(2-14：発症 128 日・転院 84 日)

対象者：「この前まで落ち込んでいたんですけどね。今はそんなことはなくなりました。はじめの方は焦りがありましたね。早く帰らないといけないと思いましたから。主人が一人で家にいるでしょ。年寄りが一人でね。前はなぜこうなったのか、後悔ばかりしましてね。主人が心配で焦って結局何もできなかったんですけど。最近は焦ってもしようがないと思えるようになりました。娘がよくしてくれますしね。2人の娘で話し合って（遠方から）交互に来てくれるんです。孫が受験で大変なんですけど、わざわざ来てくれますから娘達にも迷惑をかけていますから良くならないといけないと思っています。娘達の応援にも応えないといけないと思ってね。主人の洗濯なんかもしてくれてね、主人の世話もしてくれるので、最近は落ち着いてリハビリに取り組めるようになりました。」

⑥〈医療者の説明に納得する〉

対象者 2-1 は、回復の停滞を感じ落ち込んでいたが、医療者の理論的なリハビリテ

ーションの方法についての説明により、納得して取り組めるようになり、また対象者の希望も取り入れた熱心な指導により、ネガティブな状況から立ち直り、前向きにリハビリテーションに取り組めるようになったことを語っていた。

(対象者 2-1：発症 208 日・転院 160 日)

対象者：「訓練が前に進まなくて辛かったですね。同じメニューを何回もやってね。よくなるしね。でも先生（セラピスト）がとても熱心に指導してくれて、頑張ってるよと言って、私にも分かるようにかみ砕いて説明してくださって、それで、辛いというよりは、それが自分にすごく必要だからやるんだということで納得して取り組むことができるようになりました。何度も何度も伺っているんですけどね。繰り返してね。でも、先生方（セラピスト）はいやな顔をせずに、レベルを下げても説明してくださるから分かるんです。それに、私がしたいといったこともちゃんと聞いてくれてね。ですから辛いということは忘れて前向きに取り組めるようになりました。」

⑦ 〈身体苦痛が解消する〉

対象者 2-4 は、麻痺側の肩の痛みのため満足なリハビリテーションができないことに苛立ちを感じていたが、疼痛緩和策が功を奏し、ネガティブな状況から立ち直り、意欲的にリハビリテーションに取り組めるようになったことを語っていた。

(対象者 2-4：発症 161 日・転院 132 日)

対象者：「痛みが少なくなって（痛み止めの）薬の量も減って良かったです。今まで痛いのが一番難儀なことだったんですけど、何とかになりました。（中略）すごく元気になりました。三食食べてリハビリ行って、前は痛いで寝てばかりいましたけど、今は体操に行ったり自主的に作業（療法）したり、トイレにも一人で行って、一つもベッドで横になることはないです。（中略）今まで痛いからリハビリもほとんどできなくて、みんなよりも一月半ほど遅れていますから、やらないと良くならないから頑張っています。（中略）前は痛くて泣いてばかりいたんですけどね。（中略）辛かったんですけど、やっと良くなりました。（中略）みんなに元気になったねといわれてね。（中略）前は痛くて全然訓練が進みませんでしたからね。」

⑧〈回復を実感する〉

対象者 2-17 は、以前は障害のため制限の多い生活で、受動的な生活になりネガティブな状況であったが、障害が改善し、ADL が拡大するにつれ、指導者や介助者なしで自主的にできるリハビリテーションが増えることにより、回復への意欲が拡大していた。また、それにより回復への自信が付き、将来に明るい見通しを持てるようになったことを語っていた。

（対象者 2-17：発症 134 日・転院 76 日）

対象者：「前は何もできなくて、訓練も全部してもらっただけでおもしろくなくてやる気も出なかったんですが、今は徐々に自主的にできることがあるので、訓練の時間じゃなくても自分でできることが増えてきたでしょ。だから受け身ではないので、その点は気分もよくなりました。どうなるのかと思っていましたが、何とか（回復の）目途もついたような気がします。」

また、外泊した際に回復を実感し、ネガティブな状況から立ち直る事例があった。

対象者 2-2 は、初回外泊前に、在宅での生活に困難を予想していたが、それは予想の範囲内で、むしろそれ以上のできたことでリハビリテーションの効果を自覚し、回復を実感していた。

（対象者 2-2：発症 79 日・転院 27 日）

対象者：「昨日、（初めて家に）帰ってきたんですけど、（中略）思ったよりもできたなと思ってね。ここで、帰る前の日に 1 回（階段の上り方を）教えてもらって、階段が心配なんだということだね、それで 2 人（介助に）ついてもらって、でも心配していたんですけど、思ったよりはできました。（中略）やっぱり訓練のおかげですね。少し自信ができました。」

III. 【壁にぶつかる】⑤〈障害の重さの再認識〉で述べたように、対象者が〔初回外泊〕により予想以上の困難を感じた場合は【壁にぶつかる】に陥る事例がある一方で、特に困難を感じる事がなかった場合はポジティブな方向に移行することが確認された。しかし、2 回目以降の外泊においては、2 回目以降の外泊は全体的にポジティブな方向に移行することが確認された。

対象者 2-2 は、エレベーターのない 3 階に住んでいたが、外泊の際に必然的に階段

昇降の機会があり、外泊を重ねる度に徐々にスムーズになることにより回復の実感を得ていた。これは、【回復への揺らぎ】の局面において回復の停滞を感じている時であり、対象者にとって外泊は、障害の改善を確認できるよい機会となっていた。

(対象者 2-2：発症 151 日・転院 99 日)

対象者：「外泊して、家の階段を上がったら進歩がわかりますね。エレベーターがないので、必ず家の階段を上らないといけないんですけどね。この間も、(今まで) 1 段ずつ上がっていたのが、今度は互い違いに上がれるようになってね。その前は 3 段上がって休んで、ということをしていたんですけど、もう休みなく上がれるようになりましたしね。壁は持ってはいるんだけどね。前は下りもちょっと怖かったんですけど、壁を持てば前ほど怖くはなくなりましたね。

(中略) 最近は見えてよくなっていないんですけど、毎週帰ったら分かりますね。階段の上りがだんだんスムーズになっていますからね。少しずつよくなっているんだなと思ってね。」

また、コンピューター関係の仕事をしている対象者 2-13 は、外泊の際にパソコンを操作し、障害がパソコン操作に影響が出ない程度にまで回復していることを実感し、復職の見込みを得ていた。

(対象者 2-13：発症 56 日・転院 34 日)

対象者：「外泊は毎週末しています。毎回パソコンでメールの確認をするんですけどね。最初は違和感があって、キーボードも前より時間がかかってイライラしたんですが、この前は割とスムーズにできて、ほとんど影響がなかったですね。回復しているというのが分かりましたね。連続で 3 時間メールを書いたんですけどね。大丈夫だと分かりましたので早く仕事に復帰しようという希望が見えてきましたよ。だから家に帰っても、すぐに仕事に戻ることができそうです。」

また、対象者 2-12 は、【壁にぶつかる】に陥ることはなかったが、外泊を重ねる毎に、家族にかかる介護負担の軽減することにより回復を実感し、【回復への揺らぎ】局面で、よりポジティブな状況に至っていた。

(対象者 2-12：発症 187 日・転院 162 日)

対象者：「まあ、最初の頃は、（家に）帰ったら風呂に入る時は息子に手伝ってもらって、電話が鳴っても立っていくということができずに、家内に受話器を持ってきてもらったりだったんですけど、今は腰掛けみたいなのを用意して、それがあつたらそれほど立ったり座ったりが苦じゃなくなったのでね。だから、前みたいにあれとってこれとってこれと（家族に）いうのがなくなったのでね。（中略）まあ、最初に比べて随分、家のもんも楽になったといっていますし、よくなったと思いますよ。（中略）この調子でリハビリを頑張りますよ。」

VI. 【人生の方向転換】

対象者は【回復への揺らぎ】や【壁にぶつかる】の局面においてネガティブな側面の体験を経て再び、ポジティブな側面の局面に至っていた。対象者は障害をネガティブなものとして捉えるのではなく、障害をよりポジティブに捉えたことを【人生の方向転換】とした。この局面へ移行する時点では、FIM 得点の変化はほぼプラトーの状態にあった。これは回復期リハビリテーション病棟入院中の対象者が体験する最終局面であった。これは、概念として研究1の【人生の方向転換】とほぼ同様であるため、同じ名称を付けた。

下位概念は、①〈目標の下方修正〉、②〈肯定的側面への気付き〉、③〈障害を糧にする〉である。

① 〈目標の下方修正〉

対象者は、回復期リハビリテーション病棟転院当初は【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面で順調に経過することにより、高い目標を持っていたが、【回復への揺らぎ】【壁にぶつかる】などの局面で、現実の厳しさを認識し、当初の目標を達成できないことに気付き、当初の目標を自ら下方修正したことを語っていた。

対象者 2-12 は、回復期リハビリテーション病棟転院当初は、麻痺側上下肢の十分な改善を期待し、下肢については回復の実感があるが上肢の回復の実感が掴めないでいた。しかし、【回復への揺らぎ】の局面を経て上肢の完治についての固執がなくなっていた。これは、回復期リハビリテーション病棟に転院し、リハビリテーションに取り組み、可能な限り頑張ったという【努力に対する満足感】や、外泊や外出を体験し、病院外での最低限の生活に支障がないという自信によって、今後の見通しが立ったことによるものであった。

(対象者 2-12: 発症 194 日・転院 169 日)

対象者:「足は順調に良くなっています。(中略)しかし、手は全然変わらないです。でも、手は駄目だったら駄目でいいと思うようになりました。足さえ良くなったら、今はそう考えています。片手だったら確かに不便ですけど、足さえ何とかなればね。外泊して家に帰っていますけど、今の状態でも何とか生活できますから、足さえ何とかなればいいと思います。(中略)まあ、ここに入院して、自分なりにできる限りのことはしましたからしょうがないですね。」

また、発病前は一人暮らしをしていた対象者 2-4 は、回復期リハビリテーション病棟転院当初、退院後は元の一人暮らしの生活に戻りたいという強い希望を持っており、医療者から退院後に更に入院加療のできる介護型病院への転院を勧められても拒否していたが、回復期リハビリテーション病棟に入院可能期限の転院後 6 ヶ月の期限が近づくにつれ、その目標を撤回するようになった。これは、リハビリテーションを通して、現在の自身の身体能力を見極めたことと、他の患者の動向を見ることにより、[状況の理解]が進んだためであった。

(対象者 2-4: 発症 187 日・転院 158 日)

対象者:「今月末にここを満期(6 ヶ月の入院可能期限)になってしまうので、その後は、〇〇病院(転院予定の病院)に変わることになると思います。(中略)この前まで、〇〇病院なんて行きたくないと思っていましたが、このまま家に帰されても一人じゃ生活できませんからね。(中略)行くところがないよりは幸せです。他の人(他の患者)も家に帰れない人はいろんなところにかわっていきますからね。」

筆者:「そうですか。この前よりもお元気そうですね。」(以前まで口調が暗い印象があった)

対象者:「ええ。もう観念しました(笑い)。こんな状態で一人暮らしなんてできっこないですよ。訓練して分かりました。これじゃあ、お風呂とかお便所なんて危ないですね。一人じゃ(中略)なんて馬鹿なことを言ってたのかしらと思いました。私一人がわがままなことを言っても無理なんです。(中略)行くところがあるだけでも幸せなことです。」

また、対象者 2-1 は、回復期リハビリテーション病棟に転院当初は、退院時にはピアノを弾けるようになりたいという目標を語っていたが、退院直前には、[状況の理解]

が進み、ピアノを弾くことに対する固執はなくなり、現実の生活に対応した具体的な目標に変化していた。

(対象者 2-1：発症 230 日・転院 182 日)

筆者：「以前はピアノを弾けるようになりたいとおっしゃっていましたが、今はいかがですか。」

対象者：「それは夢として一応は持っているのは持っていますけど、でもこの腕ではそんなのとても駄目かなと、曲がらないし、曲がらないのに指なんか動かせないかなと。(中略)今は、まずとにかく歩けるようになることが必要だと思います。それに手はある程度上がる必要があります。今は、ほとんど指が曲がりませんし、腕も、あまり上がらないですね。それを何とかしないとイケませんね。ピアノよりもまず、家で生活に不自由しないことです。」

②〈肯定的側面への気付き〉

対象者は、障害によって被る様々な困難を体験するが、それを克服していく中で、障害によりプラスになることもあるという、障害の肯定的な側面にも気付くようになったことを語っていた。

対象者 2-5 は、自営業を営んでいたが発病を機に廃業した。そのことに当初は落ち込んでいたが、時間が経過するにつれ、不況や自身の年齢的な面から、仕事を廃業したことはむしろよい機会であったと考えるようになった。そして、同病の〔他の患者と比較〕して、年齢や置かれた立場的に恵まれているという優越感により、障害をポジティブに捉えていることを語っていた。

(対象者 2-5：発症 102 日・転院 74 日)

対象者：「ちょうど年齢的に、仕事を辞めようかなと思っているところでこうなったでしょう。それにこの不況で利益が上がりませんからね。だから、ちょうどいい機会だから会社を畳んだんです。まだ事務的なことは残っているんですけどね。(中略)初めはどうしようか随分悩みましたがね、(中略)普通なら会社を畳んだら格好悪いけど、病気だと格好もつくしね。むしろよかったですよ。従業員も家内だけなんでね。それに年齢的に焦りが無いのが良かったですね。もし、50歳とかだったら焦って悩んで、ノイローゼになっていたと思いますね。そういう精神的な面が本当に皆さん(他の患者)に比べて良かったですね。現役の人は大変だと思いますよ。社会復帰して会社はいいと言っても、周りの目がね。気になるでしょうね。その面では私は恵

まれていましたよ。年齢的にかろうじて滑り込みでね。年金も微々たるものですけどももらえませぬ。子供は就職してますから。だから僕の人生まだまだやれるなと思ってね。」

③〈障害を糧にする〉

対象者が障害を被ったことにより、それにより得られた利益に気づき、障害を支えに生きていこうとすることを語っていた。

対象者 2-8 は住職であり、発病前は障害者やその家族などに病気の人を励ます機会が多くあった。しかし、自身が障害を被り、その体験を修行と捉え、自分が体験してみた初めて分かったことが多くあり、今後の人生の糧になったということを語っていた。

(対象者 2-8 : 発症 219 日・転院 167 日)

対象者：「この病気（脳卒中）は大変な病気だと分かりましたよ。檀家さんにこの病気の人がいましたね。娘さんが世話をして、苦勞している人がいるんです。お嫁にも行かずに（介護のために）ついていてね。（中略）月参りに（その人の家）に行くといつも娘さんを励ましてきたんですがね。しかし、自分がこの病気になって、この病気は怖い病気だということが分かりましたね。脳梗塞は大変な病気ですよ。まあ、これもいい修行になったと思いました。法事なんかで皆さんにお話するのにとてもいいと思います。その娘さんにもいい話ができると思います。それに檀家の皆さん達が、とても熱心に励ましてくれましてね、皆の優しさを感じることができました。（中略）本当にいい体験になりました。」

なお、研究 2 において、対象者全員が【回復への揺らぎ】まで到達していたが、【人生の方向転換】への移行には個人差が大きく、この局面への移行を確認できた対象者は 18 名中 5 名（対象者 2-1, 2-4, 2-5, 2-8, 2-12）であった。

VII. 【人生の方向転換】に移行しないまま退院した対象者

退院時に【人生の方向転換】に移行しないまま退院した対象者は、【回復への揺らぎ】の局面で退院に至っていた。そこで①ポジティブな状況で退院する対象者と、②ネガティブな状況で退院する対象者に分けて、退院前の体験という観点から整理した。

①ポジティブな状況で退院した対象者

ポジティブな状況で退院した患者の退院前の体験は、1) 退院後のリハビリテーションの準備と、2) リハビリテーションのラストスパートがあった。

1) 退院後のリハビリテーション準備

対象者は、退院後も、リハビリテーションが必要と考え、入院中のリハビリテーションの内容を継続するために準備していた。

(対象者 2-2：発症 171 日・転院 119 日)

対象者：「退院したら、ここには週1回来てリハビリを続けようと思うんですけど、家でしっかり（リハビリテーションを）しないといけないですからね、ここでやっている体操（の内容）を書いた文を全部コピーしてもらったんです。家でそれをみてやってみようと思います。」

2) リハビリテーションのラストスパート

対象者は、退院が決定した際に、残された入院期間中にできるだけ障害を改善させようと、回復に向けてさらなる意欲を見せていた。

(対象者 2-13：発症 73 日・転院 51 日)

対象者：「退院が決まったんですよ。だから、追い込みですよ。（中略）だからラストスパートのつもりで残された期間、頑張ってみようと思っています。」

②ネガティブな状況で退院した対象者

ネガティブな状況で退院した対象者の退院前の体験は、1) 入院継続の意義を見失うと、2) 今まで受けた医療を否定し新たな医療を模索するがあった。

1) 入院継続の意義を見失う

対象者 2-17 は、回復が実感できなくなり、リハビリテーションの効果を自覚できず、入院を継続していることの意義を見出すことができないため、退院を決断していた。

(対象者 2-17: 発症 120 日・転院 62 日)

筆者:「退院が決まったんですね。」

対象者:「そうですね。(中略) まあ、ここでいてリハビリをしてどこまでよくなるのかも分かりませんからね。帰って慣れる方がいいのかもと思ってね。目立って効果は出ないのでね。ここにいてもしょうがないかなと思ったんです。」

2) 今まで受けた医療を否定し新たな医療を模索する

対象者 2-6 は、障害改善が思うように進まず、今まで受けた医療を否定し退院後は新たに別の治療法に取り組むということを次のように語っていた。

(対象者 2-6: 発症 146 日・転院 76 日)

筆者:「退院が決まってリハビリは総仕上げですか。」

対象者:「いいえ。同じだよ。変わらんね。腕が悪いから腕を集中的にしてもらいたいんだけどもね。指も動かないしね。(中略) ここでは別に特別な治療をしてくれなかったでしょ。電気をかけるわけでもないしね。(中略) まあ、退院したらあんま屋にでも行けばいいと思います。それに針にもかかろうと思ってね。やっぱりいろんなことをやってみないといけないと思ってね。それによその整形(外科)のリハビリと脳外科にも通ってね。まあ、一日1軒、どこかに行くような感じならどれかは自分に合っているものがあるんじゃないかと思ってね。ここのやり方だったらよくならなかったからね。」

第5節 考察

1. 対象者について

研究1と同様に、脳卒中は障害の重症度の幅は大きく、それにより患者のたどる経過に大きな違いがあるため、研究2においても、対象者の条件のばらつきをできるだけ少なくするために、明確な基準を設定した。従って、研究2で得られた結果は、全ての脳卒中患者に適応されるのではなく、研究2における対象者の条件に該当する脳卒中患者に適応されるものとする。

また、研究手法としても研究1と同様に、多くの先行研究が採用している横断的研

究や、回顧的手法とは異なり、縦断的に断続した調査手法を採用した。そして、一人の対象者に回復期リハビリテーション病棟に転院してから退院するまで継続して追跡調査した。そのため対象者と長く関わることができ、信頼関係を築くために十分な時間を費やすことができ、データの真実性が高まり、また対象者の理解に有効であったと考える。しかしながら、繰り返し行う調査のため、対象者本人の希望による途中辞退者が18名発生した。辞退申し出の時期は、多くが調査開始後約1~2ヶ月の調査中盤の時期のものであった。また、辞退申し出時点における辞退者の多くは精神的に落ち込んだ状態であった。これは、本研究結果において【壁にぶつかる】の局面にあるものと考えられた。そのため、このように辞退者が発生したのは、【壁にぶつかる】が対象者にとって大きな衝撃であったためではないかと考えられた。従って、研究対象者全体からみた場合、【壁にぶつかる】の内容について理論的飽和に至っていない可能性がある。以上のことから、今後辞退者の発生を少なくする方法を再考し、更に調査する必要がある。

2. 脳卒中患者の体験について

研究2のインタビューを分析した結果、回復期リハビリテーション病棟に転院し、退院するまでの脳卒中患者の体験は、時間経過に沿って【素晴らしい医療を受けることの喜び】【回復への揺らぎ】【人生の方向転換】という変化の局面があり、更に【回復への揺らぎ】の局面において一時的に落ち込む【壁にぶつかる】局面の存在が見出された。

急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に転院してきた脳卒中患者は、転院によって受ける〈新たな医療の充実感〉を持ち、〈同病の他の患者との出会い〉があり、〈回復の実感〉が得られるため〈将来展望の開き〉や〈回復への意欲〉が得られるというポジティブな【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面が最初にあった。このことは、回復期リハビリテーション病棟が、対象者にとって非常に充実したものであることを示していると考えられる。しかし、それによる反動として、以前入院していた急性期病院でのリハビリテーションに対し不満を抱き、後悔する対象者もいたことは、急性期病院におけるリハビリテーションの貧弱さを露呈していると考えられる。

【素晴らしい医療を受けることの喜び】という、ポジティブな局面から、徐々に回復が減速し、次第に停滞を感じることに伴い、〈回復の期待と不安〉〈医療者への期待と

不満)〈医療への期待と不安)〈他者と自己の評価のギャップ)〈退院に対する揺れる認識)というポジティブな要素とネガティブな要素が相反し錯綜する【回復への揺らぎ】局面に移行していた。また、この局面において一時的に落ち込む局面の【壁にぶつかる】に陥る対象者もいた。つまり、回復過程において、最終局面の受容や適応に至るには、落ち込みなどのネガティブな局面を経るといえる。第1章 第1節で述べた既存の障害受容過程に関する理論と同様であるといえる。この【回復への揺らぎ】局面では、対象者が障害を抱えた自身の考えや行動をどのように方向付けるかについて答えを見出せない状態にあった。意思決定者が出来事や目的に確実な価値をおくことができないような状況で生じる認知状態のことを不確かさ¹¹⁰⁻¹¹⁴⁾といわれるが、【回復への揺らぎ】局面では、不確かさが生じた状態にあったといえる。この不確かさについて、Newman¹¹⁵⁾は、病氣中に人が人生についてのひとつの見方から、より高い秩序に立った見方へと移行する機会であると述べている。つまり、不確かさの状態において、患者はより具体的に、現実的に冷静に結論を出す過程にあるということである。それによって、最終局面の、障害をよりポジティブに捉える【人生の方向転換】局面に移行するものと考えられる。従って、【回復への揺らぎ】局面において、ポジティブな要素とネガティブな要素が相反し錯綜するという葛藤した状態は、患者の主観的な体験としての回復過程において意義があり、意味のある状態であると考えられる。

3. FIM 得点と脳卒中患者の体験との関係について

図15に、対象者のFIM得点の経過を示すグラフに、対象者の体験の局面のおおよその発生時期を併記し、これらの関係を考察する。FIM得点は、ほとんどの事例において、回復期リハビリテーション病棟に転院初期には急激に上昇したが徐々に緩やかになり、最終的には発症前の状態に完全には戻らず、ほぼプラトーで推移していた。一方、対象者の体験の各局面との関係では、FIM得点が増加する時はポジティブな局面である【素晴らしい医療を受けることの喜び】であり、緩やかになる時にはポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面である【回復への揺らぎ】、ほぼプラトーになってからポジティブな局面の【人生の方向転換】が出現していた。また、対象者が【回復への揺らぎ】局面への移行の影響要因である[回復の減速感]や[回復の停滞感]を語っていた時期は、FIM得点の改善が緩やかになる時とほぼ同時期であった。この[回復の減速感]や[回復の停滞感]は、【回復への揺らぎ】局面への移行の影響

要因であると共に【壁にぶつかる】をもたらす影響要因でもある。これは、研究1や、前述した Doolittle^{24, 25)} の、身体の機能や能力の改善のペースが落ちることで脳卒中患者は落ち込みと苛立ちを体験するという報告と同様である。そのため、回復過程における体験の局面の移行は、身体の機能や能力の変化と密接な関連があり、FIM などの客観的な指標の変化を捉えることは、脳卒中患者の回復過程を理解する上で不可欠であると考えられた。また、[回復の減速感] や [回復の停滞感] の出現が、FIM 得点の改善が緩やかになる時とほぼ同時期であったことから、FIM 得点の変化を捉えることで、[回復の減速感] や [回復の停滞感] の出現を推測する可能性があり、それ故に【壁にぶつかる】の発生を予想するために有効であると考えられた。

一方、【回復への揺らぎ】から【人生の方向転換】への移行の際は、FIM 得点の変化はほとんどないにもかかわらず体験の局面の移行があったことから、客観的な身体の機能や能力の変化のみの観察では十分患者を捉えることはできず、主観、客観の両側面から患者を捉える看護援助の必要性が、研究1と同様に研究2においても示唆された。

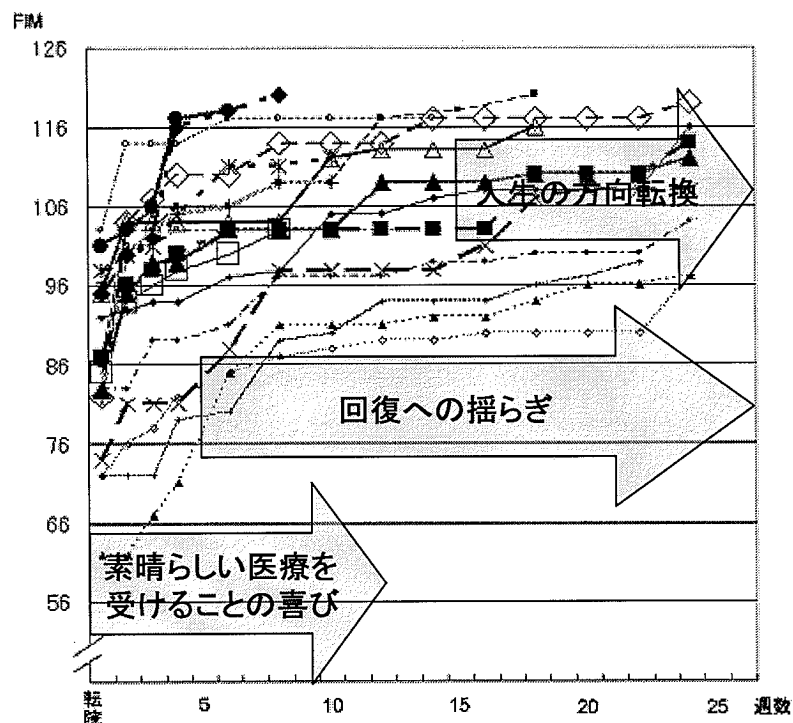


図 15 研究2 対象者の FIM 得点の経過と体験の各局面との関係

4. 【壁にぶつかる】について

研究2においては研究1と同様に一時的に落ち込む局面の内容を明らかにし、【壁にぶつかる】と名称を付けた。

研究1では、【障害の実感】局面と【回復の喜び】局面の後にある【障害直面による落胆】と【回復減速による落胆】から立ち直った際には、元の局面に戻るのではなく、次の局面に移行することが明らかとなり、一時的に落ち込むことが回復を促進する契機となっていると考えられたが、研究2における【壁にぶつかる】は、【回復への揺らぎ】の局面の途中にあり、そこから立ち直った際に次の局面に移行するとは限らず、肯定と否定の体験を繰り返すものであった。従って、対象者にとって【壁にぶつかる】局面は、回復過程を妨げるマイナス要因であり、従来からの指摘¹⁰³⁾と同様であると考えられた。そのため、【壁にぶつかる】の発生をあらかじめ予想することや回避するような働きかけを行うことが、患者にとって有益な看護援助になると考える。

上述したように、【壁にぶつかる】をもたらし影響要因として、[回復の減速感]や[回復の停滞感]があり、これは、FIM得点の改善が緩やかになる時とほぼ同時期であったことから、FIM得点の変化を捉えるで、[回復の減速感]や[回復の停滞感]の出現を推測する可能性があり、【壁にぶつかる】の発生を予想するために有効であると考えられた。そのため、患者の客観的に測定できる回復を、経時的に捉えることが有効であると考えられる。

また、研究2においては、【壁にぶつかる】や【回復への揺らぎ】局面におけるネガティブな状況からの立ち直りについてまとめることができた。ネガティブな状況からの立ち直りへの体験内容として、〈他の患者との一体感を得る〉〈他の患者との比較による優越感を持つ〉〈回復した他の患者への憧れを抱く〉等があり、即ち、同じ病気の他の患者の存在が影響していた。Katz¹¹⁶⁾は、患者にとって同じ病気の他の患者の存在の意味について、認知の再構築をすること、適応技術の学習、情緒的サポート、個人的な開示、社会化、一緒に活動すること、エンパワーメント、自己信頼、自尊心などをあげており、他の患者の存在は、ネガティブな状況からの立ち直りに有効に作用すると考える。しかし、他の患者と比較し自身に劣等感を抱いた場合、逆に【壁にぶつかる】に至っていたことから、研究1でも述べたように、対象者にとって、他の患者は、様々な意味合いを持つ大きな存在であったと考えられ、患者同士の交流を支える看護援助の重要性が示唆された。

また、研究1においては、“落胆”をもたらす要因の一つとして、外出や外泊など初めて病院から〔外に出る〕ことが明らかとなった。これは研究2においても、〔初回外泊〕によって在宅での生活に困難を感じた場合、在宅生活の自信喪失に繋がり、障害の重さを改めて認識し、将来展望の修正を迫られる機会となり、【壁にぶつかる】をもたらすという、回復過程におけるネガティブな側面が確認された。しかし、対象者にとって初回外泊がさほど困難を感じなかった場合、回復を実感し、ネガティブな状況から立ち直るといふ、回復過程におけるポジティブな側面も明らかとなった。豊島¹¹⁷⁾は、外泊に関する研究がほとんどされておらず、特に看護として外泊を取り上げた研究がないという問題意識を持ち、初回外泊の体験内容に関する研究を行っている。その中で、初回外泊後の脳卒中患者は、自分で行動しできた喜びや自由な生活環境の広がり、家族・社会との繋がりを取り戻しを体験する一方で、実際に生活して在宅での困難を感じることを報告しており、これは、研究2の結果と同様であるといえる。つまり、初回外泊の体験は、対象者により、ポジティブな受け止めとなることもあればネガティブな受け止めとなる場合もあるということである。ただ、豊島の研究は初回外泊だけの検討であり、2回目以降の外泊に関する研究は行われていない。外泊に関する総説文献^{118,119)}においては、外泊は患者が退院後の生活へ見通しをつける機会であり、その目的として、1) 病院内で獲得したADLを在宅で発揮できるかの評価と訓練、2) 家屋の改造、物品準備の効果の評価、3) 家族の介護能力の評価と教育、4) 家庭・地域社会との結びつき、5) 新たな問題点の発見などと説明されている。これらは、本研究においても対象者が語っていた内容であったが、それ以外に、2回目以降の外泊が、ネガティブな状況から立ち直るために有効であることが本研究において確認された。これは、外泊を繰り返すことで、対象者は、以前の外泊時と比較し、障害の状態を確認し（回復を実感する）機会となっていたことである。例えば、外泊の際に、自宅に上る階段昇降の動作を比較し、外泊を重ねる度に徐々にスムーズになることを感じたり、外泊を重ねる度に家でのADLの拡大を感じることであったり、家族にかかる介護負担が軽減することを感じるなどであった。Doolittle²⁵⁾は、脳卒中患者は、退院後の実際の生活で自分の能力のテストや実験を行い、自分の可能性をアセスメントしていたと報告しているが、これは本研究と同様である。つまり、外泊は、病院内の生活だけでは体験することが少ないことを体験する機会になり、自身の障害の状態を実際の在宅での生活の中で確認する機会になっていたということである。即ち、【回

【回復への揺らぎ】や【壁にぶつかる】をもたらす影響要因である【回復の減速感】や【回復の停滞感】を回避するために有効と考える。対象者が外泊を繰り返す時期は、回復期リハビリテーション病棟入院期間における中盤から後半であることが多く、【回復への揺らぎ】局面であることが多いと考えられ、【壁にぶつかる】が発生する時期でもある。対象者は、病院内の生活だけでは単調な生活になりがちで、回復の実感がなかなか掴めず、【回復の減速感】や【回復の停滞感】を訴えることが多くみられたが、対象者が外泊を繰り返すことで、回復を実感する機会を得るということは、【回復の減速感】や【回復の停滞感】を回避するために有益であり、【壁にぶつかる】ことからの立ち直りにも効果があると考えられる。従って、外泊を繰り返すことが【壁にぶつかる】という一時的に落ち込む局面を回避し、またネガティブな状況からの立ち直りにもなる可能性があることと捉え、外泊を繰り返すことを、より積極的に支援していくことの重要性が示唆された。

5. 脳卒中診療体制について

前述したように、急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に転院初期の患者にとって、変化した医療環境は、以前より密度の高いリハビリテーションを行うことができ、対象者には希望通り、もしくはそれ以上のものとして受け止められていた。このことは、回復期リハビリテーション病棟が、対象者にとって非常に充実していることを示している。しかし、それによる反動として、以前入院していた急性期病院でのリハビリテーションに対し不満を抱き、後悔する対象者もいたことは、急性期病院におけるリハビリテーションの貧弱さを露呈している。Sivenius¹²⁰⁾は、脳卒中による運動機能障害の回復を促すリハビリテーションのあり方としては、急性期（発症から1ヶ月以内）における早期リハビリテーションがとりわけ重要であり、その正否が2ヶ月以降の回復期における改善をも左右すると報告しており、急性期病院におけるリハビリテーションサービスの拡充が望まれる。また、本研究において、対象者の発言から、より早期に回復期リハビリテーション病棟に転院すべきだったという後悔も語っていた。回復期リハビリテーション病棟は、発症3ヶ月以内であれば入院の適応となり、本研究において発症から回復期リハビリテーション病棟転院までの期間は40.2日であった。しかし、急性期の治療は重篤な場合を除き、通常1～3週間である⁴⁹⁾。従って、急性期病院から回復期リハビリテーション病棟転院までの期間を更に短縮す

る努力が必要であり、脳卒中診療体制として、急性期病院とリハビリテーション専門病院とのより効果的な連携システム構築が必要である。

第6節 研究2の意義

研究2では、近年新設され、次第に普及してきている回復期リハビリテーション病棟において、入院中の脳卒中患者の退院までの経時的な回復過程における体験の変化を縦断的に調査した。また、ADLの客観的評価であるFIM得点の変化と共に追跡調査し、患者の体験を客観的な指標と比較することができた。それにより、臨床において脳卒中患者の回復過程を理解するための一助になると考える。更に体験の変化に影響を及ぼす要因の検討も行ったため、これを用いた看護援助方法の開発が見込まれる。

第7節 研究2の限界

本研究は質的研究の特性上、分析対象者が18名であり、また、1施設の調査であり、本研究結果を直ちに一般化するには限界がある。本研究においては、対象にいくつか条件を設け、年齢については、後期高齢者は様々な身体的問題を抱えていることが多いという医学的見地から、上限は設定したが下限は設定しなかった。そのため、対象者は成人期から前期高齢者まで様々であり、年齢が回復過程にどのように影響するかについての探索ができていない。更に、対象者としてインタビューが可能な患者を対象にしたため、脳卒中全体では比較的軽症者を対象としたといわざるを得ない。

第8節 今後の課題

今後の課題としては、本研究で抽出されたカテゴリーの理論的飽和度と命名した用語の妥当性について検討する必要がある。また、今回導かれた結果を検証し、強固なものとすることも必要である。その上で、年齢別分析やその他様々な属性別の比較のために、より多くの対象者の比較検討が必要である。本研究においては回復期を対象にしたが、その後の維持期の調査も必要である。

第9節 結語

研究2においては、74歳以下の脳卒中発作（初発）で、急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に転院した患者のうち、言語コミュニケーション可能で認知障害のない(MMS24/30点以上)患者、18名を対象に、退院まで継続してインタビューとFIM測定を行い、体験の変化とその要因を検討した。

その結果、体験の変化については、回復過程の沿って【素晴らしい医療を受けることの喜び】【回復への揺らぎ】【人生の方向転換】という変化の局面があり、更に【回復への揺らぎ】の局面において一時的に落ち込む【壁にぶつかる】という局面の存在を見出した。

また、体験の変化の要因については、身体機能の改善状況が影響していたが、それ以外にも多くの要因があった。

FIM得点は、初期には上昇するが、徐々に緩やかとなり、プラトーで推移する事例が多かった。

対象者にとって【壁にぶつかる】という局面は、回復過程を妨げるマイナス要因であり、この局面の発生をあらかじめ予想することや回避することが有益な看護援助になるものと考えた。【壁にぶつかる】という局面をもたらす影響要因としては、対象者の回復の減速感や停滞感があり、それは、FIMの上昇が緩やかになる時期に出現していた。従って、FIM得点の変化を捉えることは【壁にぶつかる】局面の発生を予想するために有益であると考えた。また、対象者の回復の減速感や停滞感を回避するために、回復を実感する機会を得ることが有効であると考え、その一つとして外泊を繰り返すことが、その機会となっていたことが確認できた。従って、患者が外泊を繰り返すことは、【壁にぶつかる】局面を回避する可能性があると考え、より積極的に支援していくことの重要性が示唆された。

第4章 脳卒中患者の回復過程における体験についての理論構築と 看護援助方法の提言

本研究の目的は、脳卒中患者の回復過程における体験の変化と、それに影響を及ぼす要因を明らかにし、脳卒中患者の回復過程における体験についての理論構築を行うことであった。

そのために、まず研究1として、急性期病院において、脳卒中患者の発症直後から約6ヶ月までの縦断的研究を行った。その結果、脳卒中患者の急性期から回復期にかけての体験の変化の局面と、その影響要因を見出した。次に研究2として、リハビリテーション病院における回復期リハビリテーション病棟に調査実施施設を変え、脳卒中患者がその病棟に転院してから退院するまでの縦断的研究を、研究1と同じ方法論により行った。その結果、脳卒中患者の回復期リハビリテーション病棟入院中の体験の変化の局面と、その影響要因を見出した。そして、それぞれの研究に関して結果を検討、考察し、いくつかの看護援助に有益な示唆を得ることができた。

これら両研究は、同じ方法論によるものであるが、調査実施施設と分析対象にした患者の発症からの時期に相違がある。従って、脳卒中患者の回復過程における体験に関する理論の骨子を固めるためには、これら両研究で得られた結果のそれぞれの共通性と独自性を明確にする必要がある。

そこで本章においては、両研究で得られた共通点と相違点を整理し明らかにするために、両研究で調査したFIM得点とインタビュー結果を立脚点とし、比較検討を行う。そして、脳卒中患者の回復過程における体験の変化について改めて理論構築を行い、それを背景とした看護援助方法を提言する。

第1節 FIM得点の比較

研究1においては、対象者のBRSとFIMにより包含基準を設定したが、研究2では設定しなかった。それは、研究1においては、身体障害がごく軽症の者でなく、比較的長期間にわたって入院の必要が予想される患者を対象とするために、予後予測に関する先行研究を基に設定したものであった。一方、研究2の対象となる急性期病院より回復期リハビリテーション病棟に転院した患者は、転院の時点で既に比較的長期間にわたって入院することが予想されていることと、研究2の調査実施施設においては、身体障害がごく軽症の者は入院対象とならないことの2点より、包含基準の設定は不要と判断した。しかし、回復状況の客観的比較に用いるために、両研究とも、調査期

間全般にわたり FIM 得点の測定を行った。

そこで、研究 1 と研究 2 の対象者の FIM 得点を比較する。研究 1 においては発症直後から約 6 ヶ月までの調査であり、一方、研究 2 においては、回復期リハビリテーション病棟入院期間中の調査である。従って、比較する時点を揃えるために、研究 2 における発症から回復期リハビリテーション病棟への平均転院期間に基準をおく必要がある。それは、発症後 40.2 ± 15.2 日であったので、ほぼ同時期の研究 1 の時期を選定したところ、研究 1 においては発症から 6 週目にあたった。その時点における FIM 得点は、 109.0 ± 12.0 点であった。一方、研究 2 においては、 110.3 ± 8.0 点であり、その差は約 1 点であり、研究 1 と研究 2 においては、ほぼ同程度の FIM 得点の対象者の研究であると考えられる。

次に、最終 FIM を比較する。調査終了期間は、研究 1 においては発症後約 6 ヶ月と規定しており、結果的に発症より 175.5 ± 6.2 日であり、最終 FIM は、 117.6 ± 6.8 点であった。一方、研究 2 は回復期リハビリテーション病棟退院時までの調査で、結果的に発症後 171.9 ± 51.4 日であり、最終 FIM は、 110.3 ± 8.0 点であった。つまり、平均値だけでみると、発症から最終調査日までの調査期間の差は約 4 日であるのに対し、最終 FIM は、研究 1 の方が約 7 点高い結果となった。従って、FIM 得点の改善という観点からは、研究 1 の方が研究 2 より、高く改善されるまでの追跡調査であるといえる。

さて、初回 FIM から最終 FIM に至るまでの FIM 得点の経過を比較したところ、研究 1 における対象者の FIM 得点の経過は図 7 (第 2 章 第 4 節 2.) に示した。それによるとほとんどの事例において、初期には急激に上昇したが、発症後 5 週目位から徐々に緩やかになり、最終的には発症前の状態 (126 点) には完全に戻らず、ほぼプラトーになっていた。一方、研究 2 における対象者の FIM 得点の経過は、発症からの経過を示したものを図 12 に、回復期リハビリテーション病棟転院からの経過を図 13 (第 3 章 第 4 節 2.) に示した。それによると、対象者により多少の相違があり、研究 1 ほど大きな変化はみられないが、転院初期は急激に上昇したが、徐々に緩やかになり、発症前の状態には完全に戻らずほぼプラトーで推移する事例が多かった。従って、研究 1 と研究 2 の共通点として、FIM 得点の経過について、初期に急激に上昇するが、徐々に緩やかになり最終的には発症前の状態には戻らずプラトーで推移する傾向があるといえる。

第2節 脳卒中患者の体験の比較

それぞれの研究において得られた、急性期及び回復期の脳卒中患者の体験について、結果を概観し、その共通点と相違点を整理する。

まず、研究1の結果を概観する。研究1の対象者のフォーマルインタビューを分析した結果、脳卒中患者の、発症から約6ヶ月間の回復過程における体験を表す概念として、【了解不能】【障害の実感】【回復の喜び】【アンビバレンス】【人生の方向転換】と、一時的に落ち込む“落胆”という変化の局面が得られた。そして、脳卒中患者の発症から約6ヶ月までの体験の経過として、以下の結果を得た。

脳卒中患者は、発症直後においては非常に混乱し、自身の身体に何が起こったのかを理解できず、〈戸惑い〉〈恐怖〉という【了解不能】局面に陥る。そして、医療者からの説明やリハビリテーションが始まることによって、現在の自分の置かれている状況を把握することで、〈納得〉や〈重大性の認識〉という【障害の実感】局面に移行する。そして障害改善が順調に進むことで〈回復の実感〉と〈将来展望の開き〉が得られるというポジティブな【回復の喜び】局面に移行する。しかし、順調に経過していた障害の回復が減速し次第に停滞するにつれて、〈回復の期待と不安〉〈他者と自己の評価のギャップ〉〈医療への期待と不満〉というポジティブな要素とネガティブな要素が相反し錯綜する【アンビバレンス】局面に移行する。そして時間が経過することにより、他の患者と比較し優越感を得たり、リハビリテーションの努力に対する満足感を得たりすることにより〈肯定的側面への気付き〉〈障害に感謝〉〈目標の下方修正〉という障害をよりポジティブに捉える【人生の方向転換】局面に至っていた。

また、このような回復過程の途中に一時的に落ち込む、“落胆”があった。この“落胆”が発生する局面には3種類あり、それぞれ内容が異なり【障害の実感】の後にあるものを【障害直面による落胆】、【回復の喜び】の後にあるものを【回復減速による落胆】、【アンビバレンス】にあるものを【回復停滞による落胆】とした。これら“落胆”は、対象者により発生の有無に差違があり、合計5つの回復過程のパターンに分類できた。

次に、研究2の結果を概観する。研究2の対象者のフォーマルインタビューを分析した結果、脳卒中患者の、回復期リハビリテーション病棟入院期間中の回復過程にお

ける体験を表す概念として、【素晴らしい医療を受けることの喜び】【回復への揺らぎ】【人生の方向転換】と、【回復への揺らぎ】の局面において一時的に落ち込む【壁にぶつかる】という変化の局面が得られた。そして、脳卒中患者が回復期リハビリテーション病棟に転院し、退院するまでの体験の経過として、以下の結果を得た。

急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に転院してきた脳卒中患者は、転院によって受ける〈新たな医療の充実感〉を持ち、〈同病の他の患者との出会い〉があり、〈回復の実感〉が得られるため〈将来展望の開き〉や〈回復への意欲〉が得られるというポジティブな【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面が最初にあった。しかし、回復が減速し、次第に停滞を感じることにより、〈回復の期待と不安〉〈医療者への期待と不満〉〈医療への期待と不安〉〈他者と自己の評価のギャップ〉〈退院に対する揺れる認識〉というポジティブな要素とネガティブな要素が相反し錯綜する【回復への揺らぎ】局面に移行していた。また、この局面において一時的に落ち込む患者があり、これを【壁にぶつかる】と名称を付けた。そして時間が経過することにより、他の患者と比較し優越感を得たり、リハビリテーションの努力に対する満足感を得たりすることにより〈目標の下方修正〉〈肯定的側面への気付き〉〈障害を糧にする〉という、障害をよりポジティブに捉える【人生の方向転換】局面に至っていた。

以上が、研究1と研究2それぞれの脳卒中患者の回復過程の体験である。

それを比較検討する上では、両研究が、対象とした脳卒中患者の研究期間に相違があることから、両研究が共通した期間の結果を比較することが妥当と考えると、その時期を揃える必要がある。このことは、第1節でも述べたように、調査期間は、研究1においては発症直後から約6ヶ月までの調査であり、発症直後から175.5日±6.2日までであった。一方、研究2においては、回復期リハビリテーション病棟入院期間中の調査であり、発症後40.2±15.2日から171.9±51.4日であった。両研究の調査終了期間にはほとんど相違がない、従って、研究1において、研究2の調査期間に該当する、発症後40.2日とほぼ同時期から調査終了時点までの期間と、研究2の全期間との比較が妥当と考える。これは、第2章と第3章で定義した回復期とは違い、一般にいわれている「回復期」⁴⁹⁾に相当し、脳卒中の病期として「回復期」に該当するといえる。

そこで、研究1において局面発生時期に着目してみると、【回復の喜び】局面が発症後約5～50日目にあり、またそれに続く【回復減速による落胆】が約20～40日、【ア

ンビバレンス】が約 35～50 日目から認められた。従って、共通した期間のみに着目すると、脳卒中患者の体験は、時間経過に沿って【回復の喜び】【アンビバレンス】【人生の方向転換】という変化の局面があり、【回復の喜び】の後に【回復減速による落胆】、【アンビバレンス】の局面において【回復停滞による落胆】があるといえる。これは、【回復の喜び】においてはポジティブな局面、【アンビバレンス】はポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面、【人生の方向転換】はポジティブな局面であり、【回復減速による落胆】と【回復停滞による落胆】は、ネガティブな要素が強調された局面であった。一方、研究 2 の脳卒中患者の体験は、時間経過に沿って【素晴らしい医療を受けることの喜び】【回復への揺らぎ】【人生の方向転換】という変化の局面があり、更に【回復への揺らぎ】の局面において【壁にぶつかる】があるといえる。これは、【素晴らしい医療を受けることの喜び】においてはポジティブな局面、【回復への揺らぎ】はポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面、【人生の方向転換】はポジティブな局面であり、【壁にぶつかる】とはネガティブな要素が強調された局面であった。

両研究の結果を比較すると、研究 1 では「回復期」の第一局面のポジティブな局面の後に、【回復減速による落胆】というネガティブな要素が強調された局面があるが、研究 2 ではそれが無いことが相違点である。この相違がなぜ生じたかについては今後の検討課題である。一方、ポジティブな局面から始まり、ポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面、その局面の中で一時的に落ち込むネガティブな要素が強調された局面があり、最終局面でポジティブな側面があるという、局面発生順序に関しては一致しており、研究 1 の結果と同様の結果が研究 2 で確認された。従って、これに関しては、異なる対象から事実の追試が達成されたことになり、結果の説得力はより強固となったと考える。

しかし、最終局面の【人生の方向転換】に到達した対象者は、研究 1 においては、12 名中 10 名であることに対し、研究 2 においては 18 名中 5 名に過ぎなかった。これは次の 2 つの理由が考えられる。まず、第 1 の理由として、研究 1 の方が研究 2 より、FIM 得点が高く改善されるまでの追跡調査であったことである。調査終了時点において ADL が低いことで、まだ目標にまで到達しておらず、【人生の方向転換】への影響要因である、リハビリテーションへの「努力に対する満足感」が得られていないことが考えられる。もう一つの理由として、研究 1 の調査対象者は、調査終了時点で 1 名を

除き全員が自宅に退院しており、即ち在宅における生活をも含めた調査であったことに対し、研究2の調査は、回復期リハビリテーション病棟を退院するまでの調査であり、即ち在宅における生活を行う前までの調査であったことである。研究2の対象者は、退院後は別の病院に再び入院し、リハビリテーションを継続するか、または、自宅退院者は通院によりリハビリテーションを継続する予定になっており、退院する際は、まだリハビリテーションの途中段階で「努力に対する満足感」は得られていないと考える。このことは、研究2において【人生の方向転換】に移行しないまま退院した対象者のうち、【回復への揺らぎ】局面の中でポジティブな状況で退院する対象者が、入院中のリハビリテーションの内容を継続するために準備していたことからいえる。

次に、研究1と研究2の結果の回復期の第一局面である、【回復の喜び】と【素晴らしい医療を受けることの喜び】の内容について比較する。どちらもポジティブな局面であり、局面の名称として「喜び」と付けた。また、身体の機能や能力の改善が順調に向上する時期であり、回復状態に満足し、期待を抱くという内容を含んだものであった。しかし、研究2においては、それ以外に、回復期リハビリテーション病棟に転院したという、変化した医療環境によるものが多く含まれていたことが相違点であった。それは、研究1と研究2の対象者において、回復期に受ける医療サービスに違いがあるためだと考える。研究1の対象者は、急性期を過ぎると、同じ病院内の療養型病床群に転棟し、そのまま自宅に退院するか、もしくは更に長期療養可能な療養型病院に転院していたため、回復期リハビリテーション病棟に転院した対象者はいなかった。一方、研究2の対象者は、急性期病院における急性期の治療を受け、回復期リハビリテーション病棟に転院するまでに、【了解不能】や【障害の実感】という局面を経ているものと推測され、リハビリテーションを集中的に行うことを希望して転院してきているものと考えられた。そして、変化した医療環境においては、以前より密度の高いリハビリテーションを行うことができ、対象者には希望通り、もしくはそれ以上のものとして受け止められていたことから、研究1にはない内容が研究2で確認されたと考える。

第3節 導き出された理論について

それぞれの研究結果における「回復期」のFIM得点の変化と体験の関係について概

観し、その共通点と相違点を整理することにより脳卒中患者の回復過程における体験についての理論を整理する。

まず、研究1におけるFIM得点の変化と体験との関係を概観する。初期のFIM得点が順調に上昇する時に、体験としては【回復の喜び】局面があった。そしてFIM得点の改善が緩やかになる時には、体験としては【アンビバレンス】局面にあり、FIM得点の変化がプラトーになってから、体験としては【人生の方向転換】局面が出現していた。

次に、研究2におけるFIM得点の変化と体験との関係を概観する。初期のFIM得点が順調に上昇する時に、体験としては【素晴らしい医療を受けることの喜び】局面があった。そしてFIM得点の改善が緩やかになる時には、体験としては【回復への揺らぎ】局面にあり、FIM得点の変化がプラトーになってから、体験としては【人生の方向転換】局面が出現していた。

そこで、研究1と研究2の共通点としては、初期のFIM得点が順調に上昇する時に、体験としてはポジティブな局面があり、FIM得点の改善が緩やかになる時には、体験としてはポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面となり、FIM得点の変化がプラトーになってから、体験としてはポジティブな局面になるということである。

従って、脳卒中患者の回復過程における体験の局面の移行は、FIM得点の変化と密接に関連があり、身体の機能や能力の変化が体験の局面の移行に影響していると考えられた。ただ、ポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面である研究1の【アンビバレンス】と研究2の【回復への揺らぎ】から、両研究の最終局面である【人生の方向転換】への移行の際は、FIM得点の変化はほとんどないにもかかわらず体験の局面の移行があった。つまり、ポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面から、最終のポジティブな局面への移行には、身体の機能や能力の改善以外の要因が影響していたといえる。この影響要因は、長い時間をかけて修正が加えられて得られる性質のものであると考えられ、この局面の変化の時期には、ばらつきが出るものであり、従って最終局面への意向が確認されない対象者もあったと考えられる。

以上から、脳卒中患者の体験としては、身体の機能や能力の改善が順調に向上する時にはポジティブな局面であるが、身体機能や能力の改善が緩やかになるにつれて、ポジティブとネガティブの側面が相反し錯綜する局面になり、身体機能や能力の改善がほとんどなくなっただけからは時間をかけて、最終的に人生の方向転換をしていくとい

える。

第4節 脳卒中患者の体験としての回復を支援する看護援助

主要な脳卒中患者の看護に関する成書¹²¹⁻¹²⁴⁾において、脳卒中患者の回復過程における主な看護援助として以下の内容があげられている。患者が、障害を持ちながらもその人らしく生活していけることを目標に、障害された身体機能の再獲得と患者が自己の障害を受容することを目指すため、患者の身体状況を把握し、セルフケアの確立を促し、精神的・心理的援助を行い、生活環境を整え、家族関係・社会生活における役割転換と社会的な支援体制を整えること等である。それらと併せて、本研究結果から示唆された、脳卒中患者の回復過程における看護援助は、以下の4点である。

1. 落ち込む局面のプラス面を捉えることと予測・回避すること

従来、うつ状態などの落ち込むことは回復の妨げになるため避けるべきものであると述べられてきた¹⁰³⁾。

しかし、研究1より、一時的に落ち込む局面である“落胆”のうち、【障害直面による落胆】と【回復減速による落胆】から立ち直った際には、元の局面に戻るのではなく次の局面に移行することが明らかになった。つまり、これらの“落胆”は、回復を妨げるのではなく、逆に促進する契機となっているものと考えられ、“落胆”により、自らを見つめ直し、新たな道を模索する機会になるのではないかと考えられた。従って、落ち込む局面のマイナス面のみを強調する捉え方だけでなく、これを回復過程が促進する可能性のある局面と捉え、それを支える看護援助の必要性が示唆された。

一方、研究1では【回復停滞による落胆】、また、研究2では【壁にぶつかる】という落ち込む局面があり、これについては、そこから立ち直った際に次の局面に移行するとは限らず、肯定と否定の体験を繰り返すものであった。

従って、従来から述べられてきたこと¹⁰³⁾と同様に、回復過程を妨げるのマイナス要因であり、この発生を予想することや回避することが有益な看護援助になるものと考えられた。

2. 主観・客観の両側面から患者を捉えること

回復過程における体験の局面の移行は、身体の機能や能力の変化と密接な関連があり、FIM などの客観的な指標の変化を捉えることは、脳卒中患者の回復を理解する上で不可欠であると考えられた。特に、FIM 得点の上昇が緩やかになった時に、研究1の【回復減速による落胆】と研究2の【壁にぶつかる】という落ち込む局面が認められたため、FIM 得点の変化を捉えることは、落ち込む局面の発生を予測することに有効であると考えられた。

しかし、研究1における【アンビバレンス】から【人生の方向転換】への移行と、研究2における【回復への揺らぎ】から【人生の方向転換】への移行の際は、FIM 得点の変化はほとんどないにもかかわらず、局面の移行があった。

従って、客観的な身体の機能や能力の変化のみの観察では十分患者を捉えることはできず、主観、客観の両側面から患者を捉える看護援助の必要性が示唆された。

3. 患者同士の交流を支える

研究1、研究2とも、体験の変化の影響要因を見出したが、その中でも特に、同じ病気の他の患者の存在はいくつかの局面で関係していた。患者にとって、同じ病気の患者は、同士という意識があるが、一方では常に比較の対象であり、自身の回復の指標ともなっていた。

従って、患者にとって他の患者は様々な意味合いを持つ大きな存在であり、患者同士の交流を支える看護援助の重要性が示唆された。

4. 外泊を繰り返すことを積極的に支援すること

研究1と研究2より、脳卒中患者が発症後、初めて外泊することにより在宅での生活に困難を感じた場合、自信喪失に繋がり、障害の重さを再認識し、落ち込むことがあるというネガティブな側面が確認された。しかし、対象者にとって初回外泊がさほど困難を感じなかった場合、回復を実感し、ネガティブな状況から立ち直るといって、回復過程におけるポジティブな側面も明らかとなった。一方、2回目以降の外泊においては、ポジティブな側面についてのみ確認された。つまり、外泊を繰り返すことにより、患者は病院内の生活だけでは体験できないことを体験する機会となり、障害の状態を確認することができ、回復を実感する機会となっていた。これは回復の減速感

や停滞感を回避するために有効であると考えられ、即ち、落ち込むことを回避する可能性があると考えられた。

従って、本研究からは、外泊を繰り返すことを積極的に支援していくことの重要性が示唆された。

第5節 研究1と研究2を比較検討することの意義と限界

第1章 第5節で述べたように、脳卒中患者の体験に関する先行研究は、いずれも単発的なものであり、その後の研究において追試や結果の検証は行われていなかったため、同じ方法論による研究を蓄積し、検討が必要であると考えた。

そこで、本研究においては、まず研究1として、急性期病院において急性期から回復期にかけての調査を行い、次に研究2として、研究1とは異なるリハビリテーション病院の回復期リハビリテーション病棟において、転院から退院までの調査を、研究1と同様の方法論を採用して行った。

その結果、両研究から得られた結果の比較検討ができ、より強固となった。

なお、両研究における調査実施施設は異なり、対象者が受ける医療に違いがあるなどのため、今後、急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に転院していくという、研究1と研究2の両方の調査実施施設にまたがる患者を対象にした、発症からの縦断的研究を行うことにより、結果を更に強固にし、検証することができるだろう。

総括

本研究では、脳卒中患者の回復過程における体験の変化と、それに影響を及ぼす要因を明らかにするために、脳卒中患者の回復過程に沿って、経時的に断続したインタビューを実施し、Strauss & Corbin³⁸⁾の Grounded Theory 法を参考に、質的帰納的に継続的に比較分析した。更に同時に、客観的に ADL の変化を捉えるために FIM 得点を測定した。

まず、研究 1 として、急性期病院において、発症から約 6 ヶ月間の追跡調査をした。対象者の条件は、74 歳以下の脳卒中発作（初発）で緊急入院した患者のうち、入院直後における FIM 得点 79/126 点以下、下肢 Brunnstrom Stage III 以下、言語コミュニケーション可能で認知障害のない (MMS24/30 点以上) 者とし、12 名を分析対象とした。

その結果、体験の変化については、回復過程に沿って【了解不能】【障害の実感】【回復の喜び】【アンビバレンス】【人生の方向転換】という体験の変化の局面と、それらの局面の間に一時的に落ち込む 3 つの“落胆”があり、その発生の有無に違いがみられ、その差違に着目してパターン分類を行ったところ、合計 5 つの回復のパターンを見出した。

次に、研究 2 として、回復期リハビリテーション病棟において、その病棟に入院期間中の追跡調査をした。対象者の条件は、74 歳以下の脳卒中発作（初発）で、言語コミュニケーション可能で認知障害のない (MMS24/30 点以上) 者とし、18 名を分析対象とした。

その結果、体験の変化については、回復過程に沿って【素晴らしい医療を受けることの喜び】【回復への揺らぎ】【人生の方向転換】という体験の局面があり、更に【回復への揺らぎ】の局面において一時的に落ち込む【壁にぶつかる】という局面の存在を見出した。

体験の変化の要因については、研究 1、研究 2 とも、身体機能の改善状況が影響していたが、それ以外にも多くの要因があった。

また、FIM 得点については、研究 1、研究 2 とも、初期に急激に上昇し、徐々に緩やかとなり、最終的にプラトーで推移する傾向がみられた。

そして、両研究の FIM 得点と体験とを比較検討した結果、脳卒中患者の体験は、身体機能や能力の改善が順調に向上する時にはポジティブな局面であるが、身体機能や能力の改善が緩やかになるにつれて、ポジティブとネガティブの側面が相反し錯

綜する局面になり、身体の機能や能力の改善がほとんどなくなってからは時間をかけて、最終的に人生の方向転換をしていくものといえる。

本研究においては、脳卒中患者の体験の変化を、ADLの客観的評価であるFIMの変化と共に追跡調査したため、主観的データと客観的データとを比較検討することができたため、臨床において脳卒中患者を理解するための一助になると考える。また、回復に影響を及ぼす要因の検討も行ったため、これを用いた看護援助方法の開発が見込まれる。更に、両研究は同様の方法論を採用して行ったため、結果の比較検討ができ、より強固な結果となった。

一方、本研究においては、うつ病などの精神疾患の診断を受けた者は除外した。しかし、脳卒中患者の24.5%が抑うつ状態であるとの報告がある¹²⁵⁾。また、認知障害者も除外したが、脳卒中患者の適応に関して最も重要な側面の一つとして、認知障害の程度という報告もある¹²⁶⁻¹³⁰⁾。

そのため、脳卒中の様々な障害のある患者に対象を拡大し、重症度の違いによる検討も必要である。そのために、研究方法論についても改めて検討する必要があると考える。

今後の課題としては、本研究で抽出されたカテゴリーの理論的飽和度と、命名した用語の妥当性について更に検討する必要がある。また、今回導かれた結果を検証し、強固なものとすることも必要である。その上で、様々な属性別の比較のために、より多くの対象者の検討が必要である。今回は急性期から回復期までを対象にしたが、維持期の調査も必要である。更に、本研究において示唆された脳卒中患者の体験としての回復を支援する看護援助の具体的検討と、それを実証することが求められる。

文献

1. 厚生統計協会編：国民衛生の動向. 49(9), 2002
2. 厚生労働省：厚生労働白書（平成14年版）. ぎょうせい, 東京, 2002
3. 酒井郁子, 佐藤弘美, 遠藤淑美 他：脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺領域. 臨床看護研究の進歩, 10:10-21, 1998
4. 南雲直二：障害受容－意味論からの問い－. 荘道社, 東京, 5, 1998
5. Fink S: Crisis and motivation ;A theoretical model. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 48(11):592-597, 1967
6. Cohn N: Understanding the process of adjustment to disability. Journal of Rehabilitation, 27:16-18, 1961
7. Kubler-ross E: On Death and Dying. Macmillan, 1969(川口正吉訳：死ぬ瞬間. 読売新聞社, 東京, 1971)
8. Trieschmann RB: The psychosocial adjustment to spinal cord injury, Bloch RF& Basbaum M: Management of Spinal Cord Injury:302-319, Williams & Wilkins, Baltimore, 1986
9. Rohe DE: Psychological aspects of rehabilitation, Delisa JA: Rehabilitation Medicine : Principles and Practice, 2nd ed : 31-150, JB Lippincott Co, Philadelphia, 1993
10. 本田哲三：障害受容. 渡辺俊之, 本田哲三（編）：リハビリテーション患者の心理とケア：p.14-25, 医学書院, 東京, 2000
11. 山勢博彰：フィンクの危機モデル. HEART nursing, 14(11):1037-1042, 2001
12. 北代直美, 菅原和恵：片麻痺と失語症を持った患者の場合. 看護学雑誌, 50(10):1135-1140, 1986
13. 梶谷佳子：脳卒中患者の障害受容プロセスと関連要因. 神戸市看護大学短期大学部紀要, 16:113-123, 1997
14. 伊東千世子, 藤田真由美, 酒匂千住：障害受容過程に沿った看護実践の再考 在宅療養へのかかわりを通して. brain nursing 春季増刊:155-161, 1994
15. 大西恵理子, 小西治美, 阪本君代 他：左上肢麻痺を受け入れられない脳梗塞患者の看護. クリニカルスタディ, 15(9):16-19, 1994
16. 佐藤寿美, 沼田幸子, 村木英子, 小笠原孝子：高血圧性脳出血患者の看護一知

- 覚障害をもつ患者の障害を受容するまでの過程. *Brain nursing*, 10(7) : 588-594, 1994
17. Doolittle ND : Stroke Recovery : Review of the Literature and Suggestions for Future Research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 20(3) : 169-173, 1988
 18. American Nurses Association : Nursing's Social Policy Statement. 1980(小玉香津子, 高崎絹子訳 : 今改めて看護とは. 日本看護協会出版会, 東京, 1984)
 19. American Nurses Association : Nursing's Social Policy Statement. 1995(小玉香津子訳 : 看護はいま : ANA の社会政策声明. 日本看護協会出版会, 東京, 1998)
 20. Burton CR: Re-thinking stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 595-602, 2000
 21. Brauer DJ, Schmid BJ, Pearson V : A framework for care during the stroke experience. *Rehabilitation Nursing*, 26(3), 88-93, 2000
 22. 上田敏 : リハビリテーションを考える 障害者の全人的復権. 青木書店, 1983
 23. 酒井郁子 : 脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護の専門性を考える. *Quality Nursing*, 8(3) : 4-10, 2002
 24. Doolittle ND : Clinical Ethnography of Lacunar Stroke; Implications for Acute Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(4) : 235-240, 1991
 25. Doolittle ND : The Experience of Following Lacunar Stroke. *Rehabilitation Nursing*, 17(1) : 122-125, 1992
 26. 大川貴子 : “看護者の行為” に対する患者の認知. *看護研究*, 28(2) : 21-38, 1995
 27. Backe M, Larsson K, Fridlund B : Patient's conceptions of their life situation within the first week after a stroke event; a qualitative analysis. *Intensive and Critical Care Nursing* 12 (5) : 285-294, 1996
 28. 藤田佐和, 森口美奈, 小笠原充子 : 身体に不自由な障害を持ち生活再編に向かう人の経験世界. *高知女子大学紀要(自然科学編)*, 45 : 137-152, 1997
 29. 高山成子 : 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究. *日本看護科学会誌*, (17) : 1-7, 1997
 30. Dowswell G, Lawler J, Dowswell T, et al. : Investigating recovery from

- stroke;a qualitative study. *Journal Clinical Nursing*, 9(4) : 507-15, 2000
31. 百田武司:脳卒中片麻痺患者の身体感の記述的研究. 広島大学大学院修士論文, 1998
 32. Finder S, Stein DG : Brain Damage and Recovery : Research and Clinical Perspectives. 332, Academic Press, 1982
 33. Powers BA, Knapp TR : A dictionary of nursing theory and research. Newbury Park, Sage, 1990(内海滉監訳:看護研究用語事典. p.62, 医学書院, 東京, 1994)
 34. Leininger MM : Ethnonursing : The Nursing Research Method to Generate Transcultural Nursing Knowledge (田村やよひ訳, 民族看護学;文化の違いを越えた看護知識を生み出すための看護研究法, 看護研究, 23 (2) :167-184, 1990)
 35. Holloway I, Wheeler S : Qualitative research for Nurses. BlackWell Science, Malden, 1996 (野口美和子監訳:ナースのための質的研究入門:研究方法から論文作成まで. 医学書院, 東京, 2000)
 36. Pope C, Mays N : Qualitative research in health care. BMJ books, London, 2000 (大滝純司監訳:質的研究実践ガイド 保健・医療サービス向上のために, 医学書院, 東京, 2001)
 37. Glaser BG, Strauss AL : The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research, 1967(後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳:データ対話型理論の発見:調査からいかに理論をうみだすか, 新曜社, 東京, 1996)
 38. Strauss A, Corbin J : Basics of Qualitative Research, Sage Publication, Newbury Park, 1990(南裕子監訳:質的研究の基礎. 医学書院, 東京, 1999)
 39. Chenitz WC, Swanson JM : From practice to grounded theory : qualitative research in nursing, 1986(樋口康子, 稲岡文昭監訳:グラウンデッド・セオリー:看護の質的研究のために. p.8, 医学書院, 東京, 1992)
 40. Simms LM : Grounded theory approach in nursing research. *Nursing research*, 30(6) :356-359, 1980
 41. Stern PN : Grounded theory methodology : Its uses and processes. *Image*, 12(1) :20-23, 1980
 42. Wilson HS : Methodologic mistakes in grounded theory. *Nursing research*, 45(2),

122-124, 1996

43. Wuest J: Feminist grounded theory: an exploration of the congruency and tensions between two traditions in knowledge discovery. *Qualitative Health Research*, 5(1):125-137, 1995
44. Hinds PS, Martin J: Hopefulness and the Self-Sustaining Process in Adolescents with Cancer, *Nursing Research*, 37: 336-340, 1988
45. Bowers BJ: Intergenerational Caregiving: Adult Caregivers and their Aging Parents, *Adv. Nurs. Sci.*, 9(2): 20-31, 1987
46. Jordan P: Laboring for Relevance: Expectant and New Fatherhood, *Nursing Research*, 39(1), 11-16, 1990
47. Morse JM: Designing Funded Qualitative Research: Denzin NK, Lincoln YS: *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Sage:220-235, 1994
48. 新村出 (編): 広辞苑 第5版, 岩波書店, 東京, 1998
49. 出江紳一, 石田暉: 急性期のリハビリテーション 離床までの評価と訓練. 福内靖男 (編): 脳血管障害の臨床, 日本医師会雑誌 125: 272-284, 2001
50. 橋本洋二郎: 病診連携 (地域完結型の脳卒中診療体勢). 林祥泰監修: 脳卒中ナビゲーター: p. 226-229, メディカルビュー社, 東京, 2002
51. Brunnstrom S: Motor testing procedure in hemiplegia. *Phys Ther*, 46, 357-375; 1966
52. Granger CV: Guide for use of the uniform data set for medical rehabilitation. State University of New York at Buffalo, 1986 (慶應義塾大学医学部リハビリテーション科訳: FIM: 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き, 日本医書センター, 1991)
53. Keith RA: The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in Clinical Rehabilitation*. Eisenberg MG, Grzesiak RC, Springer-Verlag, New York, 6-8, 1987
54. 二木立: 脳卒中患者の障害の構造の研究 (第1報) 片麻痺と起居移動動作能力の回復過程の研究. *総合リハビリテーション*, 11: 465-476, 1983
55. Alexander MP: Stroke Rehabilitation Outcome-A Potential Use of Predictive Variables to Establish Levels of Care. *Stroke*, 25: 128-134, 1994

56. 荒川修治, 藤島正敏 : 後期高齢者 日常診療からターミナルケアまで 頻度の高い異常と対策 脳血管障害. 総合臨床 47(1) : 77-81, 1998
57. Westaway MS, Wolmrans L : Depression and Self-esteem : Rapid Screening for Depression in Black, Low Literacy, Hospitalized Tuberculosis Patients. Social Science&Medicine, 35(10) : 131-135, 1992
58. Griffiths RA, Beumont PJV, Giannakopoulos E, et al. : Measuring Self-Esteem in Dieting Disordered Patients : The Validity of the Rosenberg and Coopersmith Contrasted. International Journal of Eating Disorders, 25(2) : 227-231, 1999
59. Folsten MF, Folstein SE, McHugh PR : "Mini-Mental State" ; A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 12 : 189-198, 1975
60. 森悦郎 : 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. 神経心理学, 1 : 82-90, 1985
61. Leininger MM : Qualitative research methods in nursing, Orlando, Fla, Grune&Stratton, 1985 (近藤潤子, 伊藤和弘監訳 : 看護における質的研究, p. 71, 医学書院, 東京, 1997)
62. Polit DF, Hungler, BP : Nursing research : principles and methods, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott, 1987 (近藤潤子監訳 : 看護研究 原理と方法, 東京, 医学書院, p.176, 1994)
63. 土井清之 : 車いす記者奮戦記. 朝日新聞社, 東京, 1993
64. 恋塚弘 : 甦える! 失語症克服の記録. 講談社, 東京, 1987
65. 千秋実 : 生きるなり. 文春文庫, 東京, 1984
66. 鶴見和子 : 脳卒中で倒れてから. 婦人生活社, 東京, 1998
67. 横田整三 : 脳卒中リハビリ日記. 朝日選書, 東京, 1985
68. 柴田哲夫, 友愛ともの会 : リハビリの友へ. 径書房, 東京, 1986
69. 横田三郎 : 脳卒中から生還した記者. 毎日新聞社, 東京, 1987
70. 岡田健三 : ある日突然一事件記者のクモ膜下出血闘病記. 大和書房, 東京, 1988
71. 石黒勇二 : 脳卒中実習記 医大生が倒れてから復学するまで. 文藝春秋, 東京, 1991

72. 田中良太：私の脳卒中体験. 同時代社, 東京, 1995
73. 森山志郎：歩けた！手が動いた. オリジン社, 東京, 1991
74. 菲沢忠雄：脳卒中体験記. ひかり書房, 東京, 1983
75. 西勝人：脳卒中から始まった. 新潮社, 東京, 1995
76. 早野貢司：言葉が消えた！. 風媒社, 名古屋, 1991
77. 牧太郎：新聞記者で死にたい. 中公新書, 東京, 1998
78. 佐藤正忠：奇跡の生還, 経済界. 東京, 1978
79. 和田花子：気力で生きた日々. 文芸社, 東京, 1999
80. 豊田正子：生かされた命. 岩波書店, 東京, 1996
81. 鈴木俊平：病とともに 生々楽天. 新潮社, 東京, 1991
82. 高木彬光：わが闘病記. 曜曜社, 東京, 1987
83. 林家かん平：林家かん平リハビリ奮闘記. 社会思想社, 東京, 1993
84. 永倉万治：父帰る. 角川文庫, 東京, 1994
85. 永倉万治：大復活. 講談社, 東京, 1997
86. 栗本慎一郎：栗本慎一郎の脳梗塞になったらあなたは どうする. たちばな出版, 東京, 2000
87. 栗本慎一郎：脳にマラカスの雨が降る 脳梗塞からの生還. 光文社, 東京, 2000
88. 山本博繁：脳卒中で「人間」やめられるか！. 神戸新聞総合出版センター, 東京, 1989
89. 山本博繁：生命燃えて 私はこうして脳卒中を克服した. 神戸新聞総合出版センター, 神戸, 1983
90. 谷村光夫：ガン・脳出血闘病記. 日本図書刊行会, 東京, 1998
91. 遠藤晃：「脳幹出血」闘病記 意識不明「重体」入院から大学教壇復帰まで. 自治体研究社, 東京, 1996
92. 長谷川幸子, 長谷川幹：リハビリ医の妻が脳卒中になったとき 発病から復職まで. 日本醫事新報社, 東京, 1999
93. 渡辺階男：脳梗塞が書いた本. 生活広報センター, 東京, 2000
94. 鈴木信：脳卒中・あなたなら どうする. 大修館書店, 東京, 2000
95. 佐野恵：脳卒中克服法. サンケイ新聞社, 東京, 1979
96. Mahoney FI, Barthel DW :Functional evaluation: the Barthel index. Maryland

- St Med J 14 : 61-65, 1965
97. 正門由久, 永田雅章, 野田幸男 他 : 脳血管障害のリハビリテーションにおけるADL評価. 総合リハビリテーション, 17 : 689-694, 1989
 98. 石田暉 : 脳血管障害. 米本恭三, 石神重信, 石田暉 他 (編) : リハビリテーションにおける評価 Ver.2, p.160-174, 医歯薬出版, 東京, 2000
 99. Lincoln Y, Guba E : Naturalistic Inquiry, Sage, Newbury Park:289-331, 1985
 100. Guba E, Lincoln Y : Fourth Generation Evaluation, Sage, Newbury Park:228-251, 1989
 101. Robson C : Real World Research : A Resource for Social Scientists and Practitioner Researches. Blackwell Science, Oxford, 1993
 102. Koner IN : Crisis Reduction and the Psychological Constant, In Specter GA&Claib. orn WL, Crisis Intervention. Behavioral Publication, New York, 30-45, 1973
 103. 伊藤栄一, 奥田聡 : 各種精神疾患に伴う精神症状の特徴と対策 : 脳血管障害. 老年精神医学, 9 : 605-613, 1998
 104. Murphy J, Isaacs B : The post-fall syndrome; A study of 36 elderly patients. Gerontology, 28(4) : 265-270, 1982
 105. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, et al. : Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. Age and ageing, 26(3) : 189-193, 1997
 106. 百田武司, 片岡初代, 鈴木博士 他 : 脳卒中片麻痺患者の危険行動の実態と評価. 第4回日本病院脳神経外科学会抄録集 : 128, 2001
 107. 日本公衆衛生協会 : 寝たきり予防総合戦略に関する研究事業 地域リハビリテーション懇談会報告書, 2000
 108. 石川誠 : 回復期リハビリテーション病棟成立の背景. PT ジャーナル, 35(3) : 161-165, 2001
 109. 渡辺進, 三石敬之, 中西亮二 他 : 回復期リハビリテーション病棟システム作りと現況-. 治療, 83(4) : 1683-1690, 2001
 110. Budner S : Intolerance of ambiguity as a personality variable. Journal of Personality, 30 : 29-50, 1962
 111. McIntosh J : Processes of communication, information seeking and control

- as sociated with cancer. *Social Science and Medicine*, 8 : 167-187, 1974
112. Mishel MH : Perceived Uncertainty and Stress in Illness. *Research in Nursing and Health*, 7 : 163-171, 1984
113. Hilton BA : The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer, *Issues in Mental Health Nursing*, 9 : 217-238, 1988
114. 鈴木真知子 : 不確かさの概念定義. *日本看護科学会誌*, 18(1) : 40-47, 1998
115. Newman MA : Health as expanding consciousness, 2nd ed. National League for Nursing Press, New York, 1994 (手島恵訳 : マーガレット・ニューマン看護論 - 拡張する意識としての健康 -. p.33, 医学書院, 東京, 1995)
116. Katz AH : Self-help in America : a social movement perspective, Wayne, New York, 1993 (久保紘章監訳 : セルフヘルプ・グループ. p.28-40, 岩崎学術出版社, 東京, 1997)
117. 豊島由樹子 : 脳血管障害患者・家族の初回外泊における体験内容. *日本看護研究学会雑誌*, 25(2) : 71-85, 2002
118. 沢志津枝, 松ヶ谷洋子, 深水清 他 : 脳卒中患者の外泊訓練について. *PT ジャーナル*, 26(1) : 27-32, 1992
119. 上田敏 : 日常生活動作を再考する - 「できる ADL」「している ADL」から「する ADL」へ -. *リハビリテーション医学*, 30(8) : 539-549, 1993
120. Sivenius J, Pyorala K, Heinonen OP, et al. : The significance of intensity of rehabilitation of stroke-a controlled trial. *Stroke*, 16(6) : 928-931, 1985
121. Suddarth DS : The Lippincott manual of nursing practice 5th, JB Lippincott, Philadelphia, 1991 (和田攻, 小峯光博, 上田礼子 他 (監訳) : 臨床看護マニュアル第 4 版, p.666-671, 医学書院, 東京, 1995)
122. 黒田裕子(監修) : 臨床看護学セミナー 8 運動機能障害をもつ人の看護. p.141-145, メヂカルフレンド社, 東京, 1997
123. 氏家幸子 (監修) : 成人看護 D リハビリテーション患者の看護. p.171-185, 廣川書店, 東京, 1999
124. 奥宮暁子, 坂田三允 (編) : 生活をささえる看護 生活の再構築を必要とする人の看護 I . p.30-97, 中央法規, 東京, 1995

125. 鈴木喜八郎, 寺島伸子, 小山内隆生 他: 脳卒中後患者の慢性期における抑うつ状態. 弘大医短紀要, 18:104-107, 1994
126. Sinyor D, Amato P, Kaloupek DG, et al. : Post-Stroke Depression ; Relationships to Functional Impairment , Coping Strategies , and Rehabilitation Outcome. Stroke, 17(6) :1102-1107, 1986
127. Silliman RA, Wagner EH, Fletcher RH: The Social and Functional Consequences of Stroke for Elderly Patients. Stroke, 18 (1) : 200-203, 1987
128. Schubert DS, Taylor C, Lee S, et al. : Physical Consequences of Depression in the Stroke Patient. General Hospital Psychiatry, 14 : 69-76, 1992
129. Osberg JS, DeJong G, Haley SM, et al. : Predictiong Long-term Outcome among Postrehabilitation Stroke Patients, Am J Phys Med Rehabil, 94-103, 1988
130. Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, et al. : The Influence of Depression, Social Activity and Family Stress on Functional Outcome after Stroke. Stroke, 24(10) : 1478-1483, 1993
131. 岡本幸市, 佐々木富男, 木暮聡子: 脳血管障害の治療と看護. p.104, 南江堂, 東京, 2001
132. 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室: 第12回FIM講習会資料. 2001
133. 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎: 生活機能評価ガイド. p.37, 医歯薬出版, 東京, 1999

資料

資料 1

Brunnstrom Stage

(文献 131 より)

	ステージ	上肢	手指	下肢
I	随意運動なし	弛緩性麻痺	弛緩性麻痺	弛緩性麻痺
II	わずかな随意運動 (共同運動の一部) 連合反応	わずかな屈筋、伸筋共同運動	わずかな手指屈曲	わずかな屈筋、伸筋共同運動 Raimiste 現象
III	共同運動の出現	屈筋共同運動 伸筋共同運動	全指屈曲で握る 伸展できない 鉤型握り	屈筋共同運動 伸筋共同運動
IV	分離運動が一部出現	腰の後ろに手をもっていく 腕を前方水平位まで挙上 肘屈曲90°で前腕回内・回外	横つまみ 不十分な全指伸展	坐位で足背屈 坐位で足を後方に滑らす
V	分離運動が全般的 に出現	腕を横水平位まで挙上 手を頭上まで挙上 肘伸展位で前腕回内・回外	対向つまみ 筒握り 球握り 全指伸展	立位で股関節伸展位で、膝関節屈曲 立位で足背屈
VI	分離運動がほぼ可能、巧緻性に欠ける	健側とほぼ同程度	健側とほぼ同程度	立位で股関節外転 坐位で下腿内外旋

資料 2 Functional Independence Measure (FIM)

機能的自立度評価表の評価尺度, 評価項目及び評価内容

(文献 132 より筆者が編集)

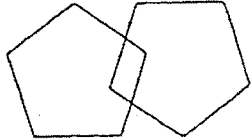
評価項目	内容(要点のみ抜粋)	点
セルフケア		
食事	咀嚼, 嚥下を含めた食事動作	
整容	口腔ケア, 整髪, 手洗い, 洗顔など	
入浴	風呂, シャワーなどで首から下(背中以外)を洗う	
更衣(上半身)	腰より上の更衣および義肢装具の装着	
更衣(下半身)	腰より下の更衣および義肢装具の装着	
トイレ動作	衣類の着脱, 排泄後の清潔, 生理用具の使用	
排泄管理		
排尿	排尿コントロール, 器具や薬剤の使用を含む	
排便	排便コントロール, 器具や薬剤の使用を含む	
移乗		
ベット, 椅子, 車椅子	それぞれの間の移乗, 起立動作を含む	
トイレ	便器へ(から)の移乗	
風呂, シャワー	風呂桶, シャワー室へ(から)の移乗	
移動		
歩行, 車椅子	屋内での歩行, または車椅子移動	
階段	12から14段の階段昇降	
コミュニケーション		
理解	聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解	
表出	言語的または非言語的コミュニケーションの理解	
社会的認知		
社会的交流	他患, スタッフなどとの交流, 社会的状況への順応	
問題解決	日常生活上での問題解決, 適切な決断能力	
記憶	日常生活に必要な情報の記憶	
合計得点(126点満点)		

評価尺度(点)	
7	完全自立(時間安全性を含めて)
6	修正自立(補装具などを使用)
5	監視または準備
4	最小介助(患者自身で75%以上)
3	中等度介助(患者自身で50%以上)
2	最大介助(患者自身で25%以上)
1	全介助(患者自身で25%未満)

資料 3

Mini-Mental State Examination (MMS)

(文献 133 より)

	質問内容	回答	得点
1(5点)	今年は何年ですか。 いまの季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月何日ですか。	年	
		曜日	
		月	
		日	
2(5点)	ここはなに県ですか。 ここはなに市ですか。 ここはなに病院ですか。 ここは何階ですか。 ここはなに地方ですか。(例: 関東地方)	県	
		市	
		階	
3(3点)	物品名3個(相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う、その後、被検者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す(6回まで)。 何回繰り返したかを記せ ___ 回		
4(5点)	100から順に7を引く(5回まで)、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5(3点)	3で提示した物品名を再度復唱させる。		
6(2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		
7(1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		
8(3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9(1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		
10(1点)	(なにか文章を書いてください)		
11(1点)	(次の図形を書いてください)		
		得点合計	
			

(Folstein MF, et al : J Psychiatr Res 12 : 189, 1975)

資料 4 研究 1 研究依頼書

脳卒中患者の回復過程の研究に対するご協力をお願い

研究にご協力くださる方へ

私は、^{ひやくたけし}百田武司と申します。現在、広島大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程後期において、大学院生として看護学を研究しております。このたび、大学院における博士論文として、脳卒中によって手足の動きが悪くなった方々の回復過程に関する研究を行うことになりました。私の意図をご理解いただき、どうかご協力いただきますようお願い申し上げます。

【研究目的】

従来、患者様の障害を評価する方法としては、主に、医学的見地からによる客観的な方法がとられ、機能や能力的な測定を中心に評価されてきました。しかし、障害を持った患者様は、それぞれに様々な困難を抱えておられ、なかなか、身体の状況を他者には理解されない悩みを持っておられると思います。私は、患者様の体験の中にこそ看護の答えがあると考えています。皆様からご教示いただくことによって、どのようにしたら脳卒中の患者様によりよい看護が提供できるのかを考えることを目的に研究を行います。

【内容・方法】

脳卒中によって手足の動きが悪くなった方について、発症から現在までどのように過ごされてきたのか、経過やご自身の体験をお聞きかせいただきます。あなた様のご都合のよい日時に、あなた様のベッドサイドに伺い、1回あたりおよそ30分程度面接させていただきます。その後、1週間から2週間ごとに同じように伺います。また、許されるなら病院退院後もお宅やあなたの指定される場所に伺い、その後の経過についてお聞きしたいと思います。面接の内容は記録の都合上、録音することをご承諾お願いいたします。ただし、録音を拒否したい場合は申し出ていただいてもかまいません。また同時に、手足がどれくらい動くか、身の回りの動作がどれくらい一人でできるのかなども見せていただきます。

【安全性】

面接に関して、安全性の面で全く問題ありません。薬物や医療器具を用いるようなことは一切なく、あなた様に危害が及ぶことはありません。もちろん、体の調子が思わしくなかったり、途中で辞めたくなったりされましたら、その時点で面接を断っていただいても結構です。

【プライバシーの保護】

納得のゆくまで説明を受けた上で、あなた様の自由意志で同意について決めて下さい。お聞きする質問に対し、答えたくないことがございましたらお答えいただく必要はありません。お聞きした内容は、研究以外の目的に用いることは決してありません。また、私以外の第三者に提供することはありません。この研究結果を学会や学術雑誌等に発表する場合、全て匿名にし、あなた様の名前を表示することは一切ありません。

【研究参加者（被面接者）の利益及び看護学上の貢献】

この研究はまだ始まったばかりで、今すぐあなた様の受けられる看護に役立つとは決して申せませんが、研究が進展して患者様の求めておられる看護が今までより明らかになり、それぞれの患者様に合った、より効果的な看護が提供できるようになることを目指してこの研究を計画しました。患者様の求める医療・看護の実現につながるものと期待しています。

【同意撤回の自由】

この研究への協力に同意された後でも、いつでも参加を取りやめることができます。研究に参加されなかったり、あるいは途中で取り辞められたりしても、あなた様に提供される医療・看護には、何ら影響は及びません。

上記に説明しました研究の趣旨にご納得いただけます方は、ご協力していただくこととしるしとして、別紙、「同意書」に、ご署名をお願い申し上げます。

この研究に関しお問い合わせがあれば下記の研究者連絡先にお気軽にご質問ください。

研究者

百田武司 大学院生 (学籍番号 D1003013)

広島大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程後期

〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3

TEL 082-257-5383

E-mail hyakuta@hiroshima-u.ac.jp

自宅 〒730-0847 広島市中区舟入南 5-5-15-3-302

TEL/FAX 082-297-6166

携帯 090-7125-7519

指導教官

西亀正之教授

広島大学医学部保健学科教授

TEL 082-257-5365

同意書

(提出用)

私は、別紙「研究趣旨の説明と同意」に示された内容を理解し、この研究に参加することを同意します。

私は、いつでもこの研究の参加を辞めることができる、また研究報告において、私の身元が特定されることはない、ということのを了承しました。

私は、この同意書の写しをいただいております。

日付 平成 年 月 日

研究参加者(あなた様のサイン) _____

研究者(サイン) _____

同意書

(本人用控)

私は、別紙「研究趣旨の説明と同意」に示された内容を理解し、この研究に参加することを同意します。

私は、いつでもこの研究の参加を辞めることができる、また研究報告において、私の身元が特定されることはない、ということのを了承しました。

私は、この同意書の写しをいただいております。

日付 平成 年 月 日

研究参加者(あなた様のサイン) _____

研究者(サイン) _____

資料 5 半構成質問紙

第1回目フォーマルインタビュー時用

1 (経過)

- 1-1) 発作を起こしたときの状況を覚えている範囲で教えてください。
- 1-2) 脳卒中に気付いたときどのように思ったのか気持ちをお話ください。
- 1-3) その後、現在までの経過をお聞かせください。

2 (活動)

- 2-1) 現在、日常生活で不自由なことはどのようなことですか。
- 2-2) 不自由なことを、どのようにしていますか。(対策を聞く)
- 2-3) あなたのなさっている行為についてどのように思いますか。

3 (知覚)

- 3-1) 麻痺した手足をどのように感じますか。(感覚を聞く)
- 3-2) 麻痺した手足についてどのように思いますか。気持ちをお聞かせください。

4 (関心)

- 4-1) 一日をどのように過ごしていますか。
- 4-2) どのようなことを考えている時間が多いですか。
- 4-3) 一番つらいことはどのようなことですか。
- 4-4) つらいことに対し、どのようにしていますか。(対策を聞く)
- 4-5) 現在、克服したい課題はどのようなことですか。

5 (自己像)

- 5-1) 現在の自分(麻痺を持った自分)をどのように思いますか。

6 (状況)

- 6-1) 入院前は仕事や家庭ではどのような役割でしたか。
- 6-2) 仕事や家庭での役割は、現在、どのようになっていますか。
- 6-3) それについてどう思いますか。

7 (関係)

- 7-1) 一番頼りにしているのはどなたですか。
- 7-2) その方からどのようにして支えられていますか。
- 7-3) 支えられることに対し、どのように思いますか。気持ちをお聞かせください。

2回目以降フォーマルインタビュー時用

1（経過）

1-1) 前回の面接からの経過をお聞かせください。

2（活動）

2-1) 現在、日常生活で不自由なことはどのようなことですか。

2-2) 不自由なことを、どのようにしていますか。（対策を聞く）

2-3) あなたのなさっている行為について、どのように思いますか。気持ちをお聞かせください。

2-4) 現在リハビリはどのように行っていますか。

2-5) リハビリについてどのように思われますか。気持ちをお聞かせください。

3（知覚）

3-1) 麻痺した手足をどのように感じますか。（感覚を聞く）

3-2) 麻痺した手足について、どのように思いますか。気持ちをお聞かせください。

4（関心）

4-1) 一日、どのように過ごしていますか。朝起きてから夜寝るまでの生活を教えてください。

4-2) 現在、どのようなことを考えている時間が多いですか。

4-3) 現在、一番つらいことはどのようなことですか。

4-4) つらいことについてどのようにしていますか。（対策を聞く）

4-5) 現在、克服したい課題はどのようなことですか。

5（自己像）

5-1) 現在の自分（麻痺を持った自分）をどのように思いますか。

6（状況）

6-1) 仕事や家庭の役割に変化はありましたか。

6-2) （変化があった場合）新たな役割についてどのように思いますか。お気持ちをお聞かせください。

7（関係）

7-1) 現在、一番頼りにしているのはどなたですか。

7-2) その方からどのようにして支えられていますか。

7-3) 支えられることに対し、どのように思いますか。気持ちをお聞かせください。

資料 6

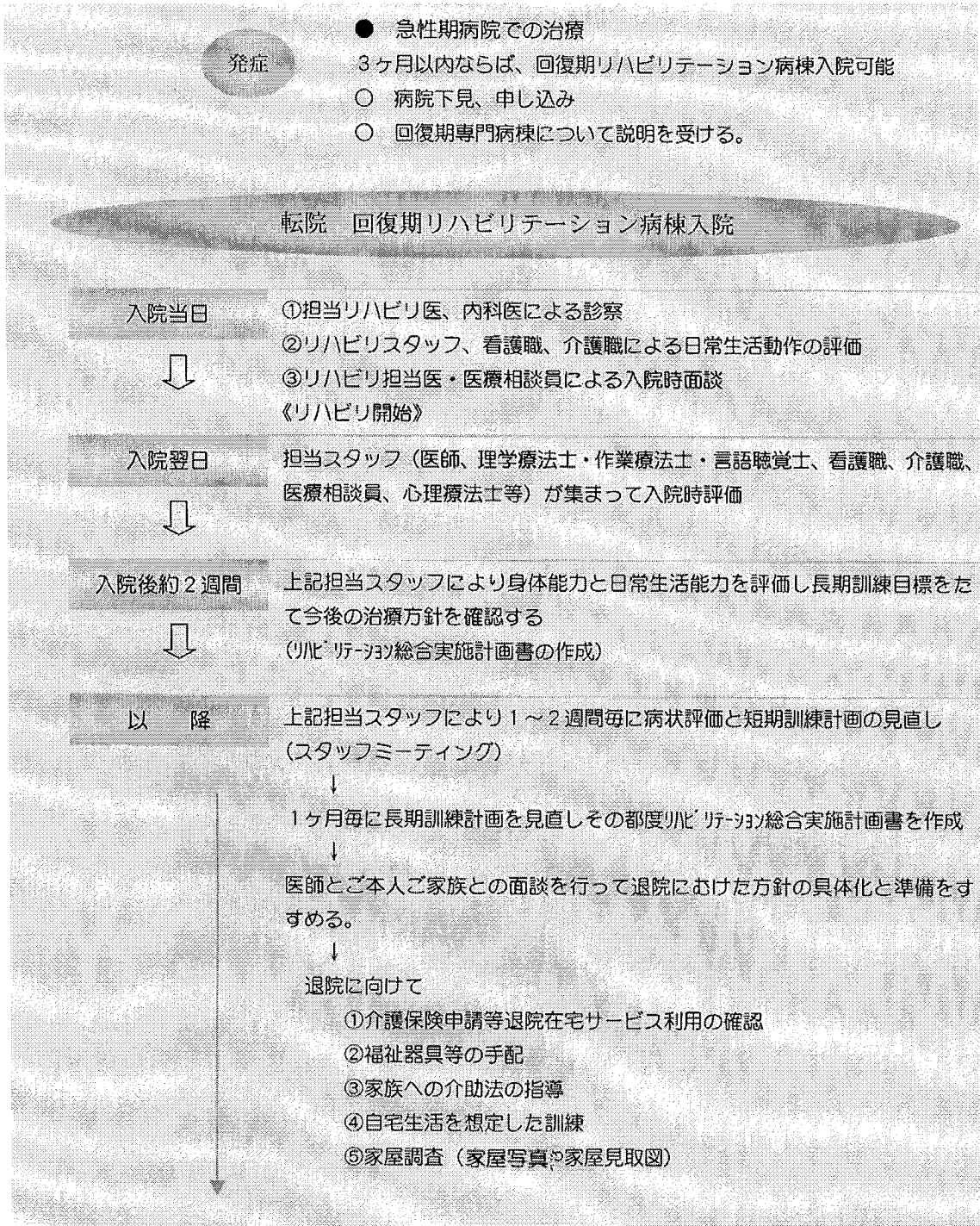
回復期リハビリテーション病棟における平均的な1日の流れ

(調査実施施設の機関誌より)

7:00	洗面、更衣、排泄
7:30	朝食 口腔ケア、排泄
9:00	リハビリ室、病棟における専従セラピストによる訓練 病棟スタッフによる個人訓練
10:00	
10:30	※病棟グループ訓練(端座位保持不可能な患者様対象)月～金曜(日曜除く)
11:00	排泄
12:00	昼食 口腔ケア、排泄
13:00	入浴日以外:リハビリ室、病棟における専従セラピストによる訓練
14:00	入浴(家庭用風呂、介助用風呂利用)月・木男性、火・金女性 ※病棟グループ訓練(言語水・土)13:30～14:00 入浴日以外病棟スタッフによる個人訓練 水分補給、排泄
15:00	※病棟グループ訓練(移乗動作不可能な患者様対象)月～金曜(日曜除く)
16:00	
17:00	排泄 1時間毎チェック
18:00	夕食 口腔ケア、更衣、排泄
19:00	団楽(TV、読書、談話)
20:00	就寝
21:00	消灯

資料 7 回復期リハビリテーション病棟への入院から退院までの流れ

(調査実施施設のパンフレットより)



資料 8 研究2 研究依頼書

脳卒中患者の回復過程の研究に対するご協力のお願い

研究にご協力くださる方へ

私は、^{ひゃくたけし}百田武司と申します。現在、広島大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程後期において、大学院生として看護学を研究しております。このたび、博士論文として、脳卒中によって手足の動きが悪くなった方々の回復過程に関する研究を行うことになりました。私の研究に対し、今回、Cリハビリテーション病院^{注)}様にご協力いただき、あなた様をご紹介いただきました。私の意図をご理解いただき、どうかご協力いただきますようお願い申し上げます。

注) 実際の文書には調査実施施設名が入る

【研究目的】

従来、患者様の障害を評価する方法としては、主に、医学的見地からによる客観的な方法がとられ、機能や能力的な測定を中心に評価されてきました。しかし、障害を持った患者様は、それぞれに様々な困難を抱えておられ、なかなか、身体の状況を他者には理解されない悩みを持っておられると思います。私は、患者様の体験の中にこそ看護の答えがあると考えております。皆様からご教示いただくことによって、どのようにしたら脳卒中の患者様によりよい看護が提供できるのかを考えることを目的に研究を行います。

【内容・方法】

脳卒中によって手足の動きが悪くなった方について、発症から現在までどのように過ごされてきたのか、経過やご自身の体験をお聞きかせいただきます。Cリハビリテーション病院^{注)}内において、患者様のご都合のよい日時に、1回あたりおよそ30分から40分程度面接させていただきます。その後、約2週間間隔で、退院まで継続してお願いする予定です。面接の内容は記録の都合上、録音することをご承諾お願いします。ただし、録音を拒否したい場合は申し出ていただいてもかまいません。また同時に、手足がどれくらい動くか、身の回りの動作がどれくらい一人でできるのかなども見せていただきます。

【安全性】

面接に関して、安全性の面で全く問題ありません。薬物や医療器具を用いるようなことは一切なく、あなた様に危害が及ぶことはありません。もちろん、体の調子が思わしくなかったり、途中で辞めたくなったりされましたら、その時点で面接を断っていただいても結構です。

【プライバシーの保護】

納得のゆくまで説明を受けた上で、あなた様の自由意志で同意について決めて下さい。お聞きする質問に対し、答えたくないことがございましたらお答えいただく必要はありません。お聞きした内容は、研究以外の目的に用いることは決してありません。また、私以外の第三者に提供することもあります。この研究結果を学会や学術雑誌等に発表する場合、全て匿名にし、あなた様の名前を表示することは一切ありません。

【研究参加者（被面接者）の利益及び看護学上の貢献】

この研究はまだ始まったばかりで、今すぐあなた様の受けられる看護に役立つとは決して申せませんが、研究が進展して患者様の求めておられる看護が今までより明らかになり、それぞれの患者様に合った、より効果的な看護が提供できるようになることを目指してこの研究を計画しました。患者様の求める医療・看護の実現につながるものと期待しています。

【同意撤回の自由】

この研究への協力に同意された後でも、いつでも参加を取り辞めることができます。研究に参加されなかったり、あるいは途中で取り辞められたりしても、あなた様に提供される医療・看護には、何ら影響は及びません。

上記に説明しました研究の趣旨にご納得いただけます方は、ご協力していただくこととし、別紙、「同意書」に、ご署名をお願い申し上げます。

この研究に関しお問い合わせがあれば下記の研究者連絡先にお気軽にご質問ください。

研究者	指導教官
百田武司 大学院生 (学籍番号 D1003013)	広島大学医学部保健学科教授
広島大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程後期	西亀正之教授
〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3	TEL 082-257-5380
TEL 082-257-5383	
E-mail hyakuta@hiroshima-u.ac.jp	
自宅 〒730-0847 広島市中区舟入南 5-5-15-3-302	
TEL/FAX 082-297-6166	
携帯 090-7125-7519	

同意書

(提出用)

私は、別紙「研究趣旨の説明と同意」に示された内容を理解し、この研究に参加することを同意します。

私は、いつでもこの研究の参加を辞めることができる、また研究報告において、私の身元が特定されることはない、ということのを了承しました。

私は、この同意書の写しをいただいております。

日付 平成 年 月 日

研究参加者(あなた様のサイン) _____

研究者(サイン) _____

同意書

(本人用控)

私は、別紙「研究趣旨の説明と同意」に示された内容を理解し、この研究に参加することを同意します。

私は、いつでもこの研究の参加を辞めることができる、また研究報告において、私の身元が特定されることはない、ということのを了承しました。

私は、この同意書の写しをいただいております。

日付 平成 年 月 日

研究参加者(あなた様のサイン) _____

研究者(サイン) _____

付録

1. 研究1【了解不能】〈戸惑い〉概念抽出過程の実例

対象者 1-6 の発症 6 日のフォーマルインタビューから、概念抽出過程を説明する。

I. インフォーマルインタビュー記録（フォーマルインタビューを行うまでの経過）

2001 年 2 月 28 日 PM3 時頃、主治医並びに病棟婦長より対象者 1-6 を本人のベッドサイドで紹介していただき、筆者が研究の協力を依頼した。「何でも聞いてください」と、すぐに協力の承諾をいただいた。対象者本人と相談の上で、翌日の朝食後、1 回目のフォーマルインタビューを実施することとなった。対象者 2-9 の初対面の印象としては、話しやすく、気さくな人のように感じた。調査実施施設のスタッフや診療録からの情報としては、仕事は定年退職しており、現在無職。家族は妻と 2 人暮らしで、娘夫婦が近所に住んでいる。毎日、午前中から夕方まで妻の面会があり、昼間にほぼ毎日、娘が 2 歳の孫を連れて面会に来るとのことであった。治療としては、入院後 3 日間は 24 時間輸液療法で、その後は 2 週間、午前、午後の輸液による治療が行われる予定となっていた。

2001 年 3 月 1 日 AM8:00 頃、対象者 1-6 の病室を訪ねたところ、車椅子に乘車しており、「待ってましたよ。」と言われた。そこで、筆者が車椅子を押し、病棟内のカンファレンスルーム（個室）に移動した。

II. フォーマルインタビュー逐語録

2001 年 3 月 1 日 AM8:05～8:25 A 病院カンファレンスルームにおいて

筆者：「いかがですか。」

対象者：「ありがとう。調子がよくなったような気がするよ。」

筆者：「今はトイレとかはどうされているのですか。」

対象者：「小水は、尿瓶でとって。昨日は大きい（大便）が出て。トイレに車椅子で行きました。」

筆者：「車椅子の移るのは介助してもらってですか。」

対象者：「ええ。はじめは看護婦さんに少し手をかしてもらいました。足の踏ん張りが弱いんですね。トイレに行って方向転換するでしょ。それがね。ゆっくりやると、慣れてくればできるんじゃないかなと思います。やっぱりまだ不安ですね。」

筆者：「手のほうはいかがですか。」

対象者：「ここまでは上がるんですけど。（胸の高さまで左手を上げる）これ以上、上がらないんですね。ただ、指がね。なかなか。曲がらないんです。手すりとかを持てば握れるんですが。支えがないとまだ駄目ですね。腕が重い感じがあります。すごく重い。感覚は十分ありますよ。看護婦さんからしびれてますかと言われますが。そういわれてみたらないかなと思います。今日からリハビリがあるらしいです。」

筆者：「自分なりにベットで体を動かしたりしているんですか。」

対象者：「ええ。（ベッドに）横になってね。手を添えて。足を曲げたりのばしたりしてます。思いついた時に。時間かかるでしょうね。」（沈黙になる）

筆者：「今まで何か大きな病気にかかったことはありましたか。」

対象者：「ないですよ。こんなに大きな病気は初めてですよ。入院はあるんですが。7～8年前に。今で言うノイローゼで1ヶ月近く入院しましたが。だから。体の調子が悪くてということはなかったです。その時は先生（医師）が『1ヶ月入院したら治してあげる。その代わり、仕事のことを何も考えるな。』と言われてね。ちょうど1ヶ月目でもういいですよと言われてね。それで治ってみて振り返ってみると。なんでもないことで悩んでいるんですね。自分でできもしないことを何とかかなと思って。無理が重なっていたんですよ。」

筆者：「そうですか。お仕事はどういったことですか。」

対象者：「今はもう退職しましたけど。営業のほうをね。繊維関係のね。60歳までね。今は年金で暮らしています。のんびりしてます。たいてい。暴飲、暴食や体重なんかは気をつけてたんですが。なる時はなるんですね。血圧もよかったんですよ。」

筆者：「そうですか。お家のほうは奥さんと一緒ですか。」

対象者：「ええ、家内と。娘が結婚して近くにいてくれるんですよ。孫が2人とね。娘が1人です。何かと近くで助かるんです。」

筆者：「そうですか。今回どのようにして入院されたんですか。」

対象者：「（2月）23日にね。昼前頃。散歩がてらに毎日（外に）出るんですが。出る時は何ともなかったんですが。300メートル位歩いたら、身体が妙に左によるんです。あれ、と思ってすぐ治るだろうと思っていたんですが。行けば行くほど左足が上がらなくなってきました。これは行ってから帰れなくなったら困るから、今日は帰ろうと思ったんです。それで、帰りかけたら。だんだん足の動きが鈍くなってきました。これはおかしいと思

って、家に帰って、家に入るまで、階段が2段あるんです。その階段でつまずいてこけて。たまたま近所の男の人が通りかかって、『どうしたんですか』と言われて、『起きれないのですわ』と言って、『起こしてあげましょう』といて、起こしてもらったんです。それで、家内が留守でしたから、玄関の鍵を開けて、『大丈夫ですか』と言われたんですが、家には入れたので『大丈夫です。ありがとうございます』と言って、(その人に)帰ってもらったんです。部屋に入って、洋服を脱いで、トレーニングウェアに着替えて、テレビを見ていたんです。それで、1時頃、お腹がすいたなと思って、コーヒーを入れようと思って入れたんです。それで、パンをかじって、3時頃だったと思います。トイレに行って帰ってきて座ろうと思ったら左に倒れて動けなくなったんです。これはいかんと思ってもし一人であがいていたら何かあったらいけないと思って、そのうち家内が帰ってくるだろう。と思っていたら、家内が5時頃帰ってきて、『どうしたん』と言われて『身体が動かん』と言って、119番してもらってこちらにきたんです。5時過ぎてのことだと思いますが、だから意識ははっきりしていたんです。だから、私は軽い方じゃないかと思いましたよ。だから脳梗塞か脳血栓か、はっきりわかりませんが、血栓と梗塞の違いがどうかもしれませんがね。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「まあ、一人ね。知り合いに脳出血になった人を知っていてね。家内が言うのには女の人ですが、(手足が)固くなってしまって、力入れても駄目らしいです。もう、4～5年なると思いますが、だいぶ元気になったらしいですけど。はじめは当然、意識もないし、こちらの言うこともわからないしということでしたけど。」

筆者：「そういった人よりは軽症かなと言うことですか。」

対象者：「ええ、まあ、ものは考えようだと思ひまして、よく倒れて、意識をなくしてと言うことを聞いてましたから、そういう状態ではなかったですからね。リハビリして頑張れば、元に戻れるかどうかわかりませんがね。ある程度まではね。少しは自分で歩いて、ちょっと簡単なことぐらいはしてみたいなと思ひますよ。」

筆者：「そしたら、今日からリハビリは始まりますけど、はやくやりたいということですか。」

対象者：「ええ、そうですね。動けないことには遊びもできないですから。」

筆者：「何か趣味があるんですか。」

対象者：「碁をね、仕事を辞めてからやっているんです。幸い、右手がよかったんで支障なさそうですけど。頭の体操をかねてね。それと、歌が好きでね。今、うまい具合に喋れな

くてね。しゃべっていたらいいんですが、しゃべりはじめが難しいんです。」(少し呂律困難がある)

筆者：「入院してから症状はかわりましたか。」

対象者：「よくなってきていると思います。入院した時は左手が全然動かなかったもんですから。今は多少動きますし、足も動くようになってきましたし、リハビリをしたらよくなると思いますよ。」

筆者：「もう少し、始めのことを伺いたいんですが。」

対象者：「ええ、そうですね。自分は気の小さい方ですから。そういう人達(脳卒中患者)の話を知っていたから。自分では、そういう状態になったらパニックになるんじゃないかと思ってたんですが、そんなことなかったです。パニックになるどころか、何が何だかよく分からないままに、とりあえずなんか知らないんですけど、取り乱すことなく、以外に冷静にしていたんじゃないでしょうか。119番しても家内の方が慌ててしまってますから。僕は、まだ、何が何だか分かっていなかったのですね、逆に冷静に行動して、家内に火の始末と戸締まりをちゃんとしろよと言って家を出ましたから。人の話を聞いていたらたいてい、意識はなくなると言いますが、そんなことなかったですから。軽かったんじゃないかと思います。」

筆者：「そうですね。始めは何が何だか分からないような状態だったんですね。」

対象者：「そうですね。でも、最初、庭で倒れた時は、そんな余裕はなかったです。かっこわるいというのが先でしたから。」

筆者：「そうですね。」

対象者：「周囲が騒ぎ出し、大げさにされて、格好悪いというのばかりで、恥ずかしくて恥ずかしくてね。」

筆者：「そんな大事だとは思わなかったんですね。」

対象者：「ええ、そうです。それで家に入って落ち着いて、そうなのかなと思いました。」

筆者：「最初は、このような病気だとその時は分からなかったんですね。」

対象者：「そうです。まさか、脳の病気になるなんて思ってもみませんでしたから。それに、前触れがなかったでしょう。だからね。」

筆者：「そうですね。」

対象者：「あの、ちょっと、トイレに行ってもいいですか。催した時に行かないと出なくなるものでね。ははは。」

筆者：「ああ，そうですか．それじゃ，行きましょう．私がお手伝い致しますよ．」（筆者が車椅子を押して廊下まで出て，トイレへの移動を介助した）

対象者：「いいえ，いいですよ．看護婦さんに頼みますから．（ちょうど看護師が通りかかり，看護師がトイレへの移動を介助した．）

筆者：「それではまた伺ってもよろしいですか．」

対象者：「ええ，いつでもいいですよ．何もやることがないですからね．ははは．」

筆者：「それではまた伺います．失礼致します」

III. 調査の進め方についてのメモ

（フォーマルインタビュー時の対象者の様子，状況，印象など）

①フォーマルインタビュー直後の印象

第1回目のフォーマルインタビューであったが，筆者から質問することよりも，対象者の方から話を進められ，沈黙になることがほとんどなかったため，半構成質問紙にあまりとらわれずにインタビューすることに心がけた．ただ，発症時からの経過については十分注意して聞き取るように心がけた．多少，呂律困難があるため，口調はゆっくりしていたが，十分会話の内容は聞き取れた．全体的に明るい調子で話された．話の内容は，発症時の対応が中心となったが，発症に伴う精神的なダメージは他の対象者に比べてそれほどないものと思われた．それは，本人が他の患者と比べて軽症であったと思っているからではないかと思われる．本日からリハビリテーションが始まるため，リハビリテーションを通して対象者は様々な体験ををすると思う．今後はその体験の変化をしっかりと捉えるように心がけたいと思う．

②フォーマルインタビュー逐語録作成後の印象

今まで調査した他の対象者は，第1回目のフォーマルインタビュー時は，発症直後の衝撃のためか，精神的に落ち込んでいるが，対象者1-6の場合，他の対象者と違い，落ち込んでいる様子はなかった．これはどうしてなのか疑問に思った．本人は他の患者と比べ，症状が軽かったというように捉えており，そのために落ち込んだ様子がないのではないか．あるいは，過去に本人曰く，以前，ノイローゼにかかった時に，落ち込まないための対処法を身につけたのか．そのあたりが疑問に思った．

IV. 分析過程

以上の記録から分析を行った。分析に関しては、第2章、第3節、8. 分析方法に示した①～⑧の手順に従った。

①まず、フォーマルインタビュー逐語録を内容が把握できるまで繰り返し読み、文脈を捉えた。次に、意味のある文節または文章に分割した。ここでは、フォーマルインタビュー逐語録に太字で示した部分を意味のある文節または文章に分割した例を示す。そして、要点を表すコード名を付けた。その際には可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にした。更に、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠など）を添付した。これを、フィールドノーツ用ソフト（野帳 Ver. 4.0）で、1枚のカードにした。このカードの内容は以下の通りである。

カードの名前

（対象者 1-6：発症6日 発症時の振り返り）

カードの内容

対象者：「周囲が騒ぎ出し、大げさにされて、格好悪いというのばかりで、恥ずかしくて恥ずかしくてね。」

コード

発症時、ことの重大さを認識していなかった

メモ

突然の発症に対し、重大さが分からず、それよりも恥ずかしいと言うことが全面に出ていた。

②コード名の中から、対象者の体験と、それに影響を及ぼす要因を表しているものを抽出した。ここでは上記を抽出した例を示す。筆者の解釈を加えてコード名の修正

(必要な場合のみ)を行った。解釈を加える際には、インフォーマルインタビューの内容と、フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況など、筆者が観察した内容に関する記録を参考にした。上記のコードを変更した例を示す。

コード

発症時、突然の出来事にまごつきことの重大さに気付かない様子

メモ

突然の発症に対し、重大さが分からず、それよりも恥ずかしいと言うことが全面に出ていた。

③修正したコード名毎に、類似点と相違点を継続的に比較しながら分類整理し、より抽象的なレベルで名称を付け、カテゴリー化を行った。この際、類似するコードを並び替えるために、アウトライン・プロセッサ(Kacis Publisher Ver.1.0)を使用した。対象者1-6の、上記と類似すると見なしたコードは次の通りである。

●対象者1-6 コードリスト

- ・何がなんだか分からない(発症6日 発症時の振り返り)
- ・発症時、突然の出来事にまごつきことの重大さに気付かない様子(発症6日 発症時の振り返り)

④事例毎に、カテゴリー同士の関係を対象者の経時的な流れに沿って位置づけした。その際にFIMの経時変化と比較した。(ここでは省略する)

以上のように、①～④の手順を全事例、調査期間中に継続して行った。

⑤全事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、更に抽象化したカテゴリーを抽出した。この際、コードを並び替えるために、アウトライン・プロセッサ(Kacis Publisher Ver.1.0)を使用した。上記と類似すると見なした全事例から得られたコードは次の通りである。

●全事例コードリスト

- ・自分ではよく分からなかった（対象者 1-1：発症 11 日 発症時の振り返り）
- ・何がなんだか分からない（対象者 1-2：発症 6 日 発症時の振り返り）
- ・発症時、現実感がない（対象者 1-2：発症 6 日 発症時の振り返り）
- ・発症時、突然で実感がない（対象者 1-3：発症 6 日 発症時の振り返り）
- ・何がなんだか分からない 発症時の状況（対象者 1-4：発症 5 日 発症時の振り返り）
- ・非現実感、戸惑い、おかしい（対象者 1-5：発症 5 日 発症時の振り返り）
- ・何がなんだか分からない（対象者 1-6：発症 6 日 発症時の振り返り）
- ・発症時、突然の出来事にまごつきことの重大さに気付かない様子（対象者 1-6：発症 6 日 発症時の振り返り）
- ・発症時の状況 突然で何がなんだか分からない（対象者 1-9：発症 10 日 発症時の振り返り）
- ・発症時の状況 何が何だか分からない（対象者 1-12：発症 6 日 発症時の振り返り）

：

以上の全事例コードリストから、共通点を模索した。これら全てのコードは、発症時の突然の出来事を語ったものであった。また、コードの内容は、何がなんだか分からないや現実感がないなど、自分の身に起きた出来事を事実として受け止められないことを表現したものであった。そこで、このような様子を一つの概念としてを表す名称を考えた。つまり、突然の出来事を自分のみに起きたこととして捉えられない様子を表す言葉を様に検討し、〈戸惑い〉という名称の概念を導いた。

同様の手順で、〈恐怖〉という名称の概念を導いた。

そこでこれらを総称する上位概念を導くことにした。そのためにこれらの概念の共通点を模索した。これらは全て、突然の発症により非常に混乱した中で、自分の身に何が起こったのか理解できない状態の中での出来事であり、そのようなことを表現する言葉を熟慮し、その結果、【了解不能】という上位概念を導いた。

2. 研究2【素晴らしい医療を受けることの喜び】〈新たな医療の充実感〉概念抽出過程の実例

対象者 2-9 の発症 43 日・転院 15 日のフォーマルインタビューから、概念抽出過程を説明する。

I. インフォーマルインタビュー記録（フォーマルインタビューを行うまでの経過）

2001 年 9 月 25 日 PM5:00 頃、初回カンファレンスの後、主治医より対象者 2-9 を本人のベッドサイドで紹介していただき、筆者が研究の協力を依頼した。すぐに協力の承諾をいただいた。対象者 2-9 の初対面の印象としては、多少、気むずかしそうに感じた。調査実施施設のスタッフや診療録からの情報としては、妻とは約 5 年前に死別しており、現在は母と 2 人暮らし。近所に妹が住んでいる。職業は現在、無職であるが、2 級建築士の免許を持っている。リハビリテーションには積極的に取り組み、他の患者との関係も良好とのことであった。

2001 年 10 月 3 日 AM11:50 頃、対象者 2-9 が病棟廊下で車椅子乗車中のところを、対象者 2-9 の方から筆者に声をかけてくれ、挨拶を交わした。「今、理学療法を終えたところ、調子いいですよ」と明るく話された。その際、都合の良い時にお話を聞かせていただきたい旨を伝えると、昼食後、作業療法までの時間を希望された。

同日、PM12:55 頃、筆者が対象者 2-9 の病室を訪ねた。対象者本人は車椅子に乗車中で、「ここ（ベッドサイド）で話しましょう」と言われたが、同室に他の患者もいたため、筆者が個室で話ができることを伝えると、「それじゃ、そこに行きましょう」と、車椅子を自分で駆動させて、筆者と一緒に自習室（調査実施施設の回復期リハビリテーション病棟とは別の病棟内にある、患者が自主的に言語療法を行なうための個室）に移動した。移動中、対象者は他の患者、2～3 人と冗談を交わしていた。明るい様子。自習室に着き、第 1 回目のフォーマルインタビューとなった。

II. フォーマルインタビュー逐語録

2001 年 10 月 3 日 PM1:00～1:40 D リハビリテーション病院自習室において

筆者：「それではお願い致します。」

対象者：「まあどうぞ。」

筆者：「今、どのようなことが不自由ですか。」

対象者：「左側がね。口も目も唇も歯も、左側全部だね。耳だけは聞こえるんだがね。」

筆者：「はあ、そうですか。」

対象者：「目はこちら側（右目を指差す）がつぶりにくいんです。つぶれないことはないんですけどね。あと、ベロも半分麻痺している。歯茎もね。半分が痺れている。足は痺れないんだがね。手は痺れているね。」

筆者：「そうですか。今は、始めと比べていかがですか。」

対象者：「痺れはあまり変わらないね。ただ、機能は日に日に良くなっているよ。手の方は目に見えて良くなれないが、足の方は良くなっているよ。昨日は4歩歩いたら、明日は5歩歩くというようにね。足ははやいね。運動療法ね、理学療法ね。あれはきくよ。」（笑顔で話す）

筆者：「理学療法はいいですか。」

対象者：「そうよ。それが今の楽しみよ。」

筆者：「そうですか。こちらの病院に来るまでの経過を教えてくださいませんか。」

対象者：「8月21日に倒れて、9月18日までおったんですが。〇〇（以前入院していた急性期病院）に。朝3時頃に小便に起きたんですが、左が利かなくて起きられなかったんです。動けなかったんです。それで、救急車を呼んだら大げさなので、車で行ったんです。それが失敗だったんですよ。救急車を呼ばないと。倒れた時に安静にしなきゃいけないんですよ。脳の血管が、立ったりした時におかしくなるんですよ。そう言われました。それで、脳血栓ということだね。」（沈黙になる）

筆者：「左が動かなかったですか。」

対象者：「まだその当時はまだ動いたんですよ。肩を借りて、車に乗って、向こうの病院（以前入院していた急性期病院）に着いても肩を借りて乗って、待合室に行ったんです。それでCT撮って点滴をされて入院ですよ。入院してから、まだ朝6時頃で、手も動く足も動く、これは軽いぞと言うことだったんですけど、まだ進む訳なんです。明るく朝起きたら動かなくなって、でも、手の先の方が動いとったんですけど、また2日目、昨日まで動いとったのが、全く動かんようになってるんです。これでもか、これでもかという具合にね。点滴を入れよるのにね。あれが不思議なんよのう。それで、この状態なんです。」

筆者：「動かなくなって怖いとか言う気持ちはなかったですか。」

対象者：「怖かったです。これは全部動かなくなるんじゃないかとね、心臓が左側にあるじゃない、だから、心臓も止まるんじゃないかと思ってね、そう思いましたね。」

筆者：「そういうことまで思いましたか。」

対象者：「そうです。まあ、3日目ぐらいまで進行しましたからね。でもそれで何とか（麻痺の進行が）止まって、10日間ぐらい24時間点滴をして、さあ、リハビリと言うことでリハビリをしたんですが、そっち（以前入院していた急性期病院）のリハビリはちょっとしかないんです。それで、リハビリも土日休みで、金曜日が終わったら次の月曜までなんにもやることがないんです。こっち（自分）も早く良くなりたいという気であるのに、それえ、朝昼晩リハビリをやってくれるところがないかなと言うことでこっちを紹介してもらったんです。」

筆者：「そうですか。こちらは良かったですか。」

対象者：「そうよの。あっちはだめじゃの。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「こちらはいい病院だね。順調ですよ。病気になった部署が大きくなかったのかねえ。今はリハビリで歩く訓練もしていますよ。手も曲がるようになったしね。この病院はいいよ。だからもっと早く来たら良かったね。だから、僕は退院したら前の病院のみんなに宣伝して回りますよ。ここの病院はいいって。だって、ここに来てこんなによくなったもの。」

筆者：「こちらの病院は以前の病院と比べてどのようにいいですか。」

対象者：「それはね。向こう（以前入院していた急性期病院）では（リハビリテーションについて）何も教えてくれなかったですからね。起きること一つにしても力任せに起きていたんですよ。それがここに来たら起きることから教えてくれたんです。それがまたいいんです。力なんか全然入れずに起きれるやり方を教えてくれるんです。もう、目から鱗ですよ。ここでは、理にかなった通りにしてくれるんです。（こちらの病院の医療者は）よく勉強していますよ。一人一人に合わせてね。すごいね。僕ら頭は大丈夫（意識障害や痴呆がない）なのでしっかり教えてくれるんですよ。こういう理由でこうやってくださいと言われたら、納得してできますよ。だから、ここの人（患者）は進歩（回復）が早いんじゃないですか。いいスタッフがそろっていますよ。ちゃんと勉強していてね。スタッフは考え方が新しいよ。いいですよ。褒めすぎかなとも思いますがね。」

筆者：「こちらのやり方に満足していますか。」

対象者：「ええ、納得するように説明してくれますから、もう任せておけばいいと思いましてね。患者のことを一人一人考えてくれているのが分かりますよ。だからいいよ。思わず、ありがとうという言葉が出るよ。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「あっちは一般患者用じゃけえ、寝ころんで起きないといけないのに、向こうは何も教えてくれないんです。車椅子に乗る乗り方も、自己流でしてね。ここでは教えてくれたよ。だから点滴がすんだら（点滴治療が終了したら）早くここに来ればよかったんよ。2週間でね。そうしたら手がこんなにはならなかったと思うよ。ここはいいですよ。起きるのも力入れずにやるやり方を教えてくれてね。向こうは知らなすぎたんですよ。この夏は、脳梗塞が多かったと言っていたよ。ほんと。暑かったからね。看護婦の一人でも（リハビリテーションの方法を）知っていたらよかったんよ。そしたらこんなにならなかったと思うよ。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「食事でも不満はないですしね。栄養士さんもカロリーをちゃんと計算してくれて、一人一人栄養指導してくれるんですよ。一人一人に会わせてね。すごいね。薬も写真付きで紙をくれて教えてくれるんですよ。僕ら頭は大丈夫（意識障害や痴呆がない）なのでしっかり教えてくれるんですよ。こういう為に飲んでくださいといわれたら、納得して飲めますよね。まあ、建物は少し古いけどね。スタッフは考え方が新しいよ。いいですよ。褒めすぎかなとも思いますがね。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「不満なことはないですね。自分の希望も言いますしね、もうちょっとはやく筋肉をつけたら機能が回復するんじゃないかと思うんですが、焦るんじゃないと言われて、僕らが納得するようにきちんと説明してくれますから、もう任せておいて安心ですよ。」

筆者：「そうですか。あの、家の方などはご面会に来てくれますか。」

対象者：「ええ、妹と母親がね。女房はもう死んじゃったのでね。ここでは洗濯は、自分でやっているよ。でも、畳むことができないのでね、日曜日に妹と母親が来てくれるのでその時にやってもらっているよ。前の病院は近くだったので、毎日来て、手や足を揉んでくれたけどね。要は、治ってくればいいなと思うんだけどね。あっちの病院では僕は力任せに起きていたので、左手に力が入ってしまって、こう、手の固まりがでたんよ。ここに来て力を入れずに起きる方法を習って良かったけど、それをはじめの病院で教えてもら

っていたら治りが違ったと思うよ。ここに来てこれを治すのに時間かけたもの。だからここで習った看護婦を一人でもそこ（以前入院していた急性期病院）にいてくれたら、違ったと思うよ。本当にそう思うよ。まあ、僕が治って、もし理学療法士の免許でも取ったら、向こうの病院にボランティアでも行ってみんなに教えて回りますよ。ははは。本当に教えてあげたいぐらいの気持ちよ。どこの病院もやりたい放題じゃない。それをちゃんとしたら、お金もそんなにかからないんじゃない。だから、点滴が終わったらここにすぐにくるのが一番良かったのよ。向こうに1ヶ月もいたからね。点滴は10日で終わったからね。だから脳梗塞で入院したらすぐにここの連絡するぐらいのことをするべきだと思うよ。そういう気持ちでいっぱいです。ここに来て半月でこれぐらいしか治ってないので、もっと早くやっていたらもっと良かったと思うよ。ほとんどここに来てからよくなったもの。この前、手がね、寝ていて、1時頃、手が上がって目が覚めたんです。それを先生に言ったらそれを集中的にやってくれてね。ある日突然にね。ですから、リハビリの前に動かすようにしてくれるんです。（ここで日記を見せてくれ、日記を読み出す）9月30日深夜1時目が覚めた。左手が腹の上にあるのを腰の方にのばしてみたらできた。一歩前進だ。こういうこと、ああ、うれしくてうれしくてね。6時の起床まで曲げたりのぼしたり、上に上げたり下げたりやってみた。あれから3日ぐらいたつけど、これはうれしくて思わず日記に書いてみたよ。それから曲がるようになったのよ。これは僕だけかもしれないけどね。まあ、脳の中の状態にもよるけどね。まあ、前進また前進ですよ。」

筆者：「そうですか。その時は感激されのですね。」

対象者：「ええ、まあ。ははは。（照れたような表情）まあ、お酒の飲み過ぎですね。こうなったのは。しばらく仕事をしてなかったもんでね、朝、9時半に魚屋に行って、魚を買って帰ったら、塩焼き刺身、煮物にして、テレビを見ながらビールを飲んでね。ちょこっと寝て起きたらカラオケ行くかパチンコ行くかして、カラオケに行ったらまたビール飲んで、それからまた飲みに行って、行ったらビール5～6本飲んで、1日飲んでいます。馬鹿なことをやったらこうなったんですよ。糖尿病も高脂血症の薬も飲んでいるのになるべくしてなった見本です。ははは。（笑う）後悔先に立たず。まあ、今度ここを出たら、ビールは辞めるよ。」

筆者：「そうですか。今回、心を改められたのですね。」

対象者：「ええ、退院したら、まじめに働く。まあ、でもこの手をしっかり治さんと積算やら見積もりやら図面は書けんかのう。どうだろうね。」

筆者：「以前は建築士の仕事をされていたんですね。」

対象者：「まあ、積算の方だけね、見積もりの方をアルバイトで家でやりおったんです。図面を、この頃あまり細かい字が書けんのでう。でも、こっち（左麻痺）だったから助かったよ。こっち（左側）がつまっとしたら大事だったよ。パチンコもどうかの。玉が出たら玉をならさないといけんし、両手いるね。そこまでここで治してくれるかのう（笑い）まあ、でもここのやり方だったら大丈夫だと思うよ。これからはしっかり治して仕事1本よ。こっちの手で（左手で）紙を押さえたり、めくったりができんからのう。でも、重しがあるか。でも、字を書くにしてもね。ここを出たら社会復帰しないとね。」（力強く述べる）

筆者：「そうですか。」

対象者：「前の病院で、こっちもこっちも（左右）両方血管が狭窄している、たまたま、こっちがつまっただけで、同じようにに狭窄している、ということは、入院中にもつまるかもしれない、ということは亡くなるということよとされているのでね。今、倒れて、40何日たつけど、食事のカロリーが1600キロ（カロリー）で押さえて、今、狭窄していても、血液をさらさらにする薬を飲んでいて、食事制限とで現状維持かなということで、まあ、ここに来て（手足が）良くなってきたので、軽い希望も出るかなと言うことですよ。ここを退院しても血液さらさらの食物を食べて、薬も飲んで、社会復帰を目指そうと思つてね。設計事務所を知っているの、それに頼めば仕事を回してくれるのでね、こうなつたんだから余り大きな仕事はできないけど、アルバイトでやればいいなと思つてね。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「だから、酒はとらないと（辞めない）といけんね。もしたばこを吸っていたらそれも辞めるよ。たばこは若い時に辞めたからね。これでも、糖尿病の教育入院まで受けたのにね。何にもならんよの。3ヶ月ぐらい守つたけど、喉元を過ぎればということよね。もし、こんな大きな血管が詰まるんじゃなくて、もう少しちっちゃな血管が詰まっていたら、この前にね、そしたらその時に酒を辞めていたんだけどね。そんなことを言つてもしょうがないんだけどね。薬だけは飲んでいたんだけど。まあ、今は順調にきているのでこの調子でやりますよ。あっ、作業（療法）がもうすぐだから行つてもいいかな。」

筆者：「ええ。ありがとうございました。またお話聞かせてもらつてもいいですか。」

対象者：「ええ、こんな話なら暇つぶしにちょうどいいしね。ははは。まあ、頑張りますよ。また来てよね。」

筆者：「ありがとうございました。それではまた伺います。」

III. 調査の進め方についてのメモ

(フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況、印象など)

①フォーマルインタビュー直後の印象

第1回目のフォーマルインタビューであったが、筆者から質問することよりも、対象者の方から話を進められ、沈黙になることがほとんどなかったため、半構成質問紙にあまりとらわれずにインタビューすることに心がけた。そのため、半構成質問紙の内容としては、経過、活動、状況、関係などについて確認しただけとなった。口調はゆっくりしていた。全体的に明るい調子で話された。初対面の時は、多少、気むずかしそうな印象を持ったが、今回はそのような印象はなく、むしろ逆の印象を持った。話の内容は、現在受けている医療に対して高く評価し、逆に以前入院していた急性期病院を批判していた。また、発病以前の不摂生な生活を悔やんでいた。発病以前の生活を悔やむ内容については、落ち込んで話すというのではなく、これを機に反省し、生活を改めるという前向きに捉えている印象を受けた。

今回のフォーマルインタビューはリハビリテーションの時間までの空き時間に行ったため、もう少し聞きたい内容があったが時間切れとなった。次回からは、対象者のリハビリテーションのスケジュールを十分押さえた上で、時間の余裕がある時に行うようにしなければならないと思った。

②フォーマルインタビュー逐語録作成後の印象

筆者はほとんど質問することなく、対象者のペースで話が進んでいった。回復期リハビリテーション病棟に転院してからのリハビリテーションに対してとても良いと評価し、回復に向けて順調に経過している様子を語り、これを誰かに伝えたかったのかも知れない。まだ、筆者は、対象者には研究協力の承諾をいただいた時にしか会っていなかったのに、対象者の方から筆者に声をかけてくれ、フォーマルインタビューの実施を頼めばすぐに承諾をくれたことから、この話をしたかったのかも知れないと思った。

今まで調査した他の対象者の事例から、この順調な経過が同じように続くとは限らないと思う。退院まで紆余曲折があると思う。その変化を見逃さないように今後も調査しなけ

ればならない。

IV. 分析過程

以上の記録から分析を行った。分析に関しては、第2章、第3節、8. 分析方法に示した①～⑧の手順に従った。

①まず、フォーマルインタビュー逐語録を内容が把握できるまで繰り返し読み、文脈を捉えた。次に、意味のある文節または文章に分割した。ここでは、フォーマルインタビュー逐語録に太字で示した部分を意味のある文節または文章に分割した例を示す。そして、要点を表すコード名を付けた。その際には可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にした。更に、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠など）を添付した。これを、フィールドノーツ用ソフト（野帳 Ver. 4.0）で、1枚のカードにした。このカードの内容は以下の通りである。

カードの名前

（対象者 2-9：発症 43 日・転院 15 日）

カードの内容

対象者：「こちらはいい病院だね。順調ですよ。病気になった部署が大きくなかったのかねえ。今はリハビリで歩く訓練もしていますよ。手も曲がるようになったしね。この病院はいいよ。だからもっと早く来たら良かったね。だから、僕は退院したら前の病院のみんなに宣伝して回りますよ。ここの病院はいいって。だって、ここに来てこんなによくなったもの。」

筆者：「こちらの病院は以前の病院と比べてどのようにいいですか。」

対象者：「それはね。向こう（以前入院していた急性期病院）では（リハビリテーションについて）何も教えてくれなかったですからね。起きること一つにしても力任せに起きていたんですよ。それがここに来たら起きることから教えてくれたんです。それがまたいいんです。力なんか全然入れずに起きれるやり方を教えてくれるんです。もう、目から鱗ですよ。ここでは、理にかなった通りにしてくれるんです。（こちらの病院の医療者は）よく勉

強していますよ。一人一人に合わせてね。すごいね。僕ら頭は大丈夫（意識障害や痴呆がない）なのでしっかり教えてくれるんですよ。こういう理由でこうやってくださいと言われたら、納得してできますよ。だから、この人（患者）は進歩（回復）が早いんじゃないですか。いいスタッフがそろっていますよ。ちゃんと勉強していてね。スタッフは考え方が新しいよ。いいですよ。褒めすぎかなとも思いますがね。」

筆者：「こちらのやり方に満足していますか。」

対象者：「ええ。納得するように説明してくれますから、もう任せておけばいいと思わせてね。患者のことを一人一人考えてくれているのが分かりますよ。だからいいよ。思わず、ありがとうという言葉が出るよ。」

コード

回復期リハビリテーション病棟のリハビリの仕方がよい

メモ

転院して出会った医療が対象者に合っており、満足している

②コード名の中から、対象者の体験と、それに影響を及ぼす要因を表しているものを抽出した。ここでは上記を抽出した例を示す。筆者の解釈を加えてコード名の修正（必要な場合のみ）を行った。解釈を加える際には、インフォーマルインタビューの内容と、フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況など、筆者が観察した内容に関する記録を参考にした。上記のコードを変更した例を示す。

コード

新たに回復期リハビリテーション病棟で受ける医療に対する満足感

メモ

転院して出会った医療が、以前入院していた急性期病院と比較した場合、対象者にとって満足できるものであり成果も出ている。

③修正したコード名毎に、類似点と相違点を継続的に比較しながら分類整理し、より

抽象的なレベルで名称を付け、カテゴリー化を行った。この際、類似するコードを並び替えるために、アウトライン・プロセッサ(Kacis Publisher Ver.1.0)を使用した。対象者 2-9 の、上記と類似すると見なしたコードは次の通りである。

●対象者 2-9 コードリスト

- ・新たに回復期リハビリテーション病棟で受ける医療に対する満足感（発症 43 日・転院 15 日）
- ・スタッフへの感謝（発症 43 日・転院 15 日）
- ・C 病院に対する全幅の信頼（発症 63 日・転院 35 日）
- ・希望通りのリハビリテーション（発症 77 日・転院 49 日）

：

④事例毎に、カテゴリー同士の関係を対象者の経時的な流れに沿って位置づけした。その際に FIM の経時的变化と比較した。（ここでは省略する）

以上のように、①～④の手順を全事例、調査期間中に継続して行った。

⑤全事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、更に抽象化したカテゴリーを抽出した。この際、コードを並び替えるために、アウトライン・プロセッサ(Kacis Publisher Ver.1.0)を使用した。上記と類似すると見なした全事例から得られたコードは次の通りである。

●全事例コードリスト

- ・満足できるリハビリテーション（対象者 2-1：発症 62 日・転院 14 日）
- ・以前より充実したリハビリテーションメニューのため忙しい（対象者 2-2：発症 79 日・転院 27 日）
- ・回復期リハビリテーション病棟の医療者に対する信頼（対象者 2-2：発症 79 日・転院 27 日）
- ・回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションが素晴らしい（対象者 2-4：発症 47 日・転院 18 日）
- ・リハビリテーションでたくさん教えられ勉強になる（対象者 2-4：発症 47 日・転院 18 日）

- ・期待通りのリハビリテーション（対象者 2-5：発症 46 日・転院 18 日）
- ・以前の病院より素晴らしいリハビリテーション（対象者 2-5：発症 46 日・転院 18 日）
- ・C 病院に対する信頼（対象者 2-5：発症 54 日・転院 26 日）
- ・以前より充実したりハビリテーションのスケジュールが詰まって忙しい（対象者 2-5：発症 54 日・転院 26 日）
- ・以前よりも効果を感じるリハビリテーション（対象者 2-5：発症 54 日・転院 26 日）
- ・新たなリハビリテーションに満足（対象者 2-7：発症 47 日・転院 29 日）
- ・転院し良いリハビリに出会えた喜び（対象者 2-8：発症 73 日・転院 21 日）
- ・新たに回復期リハビリテーション病棟で受ける医療に対する満足感（対象者 2-9：発症 43 日・転院 15 日）
- ・スタッフへの感謝（対象者 2-9：発症 43 日・転院 15 日）
- ・C 病院に対する全幅の信頼（対象者 2-9：発症 63 日・転院 35 日）
- ・希望通りのリハビリテーション（対象者 2-9：発症 77 日・転院 49 日）
- ・充実したりハビリテーションのため忙しく心地よい疲労がある（対象者 2-11：発症 53 日・転院 12 日）
- ・希望通りの医療が受けられるため充実（対象者 2-12：発症 54 日・転院 29 日）
- ・期待通りのリハビリテーションが受けられる（対象者 2-12：発症 54 日・転院 29 日）
- ・以前の病院より医療者が熱心（対象者 2-14：発症 79 日・転院 35 日）
- ・こちらの病院のリハビリテーションに満足（対象者 2-15：発症 69 日・転院 22 日）
- ・以前の病院よりもリハビリテーションの時間が長いため満足（対象者 2-16：発症 42 日・転院 14 日）
- ・リハビリテーションの時間が長くないようも充実している（対象者 2-16：発症 42 日・転院 14 日）
- ・リハビリテーションの時間が長く素晴らしい（対象者 2-18：発症 35 日・転院 17 日）

：

以上の全事例コードリストから、共通点を模索した。これら全てのコードにおいて、対象者が以前入院していた急性期病院と転院してきた回復期リハビリテーション病棟で受ける医療に対して比較し、後者の方を高く評価していた。またその内容として頻出する言葉は、満足、期待、充実、素晴らしい、信頼、希望通り等であった。つまり、回復期リハビ

リテーション病棟に転院し、新たな医療を受けることをこれらの言葉で表現することによって、全事例コードリストを抽象化できるものと考えた。そこでまず名称として「新たな医療の〇〇」と表現することにした。そして〇〇に入る言葉を、満足、期待、充実、素晴らしい、信頼、希望通り等からコードを比較し、また辞書を参考に熟慮した。その結果、満足できること、期待が抱けること、素晴らしいと感じることができること、信頼できること、希望が通ることは充実感に繋がると考えるに至った。以上から〈新たな医療の充実感〉という名称の概念を導いた。

同様の手順で、〈回復の実感〉、〈同病の他の患者との出会い〉、〈将来展望の開き〉、〈回復への意欲〉という名称の概念を導いた。

そこでこれらを総称する上位概念を導くことにした。そのためにこれらの概念の共通点を模索した。これらは全て、ポジティブな側面を持った内容であった。従ってそのような言葉を当てることにした。熟慮の結果、「喜び」という言葉を入れることにした。更にこれらの概念がどのようなことから発生しているのかについて検討した。これらは、全て回復期リハビリテーション病棟に転院し、新たな医療を受けることにより発生するものであり、この回復期リハビリテーション病棟での新たな医療に対し、対象者は高く評価していたため、これを「素晴らしい医療」と表現することにした。以上から【素晴らしい医療を受けることの喜び】という上位概念を導いた。

3. 研究2【回復への揺らぎ】〈医療者への期待と不満〉概念抽出過程の実例

対象者 2-11 の発症 82 日・転院 41 日のフォーマルインタビューから、概念抽出過程を説明する。

I. インフォーマルインタビュー記録（フォーマルインタビューを行うまでの経過）

前回のフォーマルインタビューから 16 日ぶり、4 回目のフォーマルインタビュー。前回までのインタビューにおいては、順調に回復し、生活が充実し、また回復期リハビリテーション病棟において受ける医療に対し高く評価することが語られていた。インタビューの依頼に対し積極的に協力してくださる方であった。

2001 年 11 月 8 日 AM8:30 頃、対象者 2-11 の病室を訪問した。ちょうど、リハビリテーションのために、理学療法室に行く準備をしているところであった。都合の良い時にお話を聞かせていただきたい旨を伝えたところ、本日の昼食後なら、暇にしているとのことであったため、その時間をお願いすることにした。理学療法室まで自ら車椅子を駆動し、移動した。筆者は理学療法室まで世間話をしながら同行した。話の内容は、11 月になり朝晩冷えるようになったこと、最近は手の回復が滞り気味で調子が良くないということなどであった。

対象者 2-11 は、前回までのインタビューでは順調な回復について語っていたが、回復が滞りがちになったという発言から、対象者に変化がみられるのではないかと考え、そのため、今回のフォーマルインタビューにおいては前回のフォーマルインタビューの時から経過を聞き取りその変化を捉えようと考えた。

同日、PM12:35 頃、筆者が対象者 2-11 の病室を訪ねた。対象者本人はベッド上に座りテレビを見ていた。私をみると、「デイルームに行こう。」と言われた。個室が空いているのでそちらも使用可能であることを伝えたが、デイルームの方が広くていいという対象者の希望から、デイルームの隅の一角にパーティションを設置し、そこでフォーマルインタビューを行うこととした。

II. フォーマルインタビュー逐語録

2001 年 11 月 8 日 PM12:40～1:00 回復期リハビリテーション病棟デイルームにおいて

筆者：「最近はいかがですか。」

対象者：「まあ、手と腕が良くないね。最近（回復が）止まったみたいでね。だんだん良くなるようになるように思えてね。」

筆者：「この前までは調子よかったとおっしゃっていましたね。」

対象者：「そうなんだけどね。ここのところね。どうなんかね。最近は毎日が退屈だしね。毎日単調でね。ここでいたらね。同じ訓練ばかりだからね。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「でも、日曜日に訓練をしないと、今度月曜日にだるくなるんだよね。左手（麻痺側）だけ。だから腕を毎日動かさないといけないんだよね。でも、やりすぎると今度は痛いんだよね。まあ、不自由ですよ。やっぱり脳に原因があるんじゃないかと思うけどね。血流が悪くなっているんじゃないかと思うよね。まあ、リハビリは疲れるところまで行かないね。楽じゃないけど疲れはないね。行くのがイヤになったりとかはなくて、逆にリハビリがない時の方がしんどいね。動かさないとしんどいね。だから、月曜日なんかは固くなっているね。だから、退院してもどこかに通わないとね。まあ、退院は12月のはじめに考えているんだけどね。」

筆者：「そうですか。そしたら、後、20日位ですね。」

対象者：「そうよね。でも、それで治るわけじゃないけどもね。ここでいても特別な治療を受けているわけじゃないからね。ここにいて目に見えて良くなるんだっいたらいつまでもいたいんだけど、どうしてもリハビリは自然回復を待つようなところがあるからね。時間がかかるよね。注射を打ったりマイクロ波を掛けたりといった特別なことをするのだったら違うけどね。動かして10分ぐらいもんでもらって、それであとは歩くぐらいだからね。もう良くなるんだっいたらぼつぼつ成果が出てもいいと思うんだけども、最近はやみくまいになかなか成果が出ないからね。薬もそんなにもらっていないしね。再発を防止するぐらいだからね。ここにいても、集団生活がストレスになるのでね。まあ、今月いっぱい頑張ろうと思うんだけどね。今すぐ退院といたらいろいろ手続きもいるだろうしね。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「まあ、最近腕は（回復が）止まってしまったんじゃないかなと思うね。足は順調なんだけどね。」

筆者：「足はもう歩いていらっしゃるんですね。」

対象者：「そうです。足の方はね、今はトイレには杖をついて一人で行けるようになりました。」

た。まあ、こけそうなことは何回かあったけど、ここ最近はないね。今は注意しているからね。まあ、いつも杖だと疲れるから時々車椅子に乗ることもあるけどね。」

筆者：「そうですか。」（沈黙になる）

対象者：「そうそう、この間テレビを見ていたら、こんな脳の病気の（人を）5万人ぐらい調査すると言っていたけどもね。まだこの病気はよく分かっていないんだね。こんなにたくさんの方がこの病気になっているのにこれから研究するってまだまだだね。分からんことが多いんだろうね。」

筆者：「そうですね。そのニュース僕もみました。」

対象者：「この先生（医師とセラピスト）もはっきりどうなるか言わないからね。ある程度、先生も分からないこともあるんじゃないかな。まあ、いい加減なこともいえないからね。でも、これからどうなるのか分からないからね。ただ、自然回復を待たないと分からないところもあるからね。そういうようなものだろうね。でも条件付きでね、どうなるか分からないけどということででも教えてくれたらありがたいんだけどもね。そういう個々の患者に対応した医療をしてくれればいいんだけど。むしろ患者の方が実体験を持って分かっているからね。ただ先生はいろんな患者を診ているから分かるんだろうけど、やっぱり、実体験しているものの方がよく分かるんじゃないかな。やっぱりいろいろな患者の症状を聞いてきてやるのが大事だと思うんだけどもね。先生は忙しいからね。そんなに時間をかけてできないでしょう。だからみんな同じような訓練になってしまうと思うんだよね。まあ、先生を信じてやっているんだけども完璧じゃないね。」

筆者：「そうですか。」

対象者：「まあ、焦ってもしょうがないね。私は焦ったりとかは他の人よりないだろうね。今は特別悩みはないからね。仕事や家のことももう卒業したからね。だから、現役で倒れた人の気持ちは分からないね。その点まだ恵まれていたね。まあ、家にいたら、ビール飲んでね、足手まといまではならないけどね。まあ、ここに入院しているのは健康管理という目的もありますよ。体重も下がったしね。血圧も下がったしね。まあ、肥満の人がやせるためにお金をかけるでしょう。合宿したり。そんな必要なかったからね。今まで殆ど毎日飲んでいたのでね。だからここに入って肝臓も良くなったと思うよ。まあ、外泊した時は少し飲むけどね。怖いからそんなに飲まないようにしているけどね。少しはいいと思うからね。前の先生が適量ならいいと言ったからね。たばこ吸うよりはいいよね。だから入院して、血圧が下がったのが良かったね。それは100%いえるね。それに体重も5キロ

ぐらい下がったしね。」

筆者：「ということは病気になって良かった面もあるということですかね。」

対象者：「そうだね。今まで、ビール飲んで寝るだけだったからね。まあ、夜が眠れなくなったというのだけは辛いよね。殆ど毎日睡眠薬を飲んでいるからね。入院してからね。それだけが心配だね。副作用がね。ないという話なんだけどね。まあ、でも時間が長いね。」

筆者：「家の方はどうですか。」

対象者：「(退職してからやっていた) 畑をほったらかしだね。この間4万円払って(業者に)きれいにしてもらったよ。まあ、これからはできないだろうね。片手ではとても無理だよ。前は春にはできると思ったんだけど、今のままならできないね。この春は駄目だろうけどその次の春までに良くならなかつたら治らないだろうね。この春はしょうがないからね。人の話を聞くと殆ど何も(後遺症が)残らないくらいに良くなったという話も聞くからね。ただどこかに残るとい話も聞くしね。それに、もっと悪くてどうにもならない人もいるしね。そう思うとわしらは、軽い方だと思うよね。そりゃ、6ヶ月や1年たてば治るという見通しがあればいいんだけどね。何%の人が良くなるとか言う話をしてくれればいいんだけどね。先生はそこまでの話はしてくれないしね。」

筆者：「そうですか。先の見通しが立たないのですね。」

対象者：「そうなんよね。それに寝られない。明かり、音、寝言、いびきね。いろいろあってね。寝られんね。睡眠薬もらっているんだけどね。今まで飲んでないんでね。もう1ヶ月飲んでるので、後遺症が出ないかとか、飲まない寝られなくなるとかね。どうなんですかね。親戚に薬剤師がいるけど、聞いたら大丈夫と言うしね。今、レンドルミンというのをもらっているんだけどね。何日かに1回は飲まないでやろうと思ってチャレンジするんだけど、みな失敗よ。もう少し(で眠ることができる)というところまでいくんだけどね。だから、いつも薬を飲もうかどうしようかという葛藤よ。だから、耳栓や目隠しをこんなに持っているんだけど、こんなのは違和感があるから眠れないね。いろいろ、防衛をしているんだけどだめでね。前の総合病院は個室にしたんですよ。ここでもそうしようと思ったけど、ここは設備が悪いんだね。テレビの前の部屋で、ナースコールが聞こえるところでしょう。あれじゃ眠れないなと思って、それだったらここで我慢しようかなと思ってね。病院というところは看護婦さんが働きやすいようにできているんですよ。本来なら患者が過ごしやすいところにするものでしょう。ここは、夜中になると、夜間電力を使っているんでしょうけど、ボイラーがブーンと鳴るんですよ。それに、ここ(部屋)の

電気も9時まで明るくつけるでしょう。それに、あの人（同室の寝たきりの患者）のおむつをかえにくるんですよ。だから、ストレスが溜まりますよ。ルールが守られていたら納得するけど、そうじゃなくって、テレビも夜中までつけて、ぱっぱとつくしね。それがストレスになってね。疲れて、夜は眠りたいんだけどね。リハビリをやった後は疲れるからね。向こうの病院（以前入院していた急性期病院）は線路の近くで煩かったけど、それは分かっていることだからいいんですよ。ただ、いびきや電気なんかはそうじゃないでしょ。だからストレスになって眠れないんですよ。」（ここで面会者の訪問があった）

筆者：「それじゃあ、私は失礼させていただきます。ありがとうございました。」

対象者：「ええ、どうもご苦労さん。また部屋を覗いてみて。いつでもいいから。」

筆者：「ありがとうございます。それではまた伺いますのでよろしくお願い致します。」

III. 調査の進め方についてのメモ

（フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況、印象など）

①フォーマルインタビュー直後の印象

前回までと同様、インタビューに積極的に協力してくださった。ただ内容は前回までのポジティブな話とは異なり、回復が滞ってきたと感じることからネガティブな話が増え、対象者に取り体験の局面は変化していると感じた。しかし、落ち込むというのではなく、プラスとマイナスの中で揺れ動いている内容であった。対象者の方から話したいことをどんどん進められたため、こちらは、半構成質問紙にあまりとらわれずにインタビューすることに心がけた。そのため、半構成質問紙の内容としては、特に前回調査時からの経過について重点的に話を聞くことに心がけた。

今回のインタビューではまだ話が続きそうであったが、途中で残念ながら面会者の訪問があり中止せざるを得なかった。対象者本人の希望からインタビュー場所を決めているが、希望がなければなるべく個室で行うべきであると思った。

②フォーマルインタビュー逐語録作成後の印象

筆者はほとんど質問することなく対象者のペースで話が進んだ。前回の調査時とは違い、ネガティブな話は増え、対象者の体験の局面は確実に変化しているものと思った。分析に際しては、この変化を確実に抽出しなければならない。

IV. 分析過程

以上の記録から分析を行った。分析に関しては、第2章、第3節、8. 分析方法に示した①～⑧の手順に従った。

①まず、フォーマルインタビュー逐語録を内容が把握できるまで繰り返し読み、文脈を捉えた。次に、意味のある文節または文章に分割した。ここでは、フォーマルインタビュー逐語録に太字で示した部分を意味のある文節または文章に分割した例を示す。そして、要点を表すコード名を付けた。その際には可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にした。更に、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠など）を添付した。これを、フィールドノート用ソフト（野帳 Ver. 4.0）で、1枚のカードにした。このカードの内容は以下の通りである。

カードの名前

（対象者 2・11：発症 82 日・転院 41 日）

カードの内容

対象者：「この先生（医師とセラピスト）もはっきりどうなるか言わないからね。ある程度、先生も分からないこともあるんじゃないかな。まあ、いい加減なこともいえないからね。でも、これからどうなるのか分からないからね。ただ、自然回復を待たないと分からないところもあるからね。そういうようなもんだらうね。でも条件付きでね、どうなるか分からないけどということでも教えてくれたらありがたいんだけどね。そういう個々の患者に対応した医療をしてくれればいいんだけど。むしろ患者の方が実体験を持って分かっているからね。ただ先生はいろんな患者を診ているから分かるんだらうけど、やっぱり、実体験しているものの方がよく分かるんじゃないかな。やっぱりいろいろな患者の症状を聞いてきいてやるのが大事だと思うんだけどね。先生は忙しいからね。そんなに時間をかけてできないでしょう。だからみんな同じような訓練になってしまうと思うんだよね。まあ、先生を信じてやっているんだけど完璧じゃないね。」

コード

予後を教えてほしいという医療者への要望 医療者も患者ではないから完全には分からない

メモ

以前の調査までは医療者への信頼について語られていたが、回復が滞るにつれて不満が出現している

- ②コード名の中から、対象者の体験と、それに影響を及ぼす要因を表しているものを抽出した。ここでは上記を抽出した例を示す。筆者の解釈を加えてコード名の修正（必要な場合のみ）を行った。解釈を加える際には、インフォーマルインタビューの内容と、フォーマルインタビュー時の対象者の様子、状況など、筆者が観察した内容に関する記録を参考にした。上記のコードを変更した例を示す。

コード

医療者への完璧な信頼の崩壊

メモ

対象者は医療者に強い信頼を抱いていたが、回復が滞るにつれて不満が出現している。しかし、これは信頼しつつも不満があるということである。

- ③修正したコード名毎に、類似点と相違点を継続的に比較しながら分類整理し、より抽象的なレベルで名称を付け、カテゴリー化を行った。この際、類似するコードを並び替えるために、アウトライン・プロセッサ(Kacis Publisher Ver.1.0)を使用した。対象者 2-9 の、上記と類似すると見なしたコードは次の通りである。

●対象者 2-11 コードリスト

- ・医療者への完璧な信頼の崩壊（発症 82 日・転院 41 日）

- ・医療者への不満の出現（発症 82 日・転院 41 日）

④事例毎に、カテゴリー同士の関係を対象者の経時的な流れに沿って位置づけした。その際に FIM の経時的变化と比較した。（ここでは省略する）

以上のように、①～④の手順を全事例、調査期間中に継続して行った。

⑤全事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、更に抽象化したカテゴリーを抽出した。この際、コードを並び替えるために、アウトライン・プロセッサ（Kacis Publisher Ver.1.0）を使用した。上記と類似すると見なした全事例から得られたコードは次の通りである。

●全事例コードリスト

- ・リハビリテーションの方法に不満の出現（対象者 2-6：発症 111 日・転院 41 日）
- ・医療者が明確な見通しを教えてくれないことへの不満の出現（対象者 2-7：発症 87 日・転院 69 日）
- ・自分の希望を十分取り入れてくれない医療者への不満の出現（対象者 2-9：発症 105 日・転院 77 日）
- ・医療者が見通しを教えてくれないことに対する不満の出現（対象者 2-10：発症 138 日・転院 91 日）
- ・医療者への完璧な信頼の崩壊（対象者 2-11：発症 82 日・転院 41 日）
- ・医療者への不満の出現（対象者 2-11：発症 82 日・転院 41 日）
- ・医療者への不満の出現（対象者 2-15：発症 89 日・転院 42 日）
- ・医療者への完璧な信頼の崩壊（対象者 2-17：発症 120 日・転院 62 日）

：

以上の全事例コードリストから、共通点を模索した。これら全てのコードは、回復期リハビリテーション病棟転院後、しばらく時間が経過し、回復期リハビリテーション病棟入院期間中の中盤から後半に語られたものであった。また、これらのコードが語られる前の時点、つまり、回復期リハビリテーション病棟転院初期には、対象者は、転院して新たに受ける医療に対して充実感を語り、医療者には期待感や信頼感が芽生えていることが語られていた。しかし、これらのコードにおいては、対象者が医療者に対して抱く期待感や信

頼感に対し、逆の不満が出現し、信頼が崩壊することが含まれていた。しかし、対象者にとって、期待感や信頼感が完全に打ち消されたものでなく、それらを残したまま不満も抱えているという状況であると考えられた。そこで概念として、これらを両方を兼ね備える必要があると考えた。更に、期待感や信頼感という言葉を一つにするために熟慮した。その結果、信頼感を抱くことは期待に繋がるという考えに至り、「期待と不満」と表現することにした。更に、これらのコードは医療者に対して向けられたものであるため、〈医療者への期待と不満〉という名称の概念を導いた。

同様の手順で、〈回復の期待と不安〉、〈医療への期待と不安〉、〈他者と自己の評価のギャップ〉、〈退院に対する揺れる認識〉という名称の概念を導いた。

そこでこれらを総称する上位概念を導くことにした。そのためにこれらの概念の共通点を模索した。これらは全て、ポジティブな側面とネガティブな側面の両方を持った内容であった。また、この概念が出現する前の時点は、ポジティブな側面のものであったため、ポジティブな側面の中にネガティブな側面の要素が加わったものであると解釈した。つまり、順調に経過していた回復過程に逆の要素が加わったため、回復への経過が揺らいでいる状態と解釈した。従って、そのような言葉を当てることにした。熟慮の結果、【回復への揺らぎ】という上位概念を導いた。

謝辞

本研究のために、闘病中にもかかわらず、長期間にわたって率直な体験をお話しくださり、筆者に貴重な学びを提供してくださいました、脳卒中患者の皆様に心より感謝申し上げます。

研究実施のために、快く研究の場を提供していただき、ご指導、ご協力して頂きました、急性期病院の院長 梶川博先生、看護部長 片岡初代様、副看護部長 大庭照子様、並びに、リハビリテーション病院の看護部長 木保田富美子様、同病院回復期リハビリテーション病棟医師 濱聖司先生、看護師長 川本加世子様をはじめ、多くの看護・リハビリテーションスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

本研究の遂行にあたり、終始的確なご指導を賜りました、広島大学医学部保健学科 西亀正之教授、本論文をまとめる際に稚文に対して丁寧なご教示を賜りました、宮腰由紀子教授、本研究をまとめるにあたりご指導賜りました、井上正規教授、小柴順子教授、吉村理教授に深く感謝申し上げます。

本研究の計画段階から結果の解釈に至るまでご指導と励ましを賜りました、元広島大学医学部保健学科教授 鈴木正子先生に深く感謝申し上げます。

本研究を通して、様々な角度から活発な意見を頂いた、西亀研究室院生の皆様、及び、温かい励ましや支援をくださった多くの方々に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、財団法人日本科学協会の笹川科学研究助成を受けて実施しました。ここに記して感謝申し上げます。

参 考 论 文

脳卒中患者の回復過程における主観的体験
—急性期から回復期にかけて—

百田 武司
西亀 正之

広島大学保健学出版会

脳卒中患者の回復過程における主観的体験 —急性期から回復期にかけて—

百田 武司¹⁾, 西亀 正之²⁾

キーワード (Key words) : 1. 脳卒中 (stroke) 2. 主観的体験 (subjective experience)
3. 看護 (nursing)

本研究の目的は、脳卒中患者の回復過程における主観的体験を明らかにすることである。

Grounded Theory法を参考にした質的帰納的研究を行った。74歳以下の脳卒中発作（初発）で緊急入院した患者のうち、入院直後におけるFIM79点以下、言語コミュニケーション可能で痴呆のない12名を分析対象とした。発症1週間以内から約6ヶ月後まで関わり、継続してインタビューを行った。

分析の結果、回復過程に沿って《了解不能》《実感》《喜び》《アンビバレンス》《新たな価値》という意味の変化の局面と、それぞれの局面に一時的に落ち込む《落胆体験》があり、その発生時期と頻度の相違により合計5つの回復のパターンが認められた。

従来、《落胆体験》は、リハビリテーションを妨げるマイナス要因とされてきたが、本研究においては《落胆体験》から立ち直った後に元の局面に戻るのではなく新たな局面に移行することが認められた。よって《落胆体験》は、回復を促進する契機と捉え、それを支える看護援助の重要性が示唆された。

緒 言

脳卒中は突然の発症であることが多く、心身諸機能に様々な障害をもたらす。特に脳卒中に起因する片麻痺を中心とする運動機能障害は、それまで不自由のなかった日常生活動作を突然阻害するため、患者の生活に大きな変化をもたらし、その人の人生を根底から揺るがすこととなる。そのため、患者は、発症からの回復過程において人生の再構築が必要となり、これを支援していくことは看護の重要な役割である。

従来、脳卒中患者の回復過程における看護の方向性として「障害を持ちながらその人らしく生活していくこと」が原則とされ、障害された身体機能の再獲得と障害の受容を目指した看護援助が展開されてきた¹⁾。特に障害受容に関しては、これまでChon²⁾やFink³⁾などの理論、あるいはKubler-ross⁴⁾の死の過程に関する理論などが紹介され、それを演繹的に使用してきた。これらの特徴は、いずれもショックから始まり落ち込みを経て適応に至るプロセスとされる。しかし、これらの理論に対して、本田⁵⁾は、その結論がどのようにして抽出されたのか不明なこと、各時期の期間やリハビリテーションとの関係が明確でないこと、また死の過程と回復過程を同様に捉えるのは妥当でないこと、更に脳卒中などの中枢神経障

害を対象とした研究から導き出されたものでないことを指摘している。

また、Doolittle⁶⁾は、脳卒中患者の回復過程に関する従来の研究の多くは医療者の視点からみた客観的なものであり、患者の主観的な体験についてはほとんど知られていないことを指摘している。脳損傷という疾患の特徴上、認知能力や表現能力も障害を受けやすく、研究として患者の主観的体験に焦点が当てられることは少なかった。一方、1995年 American Nurses Association は、1980年に発表した社会政策声明⁷⁾に続いて新たな社会政策声明⁸⁾を出した。その変化の一つは、看護師が関心を持つ現象として、新たに患者の主観的体験に着目することの重要性を指摘したことである。従って、脳卒中患者の回復過程における看護研究としても、患者の主観的体験に焦点を当てた研究が考えられる。患者の主観的体験を理解することで、患者が障害をどのように捉えているのかを把握することができ、患者を尊重し、患者とのやりとりの中で患者と共に新たな方向を見つけ出す看護援助に繋がると考える。

近年、研究手法として質的な記述データの分析方法が発展し、脳卒中患者の主観的体験に焦点を当てた研究も行われつつある⁹⁻¹⁵⁾。これによって、従来明らかにされてこなかった脳卒中患者の主観的体験の構造が明らかになってきた。しかし、これらの多くは発症初期や回復期

・ The subjective experience of the recovery process for stroke patients : From acute to recovery period

・ 所属 : 1) 広島大学大学院医学系研究科保健学専攻 2) 広島大学医学部保健学科看護学専攻

・ 広島大学保健学ジャーナル Vol. 2(1) : 41~50, 2002

における、ある一時点の横断研究^{11,14)}であり、発症から回復過程における患者の主観的体験の変化については述べられていない。また、縦断的な研究^{9, 10, 15)}も行われているが、発症からの経時的な変化に影響を及ぼす要因については十分明らかにされたとは言えない。更に、明らかにされた主観的体験の内容は、身体の障害に起因するにもかかわらず、医学的見地に基づく客観的な障害の程度や回復状態に関するデータが欠如しており、研究成果を看護実践に取り入れるには臨床看護の現状と遊離しており困難である。

そこで本研究においては、脳卒中患者に、急性期から発症後約6ヶ月まで経時的にインタビューを実施し、主観的体験を分析する。更に同時に、客観的に日常生活動作を測定する。そして回復過程における主観的体験の変化と、それに影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究において、「回復」とは、身体面や心理面のみから述べるのではなく、それらを包括した全体的な概念とした。すなわち、「回復」とは、患者自身が障害に与える意味が豊かになることと定義した。

方 法

本研究では、既存の理論にとらわれずに新たな知見を得ることと対象者の主観的体験を明らかにするため、対象者の条件を限定して豊富なデータを収集し、また回復のプロセスを見出すために、Grounded Theory法を参考にした質的分析による手法を選択した。

1. 調査実施施設

調査は、政令指定都市にある1民間病院で行った。ここは脳神経外科、神経内科を中心とする救急指定病院（一般病床85床、療養型病床48床）で、リハビリテーションサービスとしては理学療法と言語聴覚療法があった。

2. 調査対象者

対象者は、脳卒中（初発）で緊急入院した患者のうち、急性期からインタビュー調査可能な者とし、発症5日以内に、手術の適応はなく、意識清明、言語コミュニケーションが可能、痴呆がない者（Mini-Mental State Examination (MMS)において、24点以上¹⁶⁾）とした。更に、身体障害がごく軽症の者でなく、比較的長期間にわたって入院の必要が予想される患者を対象とするため、予後予測に関する研究^{17,18)}を参考に、発症5日以内に、Brunnstrom Stage (BRS)において下肢StageⅢ以下、Functional Independence Measure (FIM)において79点以下の者とした。なお、調査期間中に脳卒中の再発や重篤な合併症を起こした者は除外した。また、高齢者は脳

卒中以外の多くの要因が作用することが予想されるため、75歳以上の後期高齢者も除外した。更に、うつ病などの精神疾患の診断を受け薬物投与を受けた者は、薬物による影響が出ることが予想されるため除外した。なお本研究では、片麻痺という身体障害を受けたことにより引き起こされた患者の主観的体験の変化を明らかにするため、調査期間中に病態失認や知的能力低下などの明らかな高次脳機能障害が認められた者は除外した。

3. 調査期間

調査期間は、2000年12月20日～2001年11月7日であった。

4. 対象者抽出の手順

1週間に3～5回、筆者が調査実施施設を訪れ、発症5日以内の患者をチェックし、条件に適合する患者の存在を確認した後、主治医並びに病棟婦長に紹介を依頼した。次に研究依頼書に沿って対象者本人に研究の趣旨を説明し同意が得られ次第、調査を開始した。

5. データ収集方法

データ収集は、脳卒中発症初期の主観的体験を記述した筆者の質的帰納研究¹⁹⁾の結果より作成した半構成質問紙を用いた継続的フォーマルインタビューと、上記の施設で、筆者が対象者と出会った際に交わす日常会話などのインフォーマルインタビューによるものである。半構成質問紙の主な内容は、発症時からの経過、活動、知覚、自己像、状況、関係などに関するものであるが、できるだけ自由に語ってもらうように配慮した。フォーマルインタビューは許可を得て全てICレコーダー（SONY ICD-R200）にて録音し、筆者自身で逐語録を作成した。インフォーマルインタビューは、分析時の結果の解釈のみに利用した。フォーマルインタビューは発症後1週間以内より開始し、1週間以内に1回から2回、3週間までに1週間に2回、その後は1週間に1回、調査実施施設を退院後は、退院後から1ヶ月まで2週間に1回、その後1ヶ月毎に行い、発症後約6ヶ月日まで継続して行った。更に、フォーマルインタビューの際に、日常生活動作の客観的評価のため、同時にFIM測定を実施した。また、対象者の属性、治療内容などの把握のため、診療録から情報を得た。

なお、本調査に先立ち、調査対象基準に該当する脳卒中患者、男女各1名ずつに予備調査を行い、調査方法と内容の修正を行った。

6. 分析方法

データ収集と分析は、Strauss & Corbin²⁰⁾のGrounded Theory法を参考にしながら同時に行った。具体的な分析の

手順は、以下に示す通りである。

- ・インタビュー逐語録を内容が把握できるまで繰り返し読み、文脈を捉えた上で、意味のある文節または文章に分割し、要点を表すコード名を付けた。その際には可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にした。更に、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠など）を添付した。
- ・コード名の中から、対象者の主観的体験と、それに影響を及ぼす要因を表しているものを抽出し、筆者の解釈を加えてコード名の修正を行った。
- ・修正したコード名毎に、類似点と相違点を継続的に比較しながら分類整理し、より抽象的なレベルで名称を付け、カテゴリー化を行った。
- ・事例毎に、カテゴリー同士の関係を対象者の経時的な流れに沿って位置づけした。その際にFIMの経時変化と比較した。
- ・全事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、更に抽象化したカテゴリーを抽出した。
- ・抽出したカテゴリーを構造化し、回復過程における主観的体験を明らかにした。

表1 対象者概要

ID	性別	年齢	麻痺側	病名	MMS	下肢BRS	初回FIM	最終FIM	転院 (発症からの 日数)	自宅退院 (発症からの 日数)	フォーマル インタビュー 回数
1	男	55	左	脳梗塞	28	Ⅲ	69	116	53	144	16
2	男	74	左	脳出血	27	Ⅲ	64	117	—	143	24
3	男	51	左	脳梗塞	30	Ⅲ	79	117	67	81	17
4	男	54	右	脳出血	24	Ⅲ	66	124	—	84	18
5	女	72	右	脳梗塞	24	Ⅲ	79	119	—	111	21
6	男	66	左	脳梗塞	30	Ⅱ	76	121	89	129	19
7	男	64	左	脳梗塞	26	Ⅲ	73	112	36	157	14
8	男	63	左	脳出血	27	Ⅱ	58	124	—	48	14
9	男	74	左	脳出血	24	I	55	100	81	入院中	18
10	女	63	左	脳梗塞	30	Ⅲ	75	125	—	34	13
11	女	57	左	脳出血	28	Ⅲ	76	116	50	122	15
12	女	58	左	脳出血	27	Ⅲ	77	120	70	111	17

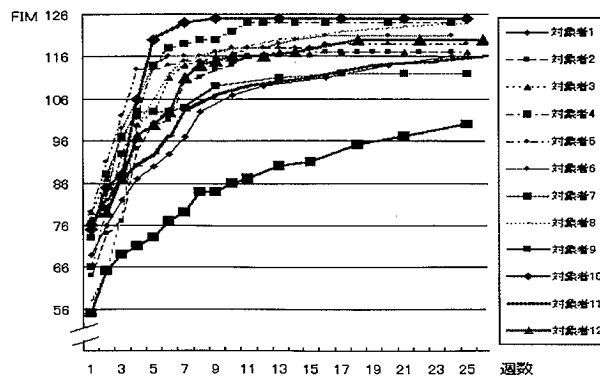


図1 FIMの経過

なお、インタビュー逐語録からコード名を抽出する際に、フィールドノーツ用ソフト（野帳Ver.4.0）を使用し、分割したインタビュー逐語録、コード名、ノートをデータベース化した。更に、データベース化したコード名を分類、整理し抽象化を進める際には、アウトライン・プロセッサ（Kacis Publisher Ver.1.0）を使用した。

7. 厳密性の確保

質的研究経験者の指導を受け、データの分析や結果の評価を受けた。また、調査施設で脳卒中看護経験10年以上の看護師に、分析内容が現実に対応しているか、理解できるかという点について聞き、議論し修正した。更に、筆者の解釈の正確性や妥当性を高めるため、調査対象者全員の調査が終了した時点で、改めて対象者とのインタビューの機会を設け、対象者の話した内容と結果が適合しているかを確認、修正した。

8. 倫理的配慮

対象者に対して、調査依頼時及び調査時に、研究概要、目的、方法、安全性、プライバシーの保護、研究対象者の利益及び看護学上の貢献、同意撤回の自由などを書面と口頭で説明し同意を得た。

結 果

1. 対象者概要（表1）

調査対象者の条件に該当し、研究に参加を依頼したのは30名であった。そのうち、研究を承諾したのは24名であった。その中で、本人の希望による途中辞退者が7名、研究途中で病態失認や知的能力低下などの明らかな高次脳機能障害が判明した者3名、脳卒中が再発した者2名の計12名を除外し、最終的に12名を分析対象者とした。対象者は、男性8名、女性4名、年齢62.6±7.9（mean±SD）歳、病名は脳梗塞6名、脳出血6名、麻痺側は左10名、右2名、全員が右利きであった。調査期間中、7名が長期療養可能な病院に転院したが、調査終了時点においては、1名を除いて全員が自宅に退院していた。

フォーマルインタビュー回数は合計206回、対象者1名平均17.1±3.2回、1回のインタビュー時間は5分から45分であった。

2. FIMの経過

発症直後のFIM（初回FIM）は70.6±8.2点、調査終了時のFIM（最終FIM）は117.6±6.8点であった。調査期間中における各対象者のFIMの経過については（図1）に示す。

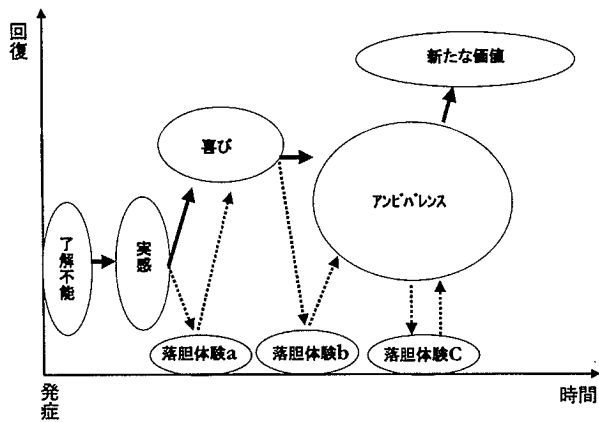


図2 脳卒中患者の回復過程における主観的体験の概念図

3. インタビュー分析結果

対象者のインタビューから、【了解不能】【実感】【喜び】【アンビバレンス】【新たな価値】という変化の局面が見出された。また、複数の局面の中で、一時的に落ち込む【落胆体験】が認められた。この【落胆体験】が発生する局面は3種類あり、それぞれ内容が異なり【実感】にあるものをa、【喜び】にあるものをb、【アンビバレンス】にあるものをcと名称を付けた。これを、時間(横軸)と回復(縦軸)の関係において構造化し、回復過程における主観的体験を捉えると、各局面に時間的順次性が見出された。(図2)

また各局面から次の局面への移行は、それぞれきっかけとなる要因(影響要因)により起こることが明らかになった。

なお、本論において用いる局面概念は、上位から順に【 】〈 〉、各局面の移行の影響要因は[]で示す。また、発言は「 」で、その後()で発言者と発言日(発症からの日数)を示した。

1) 【了解不能】

突然の発症により混乱し、自身の身体に何が起こったのかを理解できない状態で、発症から緊急入院に至るまでのことである。突然の出来事に困惑し、自身の身に起きたことを事実として受け止められない〈戸惑い〉について語られた。対象者たちは、「夢を見るような感じでした」(対象者2:6日目 発症時の振り返り)や「何が何だか分からなくて」(対象者12:6日目 発症時の振り返り)のように、現実感が伴わないことを語った。また、どうしてよいか分からずまどつき困惑した様子を、「周囲が騒ぎ出し、大げさにされて、格好悪いというのばかりで、恥ずかしくて恥ずかしくてね」(対象者6:6日目 発症時の振り返り)と語った。つまり〈戸惑い〉は、事態の重大性に対する認識がなく、周囲の反応に当惑していた。また、突然、身体のコントロールが利かなくなるという、今

まで体験したことのない身体の変化に対し、場合によっては生死の選択を予感するほど大きな〈恐怖〉を訴えた。「これはおかしいと思いながら(中略)これはひょっとしたら頭の病気かもしれないと思ってもう助からん、駄目だと思ったんです」(対象者8:7日目 発症時の振り返り)。この対象者は友人が脳卒中で死亡しており、脳卒中に恐怖心を抱いていた。

2) 【実感】

自己の身体に何が起こったのか分からなかった状態から、現在の自分の置かれている身体の障害を抱えた状況を把握した体験を語ったものである。これは、対象者によって異なるが、救急来院し、診断を受けた時(1日目)からリハビリテーション開始直後(約5日目)の語りであった。対象者は発症後に緊急入院となり、検査の結果を説明されたことにより、発症時の〈戸惑い〉に対してどうして自分がそのような状態になったのかを〈納得〉していた。「ここ(病院)に来て、すぐに輪切りの検査(頭部CT)をしたんです。それでレントゲンを見て先生(医師)が黒いのをさしてこれですと説明してくれたんです。(中略)それで分かりました。ああ、それでこんなになっちゃったのかなと合点いきましたよ」(対象者1:5日目 入院直後の振り返り)。このように医療者からの医学的な[病状説明]によって発症時の〈戸惑い〉から〈納得〉に至っていた。また〈納得〉することは〈恐怖〉を和らげることにもなっていた。そして、当初の〈戸惑い〉という分からない状況から自己の身体に障害を抱えたという〈重大性の認識〉に至っていた。「入院して一晩寝て起きたら、駄目だったんです。手も足も。全然利かなくなって。ああ、これは大変なことになってしまったとその時初めて思ったんです」(対象者5:10日目 入院後、翌朝の振り返り)。これは、突発的出来事の中で緊急入院し、一連の処置や検査が一段落した後に自身の身体状況に意識が向けられ、症状が改善しないどころかむしろ当初考えていたより[症状が悪化]することにより、身体に起こった重大な変化を体感することであった。これはこの事例のように、多くは発症翌朝の睡眠から目覚めた時のこととして語られた。また、「昨日から訓練にいきましたが、手が全然駄目なことが分かりました」(対象者12:5日目)と[リハビリテーション開始]によって身体を動かし、障害を体感することがあった。更に、できると思っていた[日常生活行動に失敗]し〈重大性の認識〉に繋がることがあった。リハビリテーション開始直後に転倒した対象者は次のように語った。「あそこ(部屋のドア)まで行ってみようと思ったんです。でも駄目駄目。歩かれやしない。へばり込んでしまったよ。(中略)まだまだリハビリをだいぶしないと駄目だと思っ

て(対象者1:10日目)。この〈重大性の認識〉が重く受け止められた場合、対象者に落胆体験をもたらしていた。

3) 【落胆体験 a】

落胆体験とは、回復過程において一時的に落ち込む現象である。この落胆体験は発生する局面により a～c の3種類あった。ここでは【実感】局面にある【落胆体験 a】について述べる。これは約5～15日目に語られた。転倒など、できると思っていた〔日常生活行動に失敗〕した際などに、対象者が障害の程度があまりにも重大であることを認識し、〈障害の重さに直面〉することがあった。また「トイレも自分でできないんです。(介助を) お願いするのが気兼ねで、情けないです」(対象者5:15日目) というように、介助される立場になった〈自己の哀れみ〉について、特に女性の対象者を中心に語られた。更に、急性期の治療を終え、リハビリテーションが始まることで、他の患者と接する機会ができ、〔他の患者と比較〕し、自分の障害の方が重症だと感じた者は、〈劣等感〉を語った。このように、自分の置かれた状況が厳しいという認識が生じ、「高血圧の薬を飲んでいなかったのが悪かった」(対象者2:10日目) というように病気以前の不振生だった生活を〈後悔〉する者がいた。そして、「これからどうなるのですか。めどが立ちません」(対象者11:11日目) と、〈将来展望の途絶え〉も語られた。この【落胆体験 a】は、〈障害の重さに直面〉する度合いが大きい時に【実感】とほぼ同時に出現し、〈劣等感〉はリハビリテーション開始直後に見受けられた。一方、この局面で落胆体験のない者は〔他の患者と比較〕した際に「僕は話もできるし軽かったんじゃないかと思います」(対象者6:10日目) と、〈障害の重さに直面〉することなく状況を肯定的に捉え〈劣等感〉を表すことがなかった。そして、この【落胆体験 a】から立ち直った局面が【喜び】である。

4) 【喜び】

障害を【実感】し、リハビリテーションに取り組む中で、機能や動作の改善に満足し、回復への期待を抱くことである。約10～30日目に語られた。「全然動かなかった指が今朝から少し動くようになったんです。この調子でいけばいいんじゃないかと思いますよ」(対象者1:20日目) や、「今日の訓練、すごくよかったです。歩けたよ。手すりを持ってだけどね。よかった。安心したよ」(対象者3:13日目) というように、〔身体機能の改善感〕によって〈回復の実感〉が語られ、また、「歩けるようになったのでトイレにも行けてうれしいです」(対象者10:15日目) と、〔日常生活動作の再獲得〕により喜びを表現する語りがあった。これらには「訓練を頑張ったのでよくなりました。やれば

やるだけよくなるので訓練の時間が待ち遠しいです」(対象者5:25日目) という語りに代表されるように、〔努力の報い〕が目に見える結果として現われることが影響していた。更に、〈回復の実感〉が得られることにより、「歩けるようになると思います。頑張ります」(対象者11:27日目) と、【落胆体験 a】で〈将来展望の途絶え〉を語った者が逆に〈将来展望の開き〉について語った。この局面では「毎日自主トレをしているんですよ。廊下で歩く訓練をね。歩くのがうれしくて頑張っています」(対象者4:20日目) というように、意欲的にリハビリテーションに取り組む姿勢が語られた。なお、【落胆体験 a】で落ち込みの度合いが大きい対象者ほど、逆に【喜び】が強く語られていた。

5) 【落胆体験 b】

【喜び】の局面において、順調に経過していた機能や動作の改善が以前のように順調でなくなり、落ち込む現象である。これはFIMの上昇が緩やかになる時期に対応しており、出現時期に個人差があるが、約20～40日目に語られた。「歩く訓練をしているのに、(入院してから)もう1ヶ月になるのにいっこうに歩けない。ここのところ変わらないんです。1ヶ月でこれぐらいかこの先考えちゃいますよ」(対象者1:30日目) という〔身体機能改善の停滞感〕や「先生(PT)にまだ歩けるまで時間がかかると言われた。連休明けに帰ろうと思ったがこれでは駄目だよ」(対象者3:20日目) という、〔医療者の予後予測〕によって当初立てた予定に狂いが生じ、〈将来展望の修正〉を迫られることが語られた。また、「自分はまだ51歳なのにこんな病気になってしまった。まだ年金ももらえないんだよ」(対象者3:27日目) や、「年ですから。若い人のようにはいかないんですかね。若いもんはどんどんよくなっていくのに駄目だね」(対象者9:40日目) というように〔他の患者と比較〕することによる〈劣等感〉を語った。この〈劣等感〉は、【落胆体験 a】にもあったが、【落胆体験 a】では単に障害が重症だという外見から〔他の患者と比較〕したものであるのに対し、【落胆体験 b】では外見上の比較に加えて、社会的状況などの比較を行った上で捉えられるものであった。これは時間が経過することによって徐々に状況について理解が深まるためでないかと推測された。【落胆体験 a】と同じく〈後悔〉についても語られたが、ここでは、病気以前の生活に関することに加えて、「すぐに救急車を呼んでいたらよかったです。少し様子を見ていたからこんなに重症になってしまったんです」(対象者7:37日目) と、発症直後の対応について悔やむ語りが見受けられた。そして、【落胆体験 b】から立ち直った際には、【アンビバレンス】という局

面に移行することが認められた。

6) 【アンビバレンス】

【喜び】から【落胆体験b】という局面を経て、肯定的要素と否定的要素が相反した錯綜する現象である。【落胆体験b】のない対象者であっても、【喜び】の後に落胆体験とまでは言えない軽い落ち込み傾向があり、このような現象が確認できた場合、この局面に移行したものと判断した。この局面は、FIMの上昇が緩やかになる時期にほぼ対応しており、出現時期に個人差があるが、約35～50日目から語られはじめた。「足はだいぶよくなりました、でも手が全然変わらなくて」(対象者6:42日目)というように、機能改善の実感が掴める部分と掴めない部分の認識があり〈回復の期待と不安〉を語った。また、「先生(PT)も見舞いに来てくれた人もよくなったと言って褒めてくれるんですが、自分としてはまだまだです」(対象者2:36日目)と、〈他者と自己の評価のギャップ〉について語った。更に、「今のリハビリで本当によくはなるんですかね。先生(PT)を信頼して頑張っているんですが、毎日同じことをやっていて、時間もたった1時間でしょ。でも、今やめたら駄目でしょうし、これでいいんですかね」(対象者4:37日目)と、〈医療サービスへの期待と不満〉について語った。これらは【身体機能改善の停滞感】によってもたらされ、肯定と否定が複雑に入り混じった葛藤の体験をする中で、否定的な側面が強く出現した時に【落胆体験】となっていた。

7) 【落胆体験c】

入院後初めて外泊した際に「全然駄目でした。病院の中のようにうまくできませんでした。買い物にも行きましたが人混みが恐ろしかったです。何もできませんでした。まだまだです」(対象者5:73日目)と【外に出る】ことで〈障害の重さの再認識〉をしていた。また、痛みやしびれなどの【新たな症状の出現】によって「進歩してません。逆に悪くなっているような気がします。前の方がよかったような気がします」(対象者2:62日目)と、〈後退感〉を語る者もいた。また、特に生産年齢で有職の対象者を中心に、職場復帰への【焦り】から「もう駄目だ。いくら頑張っても止まってしまった。このまま治らないのかもしれない。まいったね」(対象者4:46日目)や、「やってもやっても指が全然進まない。こんなんじゃ受話器が取れないから仕事ができないよ」(対象者3:43日目)といった、〈努力が報われない苛立ち〉が語られた。この【落胆体験c】の影響要因は、外泊や退院の時期や対象者の置かれた状況と関係しており、各対象者の入院中の経過によって異なるため、出現時期の個人差は大きかった。また、【落胆体験a】と【落胆体験b】か

ら立ち直った際には次の局面に移行することが認められたが、【落胆体験c】は次の局面に移行するのではなく、【アンビバレンス】の局面の中で肯定と否定の体験を繰り返す葛藤状態であった。

8) 【新たな価値】

最終局面で【アンビバレンス】な状態から、障害をより肯定的に捉え、障害に【新たな価値】を獲得するに至る。この局面へ移行する時点では、FIMの変化はほぼプラトーの状態にある。そのため、この移行には、他の局面への移行の際よりも、機能や動作の変化とは別の要因が強く影響していた。「ものが言えんようになった人も、足が立たんようになった人もいっぱいいるので、それを思うとわしの場合、右手も利くし軽くて助かったと思います」(対象者2:111日目)や、「この年でこの病気になってよかったです。年金生活ですからお金もそんなに困りませんし。〇〇さんなんかかわいそうですよ。働き盛りでね。その点自分は恵まれていたと思います」(対象者6:79日目)など、同じ病気の【他の患者と比較】することによって自身の障害の〈肯定的側面への気づき〉が語られた。また、夫が脳卒中後遺症患者である対象者は「今回、主人の気持ちがよーく分かりました。主人もつらかったんだなと言うのが分かりました」(対象者5:77日目)と語り、また「病気になって夫婦で健康に注意するようになりました。毎日一緒に歩いて、血圧も毎日測って塩分も控えています。おかげで女房の血圧も下がったんですよ」(対象者4:140日目)など、障害によって得られた利益を発見し〈障害に感謝〉することが語られた。これは【家族や医療者のサポート】が影響していた。更に、対象者3は、73日目には「完全に治して家に帰る」と、目標を語っていたが、最終調査の193日目には「もう大丈夫。あれだけ頑張ったんだから。これだけでできればいいよ。100%元に戻るわけないんだから」と語り、今までの【努力に対する満足感】が得られたことにより当初の〈目標の下方修正〉に至っていた。

なお、本研究においては対象者全員が【アンビバレンス】までで到達していたが、【新たな価値】への移行に至ったのは、12名中10名であり、対象者1と対象者9は調査終了時点において【新たな価値】への移行は認められなかった。対象者1は、「わしの人生、つまらんようになりました」(174日目)と、【新たな価値】を見出せないでいたが、これは、発症前後に失業、離婚など、人生においてダメージを与えられる大きな出来事が重なり、また家族のサポートも得られず、更に経済的不安なども重なり、【新たな価値】へ移行の影響要因がないためと判断した。一方、対象者9は、他の対象者に比べFIMが低得点で推移しており、機能や動作の障害が他の

対象者よりも重症であることが影響していると判断した。

4. 落胆体験発生頻度の違いにみたパターン分類

対象者によって a～c の3つの【落胆体験】の発生頻度に違いがあり、次のように①～⑤の5つのパターンに分類できた。

パターン①	a と c が存在	対象者 1, 2, 5, 11, 12
パターン②	a のみ存在	対象者 7, 8, 9, 10
パターン③	c のみ存在	対象者 4
パターン④	a, b, c 全て存在	対象者 3
パターン⑤	落胆体験なし	対象者 6

考 察

本研究の結果、脳卒中患者の回復過程には、【了解不能】【実感】【喜び】【アンビバレンス】【新たな価値】という局面を移行していくプロセスの中に、発生時期の異なる3種類の【落胆体験】があり、その発生頻度の違いから回復過程には5種類のパターンが認められた。従来からの障害受容に関する理論は、いずれもショックから始まり落ち込みを経て適応に至るプロセスとされ、本研究結果の各局面と比較的類似している。本研究結果では、各局面の影響要因や関係性について明らかにしたこと、【落胆体験】の発生時期の違いから回復過程には5つのパターンがあることを明らかにしたことが新たな知見である。

この【落胆体験】は、従来からうつ状態に関する研究として多く取り上げられ、そこでは、主にリハビリテーションを妨げる大きな要因になるため、避けるべきものであると述べられてきた²¹⁾。しかし本研究においては【落胆体験 a】と【落胆体験 b】から立ち直った際には、元の局面に戻るのではなく次の局面に移行することが明らかになった。つまり、回復を妨げるのではなく、逆に促進する契機となっているものと考えられた。例えば【落胆体験 a】では、その要因の一つとして、転倒などの日常生活行動の失敗があった。従来、転倒は骨折などの損傷を与えることが多く、それにより寝たきりの原因となることもあり、骨折予防のために転倒防止は重大な課題である。また、骨折などの損傷がなくとも、転倒経験が自信を失わせ、その後の不安感や恐怖心をもたらす^{22,23)}と否定的見解が主に述べられてきた。しかし、高山²⁴⁾は、このような転倒のおそれのある危険行動は、障害を認識するための機会になると述べている。また、筆者²⁵⁾も、脳卒中片麻痺患者の危険行動の実態について分析し、転倒後は落ち込む感情があったが一時的なものであり、転倒などの危険行動によって自己の現状の障害程度が把握され、リハビリテーションのモチベーションが高められ

る可能性について報告した。つまり、日常生活行動の失敗によって落胆した場合、自らを見つめ直し、新たな道を模索する機会になるのではないかと考えられた。更に、【落胆体験 a】においては、落ち込みの度合いが大きい対象者ほど障害を重く受け止めており、反動として起こる身体機能の改善感が得られた際の【喜び】が強く語られることがあった。ゆえに、【落胆体験】のマイナス面のみを強調する従来の捉え方だけでなく、これを回復過程が促進する可能性のある局面と捉え、それを支える看護援助の必要性が示唆された。

次に、FIMと回復の関係について述べる。FIMは、ほとんどの事例において、初期には急激に上昇したが徐々に緩やかになり、最終的には発症前の状態に完全には戻らず、プラトーに至っていた。一方、各局面との関係では、FIMが順調に上昇する時は【喜び】であり、改善が緩やかになる時には【アンビバレンス】、プラトーになってから【新たな価値】が出現していた。Doolittle^{9, 10)}は身体の機能や動作の改善のペースが落ち、プラトーの状況に至ることで脳卒中患者は落ち込みと苛立ちを体験すると報告している。本研究でも【喜び】と【アンビバレンス】の間に【落胆体験 b】があり、同様の現象があった。従って、回復の局面の移行は、身体の機能や動作の変化と密接な関連があり、FIMなどの客観的な指標の変化を捉えることは、脳卒中患者の回復を理解する上で不可欠であると考えられた。しかし、【アンビバレンス】から【新たな価値】への移行の際は、FIMの得点の変化はほとんどないにもかかわらず、局面の移行があった。このことより、客観的な身体の機能や動作の変化のみの観察では十分患者を捉えることはできず、主観、客観の両側面から患者を捉える看護援助の必要性が示唆された。

最後に、回復に影響を及ぼす要因について述べる。影響要因は、回復過程に沿って様々なものが複雑に絡み合っていた。その中でも特に、同じ病気の他の患者の存在はいくつかの局面で関係していた。自身より早期に発症した同じ病気の患者は、彼らにとって病気の先輩であり、自分の将来のモデルという意味を持っていたと考えられる。発症初期の段階では、対象者の不確かさの度合いは大きく¹³⁾、リハビリテーション室で同じ病気の患者を見た際には、同じような状況にいる者ということで強く関心を示す。それから、自分の将来を想像し、可能性を見つけ、新たな展望を見出そうとしていたと考えられた。また、彼らにとって同じ病気の患者は同士という意識があるが、一方では常に比較の対象であり、自身の回復の指標ともなっており、最終局面では同じ病気の患者と比較し、自身の状況に優越感を表すことで、新たな価値を獲得していた。このように、同じ病気の患者の存在は、対象者にとって様々な意味合いを持つ大きな存在であ

り、患者同士の交流を支えるケアの重要性が示唆された。また、最終局面は、【新たな価値】を獲得することであったが、これは、従来の障害受容の概念として述べられてきた「価値の転換」⁵⁾と類似した結果となった。しかし、本研究では、同じ病気の【他の患者と比較】することや【家族や医療者のサポート】、それに【努力に対する満足感】という要因によってもたらされることを明らかにすることができた。ただ、この局面への移行時期は個人差が大きく、この局面に至らない対象者もあった。同じ病気の【他の患者と比較】することは、前述したように発症早期から行われているが、その内容は時間的経過により変化するものであった。また、【努力に対する満足感】は、回復過程で落胆を体験しながらリハビリテーションに勤しむ中で得られるものである。更に、【家族や医療者のサポート】は、回復過程を通して継続的に行われるものである。つまり、これらの要因は長い時間をかけて修正が加えられて得られる性質のものであると考えられ、この変化の局面の時期には、ばらつきが出るものと考えられた。しかし、時間をかければ全ての患者が最終局面に至るわけではなく、臨床においては【アンビバレンス】の状態を経過していく対象者も多く見受けられるのが事実である。以上のことから、脳卒中患者の回復過程においては、発症からの経過を十分理解し、最終局面が得られない患者にはどのような問題点があるのかを吟味し、影響要因を促す関わりによって回復を促進する看護が展開できるものと考えている。

研究の意義と限界

本研究では、従来ほとんど明らかにされてこなかった脳卒中患者の経時的な回復過程における主観的体験を、日常生活動作の客観的評価であるFIMの変化と共に分析したため、臨床において脳卒中患者の回復過程を理解するための一助になると考える。更に回復に影響を及ぼす要因の検討も行ったため、これを用いた看護援助方法の開発が見込まれる。

そして今後の課題としては、更に検討を重ね洗練することと、今回導かれた結果の検証がある。その上で、多くの対象者の様々な属性別の比較が必要である。

一方、限界としては、1施設で行った調査のため、結果が偏っていることが考えられる。また本研究では発症直後からインタビューが可能な患者を対象にしたため、脳卒中全体では比較的軽症者を対象としたと言わざるを得ない。本研究において、他の事例よりFIMが低得点で推移した事例が最終局面まで至らなかったことから、重症度の違いによって異なる結果が出る可能性がある。従って、今後は、発症直後にはインタビューが不可能であるが、時間の経過と共にインタビューが可能となるよう

な、より重症の患者を対象とした、回復期から維持期にかけての調査を予定している

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、調査実施施設の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、財団法人日本科学協会の笹川科学研究助成を受けた。

本研究の一部は、第21回日本看護科学学会学術集会で発表した。

文 献

1. 酒井郁子, 佐藤弘美, 遠藤淑美 他: 脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺領域. 臨床看護研究の進歩, 10: 10-21, 1998
2. Cohn, N.: Understanding the process of adjustment to disability. *Journal of Rehabilitation*, 27: 16-18, 1961
3. Fink, S.: Crisis and motivation; A theoretical model. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 48 (11): 592-597, 1967
4. Kubler-ross, E.: *On Death and Dying*. Macmillan, New York, 1969 (川口正吉訳: 死ぬ瞬間, 読売新聞社, 東京, 1971)
5. 本田哲三: 障害受容. 渡辺俊之, 本田哲三 (編): リハビリテーション患者の心理とケア. p.14-25, 医学書院, 東京, 2000
6. Doolittle, ND.: *Stroke Recovery: Review of the Literature and Suggestions for Future Research*. *Journal of Neuroscience Nursing*, 20 (3): 169-173, 1988
7. American Nurses Association: *Nursing's Social Policy Statement*. 1980 (小玉香津子, 高崎絹子訳: 今改めて看護とは, 日本看護協会出版会, 東京, 1984)
8. American Nurses Association: *Nursing's Social Policy Statement*. 1995. (小玉香津子訳: 看護はいま: ANAの社会政策声明. 日本看護協会出版会, 東京, 1998)
9. Doolittle, ND.: *Clinical Ethnography of Lacunar Stroke; Implications for Acute Care*. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23 (4): 235-240, 1991
10. Doolittle, ND.: *The Experience of Following Lacunar Stroke*. *Rehabilitation Nursing*, 17 (1): 122-125, 1992
11. 大川貴子: “看護者の行為”に対する患者の認知. *看護研究*, 28 (2): 21-38, 1995
12. 藤田佐和, 森口美奈, 小笠原充子: 身体に不自由な障害を持ち生活再編に向かう人の経験世界. *高知女子大学紀要 (自然科学編)*, 45: 137-152, 1997
13. Marita, B., Kerstin, L. and Bengt, F.: *Patiens' conceptions of*

- their life situation within the first week after a stroke event ; a qualitative analysis . *Intensive and Critical Nursing*, 12 : 285-294, 1996.
14. Dowswell, G., Lawler, J. and Dowswell, T. et al. : Investigating recovery from stroke ; a qualitative study. *Journal Clinical Nursing*, 9 (4) : 507-15, 2000
15. Burton, CR. : Living with stroke : a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2) : 301-309, 2000
16. 森 悦郎 : 神経疾患患者における日本語版Mini-Mental State テストの有用性. *神経心理学*, 1 : 82-90, 1985
17. 二木 立 : 脳卒中患者の障害の構造の研究 (第1報) 片麻痺と起居移動動作能力の回復過程の研究. *総合リハビリテーション*, 11 : 465-476, 1983
18. Alexander, MP. : Stroke Rehabilitation Outcome-A Potential Use of Predictive Variables to Establish Levels of Care. *Stroke*, 25 : 128-134, 1994
19. 百田武司 : 脳卒中片麻痺患者の身体感の記述的研究. 広島大学大学院修士論文, 1998
20. Strauss, A. and Corbin, J. : *Basics of Qualitative Research*, Sage Publications, Newbury Park., 1990 (南裕子監訳 : 質的研究の基礎. 医学書院, 東京, 1999)
21. 伊藤栄一, 奥田 聡 : 各種精神疾患に伴う精神症状の特徴と対策:脳血管障害. *老年精神医学*, 9 : 605-613, 1998
22. Murphy, J. and Isaacs, B. : The post-fall syndrome ; A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 28 (4) : 265-270, 1982
23. Vellas, BJ., Wayne, SJ. and Romero, LJ. et al. : Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and ageing*, 26 (3) : 189-193, 1997
24. 高山成子 : 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究. *日本看護科学会誌*, (17) : 1-7, 1997
25. 百田武司, 片岡初代, 鈴木博士 他 : 脳卒中片麻痺患者の危険行動の実態と評価. 第4回日本病院脳神経外科学会抄録集 : 128, 2001

The subjective experience of the recovery process for stroke patients : From acute to recovery period

Takeshi Hyakuta¹⁾ and Masayuki Nishiki²⁾

1) Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Hiroshima University

2) Division of Nursing, Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Hiroshima University

Key words : 1. stroke 2. subjective experience 3. nursing

The purpose of this research is to clarify recovery subjective experiences of stroke patients.

Qualitative inductive research was performed using Grounded Theory as a reference. The subjects of the study were twelve patients who were urgently admitted to the hospital for seizures associated with stroke (first incidence) at 74 years of age or younger, who had a score less than FIM79 immediately after being admitted to the hospital, and who were able to verbally communicate without dementia. Interviews were consistently performed from within 1 week of the occurrence of the stroke for approximately 6 months.

The results of the study showed that there were a total of 5 patterns of recovery based on changes in the aspects of "lack of comprehension", "actually feeling", "happiness", ambivalence", and "new values", as well as the timing and frequency of periods of temporary despondency during each of these aspects.

Conventionally, bouts of despondency have been considered a negative factor that hinders rehabilitation, but in this study, it was seen that after overcoming a bout of despondency, the patient not only recovered to the original level, but was able to proceed to a new level. Therefore, bouts of despondency can be perceived as an opportunity to promote recovery and suggest the need to support that opportunity with nursing care.