

## 脳卒中後の急性期から生活期に至る気持ちの変化と リハビリテーションに関する探索的研究

### Exploratory research on changes in feelings of stroke patients from the acute phase to the life phase and rehabilitation status

松岡 由美子・長島 緑・山中 京子

Yumiko MATSUOKA, Midori NAGASHIMA, and Kyoko YAMANAKA

地域で暮らす脳卒中による運動機能障害のある人を対象に、発症後から生活期に至る長期にわたるリハビリテーションの状況と気持ちの変化を明らかにし、運動機能障害のある人のリハビリテーションにおける看護支援の示唆を得ることを目的に半構造化面接を行った。結果として、脳卒中患者の発症後の気持ちの変化を 179 コード、60 サブカテゴリ、20 カテゴリに分類できた。気持ちの変化では、発症後から現在に至るまで就労に対する思いや自負の気持ちが動機となりリハビリテーションの実施、継続、希望につながっていた。長期にわたるリハビリテーションの状況では、対象は、障害者に関わる法制度の変更により、医療・福祉の諸制度を跨ぎながらリハビリテーションを行ってきたが、自身が希望するリハビリテーションの継続が叶わず、リハビリの中断、継続断念に至り、制度への不満を持つに至っていた。さらに障害の二次的問題や加齢により新たな健康障害の発生につながっていた。看護の示唆として、社会参加（職場復帰）に至るプロセスの患者の様々な経験に寄り添っていくこと、対象の抱えている問題に関する専門職の連携の具体化、患者へのフィードバック、生活リハビリの状況を患者にわかり易く言語化すること、将来の健康障害に対し予測的に支援することの必要性があげられた。

#### I. はじめに

我が国において、運動機能障害を起こす中枢神経系の代表的な疾患として脳卒中がある<sup>1)2)</sup>。多くは突発的・急激に発症し、後遺症として運動機能障害を残す。そのため、長期にわたる疾患管理とリハビリテーションを必要とする。脳卒中データベース 2005 によると脳卒中患者の

45%が 71 歳以上であり、我が国の脳卒中患者の高齢化は進んでいる。一方で、30 歳代～50 歳代の患者が一定数いることも指摘されており、就労や趣味を含め活動的な年代、また加齢の影響が生じてくる年代に対する、健康管理、リハビリテーション等の専門的支援は重要であると考えられる。就労の点からみると、脳卒中患者を対象にした調査<sup>3)</sup>において発症時職者のうち退院時に復職を希望していた者は 58%、迷っていた者は 12%いたが、退院後に就労（または職場復帰）した者の割合は 28%と低かったことが報告されている。豊永らは脳卒中患者を対象にした研究報告<sup>4)5)</sup>において、脳血管障害はリハビリテーション対象疾患として最多であるだけでなく多様な障害像があるなどの特性から、復職率は約 30%と低いと指摘して

---

連絡先：松岡由美子 ymatsuoka@cis.ac.jp

千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba  
Institute of Science

(2021 年 9 月 30 日受付, 2022 年 1 月 25 日受理)

いる。さらに、手指や歩行能力の回復とともに就職率が上昇することを報告し、身体機能の回復と再就労を念頭に置いたリハビリテーションの重要性を述べている<sup>4)5)</sup>。

身体障害者を支える公的制度としては、医療保険、介護保険、障害者総合支援法があり、これらの制度を利用して専門職によるリハビリテーションを受けることができる。リハビリテーションのステージについては諸説あるが、日本慢性期医療協会の分類<sup>6)</sup>によれば、リハビリテーションは、急性期リハビリテーション（発症後2週間）と慢性期リハビリテーションに分類でき、慢性期リハビリテーションは、回復期リハビリテーション（2か月以内）維持期リハビリテーション（6か月以内）、生活期リハビリテーション（6か月以降、継続）に分類できる。

入院中のリハビリテーションは、平成18年度診療報酬改定で疾患別リハビリテーション料が創設され、リハビリテーションの対象疾患別に標準的算定日数が設定されたことにより<sup>7)</sup>、運動障害を持つ者が受けるリハビリテーションの自由度に制限がかかった。平成21年には状態の維持を目的とするリハビリテーションについては介護保険のみでみるべきとの方向性が示され、維持期リハビリテーションの介護保険への移行が促進されるようになった<sup>7)</sup>。平成30年度診療報酬改定では、ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取り組みが評価され、急性期におけるリハビリテーションの充実が図られた。また、令和2年度診療報酬改定<sup>8)</sup>では、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しがなされ、効果的なリハビリテーション提供の推進、適切な栄養管理の推進、入退院時における適切なADL評価と説明が図られるようになり<sup>9)</sup>、入院中の医療保険でのリハビリテーションは充実しつつある。一方、令和3年4月から維持期リハビリテーションが医療保険から介護保険に移行し<sup>10)</sup>、要介護認定者の外来リハビリテーションが減算になるなど、退院後のリハビリテーションに係る制度は利用者にとっては複雑でわかりにくいものとなった。

近年は疾患によらず入院日数の短縮化、在宅療養の推進によって、急性期を脱すると転棟、転院、または在宅へと早期に移行される。退院後のリハビリテーションは、外来通院、通所、訪問等の形態をとりながら、医療保険、介護保険、障害者総合支援法を利用してリハビリテーションを受けることになるが、リハビリテーションの形態の移行、制度をまたいだリハビリテーションの利用については困難があり、連続したリハビリテーションが行われにくい現状がある<sup>9)10)</sup>。また、公的制度を利用したリハビリテーションは、時間や回数が限られ、実施する内容も限られており、障害者の多様なリハビリテーションニーズに応えるには限界もある。

しかし、脳卒中患者の発症後の急性期から生活期に至

る長期の過程におけるリハビリテーション状況と就労に関する研究は、徳本ら<sup>11)</sup>の新規就労・仕事定着に至る過程における気持ちの変化に対する探索的研究が唯一あるが、脳卒中発症後の新規就労に関する研究であり限定的である。また、脳卒中後遺症のある人の就労やリハビリテーション過程における看護の専門性について言及する論文は見当たらない。さらに、リハビリテーションへの思いやモチベーションに関する研究は散発的で、報告の質・量共に不十分である<sup>12)</sup>。そのため、本研究では、地域で暮らす脳卒中による運動機能障害のある者の急性期から生活期に至る長期にわたるリハビリテーションの状況と気持ちの変化を明らかにしたいと考えた。

## II. 目的

地域で暮らす脳卒中による運動機能障害のある人の発症後から生活期に至る長期にわたるリハビリテーションの状況と気持ちの変化を明らかにし、運動機能障害のある人のリハビリテーションにおける看護支援の示唆を得る。

## III. 方法

### 1. 対象およびデータ収集

関東南東部にある障害者支援団体の主催者に研究協力を依頼し、団体の活動に参加する脳卒中による運動機能障害者の紹介を依頼した。研究対象者の選定条件は、①脳卒中発症後6か月以上を経過し、地域で暮らす運動機能障害を有する者、②言語的コミュニケーションが可能で、高次脳機能障害、認知症を有しない者とした。紹介いただいた者のうち、研究協力の同意が得られた者を研究対象とし、半構造化面接を行った。

### 2. 期間

データ収集は2021年9月に行った。

### 3. データ収集

インタビューは、プライバシーが保護された個室にて行い、インタビューの内容は、対象の承諾を得てICレコーダーによる録音と筆記メモに記録した。インタビューでは、基礎情報として、年齢、性別、疾患名（障害名）、発症時期、居住地域、家族構成、現在の健康状態と療養、社会資源・認定状況、利用しているサービスなどを聴取した。脳卒中を発症した急性期から現在に至るまでの経過について、印象的な出来事とその時の気持ちについて自由に語っていただいた。リハビリテーションに関しては、時期、場所、内容、リハビリテーションについて感じたことや自分が感じた効果などについて確認しながらインタビューを進めた。

対象者には、書面と口頭で研究の説明を行い、研究協力の同意書を得てインタビュー調査を行った。本研究は、千葉科学大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した

(承認番号 No. R03-7、令和3年7月28日)。

#### 4. データ分析

対象者のインタビューにより得られた音声記録はすべて逐語録に書き起こし分析対象とした。逐語録は、リハビリテーションに関連すると思われる語りに着目しながら熟読した。その後、語りの意味内容を吟味しながらリハビリテーションに関連する語りを区分した。

次に、区分した語りを、時期、出来事、気持ちの変化に着目して分類し時系列に並べ替えた。

時期については、対象の語りから、気持ちの変化に至った出来事の主な転機点をもとに区分した。脳卒中患者の治療、リハビリテーションは、急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーション、生活期リハビリテーションに分けられ、制度の影響もありリハビリテーションの場、内容、回数は限定される<sup>7)8)</sup>。そのため主な転機点がこれらの各期に該当するか確認しながら区分した。

出来事については、気持ちの変化との関連を検討しながら転機となった出来事を時期と内容を考慮しながら抽出して要約し、転機点として名称を付した。

気持ちの変化については内容の類似性に従って分類しサブカテゴリとして名称を付した。さらにサブカテゴリの抽象度を上げ、カテゴリとして名称を付した。

語りから抽出した、時期、転機点となる出来事、気持ちの変化のカテゴリ及びサブカテゴリは、時系列で図に表した。また、気持ちの変化のカテゴリは、先行文献<sup>11)12)13)</sup>を参考にリハビリテーションに対する影響としてどのように働いたかプラス面とマイナス面を考え配置した。

データの分析は、質的経験のある共著者2名と協議しながら行い、質的研究の専門家によるスーパーバイズを受けて解釈に偏りが生じないように努めた。

### IV. 結果

#### 1. 対象者の属性

研究協力を依頼した障害者支援団体の活動に参加する、脳卒中による運動機能障害をもつ者4名に研究協力を依頼し、その内、承諾が得られた1名を研究対象者とした。

対象は、50歳代の男性、疾患は脳出血で、右不全麻痺と痙縮、構音障害の後遺症があった。構音障害は軽度で、十分に聞き取り可能なレベル、インタビューの回答に差し支えない程度であった。高次脳機能障害は認めなかった。

脳出血の発症は40歳代前半であった。インタビュー時は、発症から13年4か月を経過していた。脳出血発症後、急性期病院で4週間治療とリハビリテーションを行った。その後リハビリテーション病院へ転院してリハビリテーションを行った後、在宅へ退院転帰となった。

発症前は、自身で建築関係の会社を経営しており、自身も建築系技術職として現場で働いていた。現在は、息子に会社を委ね、息子が経営する会社の補佐として、事務仕事や電話対応を行っている。(表1)

表1. 対象者の属性

性別	男性
年齢	50歳代後半
疾患名	脳卒中
障害名	右不全麻痺、痙縮、構音障害
発症年齢	40歳代前半
発症前職	会社経営、自身も建築系技術職として現場で働いていた。
現職	息子が経営する会社の補佐として、事務仕事や電話対応を行っている。

#### 2. インタビュー時間

インタビュー時間は、休憩を挟んで計98分であった。

#### 3. 語りの区分

##### (1) 時期

時期については、対象の語りから、気持ちの変化に至った出来事の主な転機点をもとに区分したところ、対象の気持ちの変化と主な出来事は、生活の場として、「急性期病院」入院期間の2か月間、「リハビリ病院」入院期間の4か月間、退院から現在の「在宅」期間の12年10か月として時系列に3つに区分することができた。また、リハビリテーションステージからみると、「急性期リハビリテーション期」「回復期リハビリテーション期」「維持期リハビリテーション期」「生活期リハビリテーション期」に4つに区分できた。(図1)

##### (2) 出来事

対象の出来事は、気持ちの変化とともに、気持ちの変化につながった体験として語られた。主な出来事は、「脳出血発症・入院」「後遺症の残存」「リハビリ病院に転院」「リハビリ病院を退院」「障害者施設に通所」「サービス利用の変更・中断」「新たな健康障害の発生」「仕事をしのご」「会社を息子に任せて続けた」「仕事を継承する」「家族の仕事への協力」「障害のある仲間との出会い」として12の文脈に要約することができた。これらの出来事は、生活の場とリハビリテーション内容の変化、制度利用の変更の「転機点」、生活機能の「再獲得」、自身の就労や会社の経営に関する「仕事」、家族の支援や障害仲間との交流に関する「他者の支援・交流」の4つに区分することができた。時期別にみると、「急性期病院」入院期間では「脳出血発症・入院」「後遺症の残存」「仕事をしのご」の3つの主な出来事が語られた。「リハビリ病院」入院期間では、「リハビリ病院に転院」「リハビリ病院を

退院」の2つの主な出来事が語られた。「在宅」期間では、「障害者施設に通所」「会社を息子に任せて続けた」「家族の仕事への協力」「障害のある仲間との出会い」「サービス利用の変更・中断」「仕事を継承する」「新たな健康障害の発生」の7つの主な出来事が語られた。(図1)

### (3) 気持ちの変化

対象の気持ちの変化に関する語りは179コードであった。さらに類型化し、60のサブカテゴリにまとめることができた。これらをさらに抽象度を上げて分類した結果、20のカテゴリにまとめることができた。

これらリハビリテーション期別にみると、急性期リハビリテーション期では、9コード、3サブカテゴリ、1カテゴリが抽出できた。(表2) 回復期リハビリテーション期では17コード、6サブカテゴリ、2カテゴリが抽出できた。(表3) 維持期リハビリテーション期では、37コード、12サブカテゴリ、3カテゴリが抽出できた。(表4) 生活期リハビリテーション期では、116コード、39サブカテゴリ、14カテゴリが抽出できた。(表5)

気持ちの変化のカテゴリを、対象がリハビリテーションを行うためのプラス面の力として作用したと考えられるものとマイナス面の力として作用したと考えられるものとに分類した結果、「プラス面」は8カテゴリ、「マイナス面」は9カテゴリであった。プラス面とマイナス面の両方に作用したと考えられるものは3カテゴリであった。(図1)

以下にコードを< >、サブカテゴリを<< >>、カテゴリを【 】で示す。

#### (3)-1 急性期病院期間の気持ちの変化

急性期病院急性期リハビリテーション期の気持ちの変化のカテゴリは【脳出血発症後の混乱】であった。

急性期病院回復期リハビリテーション期の気持ちの変化カテゴリは【状況の楽観】【仕事の苦悩】であった。

リハビリテーションに対してプラス面の力として作用したと考えられるカテゴリは【状況の楽観】、マイナス面の力として作用したと考えられるのは【脳出血後の混乱】【仕事の苦悩】であった。(図1)

#### (3)-2 リハビリテーション病院期間の気持ちの変化

リハビリテーション病院期間の気持ちの変化のカテゴリは、【入院中の看護師像】【リハビリへの不満】【頑張りモードから諦めモードへ】であった。リハビリテーションに対してプラス面の力として作用したと考えられるカテゴリはなかった。マイナス面の力として作用したと考えられるカテゴリは【リハビリへの不満】【頑張りモードから諦めモードへ】であった。【入院中の看護師像】は、プラス面とマイナス面の両方への作用を持っていた。(図1)

#### (3)-3 在宅期間の気持ちの変化

在宅期間の気持ちの変化のカテゴリは、【希望するリハビリの継続困難】【生活手段の獲得】【自分にとっての居場所と思う】【制度変更によるリハビリの中断】【制度によるリハビリの継続断念】【制度への不満】【仕事の継承】【仕事への自負】【保険外リハビリへの効果の疑問】【仕事に役立つ身体機能回復への希望】【仕事へのあくなき思い】【自分が自分でいられる場】【健康観】【今後の気がかり】であった。

リハビリテーションに対してプラス面の力として作用したと考えられるのは【生活手段の獲得】【自分にとっての居場所と思う】【仕事の継承】【仕事の自負】【仕事に役立つ身体機能回復への希望】【仕事へのあくなき思い】【自分が自分でいられる場】であった。マイナス面の力として作用したと考えられるのは【希望するリハビリの継続困難】【制度変更によるリハビリの中断】【制度によるリハビリの継続断念】【制度への不満】【今後の気がかり】であった。【保険外リハビリの効果への疑問】【健康観】は、プラス面とマイナス面の両方への作用を持っていた。(図1)

## V. 考察

### 1. 急性期病院期間の気持ちの変化

急性期病院での気持ち変化のカテゴリとして、【脳出血発症後の混乱】【状況の楽観】【仕事の苦悩】があった。

この3つのカテゴリのうち、リハビリテーションに対してプラス面の力として作用したと考えられるのは、【状況の楽観】の1つのみで、マイナス面となったものは【脳出血後の混乱】【仕事の苦悩】の2つであった。

対象は、脳出血の発症初期、後遺症があるからだに対し「今までと違う自分」を感じ、「動かないからだに対する混乱」を感じ、「何が起こったかわからない」気持ちから、【脳出血発症後の混乱】の状態だったと解釈できた。しかし、リハビリテーションが開始されると、リハビリテーションによって「からだに元に戻らないうえに仕事に復帰できなくなる」という気持ちとなり、他者からの説明や助言に対して「人の説明は関係ない」と思い、「リハビリすればよくなる」という気持ちによって【状況の楽観】状態だったと解釈できた。しかし、その時期、後遺症の麻痺によって「自分で仕事をこなすことができない苦悩」や、対象が経営していた会社の請負途中の仕事があったことによる「仕事をやめることができない苦悩」があり【仕事の苦悩】が生じており、これは、リハビリテーションに対してマイナス面へと傾いていったと解釈できた。

Chonは、障害受容のプロセスにおいて、発症直後、初期の診断・治療時にみられる状態として、「Shock(ショック)」と「Expectancy for Recovery(回復の期待)」を示している<sup>14)</sup>。また、この時期、患者は自分の病氣、

身体状況を理解しておらず不安を表現しないと述べているが、対象もChonが示すように、「今までと違う」状態にショックを受け、「動かない体に対する混乱」の気持ちを語ったが、不安に関する語りはなく、むしろ、「体が元に戻ると思う」「仕事に復帰できると思う」と状況を楽観した気持ちを語り、「人の説明は関係ない」「リハビリすればよくなる」という信念ともいえる気持ちで【状況の楽観】していたと考えられる。これは、一時的ではあるが、リハビリテーションへの前向きな力として働き、何とか介助で歩行できたという出来事につながっていったと考えられた。

一方で、自営業者である対象は、後遺症の麻痺によって【仕事の苦悩】が生じていた。これは、腕の良い職人であった自分が、職人としては未熟な息子に仕事を任せなければならないという職人としてのアイデンティティに関わる気持ちの問題として「自分で仕事をこなすことができない苦悩」が生じていたと考えられた。また、経営していた会社の請負途中の仕事は何とかこなさなければならないという責任感が「仕事をやめることができない苦悩」につながっていたと考えられた。【仕事の苦悩】は、【状況の楽観】の気持ちと相まって、『入院中は仕事を待ってもらおう』『息子にやらせて何とか凌ぐ』という出来事につながっていったと考えられた。

## 2. リハビリテーション病院期間の気持ちの変化

リハビリテーション病院での気持ちとして、【リハビリへの不満】【入院中の看護師像】【頑張りモードから諦めモードへ】があった。この3つのカテゴリは、すべてマイナス面のカテゴリであった。

対象は、リハビリテーション病院に転院後、病室から移動することを制限されたため、自由に移動することや運動のために自由に動くことを抑制されたと感じ「閉じ込められた思い」が生じた。また、若い自分が、重い障害をもつ患者や高齢者など「他の患者と一緒に扱われることへの不満」を感じていた。これらに対する思いや不満は、発症後間もない時期の構音障害によって医療スタッフに十分に伝えることができず「希望が伝えられない不満」を感じていた。それは、「頑張りに見合わない回復状況」と相まって【リハビリへの不満】の気持ちを持つことにつながっていったと解釈できた。

入院中に関わった看護師については、「自分の行動を抑制する看護師像」として捉え、時には、看護師と揉める出来事につながっていった。対象は、看護師に対して自身の後遺症やリハビリテーションに「役立つ何かではなかった」と語っており、「専門的な看護師の不在」を感じていた。看護師は、日常の楽しみとしての「話し相手としての看護師像」として捉え、時には会話を楽しむ相手として好意的にかかわっていた。入院期において自身の回復にとって「記憶に残らない看護師像」として

【入院中の看護師像】を感じていたと解釈できた。【リハビリへの不満】【入院中の看護師像】を持つ中で、「頑張りに見合わない回復状況」に、急性期病院からの転院は家族が希望したものであり「希望しない転院であった」との思い、リハビリテーションを頑張れば仕事に復帰できるという思いに対する「期待とのズレ」があったと解釈できた。また、後遺症が回復しない状況に「仕事をできない自分」を感じ、「リハビリの効果の限界」を思い、【頑張りモードから諦めモードへ】気持ちが変化していったと解釈できた。

急性期病院入院中から持っていた【仕事の苦悩】と『入院中は仕事を待ってもらおう』『息子にやらせて何とか凌ぐ』という出来事は、この時期にきてマイナス面が増強し、『今後の仕事について決める』出来事へつながっていったと解釈できた。

対象は、発症後、【状況の楽観】によって「リハビリをやるんだやるんだ」という気持ちでリハビリに取り組んできたが、この時期にきて、「ああ仕事はできないんだ」「今までやっていたような現場の仕事はもうできない」という仕事をあきらめる気持ちが生じ、【がんばりモードからあきらめモードへ】とマイナスの気持ちに大きく傾いていったと考えられた。この対象は、仕事をあきらめる気持ちが生じ、その結果としてリハビリテーションに積極的に取り組むことをあきらめる気持ちが生じたと考えられた。

モチベーション (Motivation) は日本語では「動機づけ」「意欲」または「モチベーション」と表記され、一般的には「目標を達成しようとする行動を起こす動機、誘因」であるとされる<sup>15)</sup>。生理学的に、モチベーションは、脳内の側坐核、線条体、辺縁系、全島連合野などの部位から成る報酬系が関連しているとされ、側坐核と一時運動野を結ぶ神経ネットワークが機能回復に重要であることが示されている。Nishimuraら<sup>16)</sup>によれば、身体機能の改善により、基本動作能力や日常生活動作の能力が向上すると、その成功体験が報酬としてもたらされ、さらに訓練へのモチベーションが上がるということが示唆されている。また、個人的な目標の有無や目標の維持、回復に対する信念は脳卒中患者のリハビリテーションのモチベーションに影響を与える要因となるという報告<sup>17)18)</sup>もある。対象は、成功体験がない中、仕事に復帰するという目標を維持できず、回復への信念が揺らいだことにより、【がんばりモードからあきらめモードへ】とモチベーションが低下していったと考えられた。

## 3. 在宅期間の気持ちの変化

### (1) リハビリテーションに関する気持ちの変化

『在宅』での気持ちとして、【希望するリハビリの継続困難】【生活手段の獲得】【制度変更によるリハビリの中

断】【制度によるリハビリの継続断念】【制度への不満】

【保険外リハビリの効果への疑問】があった。プラス面となったものは、【生活手段の獲得】のみであった。マイナス面となったのは、【希望するリハビリの継続困難】【制度変更によるリハビリの中断】【制度によるリハビリの継続断念】【制度への不満】4つであった。【保険外リハビリの効果への疑問】は、プラスマイナス両方の面を持っていた。

リハビリテーション病院を退院し在宅へと生活の場が移行すると、医療保険で病院でのリハビリテーションを希望したが叶わず「希望する制度が利用できない」現状を感じた。その結果、障害者支援施設で自立訓練を行うことになったが、それは、仕事に復帰することを希望していた対象にとって「自分が希望するリハビリとは違う」ものであったことから、【希望するリハビリ継続の困難】を感じていたと解釈できた。

その後、リハビリテーションに関する思いは、制度改革により「希望するサービスが使えない」「希望するサービスがない」との思いから【制度変更によるリハビリの中断】へとつながり、「制度変更によるリハビリ継続の断念」「限られたリハビリ内容」「リハビリ仲間との交流の減少」「リハビリ情報の減少」による【制度によるリハビリの継続断念】の気持ちに移行していったと解釈できた。そして、「身の回りの細やかなケアやサポートがないことへの不満」「制度に振り回されている思い」「情報不足への不満」「年寄りに偏ったリハビリ」から【制度への不満】の気持ちが生じたと解釈できた。保険外リハビリテーションについては、「保険外リハビリに関する情報」「保険外リハビリの価値への疑問」から【保険外リハビリの効果への疑問】の気持ちを持っていた。

対象の脳出血発症から現在まで期間は、平成18年診療報酬改定で疾患別リハビリテーション料が創設され、リハビリテーションの対象疾患別に標準的算定日数が設定されたことにより<sup>9)</sup>、運動機能障害を持つ者が受けるリハビリテーションの自由度に制限がかかる制度の移行期であり、発症した時期は、国から「状態の維持を目的とするリハビリテーションについては介護保険でみるべきとの方向性」が示された時期である。また、支援費制度から自立支援法、さらには障害者総合支援法施行に至る、法制度の転換期であった。その中で、対象は、医療保険によるリハビリテーション、障害者サービスによる自立訓練、介護保険による通所リハビリテーションと、制度をまたぎながら、リハビリテーションを行ってきたことになる。従来から、制度をまたいでサービス利用することの困難さは指摘されているが、対象は、【やりたいリハビリ継続の困難】【制度変更によるリハビリの中断】【制度によるリハビリの継続断念】の経緯に至り、【制度への

不満】を持つこととなったと考えられた。

脳卒中では、基礎的疾患をはじめとした健康管理と、麻痺や筋力低下などの運動機能障害に対する継続的なリハビリテーションが必要となる。脳卒中患者の麻痺は代表的な行為障害であり、痙縮による痛みを伴うこともあり、この痛みに起因してさらに運動制限が生じることもあり、継続した筋弛緩、筋力アップなどのリハビリテーションが必要になる。しかし、利用制度の移行や制度範囲のサービス内容によって、脳卒中患者に必要な、または脳卒中患者が希望するリハビリテーションを継続して行うことは容易ではない現状があると言える。

## (2) 仕事に関する気持ちの変化

対象にとって、生活期の仕事に関するカテゴリはすべてプラス面に分類することができた。

『在宅期』での仕事に関するカテゴリは、【仕事の継承】【仕事の自負】【仕事に役立つ身体機能回復への希望】【仕事へのあくなき思い】があった。

リハビリテーション病院に転院後、対象が経営する会社は息子に任せていたが、「自分は仕事をやめる」こととして、「仕事の息子への継承」をし【仕事の継承】を決断した。「自分が創った会社への自負」「仕事に対する自負」「息子への継承の自負」の気持ちを持ち、【仕事への自負】の思いがあった。一方で、「運動機能回復への希望」「言語機能回復への希望」を持ち、【仕事に役立つ身体機能回復への希望】の気持ちを持ち続けていた。現在も「一線を退いた自分」「仕事への思い」「一部仕事の継承」の気持ちがあり、【仕事へのあくなき思い】を持っていると解釈できた。

前沢らは、脳卒中後遺症者の役割認識に関する研究において、男性は発症後に減少する役割の一つとして「報酬を伴う仕事」があると示し、脳卒中患者の心理的支援として就労に関する支援の必要性を述べている。対象は、リハビリテーション病院での語りにおいて、【頑張りモードから諦めモードへ】の気持ちを述べているが、生活の場が在宅に移行しても、家族の支援を受けながら一部仕事を継続していた。生活手段の獲得が進み、障害者支援団体の活動に参加するようになり、生活に慣れ全体として落ち着いてきたことで、【仕事の継承】の気持ちを持ったと考えられた。しかし、継承後も【仕事の自負】をもち、息子の仕事を手伝う形となっても、なお、【仕事に役立つ身体機能回復への希望】を持っており、【仕事へのあくなき思い】は、現在の対象を成り立たせる重要な側面であると考えられた。対象は、40歳代前半の働き盛りの時期の発症であった。自身の仕事や会社に対して自負があり、自ら働きたいという欲求が継続的あり、諦めきれない思いがあると推察された。就労は、生計の維持だけでなく、個人や組織の目標達成のという側面も持っている。働くことは、個人の生きがいや生活の質（人生の質）

を支える重要な要素である。職業を通して得られた多くの物質的、精神的利益は、個人の家庭生活と連動し、家庭生活での充足感はさらに職業生活の安定、向上に寄与する。つまり、就労は就労以外の生活と相互に関連しつつQOLの中核的位置づけをなしていると言える。仮に、発症後早期から、就労に関する専門的な**支援があれば**、対象のリハビリテーションに対するプラスの力をさらに高め、QOLを高めることができたとも考えられた。脳卒中発症早期からの就労に対する心理的支援や、職場復帰に向けての具体的な支援、そのためのリハビリテーションは、我が国においては、ごく限られた一部の施設のみで行われており、広く脳卒中患者が受けられる支援とはなっていない。発症直後から患者に関わる看護職は、社会参加（職場復帰）に至るプロセスの患者の様々な経験に寄り添い、患者の就労への思いに関心を向け、就労支援の専門部門または就労につながるリハビリテーションが行えるよう、専門職間の連携を強化していく必要性があると考えられる。

看護の示唆として、社会参加（職場復帰）に至るプロセスの患者の様々な経験に寄り添っていくこと、対象の抱えている問題に関する専門職の連携の具体化、

### （3）障害者支援団体の活動参加に関する気持ちの変化

リハビリテーション病院に転院後、障害者支援施設でリハビリテーションを行い、《利き手利き足交換の獲得》《移動手段の確保》が《家族のサポート》によってでき、【生活手段の獲得】ができた。障害者支援施設に通所する中で、《障害をもつ仲間との出会い》があり、障害者支援団体の活動に参加し、《障害をもつ仲間との交流》があり、【自分にとっての居場所と思う】ようになった。以降、障害者支援団体の活動に継続的に参加し、現在は《必要とされる場》《障害をもつ仲間との場》《楽しみの場》《健康づくりの場》として【自分が自分でいられる場】と思うようになった。

南雲<sup>14)</sup>は、ハーバードブルーマーのシンボリック相互作用論を引用して、物事の意味は、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出されるとし、障害受容のプロセスにおける仲間づくりや社会参加の重要性を述べている。対象は、同じ障害をもつ者との交流を通して、【自分が自分でいられる場】を得るに至っている。これは、仕事に対する気持ちのやり場を補うように生じていると考えられた。身体障害者の支援において、仲間づくりや社会参加の機会の提供は重要な支援であり、ハーバードブルーマーの言葉を引用すれば、障害者の未来を創造する力を高める支援であると言える。

### （4）現在の健康に関する気持ち

現在は、《通院の継続》《生活の楽しみ》《自分ぼく

やる》思いからなる【健康観】を持っている。《健康の気がかり》《生活の気がかり》の【今後の気がかり】を感じている。

対象は、長期にわたる在宅での生活における体験とおして現在の【健康観】に至ったと考えられる。しかし、長期にわたる在宅生活のプロセスで、リハビリテーションの中断や中止があり、加齢的な要因も含め、現在は新たな健康問題が生じてきている。脳卒中による運動機能障害をもつ者の支援では、継続的な健康管理とリハビリテーションへの支援によって、新たな機能障害や健康問題を生じさせないことが重要であると考えられる。

### （5）看護に関する気持ち

看護に関する対象の語りは少なく、急性期入院期間に述べられており、脳卒中患者の長期にわたるリハビリテーションの経過に対する看護の関与の少なさが推察された。看護師に対する気持ちとしては【入院中の看護師像】で語られたように、話を聞いてくれる存在であり、急性時期の混乱期に寄り添ってくれる看護師像がある反面、＜ナースが自分のためになる何かだったという印象はない＞、＜ナースが自分のためになる何かだったという印象がない＞と＜車いすで行く行かないでもめた＞とあるように《自分の行動を抑制する看護師像》として捉えられていた。その中で着目すべきは＜自分をよく理解しないで声をかける＞存在として患者に捉えられていたことである。これは、安静度、リハビリテーション順序にしたがって移動方法の対象に説明される言葉が「制限された」、「駄目」ということで捉えられたと考えられるが、急性期入院期間では、対象は身体の麻痺があり思うようにならない体の状況下で、患者には看護師の言動の意図が正しく伝わっていなかったと考えられ、患者へのフィードバック、生活リハビリの状況を患者にわかり易く言語化することが看護にとって重要なかわりとなると考えられる。結果として患者は、話を聞いてくれる看護師像と生活に制限をする看護師像の双方のイメージが作られたと考えられ、看護師の存在は対象のものはリハビリテーション過程においてプラス面とマイナス面の両面を持っていたと考えられる。患者の予後、将来の生活を左右する重要なリハビリテーション入院期間に専門的なアドバイスなどの印象などが語られていないことは看護として着目すべき課題である。対象は働き盛りで、仕事のことや身体のことなど多くの心配事を話していると考えられるが、専門的にアドバイスし、これらの心配事を他部署に連携してくれた内容がないことから、専門職への連携、すなわちリハビリテーションのリレーションが行われていないことが推察された。リハビリ入院期間の看護師の役割の一つには、訓練士によって行われたリハビリテーションを生活の場で展開するということがある。リハビリテーション入院期間、看護師は対象と多くの時間

を生活のリハビリテーションとして関わっている。しかし、印象に残っていないのは、訓練士のように1-2時間を一人でやっているのではなく、多くの看護師が交代で行うことによって、印象も少なく、専門的に生活のなかでのリハビリの意味付けや重要性について丁寧に言語化していないためと予想できる。これらから、看護師に必要なことは、対象の抱えている問題に関して専門職への連携の具体化、患者へのフィードバック、生活リハビリの状況を患者にわかり易く言語化する必要があると考えられた。

#### (6) 本研究の限界と課題

本研究の結果は、地域で暮らす自営業者である脳卒中患者の入院から在宅生活に至る長期のリハビリテーションに関する気持ちの変化を探索したものであり、すべての脳卒中患者の気持ちの変化を示すものではない。今後、対象を増やし脳卒中後も仕事を持ち続けるためのリハビリテーションと専門職による支援について検討を重ねていく必要がある。

## VI. 結論

(1) 脳卒中患者の発症後の気持ちの変化を、179 コード、60 サブカテゴリ、20 カテゴリに分類した。

(2) 気持ちの変化では、発症後から現在に至るまで仕事に対する思いや自負の気持ちが動機となりリハビリテーションの実施、継続、希望につながっていた。

(3) 対象の長期にわたるリハビリテーションの実施状況では、障害者に関わる法制度の変更により、医療・福祉の諸制度を跨ぎながらリハビリテーションを行ってきたが、自身が希望するリハビリテーションの継続が叶わず、リハビリの中断、継続断念に至り、制度への不満を持っていた。さらに障害の二次的問題や加齢により新たな健康障害の発生につながっていた。

(4) 看護の示唆として、社会参加（職場復帰）に至るプロセスの患者の様々な経験に寄り添っていくこと、対象の抱えている問題に関する専門職の連携の具体化、患者へのフィードバック、生活リハビリの状況を患者にわかり易く言語化すること、将来の健康障害に対し予測的に支援すること必要性があげられた。

## VII. 謝辞

本研究にご協力いただきました対象者、障害者支援施設主催者、障害者支援団体の皆様に深く感謝いたします。

## 参考文献

1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課：平成18年

身体障害児・者実態調査,

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01\\_0001.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01_0001.pdf), (参照 2021- 7- 20).

2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課：28年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査), [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01\\_0001.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01_0001.pdf), (参照 2021- 7- 20).

4) 公益社団法人日本脳卒中協会：脳卒中を経験した当事者(患者・家族)の声 患者・家族委員会アンケート調査報告書, 2020.

5) 独立行政法人労働者健康福祉機構編：「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療の研究・開発、普及」研究報告書, 2008.

6) 豊永敏宏：脳血管障害における職場復帰可否の要因一

Phase3 (発症1年6ヵ月後)の結果から一, 日職災医誌 57・4, 152-160, 2009.

7) 日本慢性期医療協会ホームページ：<http://manseiki.net>, (参照 2021- 7- 20).

8) 厚生労働省：医療保険の疾患別リハビリテーションの概要, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000177426.pdf>, (参照 2021- 7- 20).

9) 厚生労働省保険局医療課：令和2年度診療報酬改定の概要(入院医療),

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>, (参照 2021- 5-1). 参考文献はここです。参考文献はここです。

10) 厚生労働省：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究事業報告書,

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000087118.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000087118.pdf), (参照 2021- 5-1).

11) 徳本雅子, 石附智奈美, 宮口英樹, 豊田章宏：脳卒中患者が新規就労・仕事定着に至る過程における気持ちの変化の特徴に関する探索的研究, 日本職業・災害医学会誌 JJOMT, Vol. 63, No. 1, 41-49, 2015.

12) 吉田太樹, 伊藤大将, 渡邊翔太, 大須理英子, 大高洋平：脳卒中患者のリハビリテーションへのモチベーションに関するシステマティックレビュー, 作業療法, 39 巻 4 号, 468-477, 2020.

13) 山下剛：Maslow 理論はモチベーション論か-経営学における Maslow 理論の意義再考-日本経営学会誌, 第 22 号, 66-78. 2008.

14) Cohn N: Undersutunding the process of adjustment to disabitiy. J Rehabil 27:16-19, 1962(96).

15) 山口明德, 和田利政, 池田和臣編：国語辞典 11 版, 旺文社, p. 1468, 2013.

16) Nishimura Y, Onoe H, Onoe K, Morichika Y et al: Neural substrates for the motivational regulation of motor recovery after spinal-cord injury. PLoS One 6(9):E24854, 2011.

17) Poltawski L, Boddy K, Forster A, Goodwin VA, Pavey AC, et al: Motivators for uptake and maintenance of

- exercise:Perceptions of long-term stroke survivors and implications for design of exercise programmes. *Disabil Rehabil* 37(9):795-801, 2015.
- 18) Resnick B, Michael K, Shaughnessy M, Kopunek S, Nahm ES, et al:Motivators for treadmill exercise after stroke. *Top Stroke Rehabil* 15(5):494-502, 2008.
- 18)前沢
- 19)岩井阿礼:障害受容概念と社会的価値 - 当事者の立場から -, 淑徳大学研究紀要 (総合福祉学部), 45, 239-250, 2011.
- 14)南雲直二:障害受容 (意味論からの問い), 第1刷, 荘道者, 1988.
- 20)結城俊也:解釈学的現象学的分析による脳卒中患者の身体体験-職人技の回復プロセスを例として-, *日本保健福祉学会誌*, 17(2), 21-38, 2011.
- 21)川口晴美, 川口徹:障害受容の概念と変遷, *理学療法研究*, 第15号, 65-69, 1998.
- 22)大島埴生, 飯田淳子, 長崎和則:中途障害者の生活の再編成に関する先行研究の検討, *川崎医療福祉学会誌*, Vol. 27 No. 2, 247-258, 2018.
- 23)上條菜美子, 湯川進太郎:ストレスフルな体験の反すうと意味づけ-主観的評価と個人特性の影響-, *心理学研究*, 第85巻, 第5号, 445-454, 2014.
- 24)有馬教寧:高齢者の終了と生きがいに関する研究の現状と課題, *日本労務学会誌*, Vol. 21, No. 3, 92-102, 2021.