

⑦自分の努力や工夫、周りの人の支えて、不自由さを克服し、充実した暮らしをしているが、時に失敗もある

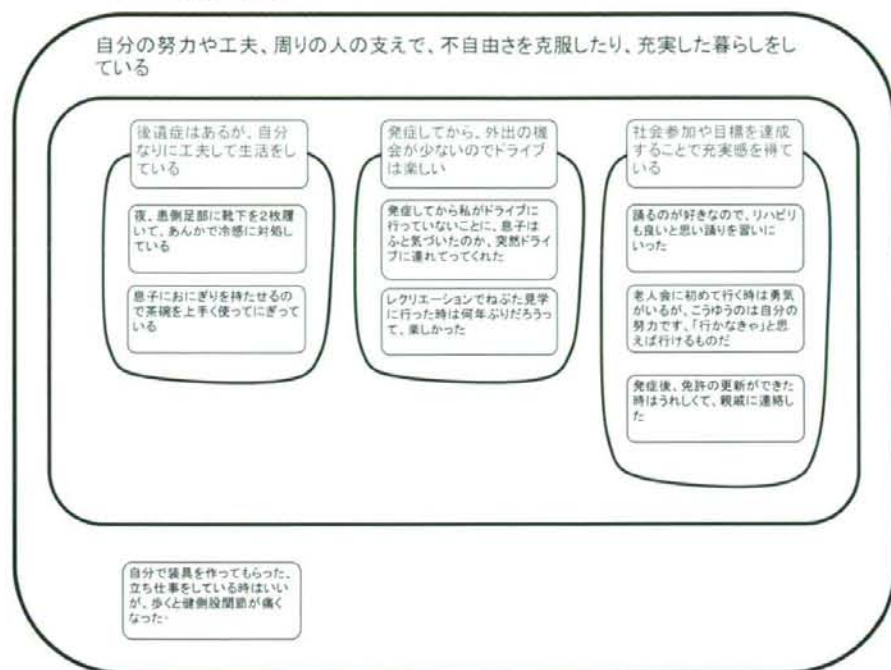


図8 グループ⑦『⑦自分の努力や工夫、周りの人の支えて、不自由さを克服し、充実した暮らしをしているが、時に失敗もある』

* ラベル中の・は小グループ編成で一匹狼になったことを示す

※デイケアはスタッフや他の利用者がいるからこそ、楽しく過ごせ、リハビリもがんばれ、多少なりとも成果を感じる

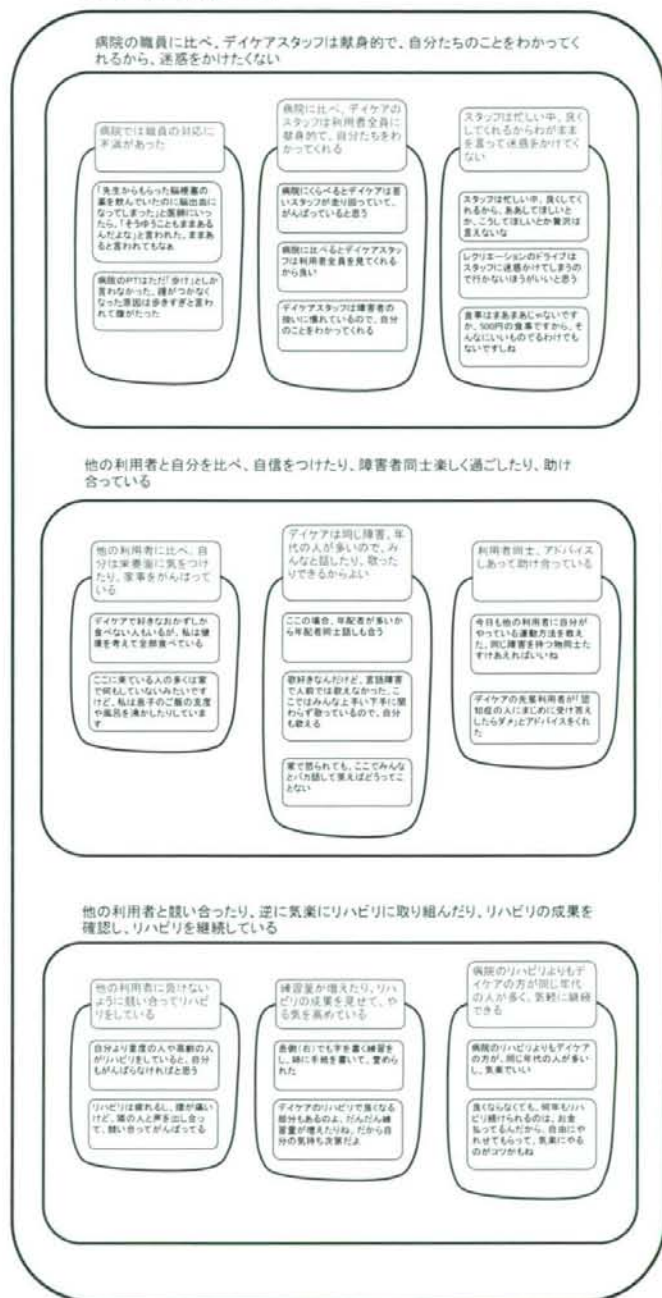


図9 グループ⑨『デイケアはスタッフや他の利用者がいるからこそ、楽しく過ごせ、リハビリもがんばれ、多少なりとも成果を感じる』

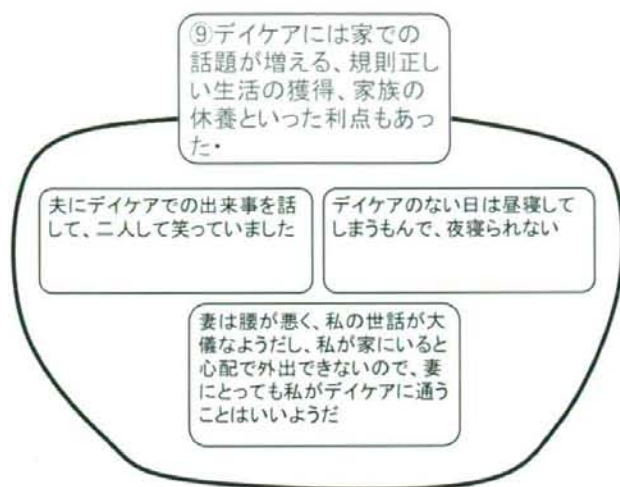


図 1 0 グループ⑨『デイケアには家での話題が増える、規則正しい生活の獲得、家族の休養といった利点もあった』

* 小グループ表札中の・は中グループ編成で一匹狼になったことを示す

認知症や年の離れた利用者、サービス内容、スタッフに不満がある

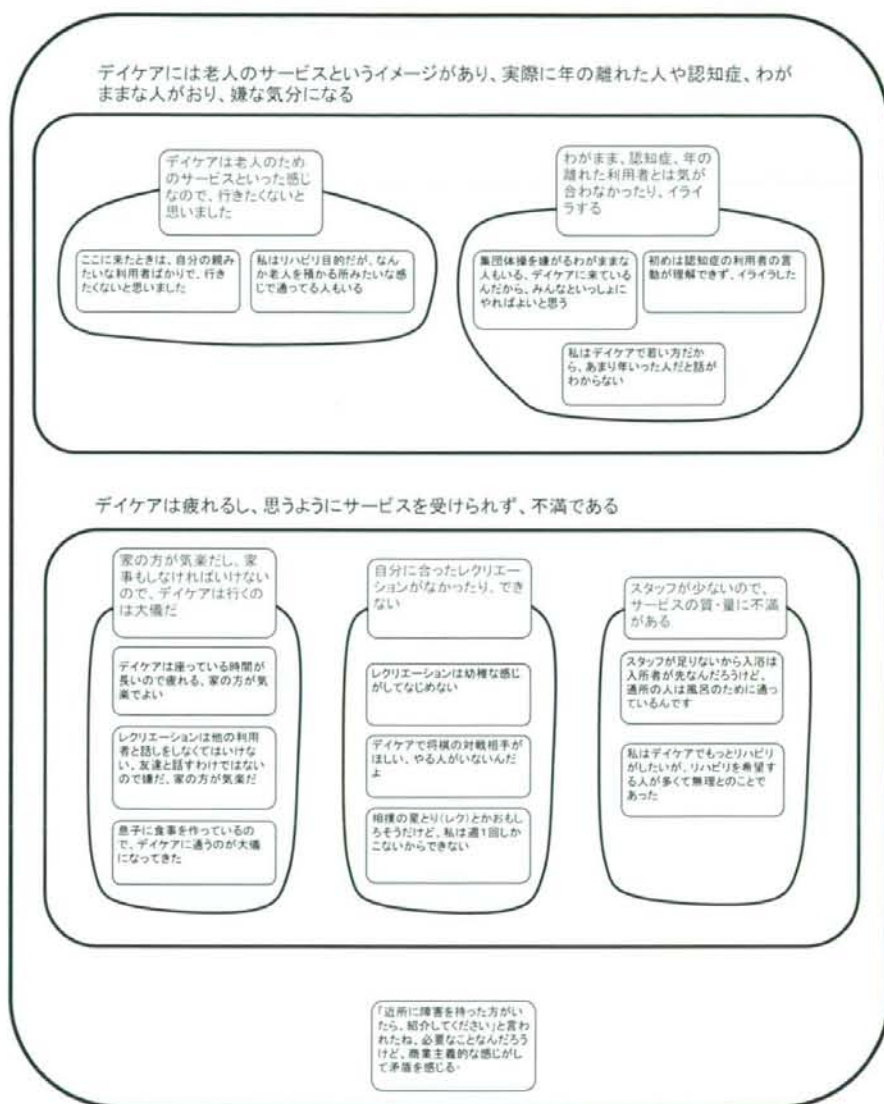


図 1 1 グループ⑩『認知症や年の離れた利用者、サービス内容、スタッフに不満がある』

*ラベル中の・は、小グループ編成で一匹狼になったことを示す

⑪退院後、リハビリ、介護負担軽減、交流を目的に自分でデイケア施設を探した人もいれば、ケアマネ任せの人もいる

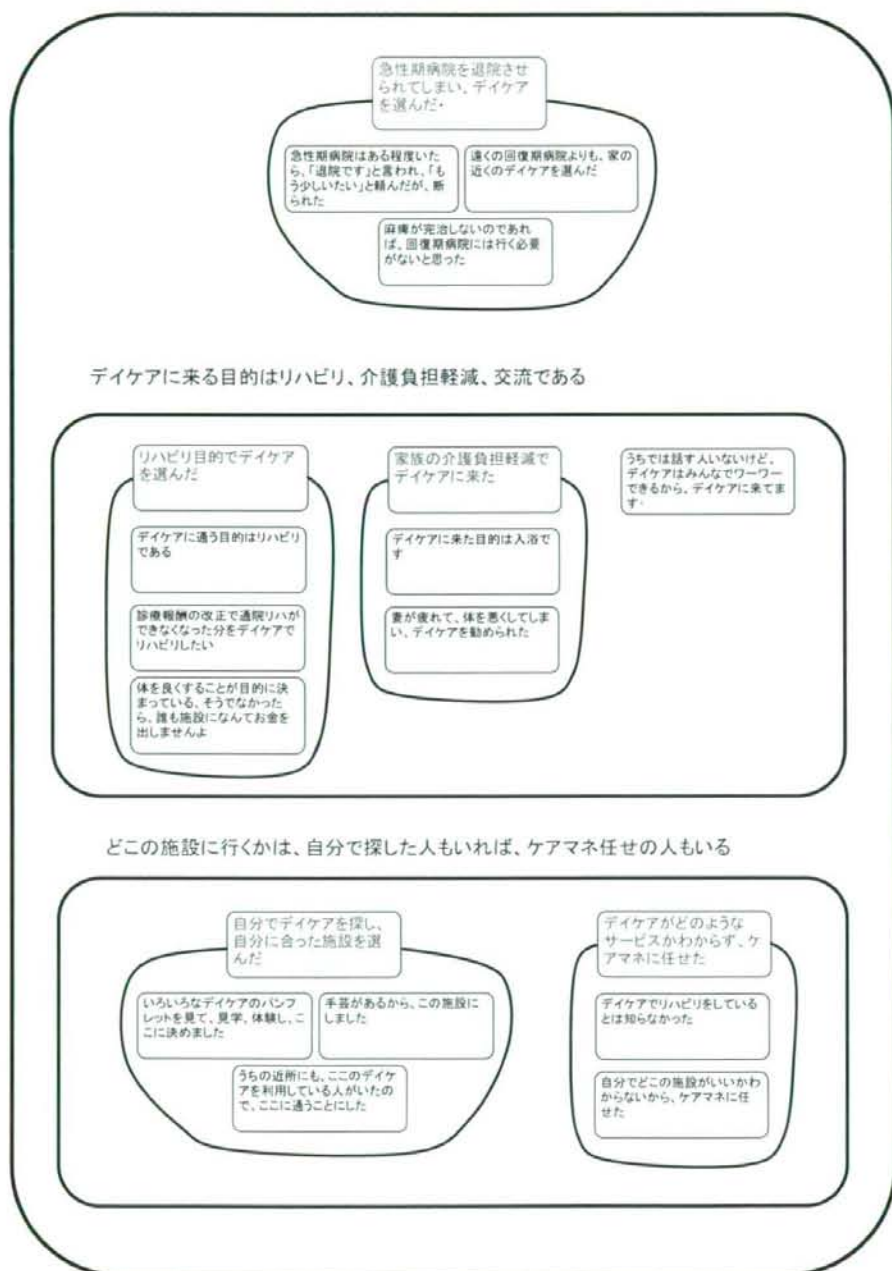


図 1 2 グループ⑪『退院後、リハビリ、介護負担軽減、交流を目的に自分でデイケア施設を探した人もいれば、ケアマネ任せの人もいる』

* 小グループ表札中の・は中グループ編成で一匹狼なったことを示す

IV-2-3、デイケア利用者のB型叙述化

グループ①『家でも外出先でも何かと不自由で家族に迷惑をかけているので、発症前の自分をと戻したい』

<自分のうちの風呂に入っているが、浴槽をまたぐのがたいへんだったり>、<菓を飲むとき、いくつも袋があるとなかなか一人でできなかつたり>、<外は一人であるけない、家では転ぶと終わりだから、妻がついてくれる。>といったように、利用者にとって、麻痺があると、家でもの生活は何かと不便で、家族に迷惑をかけてしまう。<働けなくなって、収入面で家族に迷惑をかけているが、思うように解決できない>し、息子や娘の家で世話になっている利用者は、<自宅に帰れるように早くよくなりたいが、一人暮らしは難しい。>さらに、自分自身も<患側は血液循環が悪く、冷たくなり、痛くてどうにもならない>といったことがあり、この状態を解決することは難しい。

さらに、応用的日常生活活動レベルについては、<健側上肢は杖を持っているので、リュックが患側肩からはずれても直せないし、患側上肢は軽い袋しか持てない>、<外出先でも装具を履いていると座敷にあがれないから、なんとか装具をはずして歩きたい>とっており、外出歩行は可能であっても、杖や装具があると不便なのである。また、外出した場合に、<和式トイレは使えないし、洋式トイレの高さや個室の広さはいといで、外出先のトイレは不安です。>また、外出歩行が可能な人でも、<外では一人で歩いているけど、やっぱり転倒が不安だ>ったり、<麻痺のために、ご飯をこぼしてもわからない、だから外食ははずかしい>とっている。趣味についても、

発症前に<ピアノの趣味はあったが、今は片手で弾いてもつまらないし、孫の方がうまいくらいだ>ったり、新しい趣味の<踊りの練習へはタクシーで行かなければならないので、経済的にも使ってもらえない。>といったように活動の制限や参加の制約といった問題はなかなか解決できない。

このような状況を脱するためにも、移動手段として、<いつまでも自分の杖に頼るわけにはいかない>とっており、<車椅子に頼らず買い物に行けた頃のような、自分の意志で行動できる自分自身を取り戻したい>とっている。また、<妻に精神的にも身体的にも負担をかけているから、早く自分のことは自分でできるようになりたい>し、経済的問題解決のためにも、<今は家で電話で仕事をしているが、もう一度もっと歩けるようになって仕事をしたい>といった回復を願っている。身体機能についても、特に麻痺による慢性的な痛みはつらく、<今でも患側は冷たく、痛く、力もはまらないので、リハビリで早く治したい>と願っている。

グループ②『病院では機能回復が得られたので、麻痺を治すためにもデイケアと同じようなリハビリをしてほしい』

グループ①のように発症前の自分を取り戻したいとっている。このような状況の中で、病院やデイケア利用当初の事を思い出してみる。<急性期病院では平行棒から出て、杖で歩くのがすごく怖かった。>といったように病院のリハビリは厳しかったが、<私はもともとおしゃべりだから、病院で他の患者と話ししているうちによくなった、最初は何も言えなかった。>というように、かなりの回復が得られていた。デイケア利用当初で

も、＜急性期病院を退院する時にはリハビリで歩いていたが、デイケアで歩行自立となった＞り、＜デイケアでもリハビリを始めた当初は手もよくなり、一つずつ良くなると希望が持てた。＞だからこそ、＜「治るんだ」という希望が三年間デイケアを継続できた理由です＞だったり、＜まだ発症して、1年半だからきつと良くなると思う＞と持っている。また、デイケアで＜何十年と手が動かない人が「痛みを感じない」と言っていた、自分は痛みを感じるので治ると思った。＞というような自分なりの考えから希望を見だして、リハビリを続けてきた。

デイケアは利用当初しか回復しなかったのに、病院ではかなり回復していた。そのために利用者は、病院のようなリハビリテーションが必要だと考えている。＜デイケアでも病院の医師の言うとおりにリハビリをしてくれると安心だ、デイケアは医者じゃない（医師はいるが、あまり診てくれない）。＞と思う人もいる。医師のいうことなら確かだと思つたため、＜医師に「動かさないと固まってしまうので、なるべく動かしなさい」と言われ、毎日動かすようにしている＞人もいる。また、＜「正しい運動でないと意味がない」と病院のPTに指導されたのでPTにリハビリしてほしい。＞と思ったり、＜病院のリハビリでマッサージをしてもらっていたので、デイケアでもマッサージしてほしい＞と利用者が考えるのも、病院でかなりの回復が得られたためであろう。だからこそ、＜病院でのリハビリはデイケアよりも厳しかった、治るなら、病院のようなリハビリをしてほしい＞と思ひ、＜早くリハビリにしたいのだから、ポーっとスタッフがバイタルを測定に来るのを待っているのではなく、みんな並ばせて合理的に測ればよい＞といったよう

に、のんびりしたデイケアの雰囲気すら必要ないと思ってしまうのであろう。

グループ③『告知を受けた人もいれば、受けていない人もいる、病院でもデイケアでも告知はつらいものである』

＜初めは脳卒中がどのような病気かわからなかった＞といったように、入院時、患者は脳卒中のことを詳しく知らない。さらに、＜医師から麻痺の回復について詳しい説明を受けていない＞患者もいれば、＜「麻痺はどこまで良くなるかわからないけど、全治まではいかない」と病院の医師に言われた＞患者もいる。しかし、告知されても、＜どもまで良くなるか言ってもらえないとわからない＞のである。そのため、グループ①からグループ②の病院のようなリハビリテーションを求める流れが強まっていると考える。

病院では告知を受けず、デイケアで告知を受けた利用者もいる。しかし、＜私は医師に「もう病院にいても治らない」と見放されてしまった。＞と病院で告知を受けた患者がショックを受けるのと同じように、デイケアで告知を受けた人は、＜はっきりと「治らない」と言われると、デイケアに来る必要はないと思ひ＞、デイケアに来る意欲、リハビリテーションを受ける意欲が下がると考える。

グループ④『機能維持のためにほどほどにリハビリすればよいが、自主練習は家よりもデイケアの方がやりやすい』

グループ②のように回復を期待してリハビリテーションを継続してきた中で、＜デイケアのリハビリで何か向上したっていうのはない＞と感じ、＜完全に麻痺が治るとは期待していない＞利用者もいる。このような利用者は、＜他の利用者

の話の聞いていると良くなると思っている人もいます。>また、<前はもっと自主練習していたけど、やりすぎて倒れた人いるから、私はほどほどにしている。>といったように、他の利用者を見て、リハビリテーションや自主練習をやりすぎるのもよくないと感じている。しかし、<これ以上良くなれないと思うが、悪くなるとダメだから、リハビリをがんばるのは当然よ。>また、<100%自分の足だけで歩けなくても80%でも自分の足で歩いていたいから、リハビリは続けたいね。>というように機能維持のためにリハビリテーションに対する意欲を保持している。また、その中には、<医療技術の進歩により手足が動くようになった時のために、拘縮を起こさないように維持しなければならぬ>というように回復は困難と理解しているが、回復をあきらめきれない複雑な心境の人もいます。

このように機能を維持するためにも、自主練習は重要である。しかし、<家での練習は平行棒等の器具がないので限界がある>、<デイケアのようにスタッフが付いてくれないので、家での練習は不安です>、<運動しないとダメなのはわかっているんだけど、家での運動は大儀なんだよな>といったように、家で一人で自主練習するのは難しいようである。そのために、自主練習もデイケアで行った方がやりやすいと感じている。<自主練習やっている時にリハスタッフが姿勢とか指導してくれとありがたいな>、<私自身では楽しくできて、正しい練習を見つけれない>といったように、デイケアのリハスタッフに自主練習の指導を望む利用者もいる。また、<入院時は意識障害があったため、退院後の方がたくさんリハビリをしていると思う>、<通

院リハや訪問リハは時間が限られているが、デイケアでは自由に自主練習できる>というように、時間を自由に使えることや、<病院で習った自主練習は、年が経つと忘れてくるから、他の利用者の練習を見るようにしている>というように他の利用者をお手本にできるといった利点を挙げる利用者もいた。

グループ⑤『痛みで運動できなかつたり、機能低下を起こしてしまった人もいます』

④のように機能維持を目的にがんばっていても、<もともと膝が悪いから、歩いている時に膝がガクッてなると、悪くなっているのではないかと不安になる>、<長男にもっと歩くように言われるが、どうしても痛みがあれば人間歩かなくなる>というように、疼痛が、自主練習やリハビリテーションを阻害する要因となっているようである。また、<退院した頃は装具なしでも歩けたが、1、2年したらなぜか内反するようになった>。これは誤った方法で自主練習したり、過剰な量の自主練習によって、痙性が高まったことが原因ではないかと思われる。<私の不注意で誤った方法で段差を越えようとして、転倒し、立てなくなりました>、<やっぱり家にいれば寝るだけだから、足腰弱ってきてるな>といった発言もあった。痙性の高まり、事故、不活発による機能低下もまた、自主練習やリハビリテーションを阻害する要因であると考えられる。

グループ⑥『家族には、(特に経済的に)迷惑をかけているので、自分が我慢しないといけない』

グループ①のように基本的・応用的日常生活活動レベルで家族に迷惑をかけているので、<朝食をとらないといけない

のはわかっているが、孫は朝から仕事で申し訳ないから朝食はとりません>、<孫も友達が来ると、おじいちゃんが半身麻痺なもんで、都合悪いんでしょう。気持ちでわかったから、自分から家を出た>といったように、自分を支える家族を不憫に思い、我慢してしまう。特に、家族の経済状況が良くない場合には、<私が体悪くして亡くなったら、年金が入らなくなり、家族が困るから、私は元気でないといけない>とさえ考えている利用者もいる。

また、<私は郵便局の年金保険しかなく、それでデイケア代を払っているので、長男に食べさせてもらっている>といった経済的に世話になっている立場なので、<長男は半分も話せば頭ごなしにしゃべるから、長男とはあまり話しません>というように家族に遠慮利用者もいる。逆に、利用者の経済状況が良好でも、<今は嫁さんに洗濯を頼んでいる。向こうも私の年金を使ってくれればお互い様だしね>というように、利用者（姑）が身のまわりのことで、家族（嫁）に世話になっていると、気を使ってしまうと考える。

このように家族に申し訳ないと言う気持ちがあるせいか、<身内だから言うのかもしれないが、不摂生で脳卒中になったから、家族からきつい事を言われる>、<娘には腹立つ時もあるけど、親のために嫁にも行かず、がんばってくれるから、がまんしないとね>といったように、家族に対して憤りを感じた時ですら、家族に不平を言うことはできず、我慢してしまうと考える。

逆に、<私は年金多いから遠慮なくデイケアに通える>といった発言もあり、特に経済面で家族に負担をかけていることは利用者の家族に対する遠慮や気兼ねを強めていると思われる。

グループ⑦『自分の努力や工夫、周りの人の支えで、不自由さを克服し、充実した暮らしをしているが、時に失敗もある』

①のように生活に不便さがあっても、<夜、患側足部に靴下を2枚履いて、あんかで冷感に対処している>、<息子におにぎりを持たせるので茶碗を上手く使ってにぎっている>といった工夫により、不便さを解消している。また、<発症してから私がドライブに行っていないことに、息子はふと気づいたのか、突然ドライブに連れてってくれた>、<レクリエーションでねぶた見学に行った時は何年ぶりだろうって、楽しかった>というように、外出困難な利用者にとって、家族とのドライブやデイケアでのドライブは、家族との絆を強める、また、久しぶりに見る風景に感慨深いものを感じる。さらに、他者の手を借りるだけでなく、自らも<踊るのが好きなので、リハビリも良いと思い踊りを習いにいった>、<老人会に初めて行く時は勇気がいるが、こうゆうのは自分の努力です、「行かないきゃ」と思えば行けるものだ>、<発症後、免許の更新ができた時はうれしくて、親戚に連絡した>というように社会参加や目標を達成することで充実感が得ている。

しかし、このような工夫や努力も、利用者が身体機能回復に強い執着があると、<自分で装具を作ってもらった、立ち仕事をしている時はいいが、歩くと健側股関節が痛くなった>といった失敗をしまうこともあるようである。

グループ⑧『デイケアはスタッフや他の利用者がいるからこそ、楽しく過ごせ、リハビリもがんばれる』

利用者はデイケアを利用する前は、病院に入院しており、病院の職員に<先生からもらった脳梗塞の薬を飲んでいた

のに脳出血になってしまった」と医師にいったら、「そうゆうこともままあるんだよな」と言われた。ままあると言われてもなあ。>また、<病院のPTはただ「歩け」としか言わなかった、踵がつかなくなった原因は歩きすぎと言われて腹がたつた。>といった不満があった。それに比べ、デイケアでは、<病院に比べるとデイケアは若いスタッフが走り回っていて、がんばっていると思う>、<病院に比べるとデイケアスタッフは利用者全員を見てくれるから良い>、<デイケアスタッフは障害者の扱いに慣れているので、自分のことをわかってくれる>とデイケアスタッフに感謝している。そのため、<スタッフは忙しい中、良くしてくれるから、ああしてほしいとか、こうしてほしいとか贅沢は言えないな>、<レクリエーションのドライブはスタッフに迷惑かけてしまうので行かないほうが良いと思う>、<食事はまあまあじゃないですか、500円の食事ですから、そんなにいいものでもなくていいですしね>といった贅沢を言って、スタッフに迷惑をかけないような遠慮すら述べていた。

また、デイケアに他の利用者があるので、<デイケアで好きなおかずしか食べない人もいますが、私は健康を考えて全部食べている>、<ここに来ている人の多くは家で何もしていないみたいですけど、私は息子のご飯の支度や風呂を沸かしたりしています>といった他の利用者の自分を比較し、自信を得ていると考えられた。また、<ここの場合、年配者が多いから年配者同士話しも合う>、<歌好きなんだけど、言語障害で人前では歌えなかった、ここではみんな上手い下手に関わらず歌っているの、自分も歌える>、<家で怒られても、ここでみんなとバカ話して笑えばどうってことない>といっ

た他の利用者との交流を楽しんだり、交流から心の支えを得ていた。さらに、同じ障害を持つ者同士だからこそ、<今日も他の利用者に自分がやっている運動方法を教えた、同じ障害を持つ物同士たすけあえればいいね>、<デイケアの先輩利用者が「認知症の人にまじめに受け答えしたらダメ」とアドバイスくれた>といったお互いにアドバイスし合い、助け合う姿が伺えた。このようにデイケアスタッフや他の利用者の存在は、グループ⑥のような家族関係によるストレスを抱えていると思われる利用者にとって、デイケアスタッフや他の利用者の存在は、利用者の心のよりどころとなっていると思われた。

リハビリテーションについても、<自分より重度の人や高齢の人がリハビリをしていると、自分もがんばらなければと思う>、<リハビリは疲れるし、腰が痛いけど、隣の人と声を出し合って、競い合ってがんばっている>といった他の利用者や競い合ってリハビリテーションをしており、<患側（右）でも字を書く練習をし、姉に手紙を書いて、誉められた>、<デイケアのリハビリで良くなる部分もあるのよ、だんだん練習量が増えたりね、だから自分の気持ち次第だよ>といったリハビリテーションの成果を確認して、リハビリテーションをがんばっていた。また、<病院のリハビリよりもデイケアの方が、同じ年代の人が多し、気楽でいい>、<良くならなくても、何年もリハビリ続けられるのは、お金払ってるんだから、自由にやらせてもらって、気楽にやるのがコツかもね>というように、逆にリハビリテーションや自主練習に対する意欲がとぎれないように気軽に取り組んでいる姿も見られた。このように、グループ②の病院のようなりハビリ

テーションとは逆の気軽にできるリハビリテーションを求めている利用者もいた。このように利用者は、グループ②のような維持期ではなかなか向上が得られないことや、グループ④のような自主練習を続けることの難しい中で、リハビリテーションや自主練習に対する意欲を保っていることが考えられた。

グループ⑨『デイケアには家での話題が増える、規則正しい生活の獲得、家族の休養といった利点もあった』

グループ⑧のようにデイケアには、スタッフや利用者との交流という利点もあるが、その他に、<夫にデイケアでの出来事を話して、二人して笑っていました>、<デイケアのない日は昼寝してしまうもんで、夜寝られない>といった利用者にとって予想外の利点があった。また、リハビリテーション目的で来ている利用者には、<妻は腰が悪く、私の世話が大変なようだし、私が家にいると心配で外出できないので、妻にとっても私がデイケアに通うことはいいようだ>といった利点を後から気づく者もいた。

グループ⑩『認知症や年の離れた利用者、サービス内容、スタッフに不満がある』

グループ⑧、⑨とは逆に、デイケアに対する不満もあった。<ここに来たときは、自分の親みたいな利用者ばかりで、行きたくないと思いました>、<私はリハビリ目的だが、なんか老人を預かる所みたいな感じで通っている人もいる>といったように、前期高齢者やリハビリテーション目的の利用者には、デイケアは後期高齢者が多く、後期高齢者を預かるサービスと感じ、デイケアに嫌悪感を抱いてしまうようである。これはデイケア施設が、介護老人保健施設であるからで

あると考える。また、<集団体操を嫌がるわがままな人もいる、デイケアに来ているんだから、みんなといっしょにやればよいと思う>、<初めは認知症の利用者の言動が理解できず、イライラした>、<私はデイケアで若い方だから、あまり年いった人だと話がわからない>といった自分とは性格、症状、年齢が異なる利用者に嫌な気持ちをもってしまうようである。

デイケア利用者は、サービスについても不満を持つこともある。<デイケアは座っている時間が長いので疲れる、家の方が気楽でよい>、<レクリエーションは他の利用者と話しをしなくてはいけない、友達と話すわけではないので嫌だ、家の方が気楽だ>、<息子に食事を作っているの、デイケアに通うのが大儀になってきた>といったようにデイケアに通うと疲れてしまうとのことであった。また、<レクリエーションは幼稚な感じがしてなじめない>、<デイケアで将棋の対戦相手がほしい、やる人がいないんだよ>、<相撲の星とり（レク）とかおもしろそうだけど、私は週1回しかこないからできない>といったレクリエーションの内容が自分に合わない、将棋の相手がなくてできない、相撲の星とりのような15日連続でするようなレクリエーションにはデイケア利用者は参加できないと言った発言が聞かれた。この他に、デイケアスタッフのマンパワー不足による不満として、<スタッフが足りないから入浴は入所者が先なんだろうけど、通所の人は風呂のために通っているんです>、<私はデイケアでもっとリハビリがしたいが、リハビリを希望する人が多くて無理とのことであった>といったものが挙げられた。さらに、<「近所に障害を持った方がいたら、紹介してください」

とされていてね、必要なことなんだろうけど、商業主義的な感じがして矛盾を感じる」といったデイケアスタッフに対する不満もあった。

しかし、これらの不満は、グループ⑧のようにデイケアスタッフの多くが献身的で良くしてくれるので、遠慮してしまし、訴えずにあきらめていることが多いと考えられた。

グループ⑩『退院後、リハビリ、介護負担軽減、交流を目的に自分でデイケアを探した人もいれば、ケアマネ任せの人もいる』

＜急性期病院はある程度いたら、「退院です」と言われ、「もう少しいたい」と頼んだが、断られた。＞そのため、回復期病院に転院する人もいるが、＜遠くの回復期病院よりも、家の近くのデイケアを選んだ＞というように、急性期病院の退院の後、回復期病院に行かず、自宅に帰り、デイケアを利用する者もいた。このように急性期病院を退院してからすぐにデイケアを利用した者の中には、＜麻痺が完治しないのであれば、回復期病院には行く必要がないと思った＞というように、麻痺の回復について詳しく説明を受けていないために、回復期病院に行く必要がないと考えてしまったと思われる者もいた。

このように病院を退院し、デイケアを利用する目的については、＜デイケアに通う目的はリハビリである＞、＜診療報酬の改正で通院リハができなくなった分をデイケアでリハビリしたい＞、＜体を良くすることが目的に決まっている、そうでなかったら、誰も施設になんてお金を出しませんよ＞といった発言が聞かれた。他の目的については、＜デイケアに来た目的は入浴です＞、＜妻が疲れて、

体を悪くしてしまい、デイケアを勧められた＞といった介護負担軽減や＜うちでは話す人いないけど、デイケアはみんなでワーワーできるから、デイケアに来てます＞といった交流があった。

これらの目的は、リハビリテーションに関するグループ②、④、交流や介護負担軽減に関するグループ⑧、⑨からも十分果たされていると考えられる。

V、考察

本研究は、介護老人保健施設でのデイケアを利用している高齢者を研究参加者とし、維持期脳卒中後遺症者のデイケア継続の意味について面接を行った。面接により得られたデータをデイケア利用者にKJ法を用いて分析した。

これらから、維持期脳卒中後遺症者のデイケア継続の意味は、リハビリテーションに関するものとして、利用者から『病院では機能回復が得られたので、麻痺を治すためにもデイケアも病院のようなリハビリをしてほしい』が挙げられた。先行研究⁵²⁾では、デイケアを含む外来理学療法を受ける脳卒中後遺症者、及び、理学療法士を対象にした調査では、脳卒中後遺症者が麻痺や身のまわり動作が回復することを期待しているのに対し、理学療法士は、機能回復よりも身体機能やADL能力の維持や確認を主な役割と意識していると述べている。また、青木ら⁵³⁾は移動能力の維持を目的にデイケアを利用する主介護者は60.2%と半数を超えたと報告している。

デイケア利用者が利用者グループ②で、維持期であるにも関わらず、急性期・回復期病院と同じようなリハビリテーションを求めてしまう原因として、利用者グループ①『患側は痛いし、家でも外出先でも何かと不自由で家族に迷惑をかけて

いるので、発症前の自分を取り戻したい』があると考え。Grayson⁵⁴⁾は障害受容とは「身体的には患者が障害の性質や原因や合併症や予後をよく知ること、社会的には雇用や住宅や家族やその他の関係に対して現実的であること、心理的にはひどい情動的症候を示さないこと」と述べている。このことから、本研究の利用者グループ①、②ではデイケア利用者の障害受容できていない面が現れていると考える。障害受容理論⁵⁵⁾は、「価値観の転換」⁵⁶⁾、「段階理論」⁵⁷⁾がその中心であるとされている。梶原ら⁵⁸⁾はこれらの受容理論は脊髄損傷患者に適用されたものであり、脳卒中患者にあてはめることは困難であると述べている。脳卒中においては、患者は麻痺が徐々に治るものと期待しながら治療を受けていく。発症後、機能障害は徐々に回復するが、大抵の場合、3～6ヶ月後には回復は頭打ちとなる⁵⁹⁾。Colnの段階理論⁶⁰⁾における回復への期待である第2段階において、脊髄損傷患者(完全麻痺)と異なり、機能回復が得られてしまうため、次の段階である悲嘆や防衛に移行することが困難となり、急性期・回復期から維持期へのリハビリテーションの目的の転換が困難になっていると考える。しかし、麻痺の回復が得られることが、利用者の障害受容を困難にしている可能性があったとしても、急性期・回復期でのリハビリテーションにおいて、身体機能の回復は重要であり、機能回復練習を行わなければならない。従って、急性期・回復期から維持期以降の際にリハビリテーションの目的の転換を促す必要があると考える。先行研究⁶¹⁾⁶²⁾では、趣味や家庭内役割が身体機能を維持するとの報告もある。医療機関を退院し、維持期リハビリテーションに移行する際には、活動や社

会参加に目を向けていく重要性も患者に伝える必要があると考える。

障害受容に関わる要因として、外里ら⁶³⁾は、在宅脳卒中後遺症者において、ADLの向上によって、自分で実際に行動を起こし、成功体験などを持つことにより「行動主体としての自己(自己効力感、ローカス・オブ・コントロール)」が高まり、「内的自己価値(自尊感情、不安・うつへの軽減)」が高められ、最終的に「障害の容認(障害の受容、態度)」に影響を与えるという構造が見られたと述べている。また、原田ら⁶⁴⁾は、「社会的活動」が「心理的QOL」に影響を及ぼし、「手段的ADL」は「社会的活動」を介して間接的に「心理的QOL」に影響することが示されたと述べている。本研究では、ADL、IADLに家族の介助を必要であることから、家族に気兼ねしており(利用者グループ①)、この現実を打破するために機能回復練習を求め(利用者グループ②)、障害受容が困難となっていることから、本研究の結果はこれらの先行研究の結果を支持する結果であるといえる。しかし、本研究では、研究参加者のパーセルインデックス値はすでに高値であり、向上は難しいと考える。また、利用者グループ①、②のように外出や趣味の獲得が困難な意見や環境因子である福祉用具を使用しても、自己効力感の向上や活動、社会参加の実現に達しない意見もあった。このように、これらの先行研究の構造を支持しながらも、心理的QOLの向上や障害の容認が困難である現実が見られた。

また、調整的コーピングが抑うつ状態を低下させ、心理的QOLを向上させることが報告されており⁶⁵⁾、調整コーピングを高めることが重要であると考え。しかし、コーピングができるためには、少なくとも脳卒中後の麻痺の回復には限

界があることを理解している必要があると述べており⁵⁹⁾、急性期から維持期にかけて麻痺がどのような回復をたどるのか、プラトーに達する時期を説明することが重要である。本研究の結果からも、脳卒中後の麻痺の回復についての理解不足（利用者グループ③）が機能回復練習を求め続ける一因である可能性が考えられた。

しかし、利用者グループ③『告知を受けた人もいれば、受けていない人もいる、病院でもデイケアでも告知はつらいものである』では、麻痺の回復には限界があることを、病院の医師から聞いていない利用者もいれば、医師から説明を受けたが「どこまで回復するかはわからない」と言われていた。そのために、デイケアでも麻痺の回復には限界があることを知らない利用者や麻痺の回復がプラトーに達した利用者に、告知をしなければならない場合もあると考える。しかし、利用者グループ③内にはくははっきり「治らない」と言われると、デイケアに来る必要はないと思う」といったラベルもあり、告知の難しさが存在した。

デイケア利用者では、グループ②内に「<デイケアでも病院の医師の言ったとおりにリハビリをしてくれると安心だ、デイケアは医者じゃないからな>とデイケア利用者とデイケアの医師の関わり合いが低いと思われる発言があった。このことから、デイケアでは、告知に対して、チームでアプローチすることが重要であると考えられるが、医療機関のような医師をリーダーとしたチームアプローチが難しいことが考えられた。デイケアでも、医療機関のように告知といった利用者の心理面に直接関わる問題にアプローチするためにも、医師、ケアマネージャー、リハビリテーションスタッフの誰をリー

ダーとするかといったチームのあり方を明らかにする必要があると考えられた。

さらに、このように、障害受容困難な利用者がいつまでも身体機能の向上を求めてしまう問題がある中で利用者グループ④『機能維持のためにほどほどにリハビリすればよい…』といった、障害を受容していると思われる発言が得られた。澤ら²⁵⁾による退院後（発症6ヶ月）発病1年目のリハビリテーション専門病院に入院した脳血管障害者76名を対象にした前向きコホート研究では、介護保険利用者は鬱状態が多かったと述べられている。また、在宅高齢障害者の通所サービス利用意義についての研究⁴⁰⁾では、罹病期間2年未満群は「身体的・個別的」意義を示し、罹病期間の進度にしたがって「精神的・交流的」意義に移行していたと述べられている。従って、障害受容促進は長い期間、継続的にチームでアプローチしていくことが必要である。

次に、リハビリテーション以外の脳卒中後遺症者のデイケア継続の意味については、デイケア利用者では、グループ⑧『デイケアはスタッフや他の利用者がいるからこそ、楽しく過ごせ、リハビリもがんばられて多少なりとも成果を感じる』であった。デイケア利用者グループ⑧『障害受容は時間がかかるものなので、徐々に自主練習に移行できる方策が必要だ』は、グループ②『病院では機能回復が得られたので、麻痺を治すためにもデイケアも病院と同じようなりハビリをしてほしい』という思いとは裏腹に、維持期であるために機能向上がなかなか得られないという現実や、グループ④『機能維持のためにほどほどにリハビリをすればいいが、自主練習は家でするよりデイケアの方がやりやすい』という自主練習を一人で継続する困難さ、グループ⑥『家族に

は特に経済面で迷惑をかけているので、自分が我慢しないといけない』という家族関係からくるつらさをスタッフや他の利用者との交流の中で軽減していると考ええる。デイケアでの交流の精神面に対する効果として、齊藤²⁶⁾は、通所リハビリテーションを利用している14名に対し、QOLとピア・カウンセリングの関係を検討しており、他者との交流時間とPGCモラル・スケールには相関が認められたと報告している。逆に、交流がうまくいかない場合もあり、利用者グループ⑩『認知症や年の離れた利用者、サービス内容、スタッフに不満がある』、リハビリテーションスタッフグループ⑧『利用者は年齢や症状がさまざまで、リハ・交流・レクがうまくいかないこともある』、主介護者グループ⑧内ラベル<利用当初は後期高齢者ばかりだから、行くのを嫌がっていた>があった。先行研究^{66) 67)}では、デイケア利用高齢者のコミュニケーション行動を有効に促進するには、対象者の性別、認知症の有無、ADL、そして、デイケアに対する肯定感を考慮したかわりが重要であると述べられている。本研究では、交流について性別に関する発言は得られなかった。また、ADLについても、本研究参加者は杖歩行自立以上の者であるため、述べることはできない。しかし、認知症の有無とデイケアに対する肯定感（呼気高齢者が多く、通うのを嫌がった）についての発言が得られている。このことから、他者との交流はデイケア利用者の心理面の改善する作用が考えられる反面、利用者同士の気が合わないとは反対の作用がでてしまう他者との交流の難しさがあった。

VI、謝辞

本研究に協力していただいた、デイケア利用者、デイケアスタッフ、デイケア利用者の家族の皆様、KJ法を基本から指導して下さったKJ法本部・川喜田研究所所長川喜田喜美子先生に深謝いたします。

VII、引用文献

- 1) 上田 敏, 大川弥生, リハビリテーション医学大辞典, 医歯薬出版株式会社, 1996
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部編, 度介護サービス施設・事業所調査, 平成15年
- 3) ケアマネジメント研究フォーラム, 介護支援専門員 試験対策標準テキスト改訂第二版, 秀和システム, 2005
- 4) 中山博文, 脳卒中新時代 脳卒中診療の流れ 医療機関の機能分化と連携, あいみっく, 26(1). 10-14. 2005
- 5) 厚生労働省介護制度改革本部, 介護制度改革 INFORMATION, Vol.77. 平成18年3月22日
- 6) 湊 孝子, 岡野まなみ, 加藤拓彦, 高齢者保健施設通所デイケア利用高齢者の通所目的, 青森県作業療法研究, 7(1). 20-22. 1998
- 7) 藤原瑞穂, 阿部和夫, 在宅高齢者の通所サービス利用意義—ADL能力と罹患期間による検討—, 作業療法, 21(3). 240-250. 2002
- 8) 棚町祐子ら, デイケアで生き生きとした様子を見せる高齢脳卒中後遺症者にとってのデイケア参加の意味, 老年看護学, 9(2). 92-99. 2005
- 9) 澤村誠志, これからのリハビリテーションのあり方, 日本リハビリテーション病院・施設協会編集, 青海社, 2004
- 10) 青木信雄, デイケアの理念と実際—

- イギリスの経験に学ぶ, 全国社会福祉協議会監訳, 1989
- 11) デイケア室・財団法人浅香山病院, http://www.asakayama.or.jp/kinou_daycare.html
 - 12) 吉田壽三郎, 文明病としての高齢社会—ウエルエージングの思想, 創知社, 1996
 - 13) 高齢者ケアの実践事例集 高齢者ケア実務研究会編集 第一法規出版 1993
 - 14) 万歳登茂子, リハビリテーション関連用語 通所介護と通所リハビリテーション, 総合リハビリテーション, 33(6), 580. 2005
 - 15) 厚生労働省介護制度改革本部, 介護制度改革 INFORMATION, Vol.53, 平成 18 年 1 月 26 日
 - 16) 大浦麻絵, 他, 介護保険制度導入 4 年目における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感, 日本老年医学会雑誌, 42(4), 411-416. 2005
 - 17) 鷺尾昌一, 他, 介護保険制度導入 1 年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: Zarit 介護負担尺度日本語版による検討, 日本老年医学会雑誌, 40(2), 147-155. 2003
 - 18) 増井香織, 他, 介護保険制度導入直後の介護負担の変化 要介護度、サービス利用との関連, 保健婦雑誌, 59(11), 1060-1065. 2003
 - 19) 西田裕介, 他, 要介護度別にみた通所リハビリテーション利用者の介護保険サービスの利用状況, 理学療法科学, 19(1), 37-41. 2004
 - 20) 若林秀隆, 介護量が多い脳卒中患者の家庭復帰と介護状況に関する調査, 家庭医療, 11(1), 30-35. 2004
 - 21) 青木英次, 他, デイケア利用者家族ニーズとその利用頻度に影響を及ぼす要因について, 高知リハビリテーション学院紀要, 4, 25-28. 2003
 - 22) 高橋尚明, 他, デイケア利用者の家族に対する意識調査, 北海道理学療法, 17, 64-67. 2000
 - 23) 上條恭子, 他, 通所リハビリにおける個別リハに対する利用者家族の認識・ニーズ調査, 地域医療, 44 回特集, 208-211. 2005
 - 24) 田中まき子, 他, 通所リハビリテーション利用者の疾患別身体機能ならびに精神機能改善度について, 福山医学, 12 号, 89-93. 2003
 - 25) 澤 俊二, 他, 利用者では脳血管障害発病 1 年時の介護保険利用別にみたうつ状態と QOL の比較 The IBARAKI Stroke Rehabilitation Follow up Study, 茨城県立病院医学雑誌, 19(1), 49-58. 2001
 - 26) 斎藤充宏, 通所リハビリテーションにおけるピア・カウンセリングと QOL の関係, 東北理学療法学, 17, 44-48. 2005
 - 27) 渡辺光司, 山口和之, 通所リハビリテーションセンターにおけるパワーリハビリテーションの効果 歩行可能者における身体能力に着目して, 東北理学療法学, 16, 66-71. 2004
 - 28) 中山博識, 他, 多伎町における高齢者介護予防筋力向上トレーニングの効果 中間報告, 島根県立中央病院医学雑誌, 29, 19-26. 2005
 - 29) 三田靖子, 池田泰明, 青木主税, 最大歩行速度と身体的要因の関係について 老人保健施設に入所・デイケアを利用する高齢者を対象として, 北里理学療法学, 5, 125-128. 2002
 - 30) 高沢浩太郎, 他, 在宅高齢者の実用

- 的歩行能力と下肢筋力 通所リハビリテーションへの応用, 長崎医学会雑誌, 77(1). 15-21. 2002
- 31) 若月圭吾, 他, 虚弱高齢者を対象とした包括的高齢者運動トレーニング (Comprehensive Geriatric Training:CGT)の効果 クロスオーバーデザインを用いての検討, 北里理学療法学, 6. 145-148. 2003
- 32) 清水勉, 他, 高齢者の転倒調査について, 十全総合病院雑誌, 9(1). 32-34. 2003
- 33) 山田和政, 他, 通所サービス利用高齢者の転倒とバランス能力について, 理学療法科学, 20(2). 103-106. 2005
- 34) 加藤真由美, 他, デイサービス利用高齢者の転倒予防 下肢筋力, 日常生活および転倒恐怖感と転倒との関連, 老年看護学 9(1), 28-35, 2004
- 35) 坂本祐子, 他, 介護者が認識する要介護高齢者の転倒要因の検討 通所リハビリテーション利用者の介護者を対象に, 北日本看護学会誌, 6(2). 25-30. 2004
- 36) 高柳公司, 他, 当院通所リハビリテーション(老人デイケア)の現状 当院の約 5 年間の利用状況を通して, 長崎理学療法, 2. 26-28. 2002
- 37) 安田智子, 佐藤竜哉, 大澤論樹彦, 通所リハ利用者における身体機能・日常生活活動・生活リズム・QOLとの関係, 東北理学療法学, 17. 34-37. 2005
- 38) 重森健太, 大城昌平, 濱辺淳一, 通所リハビリテーション利用者の社会生活調査・運動機能評価の特徴 地域在住高齢者との比較, 長崎理学療法, 4. 13-17. 2004
- 39) 水尻強志, 【慢性期脳卒中のリハビリテーション 現状と問題点】通所ケアの効果, 総合リハビリテーション, 30(9), 799-804, 2002
- 40) 藤原瑞穂, 阿部和夫, 在宅高齢障害者の通所サービス利用意義 ADL能力と罹病期間による検討, 作業療法, 21(3). 240-250. 2002
- 41) 石川誠, 高齢者ケアとリハビリテーション 回復期リハと維持期リハ, 厚生科学研究所, 2000
- 42) Duncan PW, Lai SM, Keighley J. Related, Defining post-stroke recovery: implications for design and interpretation of drug trials, Neuropharmacology, 39(5). 835-41. 2000
- 43) 福井園彦, 脳卒中の機能回復, 総合リハビリテーション 13(5). 385-391. 1985
- 44) 吉野貴子, 飯島 節, 外来理学療法に対する脳卒中後遺症者の期待と理学療法士の意識との相違, 理学療法学, 30(5), 296-303, 2003
- 45) 川喜田二郎, 「知」の探検学, 講談社. 1977
- 46) G.B.グレイザー, A.L.ストラウス, データ対話型理論の発見, 新曜社. 1996
- 47) 川喜田二郎, 発想法—創造性開発のために, 中央公論新社. 1967
- 48) 川喜田二郎, 続・発想法—KJ法の展開と応用, 中央公論新社. 1970
- 49) 川喜田二郎, KJ法—混沌をして語らしめる, 中央公論新社. 1986
- 50) 川喜田二郎, KJ法入門テキスト4.0, KJ法本部・川喜田研究所, 1997
- 51) 舟島なをみ, 質的研究への挑戦, 医学書院, 1999
- 52) 吉野貴子, 飯島 節 外来理学療法に対する脳卒中後遺症者の期待と理学療法士の意識との相違 理学療法学,

2003. 30(5). 296-303
- 53) 青木英次, 他, デイケア利用者家族のニーズとその利用頻度に影響を及ぼす要因について, 高知リハビリテーション学院紀要, 4. 25-28. 2003
- 54) Grayson M, Concepts of "acceptance in physical rehabilitation, JAMA, 1951, 145, 893-896
- 55) 上田 敏, 障害の受容—その本質と諸段階について, 総合リハビリテーション. 8(7). 515-521. 1980
- 56) Wright BA, Physical Disability-A psychological approach, 134-137, Harper & Row, New York, 1960
- 57) Fink SL, Crisis and motivation-A theoretical approach, Arch Phys Med Rehabil. 48. 592-597. 1967
- 58) 梶原敏夫, 高橋玖美子, 脳卒中患者の障害受容, 総合リハビリテーション. 22(10). 835-831. 1994
- 59) 江端広樹, 疾患における障害受容 1. 脳卒中, JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION. 11(6). 498-501. 2002
- 60) 本田哲三, 南雲直二, 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. 1992
- 61) 村田 伸, 津田 彰, 在宅障害高齢者女性の家庭内役割に関する研究 家庭内役割と身体機能および主観的健康感との関係, 日本在宅ケア学会誌. 9(1) . 71-77. 2005
- 62) 片山優子ら, 地域在住高齢者の身体機能維持と趣味活動の関連に関する研究, 日本保健福祉学会誌, 5(1) , 35-40, 1998
- 63) 外里富佐江, 飛松好子, 王 治文, 在宅脳卒中後遺症者の心理的適応, 作業療法. 25(1). 60-68. 2006
- 64) 原田和宏ら, 在宅脳卒中者における心理的 QOL と障害に関する検討, 理学療法学. 28(5). 211-219. 2001
- 65) 斉藤圭介ら, 在宅脳卒中患者のストレス・コーピングと精神的健康との関係, 理学療法学. 28(7). 348-355. 2001
- 66) 坂梨 薫, 専門職の職種・職位別に見たチーム医療の認識に関する研究, 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 2004. 4(1), 47-59
- 67) 梶川摩利, 他, 介護老人保健施設における通所リハビリテーション利用者の対人コミュニケーション行動の研究, 高齢者のケアと行動科学, 9(1), 48-56, 2003

Ⅷ、健康危険情報

総括研究報告書に記載

Ⅸ、研究発表

論文発表

- ① 山下弘二、盛田寛明、李相潤、佐藤秀一、佐藤秀紀.地域の高脂血症者に対する運動指導がライフスタイル、QOL、身体特性および日常生活に及ぼす効果. 理学療法科学 .21(4): 349-355,2005
- ② 富士縄透、盛田寛明、桜木康広、佐藤秀紀.在宅障害者の日常生活活動・ライフスタイルによる分類とケア内容の検討.日本保健福祉学会誌.11(2): 33-41,2006
- ③ 佐藤秀紀.標準理学療法学、社会福祉学、基礎理学療法学.210-222、医学書院、2006

- ④ 佐藤秀紀.標準理学療法学.理学療法学領域における社会調査の実例.理学療法研究法(改定版).80-93.医学書院、2006
- ⑤ 佐藤秀紀.脳性麻痺児の車椅子座位保持自立を図るための福祉用具導入担当.高齢者.障害者のための福祉用具活用の実務.51-55.第一法規、2006
- ⑥ 佐藤秀紀.家庭におけるリハビリテーションの実際.介護福祉の基礎知識(改定版) 310-322.中央法規出版、2006
- ⑦ 佐藤秀紀.地域リハビリテーションとボランティア.リハビリテーション辞典.中央法規、2006(予定)

X、知的財産権の出願・登録状況
特になし

業績リスト

書籍

| 著者名 | 論文タイトル名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|--------------------|-----------------------------|------|-----|--------------|---------|
| 安梅勅江 | 福祉用具ケアマネジメント | 福祉用具活用の実務 | 第一法規 | 東京 | 2007 | 1143-48 |
| 佐藤秀紀 | 社会福祉学 | 標準理学療法学 基礎理学療法学 | 医学書院 | 東京 | 2006 | 210-222 |
| 佐藤秀紀 | 理学療法学領域における社会調査の実例 | 標準理学療法学 理学療法研究法 (改定版) | 医学書院 | 東京 | 2006 | 80-93 |
| 佐藤秀紀 | 家庭におけるリハビリテーションの実際 | 介護福祉の基礎 知識 (改定版) | 中央法規 | 東京 | 2006 | 310-322 |
| 佐藤秀紀 | 地域リハビリテーションとボランティア | リハビリテーション辞典 | 中央法規 | 東京 | 2006 (予定) | 未定 |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------|--------------|
| 高山忠雄 田原美香 | 地域リハビリテーションにおける通所・訪問リハビリテーションの課題と有効性に関する研究—訪問看護からみた通所・訪問リハビリテーションの現状と課題に関する一考察— | 九州社会福祉学 | 3号 | 未定 | 2007 (予定) |
| 安梅勅江 篠原亮次 杉澤悠圭 伊藤澄雄 | 高齢者の社会関連性と生命予後—社会関連性指標と7年間の死亡率の関係 | 日本公衆衛生学会誌 | 53巻 9号 | 681-687 | 2006 |