

短 報

「脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容」の 概念分析

Conceptual Analysis of Disability Acceptance during the Recovery period Phase of
Hemiplegic Patients with Cerebrovascular Disease

棕本美帆

関西看護医療大学 看護学部 成人・老年看護学

Miho Mukumoto

Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, Adult and Gerontological Nursing

要旨：【目的】脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容の概念分析を行う。【方法】「脳血管疾患」「障害受容」「回復期」をキーワードに、1992年から2018年までの研究論文を医中誌web, Google scholarから検索した。選択基準が合致した研究論文11件を分析対象とし、Walker & Avant (2005/2008) の手法に基づき概念分析を行った。【結果】属性として「障害そのものや障害に関する事の固執が無くなる」, 「病前の習慣を断念し、新たな習慣作りまたは再構築を決心する」, 「自己イメージの変化」という3つの内面的な変化を、言葉と態度で表現している状態が抽出された。先行要件は「自身の障害を認識する」, 「回復を断念する」, 「移動・排泄動作の獲得により機能訓練の成果を実感する」, 「新たな観点を得る」, 「家族・重要他者が患者に協力し、理解しようとする姿勢を示す」, 「ピアサポートによる支援」が抽出された。帰結は「機能訓練に意欲的になる」, 「修正した自己イメージに即する退院後の生活を思い浮かべる」が抽出された。【結論】本概念は「障害そのものや障害に関する事の固執が無くなる事、病前の習慣を断念し、新たな習慣作りまたは再構築を決心する事、自己イメージの変化という3つの内面的な変化を、言葉と態度で表現している状態」という事が出来る。

キーワード：脳血管疾患, 障害受容, 概念分析, Walker & Avant, 回復期

Keywords：Cerebrovascular disease, Disability acceptance, concept analysis,
Walker & Avant, Recovery period

I. 序論

医療の進歩と共に脳血管疾患による死亡率は低下しているが、寝たきりになる原因疾患としては今もなお第一位である(森・岡田, 2019)。脳血管疾患を発症すると身体麻痺や失語などの高次脳機能障害が生じ、社会生活が大きく制限されるだけではなく、脳血管疾患患者の半数程度に抑うつ的な症状を呈する事も報告されている(濱, 2010)。隠す事が出来ない可視的な身体障害の場

合、機能的な不自由さに対する苦悩に加え、周囲の視線や反応といった他人から負わされる苦悩も大きい(南雲, 2002a)。このような状況に直面する患者の障害の受け入れ状態を、人は「障害受容」という言葉を用い表現している。

障害受容は、Grayson (1951) が初めて言及し、その後リハビリテーション(以下、リハビリと略す)分野で発展した概念である(雨夜, 2005; 南雲, 2004)。しかし、障害を負った患者理解の一

助となる概念であり広く用いられる一方、障害受容の本質がどのようなものかは明らかになっていない（酒井ほか，1998）。そのため障害受容という言葉が曖昧なまま用いられ、医療者個々の主観的な評価により障害受容の判断がされている事が多くの文献で明らかにされている（本田・南雲・江端・渡辺，1994；梶原，2001；中田，2018；酒井ほか，1998；外里ほか，2007；鈴嶋・熊野・岩谷，2001；田垣，2002；山形・櫻井・守本・元村，1999）。また、岩井（2011）と南雲（2002b）は、障害受容には、障害を受け入れる過程について論じた広義と、障害を受容した状態について論じた狭義がある事を述べている。このように二つの異なる捉え方がある事も、障害受容という言葉の理解を難しくする要因の一つであると思われる。

障害受容はリハビリ分野で発展した概念であるため、先行研究はリハビリに関連したものが多い。看護分野では脊髄損傷患者を対象にした研究や（堀田・市村，2011；小嶋，2004）、患者の現象をステージ理論（危機理論）に当てはめ、障害受容の段階や促進要因、援助を研究したものが多い（田村・村尾・谷本，2013；本間，2008）。また、自宅や社会復帰という環境の変化がある縦断的な研究により、環境の変化が患者にとって新たな課題に直面する機会となり、障害受容に影響をもたらす事も明らかにされている（百田・西亀，2002；酒井・菊池，2000；鈴木，2004）。しかし、急性期や回復期、慢性期の各期における障害受容を明らかにした研究は無い。一方、脳血管疾患患者の障害受容に関する研究は他の疾患に比べ極めて少ない。これは、疾患の特性上、認知能力や表現能力の障害も同時に現れている事が多く、研究対象から除外される事が多いためである（百田・西亀，2002；高山，1997）。また、既存の障害受容の理論が脳血管疾患患者には合致しない事も報告されている（藤田・吉村・稲田・松葉，1994；梶原・高橋，1994；高山，1997）。

以上より、現在用いられている障害受容の概念には以下の問題があると考ええる。

- 1）障害受容という言葉の意味が曖昧なまま用いられており、医療者個々の主観的な評価で患者の障害受容が判断されている。
- 2）自宅や社会復帰という環境の変化がある縦断的な研究により、環境の変化が障害受容に影響

をもたらす事は明らかにされているが、急性期や回復期、慢性期の各期における障害受容を明らかにした研究は無い。

- 3）既存の障害受容の理論が、脳血管疾患患者に合致しない事が報告されている。

このような概念の曖昧さは、患者の思いとギャップを生じる可能性がある。例えば医療者が、患者が障害を受容していると判断し、援助の必要性を低く見積もった場合、適切な援助が患者に提供されない可能性がある。適切な援助が患者に提供されるためには、患者の状態を正しく捉える必要があると考える。そのため、この概念を明確にする必要がある。

そこで本研究は、脳血管疾患による片麻痺患者に焦点を置き、回復期における障害受容の概念を明らかにする。

Ⅱ. 目的

脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容の概念を明らかにする。

Ⅲ. 研究の方法

1. 分析方法

文献により、概念の構造を明らかにするWalker & Avant（2005/2008）の手法に基づき、概念構築の背景、関連概念との相違、属性、先行要件、帰結、モデル例の提示、概念を明らかにする。

2. データの収集方法

医中誌web, Google scholarを用い「脳血管疾患」「障害受容」「回復期」をキーワードとして研究論文を収集した。

本研究は、脳血管疾患による身体的な障害を持つ中途障害者を対象とする。そのため、研究対象が小児や患者家族に焦点を当てた文献は除外した。また、患者の心理変化を既存のステージ理論に当てはめた事例研究については、障害受容と捉えた判断基準が明確でなかったため除外した。検索期間は1992年～2018年とした。結果、選択基準が合致した11件の研究論文を分析対象とした。

Ⅳ. 結果

1. 概念構築の背景

障害受容はアメリカで提唱された概念である。

第二次世界大戦後の1950年代に戦傷兵の増加が社会問題となった歴史的背景のもと、リハビリテーションの分野で発展した(雨夜, 2005; 南雲, 2004)。その際、中心となった理論家がGrayson, Dembo & Wrightであった。Grayson (1951) は障害受容の重要性を初めて考察した理論家であり、身体・社会・心理の3点から受容を考慮すべきである事を説いた。Dembo & Wright (1956) は、障害受容とは自分の全体を価値低下させるものではないと認識する事であり、障害受容のために4つの価値転換が必要である事を説いた。その後1960年代に入ると、Cohn (1961) とFink (1967) が受傷後の心理は一定の段階を経て「適応」という最終段階に行き着く事を提唱したことにより、障害受容におけるステージ理論が隆盛した(岩井, 2009; 岩井, 2011; 南雲, 2002a; 南雲, 2002b; 田垣, 2002; 上田, 1980)。しかしその後、必ずしも適応段階に至らない人もいた事や、抑うつ段階は一部にしか見られない事が明らかにされ、1980年代に入ると障害受容の理論は衰退した(中川, 2003)。

日本では1960年代に高瀬がGrayson (1951) の定義をもとに障害受容を日本に紹介した事が始まりである(南雲, 2008; 中田, 2018)。1977年には古牧が障害受容の過程とその援助法を発表し、1980年には上田が障害受容の本質を述べた論文を発表した事により、障害受容と言う用語自体が広く知れ渡る事となった(南雲, 2002b)。最も支持され用いられる事が多い障害受容の定義は、上田が提唱したものである(鈴木, 2004)。

その後、アメリカでは衰退したのに比べ、日本では障害受容の概念は肥大の一途を辿っている。その背景には、Cohnが1961年に発表した「Understanding the process of adjustment to disability (障害の適応過程の理解)」で、本文中「受容」の用語が用いられたのはわずか2か所であるにも関わらず、日本では「障害受容過程」として引用されるようになった事がある(南雲, 2002b)。これを発端とし、障害受容は広義となった。

一方、上田 (1980) が提唱した定義は「障害受容とは、あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観(感)の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間的価値を低下させるも

のではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずること」である。これは脊髄損傷患者をもとに提唱された理論である。またDembo & Wright (1956) の定義を前提としているため、価値観の転換が明記されており、さらに「態度が転ずる」という行動変容も含んでいる事が上田の理論の特徴であると考ええる。

2. 測定用具

障害受容における測定用具には、Linkowski (2007) がある。感情・価値観に焦点を当てた50項目から構成され、障害受容の程度を測定する尺度として1971年に発表された。2007年に改訂され、現在は32項目で構成されている。また、信頼性・妥当性共に検証されており、様々な対象に用いられる。一方日本では中司 (1975) の障害受容度診断検査がある。31項目を「はい」「いいえ」「わからない」で答え、「はい」の数が19以上あれば障害受容に問題があると予想出来、信頼性・妥当性ともに検証されている。しかし、質問紙法である為被験者の作為には弱い事を中司自身が述べている。そのため、回答者が正直に答えるよう注意が必要である。

脳血管疾患患者を対象にした障害受容に関する測定用具の検討は、Chiu (2013) が、Linkowski (2007) の尺度をもとに、台湾の人口統計および疾患に関する情報を含んだ追加のアンケートを補足し、脳血管疾患患者を対象に行った研究の報告がある。一方日本では、山形 (2003) が脳血管疾患患者を対象に、障害受容における測定尺度の作成を試みている。また、藤田ら (1994) が作成した脳卒中片麻痺患者の障害受容尺度は、信頼性と妥当性が検証されたが、再現性の正確度が低い事も明らかになった。したがって標準化された尺度はまだ無い。

3. 関連概念との相違

1) 適応

広辞苑 (第5版) (2006, p.1824) では、その状況によくかなうこと、ふさわしいこと、あてはまることと記されている。また看護大辞典 (第6版) (2013, p.1526) では、個体が環境との相互作用のなかで、ニードを充足し心身が円滑に機能する

事やその関係形成の事を意味すると記されている。このことから、適応とは状況や環境といった外的な要因にあてはまる事、合致している状態を表す概念である。

障害受容は、障害に対する価値観の転換により態度が変化する事を表す。そのため、外的な要因に合致している状態を表す適応と、在るものからの転換により態度が変化している事を表す障害受容には相違がある。

2) リカバリー

障害受容同様、定義が曖昧であるため明らかにしようと研究が進められている概念である。リカバリー (recovery) は、OLEX英和辞典 (第2版) (2016, p.1642) によると回復, 取り戻し, 立ち直り, 復旧を表す。その一方、医療界においては、野中 (1999) が専門職のわれわれが当事者の生活や人生を支援しようと工夫し続けるなかから、当事者自身が獲得する精神性である事を述べている。障害受容は獲得するものではなく、在るものからの変化である。しかし、リカバリーは精神疾患の患者を源泉として生まれたものであり (濱田, 2014)、障害受容は身体障害を負った患者を源泉としている点も異なっている。

4. 属性 (表1)

《3つの内面的な変化を、言葉と態度で表現している状態》という属性が抽出された。

3つの内面的な変化とは、[障害そのものや障害に関する事の固執が無くなる] という変化 (梶原・高橋, 1994; 鈴木, 2004; 百田・西亀, 2002; 高山, 1997), [病前の習慣を断念し、新たな習慣作りまたは再構築を決心する] という変化 (桑原ほか, 2012), [自己イメージの変化] (桑原ほか, 2012; 酒井・菊池, 2000; 鈴木, 2004) である。これら「固執が無くなる」や「断念, 決心」, 「自己イメージの変化」は当人の内面で起こる変化を表していた。

言葉と態度で表現している状態とは、3つの内面的な変化が言葉と態度によって外面に現れている状態を表していた。

5. 先行要件 (表2)

《患者》, 《家族及び重要他者》, 《社会資源

》の3つの領域が抽出された。各領域の先行要件を以下に述べる。

1) 患者

この領域の先行要件は、[自身の障害を認識する], [回復を断念する], [移動・排泄動作の獲得により機能訓練の成果を実感する], [新たな観点を得る] であった。

(1) 自身の障害を認識する

障害を認識するきっかけは、大別すると2通りであった。1つは、日常生活行動が出来ない事や転倒の経験といった自身の失敗体験であった (桑原ほか, 2012; 百田・西亀, 2002)。もう一方は、同疾患患者との交流であった。これは、同疾患患者を同士として捉えるだけではなく、比較対象や将来モデルとして捉え、自分のどこが障害されているかが明確になる事を表していた (梶谷, 1997; 百田・西亀, 2002)。

(2) 回復を断念する

これは、患者が回復の限界を悟り病前の状態に戻るのを断念する事を表していた (酒井・菊池, 2000; 百田・西亀, 2002)。

(3) 移動・排泄動作の獲得により機能訓練の成果を実感する

藤田・山本・吉村 (1992) は、日常生活動作の中で移動能力が最も障害受容と関連がある事を明らかにし、梶谷 (1997) は排泄行為の動作確立が受容過程を促進する事を明らかにしている。これは、移動と排泄の動作を再獲得する事により、出来ない事に対する囚われから解放される事を表していた。

(4) 新たな観点を得る

新たな観点とは、他者から掛けられた言葉で得た「病に負けてはいけない」という観点、同疾患患者を対象に下方比較して得た「自分の方がマシだ」という観点、困難や回復を自覚した後に生じる「生き延びる事が出来た喜び」という観点であった (百田・西亀, 2002; 酒井・菊池, 2000; 高山, 1997)。これらは、受傷後初めて患者が気付いた自身の状況に対する肯定的側面を表していた。

2) 家族および重要他者

この領域の先行要件は、[家族・重要他者が患

表1 「脳卒中による片麻痺患者の回復期における障害受容」の属性

カテゴリー	サブカテゴリー	内容	文献
3つの内面的変化を、言葉と態度で表現している状態	障害そのものや障害に関する事の固執が無くなった事が、言葉と態度で表現されている状態	障害に対するこだわりが消え、日常生活の中で自己自身を受容している状態	梶原・高橋, 1994 鈴木, 2004
		良好な人間関係の中で障害を内包した生活を受け入れ、その中で「しあわせです」と言っている	梶原・高橋, 1994
		「右手（非麻痺側）も利くし軽くて良かったと思います」という発言	百田・西亀, 2002
		「治らんでもいい。痛い少し和らいでくれたらいいと思えるようになった」という発言	高山, 1997
	病前の習慣を断念し、新たな習慣作りまたは再構築の決心が言葉で表現されている	障害を負った事により今までの生活や趣味を行う事が出来なくなった事に対して、受け入れや、新たな代償作りや再構築の決心を行っている事を表す発言	桑原・金子・梶山, 2012
	自己イメージの変化が言葉と態度で表現されている	新たな自己の見出しを表出する	桑原・金子・梶山, 2012
		病気を持つ自分に対して肯定的になる。	酒井・菊池, 2000
		「明るく元気に日々の生活を楽しく生きていく事が大切だと感じている」という発言がある	鈴木, 2004

者に協力し、理解しようとする姿勢を示す]であった。

これは、家族及び重要他者が患者に協力し、理解しようとする姿勢を示す事が、期待と現実の間で患者が感じている強い不安や焦燥感を和げる事を表していた（梶谷, 1997；梶原・高橋, 1994）。

3) 社会資源

この領域の先行要件は、[ピアサポートによる支援]であった（鈴木, 2004）。

ピアサポーターは同疾患患者である。先述した患者領域の同疾患患者との違いは、ピアサポーターが既に社会復帰をしている事である。そのため、この社会資源となる同疾患患者とは、入院中の患者にとって将来モデルの意味合いが強い事が示唆された。

6. 帰結（表3）

帰結は、《機能訓練に意欲的になる》、《修正した自己イメージに即する退院後の生活を思い浮かべる》であった。

1) 機能訓練に意欲的になる

これは、失った機能よりも残存機能に目を向ける事が出来るようになり、機能訓練に意欲的になる事を表していた（賀東・旭井・高田・梅田・早川, 2000；梶原・高橋, 1994）。

2) 修正した自己イメージに即する退院後の生活を思い浮かべる

これは、修正した自己イメージに即する生活を思い浮かべる退院に向けた準備段階を表していた（梶原・高橋, 1994；桑原ほか, 2012；梶谷, 1997）。

V. 考察

1. 典型例と境界例の提示

事例を用い、典型例と境界例を以下に述べる。

1) 典型例

脳血管疾患により片麻痺となった40歳代の女性。急性期治療を終え、回復期リハビリ病棟に転入した。入院当初は、車椅子の移乗や操作をはじめ、日常生活の全ての動作に中等度以上の介助が必要であった。「こんなの自分の体じゃない。早

表2 「脳卒中による片麻痺患者の回復期における障害受容」の先行要件

カテゴリー	サブカテゴリー	内容	文献
患者	自身の障害を認識する	3種類の落胆体験によって自己の現状の障害程度が把握される	百田・西亀, 2002
		自身の手足が動かなくなった事をリハビリや日常生活動作の中から実感	桑原・金子・梶山, 2012
		同疾患患者と自己の多比により、自分自身のどこが障害されているのかをより具体的に捉える	梶谷, 1997
		障害を確認していくための“障害たしかめ体験”がある	高山, 1997
	回復を断念する	「あれだけ頑張ったんだから、これだけ出来ればいい。100%元に戻る訳ないんだから」	百田・西亀, 2002
		発症前の自分に戻れない事を実感	酒井・菊池, 2000
	移動・排泄動作の獲得により機能訓練の成果を実感する	移動、排泄といった基本動作の獲得が受容過程を促進する	梶谷, 1997
		身体運動機能の回復を歩行が可能になったことから感じ取りうれしく思う	酒井・菊池, 2000
		「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」	百田・西亀, 2002
	新たな観点を得る	自身の障害の肯定的側面に気付く	百田・西亀, 2002
		障害によって得られた利益を発見する	百田・西亀, 2002 酒井・菊池, 2000
		困難や回復を自覚する体験をした後の生命感情の復活	酒井・菊池, 2000
		support imprinting体験	高山, 1997
家族および重要他者	家族・重要他者が患者に協力し、理解しようとする姿勢を示す	重要他者との支持的・保護的・共感的関係	梶谷, 1997
		患者の兄が毎日来院し、ベッドでの多動運動や日常の細かな世話をしていた	梶谷, 1997
		妻が、常に患者を理解しようとする姿勢を示していた	梶谷, 1997
		発症当初から妻が患者の代弁者となっていた	梶谷, 1997
		家族および夫婦の人間関係が良好で、家族自体が障害を受け入れていること	梶原・高橋, 1994
社会資源	ピアサポートによる支援	患者会への参加が「周囲の暖かな人間関係の中で傷がゆっくり癒えていくように障害に対するこだわりが消え、日常生活の中で自己自身を受容している状態」となった大きな要因	鈴木, 2004

表3 「脳卒中による片麻痺患者の回復期における障害受容」の帰結

カテゴリー	サブカテゴリー	内容	文献
機能訓練に意欲的になる	機能訓練に意欲的になる	機能訓練に対し意欲的になった	賀東ら, 2000
		訓練意欲が上がり、杖と装具による監視歩行が可能となった	梶原・高橋, 1994
修正した自己イメージに即する退院後の生活を思い浮かべる	修正した自己イメージに即する退院後の生活を思い浮かべる	夫ともども具体的な生活について考える気持ちが動いてきた	梶原・高橋, 1994
		退院後のイメージを持ち、杖歩行を受け入れる	桑原・金子・梶山, 2012
		退院後の生活を想定して、家人が進める車椅子の購入、家屋の改造、車の買い替えるという準備を、患者はうなずき聞いている。(失語のある患者)	梶谷, 1997

く元の体に戻りたい。家事も何も出来ない」と発言する事が多くあった。リハビリ場面では、歩行訓練をさせて欲しいと何度も訴えた。理学療法士が段階を踏んだ訓練の重要性を伝え、床上での筋力強化訓練や車椅子操作の練習を促すが拒み続け、歩行訓練に固執していた。

リハビリの進行とともに、非麻痺側の上下肢を用いた日常生活動作を獲得していった。ある時、「この間リハビリ室で見た人が自分より障害が重そう。それに比べたら自分はマシかな、これだけ出来たら良いかと思った」と話した。それ以降、患者から歩行訓練に対する希望は聞かれなくなった。また「家事は今までのようには出来ないけど、家族に手伝って貰えばいいし、車いすに乗った自分が出来る事を新たに探します」と話した。

それ以降のリハビリでは「家のトイレとお風呂を想定して動作を練習したい」と患者自ら訓練内容を相談するようになり訓練に取り組んだ。

2) 境界例

脳血管疾患により片麻痺となった50歳代男性。急性期治療を終え、回復期リハビリ病棟に転入した。入院翌日より理学療法1時間、作業療法1時間、合計2時間の訓練が開始となった。理学療法士と作業療法士から指示された1日2回の自己練習は「リハビリは自分のためにやるもの。頑張らないと」と言い連日欠かさず行い、さらに1人で出来る筋力強化訓練も自主的に行っている。スタッフに「病気を抱えながらも、明るく元気に日々楽しく生きていく事が大切だと感じています」と笑顔で話した。

2. 概念の定義

脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容とは、「障害そのものや障害に関する事の固執が無くなる事、病前の習慣を断念し、新たな習慣作りまたは再構築を決心する事、自己イメージの変化という3つの内面的な変化を、言葉と態度で表現している状態」という事が出来る。

3. 本研究の限界

本研究は、脳血管疾患の片麻痺患者に焦点をおいた研究である。しかし先述の通り、脳血管疾患は疾患の特性上、運動能力の障害だけで無く、認

知能力や表現能力の障害も同時に現れている事が多い。酒井ら（1998）は、脳血管疾患の患者を対象にした研究は、脳の損傷部位がはっきりと限定されていない研究対象が殆どである事を明らかにしており、本研究の対象文献においても、脳の損傷部位や高次脳機能障害の有無など、共存している障害を明記した文献は3件であった。したがって、これらを明らかにすると、さらに疾患の特性を踏まえた結果を導き出せる事が示唆された。

4. 本概念の看護ケアへの活用に関する示唆

本研究により、脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容は、患者が表現する言葉と態度といった外面に現れた事象のみで判断するのではなく、それらが内面的な変化を反映したものであるかも合わせて判断する必要性が明らかになった。しかし、脳血管疾患患者を対象にした内面を測る標準化されたツールは無いため、現時点で本概念を看護ケアに活用しても、医療者の主観的な判断により患者の障害受容が判断される現状を脱却出来ない可能性が高い。その為、脳血管疾患患者を対象にした評価ツールの開発が今後の課題である。

VI. 結論

脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容をWalker & Avant（2005/2008）の手法に基づき概念分析を行った結果、以下の事が明らかになった。

1. 脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容の属性として、[障害そのものや障害に関する事の固執が無くなる]、[病前の習慣を断念し、新たな習慣作りまたは再構築を決心する]、[自己イメージの変化]という《3つの内面的な変化を、言葉と態度で表現している状態》が抽出された。
2. 先行要件として《患者》、《家族および重要他者》、《社会資源》の3つの領域が抽出された。患者の領域では[自身の障害を認識する]、[回復を断念する]、[移動・排泄動作の獲得により機能訓練の成果を実感する]、[新たな観点を獲得]、家族および重要他者の領域では[家族・重要他者が患者に協力し、理解しようとする姿勢を示す]、社会資源の領域では[ピアサポー

トによる支援」が抽出された。

3. 帰結として《機能訓練に意欲的になる》、《修正した自己イメージに即する退院後の生活を思い浮かべる》が抽出された。
4. 本概念は「障害そのものや障害に関する事の固執が無くなる事、病前の習慣を断念し、新たな習慣作りまたは再構築を決心する事、自己イメージの変化という3つの内面的な変化を、言葉と態度で表現している状態」という事が出来る。
5. 脳の損傷部位や共存する障害を明らかにし研究に取り組む事で、さらに疾患の特性を踏まえた結果を導きだせる事が示唆された。
6. 患者の言葉と態度が3つの内面的な変化を反映したものであるかどうかは、患者の内面の評価が必要である。しかし脳血管疾患患者を対象にした標準化されたツールは無いため、その開発が今後の課題である。

謝辞

本研究を完成するにあたり、ご指導賜りました先生方に深く御礼申し上げます。

なお、本研究は平成30年度関西看護医療大学研究助成〔承認番号18001〕を受けている。

利益相反の開示

開示すべき利益相反は無い。

【文 献】

- 雨夜勇作 (2005). 障害を持つ人々の社会復帰における障害受容の意義. 四條畷学園大学リハビリテーション学部紀要, 創刊号, 15-27.
- Cohn N.(1961).Understanding the process of adjustment to disability.*Journal of rehabilitation*,27(6),16-18.
- Darlene,A.G.Groomes,Donald,C.Linkowski(2007). Examining the structure of the revised acceptance disability scale.*Journal of Rehabilitation*,73(3),3-9.
- Dembo,T.,Leviton,G.L.,Wright,B.A.(1956). Adjustment to misfortune;A problem of social-psychological rehabilitation.*Artificial Limbs*,3(2),4-62.
- Fink,S.L.(1967).Crisis and motivation : A theoretical model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*,48(11),592-597.
- 藤田智香子, 吉村茂和, 稲田周子, 松葉正子(1994). 脳卒中片麻痺患者の障害受容尺度—態度の観点からとらえた評定尺度の試作—. 日本理学療法士学会誌, 21(2), 312.
- 藤田智香子, 山本摂, 吉村茂和 (1992). 脳卒中患者の障害受容と日常生活動作能力との関連. 日本理学療法士学会誌, 19(suppl), 408.
- Grayson,M.(1951).Concept of “acceptance”in physical rehabilitation.*Journal of American Medical association*,145(12),893-896.
- 濱田由紀(2014). 精神障害をもつ人のリカバリーにおけるピアサポート. 東京女子医科大学看護学会誌, 9 (1), 1 - 7.
- 濱聖司 (2010). 脳卒中後うつと意欲低下. 高次脳機能研究, 30(2), 51-64.
- 花本金吾, 野村恵造, 林龍次郎 (2008). OLEX 英和辞典 (第2版). 旺文社, 1642.
- 本間由希子 (2008). 再発を繰り返し障害を伴った脳血管疾患患者の障害受容過程について—Cohnの危機モデルからの分析—. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 20, 116-118.
- 本田哲三, 南雲直二, 江端広樹, 渡辺俊之 (1994). 障害受容の概念をめぐって. 総合リハビリテーション, 22(10), 819-823.
- 堀田涼子, 市村久美子 (2011). 回復期にある脊髄損傷者の障害受容についての看護師の捉え方に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 21-30.
- 岩井阿礼 (2009). 中途障害者の「障害受容」をめぐる諸問題—当事者の視点から—. 淑徳大学総合福祉学部研究紀要, 43, 97-110.
- 岩井阿礼 (2011). 障害受容概念と社会的価値—当事者の視点から—. 淑徳大学研究紀要. 総合福祉学部・コミュニティ政策学部, 45, 239-250.
- 賀東優子, 旭井由佳里, 高田和加子, 梅田裕子, 早川利香 (2000). 脳血管障害による片麻痺患者の機能訓練に対する意欲と障害受容との関連. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 12, 6-8.
- 梶原敏夫, 高橋玖美子 (1994). 脳卒中患者の障害受容. 総合リハビリテーション, 22(10), 825-831.
- 梶原睦子 (2001). 「ストーマの受容」という概念の再考. 山梨医科大学紀要, 18, 55-60.
- 梶谷佳子 (1997). 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, 113-125.
- 桑原里奈, 金子昌子, 梶山直子 (2012). 脳血管疾患患者が障がいと折り合いをつけていく心理過程. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 24, 208-210.
- 小嶋由香 (2004). 脊髄損傷者の障害受容と臨床心理学的援助の動向と展望. 広島大学大学院教育学研究科紀要. 第三部, 教育人間科学関連領域, 53, 241-248.
- 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.
- 森興太, 岡田靖 (2019). 脳卒中の発症予防. 神経治療学, 36(2), 62-66.
- 南雲直二 (2002a). 社会受容 [障害受容の本質]. 東京: 荘道社.
- 南雲直二 (2002b). 障害受容 [意味論からの問い]. 東京: 荘道社.
- 南雲直二 (2004). 障害受容再訪 社会受容の意義とコミュニティに基づく援助. 作業療法ジャーナル, 38(1), 12-16.
- 南雲直二 (2008). 障害受容と社会受容. 音声言語医学, 49(2), 132-136.
- 中司利一 (1975). 心理テスト (3). 総合リハビリテーション, 3(6), 497-502.
- 中川正俊 (2003). 統合失調症における「障害受容」構造化の試み. 人間福祉研究, 6, 1 - 9.
- 中田洋二郎 (2018). 我が国の「障害受容」という概念を巡って. 立正大学心理学研究年報, 9, 77-81.
- 野中猛 (1999). 病や障害からのリカバリー. 作業療法ジャーナル, 33(6), 594 - 600.
- 小倉啓宏 (1978). 看護学大辞典 (第6版). メヂカルフレンド社, 1526.
- 酒井郁子, 菊池祥子 (2000). 脳血管障害者の回復過程における共通体験. 川崎市立看護短期大学紀要, 5(1), 25-32.
- 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概念—研究動向と実践上の課題—. 臨床看護研究の進歩, 10, 10-21.
- 鈴嶋よしみ, 熊野宏昭, 岩谷力 (2001). 視覚障害への心理的適応を測定する尺度 The Nottingham Adjustment Scale 日本語版の開発. 心身医学, 41(8), 609 - 618.
- 鈴木孝治 (2004). 脳卒中患者の「障害受容」その捉え方と支援方法. 作業療法ジャーナル, 38(1), 27-32.
- S.Y.Chui, H.Liveneh, L.L.Tsao, T.Y.Tsai (2013). Acceptance of disability and its predictors among stroke patients in Taiwan. *BMC Neurology*, 13, 175.
- 新村出 (2006). 広辞苑 (第5版). 岩波書店, 1824.
- 外里富佐江, 王治文, 飛松好子, 山口昇, 坂田祥子, 亀ヶ谷忠彦, 山田裕子, 大黒一司 (2007). 脳卒中後遺症者におけるThe Nottingham Adjusntment Scale Japanese Version (NAS-J) の信頼性の検討. The kitakanto Medical Journal, 57(1), 29-35.
- 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点の意義—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.
- 田村唯, 村尾麻紀子, 谷本栄子 (2013). 障害受容が困難であったワレンベルグ症候群患者の看護について. 公立八鹿病院誌, 22, 19-23.
- 高山成子 (1997). 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究—グランデッドセオリーアプローチを用いて—. 日本看護科学会誌, 17(1), 1-7.
- 上田敏 (1980). 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.
- Walker, L.O. & Avant, K.C. (2005) / 中木高夫・川崎修一 訳 (2008). 看護における理論構築の方法. 89-122. 東京: 医学書院.
- 山形力生, 櫻井秀雄 (2003). 脳血管障害患者の障害受容について—障害受容因子の得点と上肢機能, ADL自立度との関連—. 作業療法, 22(suppl), 225.
- 山形力生, 櫻井秀雄, 守本とも子, 元村直靖 (1999). 脳血管障害患者をもつ家族の障害受容—障害受容に影響を与える要因の検討—. 日本保健医療行動科学会年報, 14, 129-149.

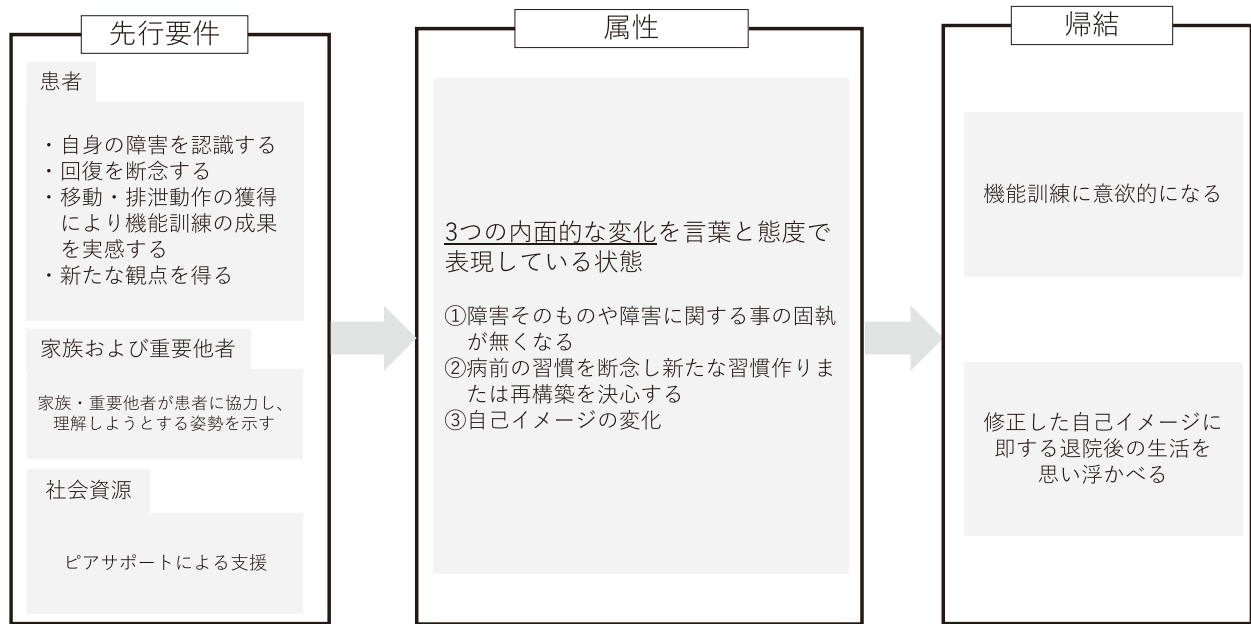


図1 「脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容」 概念図