

【原 著】

脳卒中患者の維持期における体験

百 田 武 司*

【要 旨】

本研究の目的は、脳卒中患者が維持期にどのような体験をしているのかを明らかにすることである。研究は、質的帰納的に継続的比較分析し、研究対象者は男性 21 名、女性 4 名の計 25 名、年齢は 63.8 ± 6.7 歳、FIM は $115.7 \pm 6.5/126$ 点であった。分析の結果、脳卒中患者は維持期において、【リハビリテーション】に取り組むことが体験の中心にあり、【慣れる】という比較的ポジティブな体験と、【もどかしい】という比較的ネガティブな体験の中で揺れ動いていた。【慣れる】からさらにポジティブな【脳卒中の産物への気づき】という体験と、逆に【もどかしい】から、さらにネガティブな【落胆】という体験も確認できたが、いずれも段階的に変化するのでなく、回復過程の中で揺れ動いていた。これらの体験は、【リハビリテーション継続要因】と関連していた。

【キーワード】 脳卒中、維持期、体験

I 緒 言

脳卒中は、日本人の死亡原因の第 1 位を占めていたが、1960年代後半から減少した。しかしながら、現在でも第 3 位を占め、2007年の死亡者数は年間約 13万人である（厚生統計協会、2008, p49）。加えて、脳卒中は、寝たきり原因の約 30% であり（Liu, Chino, and Takahashi, 2000）、また、要介護状態になった主な原因の 27.4% を占め（厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室、2007）、さらに、訪問看護ステーション利用者の 33.4%（介護保険法による）をも占め（厚生労働省大臣官房統計情報部、2005）、いずれも第 1 位である。脳卒中の患者総数は、年々増加傾向にあり（厚生統計協会、2008, p82）、全国で脳卒中患者数は約 170 万人と推計され（Liu et al. 2000）、2020年には 288 万人に達すると言われている（鈴木、2006）。このことから、脳卒中により障害を残したまま生活していく人々は多く、着実に増加していると言える。

一方、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す。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（酒井、佐藤、遠藤、山本、末永、小川、1998）。特に障害受容に関しては、これまで Cohn (1961) や Fink (1967) 等の理論、あるいは Kubler-ross (1969/1971) の死の過程に関する理論等が紹介され、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段階的な過程である。しかしながら、これらの理論に対して、その結論がどのようにして抽出されたのか不明なこと、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、さらに脳卒中等の中脳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等の批判がある（Trieschmann, 1986; Rohe, 1993; 本田, 2000）。また、Doolittle, (1988) 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見た客観的なものであり、患者の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に続いて新たな社会政策声明を出した。その変化の一つは、看護師が関心を持つ現象として、新たに患者の体験に着目することの重要性を指摘したことであ

* 日本赤十字広島看護大学 hyakuta@jrhcnc.ac.jp

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、患者の体験に焦点を当てた研究が考えられる。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。

1990年頃より、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（Doolittle, 1991, 1992；大川, 1995；Backe, Larsson, and Fridlund, 1996；藤田, 森口, 小笠原, 1997；高山, 1997,）。これらによって、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。しかしながら、これらの研究で明らかにされた体験の内容は、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いる。従って、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と考えた。

そこで筆者は、脳卒中患者の回復過程における体験の変化を明らかにするために、インタビュー調査と共に、客観的に日常生活動作を測定し分析した（百田, 西亀, 2002；百田, 2003）。これにより、脳卒中患者の、急性期から回復期にかけての体験の変化と、それに影響を及ぼす要因を明らかにすることができた。そこで、次の段階として、脳卒中患者の維持期における研究が必要性的について検討していたところ、近年、脳卒中患者の維持期における体験について報告された（細田, 2006；倉石, 2007）。しかしながら、これらの研究においても、医学的見地に基づく客観的な障害の程度に関するデータが欠如しており、結果の一般化が困難と考えられた。さらに、倉石（2007）の研究は、対象者が少なく、結果が飽和状態に達したとは言い難かった。

そこで本研究においては、脳卒中患者が維持期にどのような体験をしているのかを明らかにすることを目的とし、そのために、結果を可能な限り一般化するために、対象者の選定に限定した客観的基準を設定し、さらに、質的データの理論的飽和の確認を行うこととした。

II 用語の操作上の定義

脳卒中治療ガイドラインによると、急性期、回復期、維持期という時期の区分について、科学的な根拠はないとされている（脳卒中合同ガイドライン委員会, 2004）。そこで、本研究で用いる「維持期」とは、

「急性期治療と回復期リハビリテーションの終了により退院した以降の期間」と定義した。

III 研究方法

本研究では、十分な検討がなされていない脳卒中維持期患者の体験を明らかにすることを目的としているため、研究デザインは質的帰納的研究とした。

1. 調査実施施設

A病院（脳神経外科・脳神経内科を中心とする救急指定病院）の外来で行った。

2. 調査対象者

対象者の基準を、A病院に外来通院している維持期の脳卒中患者のうち、ADLが修正自立程度〔Functional Independence Measure（以下、FIM）において108～125／126点（Granger, 1986／1991）〕の者とした。なお、意識障害がある、言語によるコミュニケーションが不可能である、75歳以上の後期高齢者である、うつ病等の精神疾患の診断を受け薬物療法を受けている、認知症等知的機能低下〔Mini-Mental State Test（以下、MMS）において、23／30点以下（森, 1985）〕の者は除外した。

3. 調査期間

2007年5月～2008年8月であった。

4. 対象者抽出の手順

条件に適合する患者をA病院の外来師長並びに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。

5. データ収集方法

データ収集は、筆者の先行研究（百田, 西亀, 2002；百田, 2003, 2007）により、独自に作成した半構成質問紙を用いた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、関係等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。インタビューは、対象者1名につき2回以上行った。2回目以降のインタビューでは、前回のインタビューで対象者の話した内容と分析結果が適合しているかの確認を中心とした。インタビューは許可を得て、全て録音し、逐語録を作成した。インタビューの実施と逐語録の作成は、研究期間中、一貫して筆者が1人で実施した。さらに、1回目のインタビューの際に、日常生活動作の客観的評価のため、FIMの測定を実施した。また、対象者の属性、MMS、治療内容等の把握のため、診療録から情報を得た。

6. データ分析方法

データ収集と分析は同時に行った。まず、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。さらに、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠等）を添付した。次に、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を行い、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。そして、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、さらに抽象化したカテゴリーを抽出し、脳卒中患者の維持期における体験を明らかにした。

7. 分析結果の厳密性の検討方法

調査によって得られた分析結果の厳密性の検討のため、(Lincoln & Guba, 1985; Guba & Lincoln, 1989)を参考に、メンバーチェックを採用した。具体的には、対象者へのインタビューは2回以上行い、2回目以降のインタビューで、前回のインタビューで対象者の話した内容と、研究者の分析結果が適合しているかを確認し、修正した。さらに、研究としてのconsistency(一貫性)とconfirmability(確認可能性)を確保するため、脳卒中看護経験10年以上の看護師2名との間でpeer debriefing(専門家間審議)を行った。

8. 理論的飽和の確認方法

分析は、継続的比較を行い、理論的飽和に達していると判断できた時点で、新たな対象者へのインタビューを中止した。理論的飽和については、分析において新たな概念の抽出が見られなくなった時点から、さらに数名のインタビューと継続的比較分析を続け、検証を行った上で、最終的な理論的飽和を判断した。

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医療・看護学上の貢献、同意撤回の自由等を書面と口頭で説明し同意を得た。また、インタビューは全て個室で行った。さらに、研究開始前に、A病院における倫理委員会において、倫理面に関する審査を受け、承認を得た。

IV 結 果

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体験を明らかにするため、対象者の条件を限定して、質的帰納的に継続的比較分析を行った。

1. 対象者選定までの経緯

調査対象者の条件に該当し、研究に参加を依頼したのは36名であった。そのうち、研究を承諾したのは30名であった。その中で、FIM: 107/126点以下の者1名、言語による聞き取り困難な者2名、対象者本人の希望による途中辞退者が2名の計5名を除外し、最終的に25名を分析対象者とした。

2. 理論的飽和の確認

分析対象者20人目で新たな概念の抽出が見られなくなったが、さらに5名のインタビューと継続的比較分析を続け、検証を行った上で、最終的な理論的飽和と判断した。

3. 対象者の背景

研究対象者は男性21名、女性4名、年齢は、 63.8 ± 6.7 歳 (mean \pm SD, 以下同じ)、FIMは、 115.7 ± 6.5 /126点であった。病名は、脳梗塞13名(うち再発3名)、脳出血12名、麻痺は、左麻痺14名、右麻痺11名、全員右利きであり、発症後年数は 5.2 ± 3.4 年であった。インタビューは対象者1名あたり 2.4 ± 0.5 回、 97.6 ± 37.1 分実施した。対象者の背景は表1に示した。

4. インタビュー分析結果

対象者のインタビューから、脳卒中患者の維持期における体験として、【リハビリテーション】【慣れる】【もどかしい】【脳卒中の産物への気づき】【落胆】【リハビリテーション継続要因】という、6つのカテゴリーが見いだされた。下位のカテゴリーについての詳細は、表2に示した。

脳卒中患者は、維持期において、【リハビリテーション】に取り組むことが体験の中心にあり、【慣れる】という比較的ポジティブな体験と、【もどかしい】という比較的ネガティブな体験の中で揺れ動いていた。【慣れる】からさらにポジティブな【脳卒中の産物への気づき】という体験と、逆に【もどかしい】から、さらにネガティブな【落胆】という体験も確認できたが、いずれも段階的に変化するのではなく、回復過程の中で揺れ動いていた。これらの体験は、【リハビリテーション継続要因】と関連していた。カテゴリー間の関係を図1に示した。なお、【リハビリテーション】【慣れる】【もどかしい】【リハビリテーション継続要因】の4つのカテゴリーは、全ての対象者に確認された必在するものであ

表1 対象者の背景

対象者	性別	年齢	診断名	麻痺側	その他の 症状	発症後 年 数	FIM (126点満点)	インタビュー 回数	インタビュー 合計時間(分)
1	女	70	脳梗塞	右	構音障害	6.0	117	3	85
2	男	73	脳出血	右		4.0	112	3	160
3	男	54	脳出血	右		2.3	125	3	125
4	男	68	脳出血	右	失語症	10.0	108	3	155
5	男	60	脳梗塞(再発)	左		1.3	125	2	95
6	男	61	脳出血	右	構音障害	4.0	120	3	90
7	男	62	脳梗塞	左		5.8	119	3	170
8	男	54	脳出血	左		1.6	115	2	85
9	男	74	脳梗塞(再発)	右	構音障害	13.7	118	2	65
10	男	71	脳出血	右		5.6	112	2	75
11	男	61	脳出血	左	構音障害	6.8	116	2	70
12	男	61	脳梗塞	右	失語症	3.6	108	2	80
13	男	74	脳梗塞	左		5.5	119	3	125
14	女	74	脳梗塞	左	構音障害	10.7	108	3	130
15	男	60	脳梗塞	左		9.2	123	2	140
16	男	59	脳梗塞	左		1.6	110	2	45
17	男	67	脳梗塞	右		11.9	109	2	100
18	男	69	脳梗塞(再発)	左		5.2	108	2	55
19	女	54	脳出血	左		5.9	108	3	135
20	男	73	脳出血	左		3.8	109	2	75
21	男	60	脳梗塞	右	失語症	2.1	125	2	60
22	男	63	脳梗塞	右	構音障害	1.7	120	2	140
23	女	60	脳出血	右	失語症	2.5	126	2	55
24	男	58	脳出血	右	失語症	3.0	108	2	45
25	男	55	脳出血	右		2.6	124	2	80

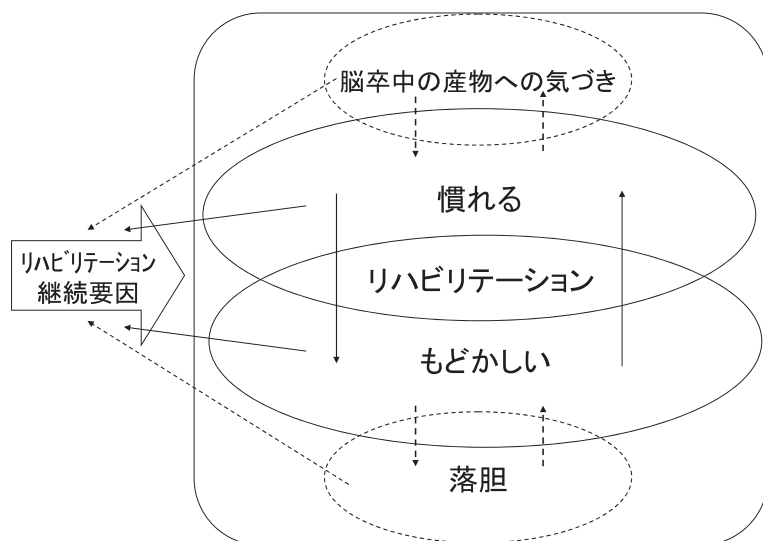


図1 脳卒中患者の維持期における体験 結果図

(注釈：実線は必在するもの、点線は時に存在するものを示す)

表2 脳卒中患者の維持期における体験

1) リハビリテーション

(1) サービスの利用

- ①通所リハビリテーション
- ②地域のリハビリテーション教室
- ③メディカルフィットネス
- ④鍼灸院

(2) 自分で行う

- ①散歩
- ②階段昇降
- ③体操

(3) 生活自体

- ①歩行
- ②外出
- ③更衣
- ④他者と話す
- ⑤車の運転

(4) 仕事や趣味

- ①家事
- ②パソコン
- ③庭仕事
- ④編み物
- ⑤カラオケ

2) 慣れる

- (1) 麻痺側の不快な症状が気にならなくなる
- (2) 疲労感の軽減
- (3) 工夫してできるようになる
- (4) 身体動作がスムーズになる
- (5) リハビリテーション効果の実感
- (6) リハビリテーションの達成感
- (7) 他者に理解してもらえる
- (8) 同病者に仲間意識
- (9) 他の患者に同情・優越感
- (10) 行動範囲の広がり
- (11) リハビリテーションサービスに納得
- (12) 発病は運命と思える
- (13) 発病に納得
- (14) 改善へのこだわりの消失

3) もどかしい

- (1) 麻痺側の不快な症状
- (2) 不眠
- (3) 集中力の低下
- (4) 易疲労感
- (5) 思い通りにならない身体
- (6) ぎこちない身体
- (7) リハビリテーション効果が実感できない
- (8) リハビリテーション努力が報われない
- (9) 悪化の自覚
- (10) 他者の視線を意識
- (11) 他者に理解してもらえない
- (12) 疎外感
 - ①世間からの疎外
 - ②同病患者からの疎外
- (13) 劣等感
- (14) 行動範囲の縮小
- (15) 不十分なリハビリテーションサービス
- (16) 再発の気がかり

4) 脳卒中の産物への気づき

- (1) 発病前の苦痛からの開放
- (2) 発病前より調子のよい身体獲得
- (3) 障害に糧を見いだす

5) 落胆

- (1) 発病したことに納得できない
- (2) 後悔
 - ①生き延びたことに後悔
 - ②今までのリハビリテーションの取り組みに後悔
 - ③発病前の生活習慣に後悔

6) リハビリテーション継続要因

- (1) 楽しみ
- (2) 楽になる
- (3) 習慣
- (4) 障害の査定
- (5) 今を維持
- (6) 障害改善への期待
- (7) 不快な症状改善への期待
- (8) やらざるを得ない

たが、【脳卒中の産物への気づき】【落胆】は、必在するものでなく、時に存在するものであった。カテゴリー間の関係を図1に示した。

以下、カテゴリーは上位から【 】, 〈 〉, []で示し、発言は「 」で、発言の補足は(), その後《 》で発言者を示した。

1) 【リハビリテーション】

【リハビリテーション】とは、対象者の体験の中心にあり、対象者が取り組んでいるもので、〈サービスの利用〉〈自分で行う〉〈生活自体〉〈仕事や趣味〉で構成されていた。

例えば、〈サービスの利用〉は、[通所リハビリテーション]や[地域のリハビリテーション教室]等、既存の社会資源を利用することである。〈自分で行う〉は、社会資源を利用するのではなく、自ら意識的に時間をとって[散歩]、[階段昇降]等を行うことである。〈生活自体〉は、社会資源を利用したり、自ら意識的に時間をとったりするのではなく、日常生活を送る中で、[歩行]、[車の運転]等をするのが、結果として【リハビリテーション】となっていることである。「今は、(車)乗っていますけどね。大変ですけどね。(中略)車に乗るのもリハビリだと思いますからね。」《対象者5》と、外来通院のための手段として[車の運転]をすることが、【リハビリテーション】となっていることが語られた。〈仕事や趣味〉は、社会資源を利用したり、自ら意識的に時間をとったりするのではなく、仕事や趣味をすることが、結果として【リハビリテーション】となっていることである。「娘とね、カラオケに行くのが楽しいんです。(中略)(カラオケは)言語の訓練になっていますよ。大きな声を出すとね、肺活量も増えるんですね。」《対象者2》と、趣味の[カラオケ]をすることが、【リハビリテーション】となっていることが語られた。

2) 【慣れる】

【慣れる】とは、脳卒中患者が、障害を以前よりも気にすることなく、自分がしたいことが自然とできたり、置かれた状況に対して納得したりする比較的ポジティブな体験のことで、〈麻痺側の不快な症状が気にならなくなる〉〈疲労感の軽減〉〈工夫してできるようになる〉〈身体動作がスムーズになる〉〈リハビリテーション効果の実感〉〈リハビリテーションの達成感〉〈他者に理解してもらえる〉〈同病者に仲間意識〉〈他の患者に同情・優越感〉〈行動範囲の広がり〉〈リハビリテーションサービスに納得〉〈発病は運命と思える〉〈発病に納得〉〈改善へのこだわりの消失〉で構成されていた。

例えば、「(麻痺側の)痺れはよくならないんです

けど慣れたんでしょうね」《対象者23》と〈麻痺側の不快な症状が気にならなくなる〉が語られ、「(麻痺側の)左手で重いものを持ったら震えがきますので、(左手を)使うというより挟む感じにするんです」《対象者15》と、麻痺側で物を持つことを〈工夫してできるようになる〉ことが語られた。また、以前は動作を行う際は麻痺した身体をどのように動かすかを考えながら行っていた行動が、「最近は考えなくても自然とできるようになりましたね」《対象者8》と、〈身体動作がスムーズになる〉ことが語られ、発病したことに対して、以前は納得がいかに、後悔したり他者を恨んだりしていたが、「運命だろうと諦めて、少しでも良くしようと努力しないでしょうがないですから」《対象者3》と、〈発病は運命と思える〉ようになったことが語られた。

3) 【もどかしい】

【もどかしい】とは、脳卒中患者が、自分がしたいことや置かれた状況に対して思うようにならなかったり、納得できなかったりする比較的ネガティブな体験のことで、〈麻痺側の不快な症状〉〈不眠〉〈集中力の低下〉〈易疲労感〉〈思い通りにならない身体〉〈ぎこちない身体〉〈リハビリテーション効果が実感できない〉〈リハビリテーション努力が報われない〉〈悪化の自覚〉〈他者の視線を意識〉〈他者に理解してもらえない〉〈疎外感〉〈劣等感〉〈行動範囲の縮小〉〈不十分なリハビリテーションサービス〉〈再発の気がかり〉で構成されていた。

例えば、「今まで無意識にやっていたことができないんですね。相当意識したらできるんですけど、スリッパを履くのもね。履き方を考えながらね。無意識だったらできないんでね。だから、何事とも意識しないとできないんです。」《対象者3》と、身体がスムーズに動かない〈ぎこちない身体〉が語られた。また、「バスセンターなんかを歩くと、目線が気になりますよね。人の目線が感じますよね。(中略)あれは自分でも抵抗を感じますよ」《対象者21》と、〈他者の視線を意識〉することが語られた。〈疎外感〉としては、「この病気になってから、友人から電話があっても、なんかずれたような感じになって。(中略)世間がだんだん狭くなってきます。」《対象者6》と、[世間からの疎外]と、「市のリハビリ教室とか行ったんですけど、本当に悪い人を対象にしているみたいで、車椅子やら背中の曲がった人やらで、私なんか行くと何しに来たのと言われて、(リハビリテーションに)行くところがないんです」《対象者23》や、「デイケアに行っても、年寄りばかりで、(中略)年寄りとは違いますから」《対象者24》と、[同

病患者からの疎外」が語られた。

4) 【脳卒中の産物への気づき】

【脳卒中の産物への気づき】とは、脳卒中になってむしろ得たものを認識し承認する、【慣れる】より、さらにポジティブな体験のことで、〈発病前の苦痛からの開放〉〈発病前より調子のよい身体獲得〉〈障害に糧を見いだす〉で構成されていた。

例えば、「(発病前は)仕事が忙しくて、ご飯も十分食べてなかったからね、むちゃくちゃしてたからね。(中略)病気になってきっちり食べられるようになりましたからね。(中略)仕事がしんどくて、嫌だったんよ。(中略)今は落ち着いたからね。」「対象者4」と〈発病前の苦痛からの開放〉が語られた。また、発病してからリハビリテーションで身体を動かすことによって「よく眠れるようになったし、調子いいよ」《対象者7》と、〈発病前より調子のよい身体獲得〉が語られた。さらに、「病気にチャレンジするとかね、新しい世界という考えだね。片手片足だけの生活と言うことを考えてね。これはまあ、健常者には絶対経験できないことですから、これをどこまでできるかなと思ひまして、そういう考え方でチャレンジしたというところですね。そしたら、やることやることが全て新しいことですからね。」「対象者17」と、積極的に新たな世界に挑戦するという、〈障害に糧を見いだす〉が語られた。

5) 【落胆】

【落胆】とは、リハビリテーションの努力が報われないことで、精神的にふさぎ込み、目標を見失った、【もどかしい】より、さらにネガティブな体験のことで、〈発病したことに納得できない〉〈後悔〉で構成されていた。

例えば、「考えてみても、脳出血を起こす原因というのは分からないんです。親からもらった体質とストレスと言うぐらいしか分からないんです。塩辛い物も嫌いなんです。たばこもお酒も飲めないし、生活習慣病というのが言われますよね。塩分の強い物が多いとか油物が多いとか食べ過ぎじゃないとか、そういうのは全てはねられるんです。私の場合は。(中略)不摂生はしてないつもりです。(中略)納得いかないですね。悔しいと言うより納得がいかないです。」「対象者19」と、〈発病したことに納得できない〉ことが語られた。また、「(回復期に)リハビリやっておくべきだったんです。そのときやっていたらもっと歩けたんです。そんなの知らないから、すぐに退院して家に帰ったんです。(中略)(回復期に)もっとやっておいたら良くなってたはずなんです。」「対象者22」と、「今までのリハビリテーシ

ョンの取り組みに後悔」が語られた。

6) 【リハビリテーション継続要因】

【リハビリテーション継続要因】とは、脳卒中患者が、リハビリテーションを行い続けている目的や理由、誘因等のことで、〈楽しみ〉〈楽になる〉〈習慣〉〈障害の査定〉〈今を維持〉〈障害改善への期待〉〈不快な症状改善への期待〉〈やらざるを得ない〉で構成されていた。

例えば、「リハビリに行って人と話すのが楽しくて」《対象者8》という〈楽しみ〉、「(リハビリテーションをすると)次に動くとき、楽に動けるんです」《対象者15》という〈楽になる〉、「(リハビリテーションは)仕事のようなものでね」《対象者19》という〈習慣〉、「(リハビリテーションを行うと)前より良くなったか悪くなったか、自分で分かるんですね。」「対象者5》という〈障害の査定〉、「(リハビリテーションを)やらないと衰えてくるのを知ってますから」《対象者13》という〈今を維持〉、「杖無しで歩きたいと思って(リハビリテーションを)頑張ってるんです。」「対象者1》という〈障害改善への期待〉、「何とか痺れがなくならんものかと思って(リハビリテーションを)やってます」《対象者3》という〈不快な症状改善への期待〉、さらに、「こんなんじゃ、世の中通用しないので、(リハビリテーションを)頑張るしかないんです」《対象者23》という〈やらざるを得ない〉が語られた。

V 考 察

1. 障害受容における「段階理論」との比較

従来、障害受容においては、ショックから始まり落ち込みを経て段階的に適応に至る、いわゆる「段階理論」が多く用いられてきた(本田,1992)。また、筆者の研究(百田,西亀,2002;百田,2003)において、脳卒中患者の回復期における体験については、「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、身体の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錯綜する局面となり、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。」という結果を得ており、総論としては既存の段階理論を支持するものであった。

一方、本研究の結果、脳卒中患者の維持期における体験として【リハビリテーション】に取り組むことが体験の中心にあり、【慣れる】という比較的ポジティブな体験と、【もどかしい】という比較的ネガティブな体験の中で揺れ動いていた。【慣れる】

からさらにポジティブな【脳卒中の産物への気づき】という体験と、逆に【もどかしい】から、さらにネガティブな【落胆】という体験も確認できたが、いずれも段階的に変化するのでなく、回復過程の中で揺れ動いているものであった。つまり、本研究においては、脳卒中患者の維持期における体験は、段階理論と相違するものであった。

従来の障害受容概念の特徴は、適応への段階理論が受容過程として理解され、その最終段階にWright (1960) の価値転換が位置づけられている(田垣, 2002) とされる。本研究で明らかとなった、【脳卒中の産物への気づき】とは、脳卒中になってむしろ得たものを認識し承認する、さらにポジティブな体験のことであり、価値の転換ともいえるものであると考える、これは、脳卒中患者の維持期の体験として必在するものでなく、【慣れる】という比較的ポジティブな体験と、【もどかしい】という比較的ネガティブな体験の中で揺れ動いている中で、時として存在するものであった。つまり、脳卒中患者の維持期における体験は、段階的に変化するのでなく、リハビリテーションに取り組む中で、患者の体験の中で揺れ動きながら一部分に芽生えるものであると推察された。

2. 脳卒中患者の維持期の体験に関する先行研究との類似点

細田 (2006) は、脳卒中患者会に属する発症1年未満から20年以上までの27名へのインタビュー調査を実施し、発症してから何年たったとしてもその人なりの回復はあり得るとして、「身体の運動機能を取り戻す」、「目的行為を取り戻す」、「よそよそしくなった身体を取り戻す」という、回復についての3つの意味内容を見いだした。本研究における【慣れる】は、障害を以前よりも気にすることなく、自分がしたいことが自然とできたり、置かれた状況に対して納得したりすることであり、細田 (2006) の回復についての3つの意味内容に類似していると考えられる。従って、医学的には、獲得した機能をできるだけ長期に維持するための期間といわれる維持期(高岡, 伊藤, 2001)においても、対象者たちにとって、維持期という現状の維持だけでなく回復を体験しているものと考えられた。

倉石 (2007) は、脳卒中後機能訓練 (A型) に通所している、発症7年から15年までの高齢在宅片麻痺者5名へのインタビュー調査を実施し、その結果、対象者は、前向きな思いと後ろ向きの思いの中で揺れ動いており、常にカテゴリー間を流動的に移行していると述べている。本研究においても、【慣れる】

という比較的ポジティブな体験と、【もどかしい】という比較的ネガティブな体験の中で揺れ動くものであり、倉石 (2007) の報告を支持するものであった。

3. 本研究における新たな知見

本研究において、【もどかしい】の中に〈疎外感〉があり、その中に「世間からの疎外」と「同病患者からの疎外」の2つを見いだした。Strauss, Cobbin, Fagerhaugh, Glaser, Maines, Suczek, and Wieneret (1984/1987) は、慢性疾患とその管理のために社会的接触が減少し、少数の人を相手にかろうじて保たれるような社会的接触の状態を「社会的疎外 (social isolation)」と述べ、それは憂慮すべき事態であるという認識を示している。本研究における「世間からの疎外」とは、「社会的疎外」に類似していると考えられる。筆者は、外来通院リハビリテーションが脳卒中維持期患者に果たしていた役割について調査したが(百田, 2007)、その中で、脳卒中維持期患者は、自身の障害のために行動に制限があるため、行き場や友人も限られているという、社会的疎外の状況にあったが、外来通院リハビリテーションは、同病患者が集まる場所であり、その役割として、脳卒中患者が、数少ない「社会と接する場」を期待していたことを明らかにした。すなわち、脳卒中維持期患者にとっては、社会と接するという意味において、同じ病気の患者の存在は大きいものであると考えられた。しかしながら、本研究においては、新たな知見として、「同病患者からの疎外」を見いだした。つまり、同じ病気の患者の中でも疎外感を抱いていることが明らかとなった。これは、既存の社会資源としてのリハビリテーションサービスを利用した際に、自身と他の患者との年齢差や重症度の違いによるものであった。土居 (2001) は、所属する世界を持つことは、その人らしく存在することと述べているが、疎外感を抱いている状況では、脳卒中患者にとっての居場所が脅かされている状況とも考えられる。従って、脳卒中維持期患者の所属する世界を提供するための支援を行う必要がある。つまり、患者の年齢や障害の重傷度等にあわせた、多様なケアサービス提供の必要性が示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究方法論の特性上、脳卒中維持期患者のうち、研究対象であるADLが修正自立程度の者のみに、説明力を持つという方法論の限定性を持つ。

また、本研究においては、【落胆】というネガティブな体験を見いだした。しかしながら、「うつ病等の精神疾患の診断を受け、薬物療法を受けている」

ことを、研究対象者の除外基準として設定した。さらに、本研究の途中辞退者の2名は、【落胆】が大きいと推察された。従って、本研究では、【落胆】体験の大きい者の調査が十分とはいえない。脳卒中治療ガイドラインでは、一般に脳卒中では18～62%にうつ状態を合併し、また、うつを合併すると認知機能が障害され、ADLの回復が悪く、死亡率も3倍高いと報告されている。さらに、うつの頻度や程度は、脳卒中発症後3～6カ月で最も高くなり、その後は一度減少し、ふたたび増加すると報告されている（脳卒中合同ガイドライン委員会、2004）。つまり、脳卒中の維持期においては、うつは特に留意する問題であるため、対象を広げて調査する必要がある。

今後の課題として、本研究で命名したカテゴリーの用語の妥当性について検討する必要がある。そして、本研究で示唆された脳卒中維持期患者の体験を支援する看護援助の具体的検討と、それを実証する必要がある。

また、本研究においては、維持期の脳卒中患者のうち、ADLが修正自立程度の者を対象とした。しかしながら、維持期において、身体機能が有意に低下するのは、ADLで介助が必要な状態と報告されている（正門、2007）。従って、今後は、介助が必要な状態の脳卒中患者にも対象を広げ、調査する必要がある。

VI 結 語

本研究は、脳卒中患者が維持期にどのような体験をしているのかを明らかにするために、ADLが修正自立程度の者を対象に、質的帰納的に継続的比較分析した。その結果、脳卒中患者は【リハビリテーション】に取り組むことが体験の中心にあり、【慣れる】という比較的ポジティブな体験と、【もどかしい】という比較的ネガティブな体験の中で揺れ動いていた。【慣れる】からさらにポジティブな【脳卒中の産物への気づき】という体験と、逆に【もどかしい】から、さらにネガティブな【落胆】という体験も確認できたが、いずれも段階的に変化するのではなく、回復過程の中で揺れ動いていた。これらの体験は、【リハビリテーション継続要因】と関連していた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、A病院の職員の皆様、専門家間審議にご協力いただきました看護師の皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究は日本赤十字広島看護大学平成19年度奨励研究費の助成を受けて行った。

文 献

- American Nurses Association (1980). Nursing's Social Policy Statement.／小玉香津子、高崎絹子 (1984). 今改めて看護とは (第1版). 東京、日本看護協会出版会、
- American Nurses Association (1995). Nursing's Social Policy Statement. 1995.／小玉香津子 (1998). 看護はいま ANA の社会政策声明 (第1版). 東京、日本看護協会出版会、
- Backe M, Larsson K, Fridlund B (1996). 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,
- Cohn N (1961). Understanding the process of adjustment to disability. *Journal of Rehabilitation*, 27, 16-18.
- 土居 健郎 (2001). 「甘え」の構造 (新装版). 202-216, 東京、弘文堂.
- Doolittle ND (1988). Stroke Recovery : Review of the Literature and Suggestions for Future Research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 20 (3), 169-173.
- Doolittle ND (1991). Clinical Ethnography of Lacunar Stroke ; Implications for Acute Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23 (4), 235-240.
- Doolittle ND (1992). The Experience of Following Lacunar Stroke. *Rehabilitation Nursing*, 17(1), 122-125.
- Fink S (1967). Crisis and motivation ; A theoretical model. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 48(11), 592-597.
- 藤田佐和、森口美奈、小笠原充子 (1997). 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,
- Granger CV (1986). *Guide for use of the uniform data set for medical rehabilitation*. Buffalo, New York.／慶應義塾大学医学部リハビリテーション科 (1991). *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* (第1版), 東京、日本医書センター.
- Guba E, Lincoln Y (1989). *Fourth Generation*

- Evaluation*, Sage, Newbury Park, 228-251.
- 本田哲三 (1992). リハビリテーションと精神・心理障害の「受容過程」について, *総合リハビリテーション*, 20 (3), 195-200.
- 本田哲三 (2000). 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* (第1版). 14-25, 東京, 医学書院.
- 細田満和子 (2006). *脳卒中を生きる意味 病いと障害の社会学* (第1版). 東京, 青海社.
- 百田武司, 西亀正之 (2002). 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－. *広島大学保健学ジャーナル*, 2 (1), 41-50.
- 百田武司 (2003). 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. *広島大学大学院医学系研究科博士論文*, 1-179.
- 百田武司 (2007). 外来通院リハビリテーションが脳卒中維持期患者にとって果たしていた役割. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 5 (1), 44-52.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2005). 平成16年介護サービス施設・事業所調査結果の概況. (2008/11/2入手), <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service04/kekka4.html>
- 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室 (2008). 平成19年国民生活基礎調査の概況. (2008/9/30入手), <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa07/index.htm>
- 厚生統計協会編 (2008). 国民衛生の動向, *厚生*の指標, 55 (9).
- Kubler-ross E (1969). *On Death and Dying*. Macmillan, New York. / 川口正吉 (1971). *死ぬ瞬間* (第1版). 東京, 読売新聞社.
- 倉石真理 (2007). 機能訓練 (A型)に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得のプロセス, *日本看護研究学会誌*, 30 (1), 119-127.
- Lincoln Y, Guba E (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage, Newbury Park, 289-331.
- Liu M, Chino N, Takahashi H (2000). Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke in Japan. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 2, 148-158.
- 正門由久 (2007). 脳卒中リハビリテーションの流れと現状, *日本リハビリテーション医学会監修*, *脳卒中リハビリテーション連携パス－基本と実践のポイント* (第1版), 5-6, 東京, 医学書院.
- 森悦郎 (1985). 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, 2-9.
- 脳卒中合同ガイドライン委員会 (2004). *脳卒中治療ガイドライン2004* (第1版). 東京, 協和企画, 170-185.
- 大川貴子 (1995). “看護者の行為”に対する患者の認知. *看護研究*, 28 (2), 21-38.
- Rohe DE (1993). *Psychological aspects of rehabilitation*, Delisa JA, *Rehabilitation Medicine, Principles and Practice* (2nd ed), 31-150, JB Lippincott Co, Philadelphia.
- 酒井郁子, 佐藤弘美, 遠藤淑美, 山本広美, 末永由理, 小川聡子 (1998). 脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺領域－研究動向と実践上の課題. *臨床看護研究の進歩*, 10, 10-21.
- Strauss AL, Cobbin J, Fagerhaugh S, Glaser B, Maines D, Suczek B, Wieneret C (1984). *Chronic illness and the quality of life* (2nd ed). Mosby, St. Louis. / 南裕子監訳 (1987). *慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点* (第1版). 97-102, 東京, 医学書院.
- 鈴木一夫 (2006). 脳血管障害総論 疫学動向 世界および我が国の脳卒中発症率, 死亡率の変遷と将来予測. *日本臨床*, 64 (7), 32-37.
- 田垣正晋 (2002). 「障害受容」における生涯発達とライフストーリー観の意義 日本の中途肢体障害者研究を中心に, *京都大学大学院教育学研究科紀要*, 48, 342-352.
- 高岡徹, 伊藤利之 (2001). 脳血管障害患者のリハビリテーション 維持期のリハビリテーション, *日本医師会雑誌*, 25 (12), 299-304.
- 高山成子 (1997). 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), 1-7.
- Trieschmann RB (1986). *The psychosocial adjustment to spinal cord injury*, Bloch RF & Basbaum M, *Management of Spinal Cord Injury*, 302-319, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Wright BA (1960). *Physical Disability: A psychological Approach*, Harper & Row, New York.

Experiences of stroke patients in chronic phase

Takeshi HYAKUTA*

Abstract:

The purpose of this study was to clarify how stroke patients experienced in chronic phase. The study was an inductive, qualitative, and constant comparative analysis of 25 patients (21 men and 4 women; average age of 63.8 ± 6.7 years; and FIM of 115.7 ± 6.5). During the course of rehabilitation, we found that stroke patients in chronic phase wavered between the relatively positive experience of “getting accustomed” and the negative experience of “impatience.” Patients with the more positive experiences noted that they “realized that this is a product of stroke,” while patients with more negative experiences noted “disappointment.” These experiences did not change in a stepwise fashion, but rather wavered during the course of recovery and were associated with “rehabilitation continuation factors.”

Keywords:

stroke, chronic phase, experience

* Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing