福井大学リポジトリ
UNIVERSITY OF FUKUI REPOSITORY

看護師が捉えた脳卒中急性期患者の落ち込みと看護師の関わり

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 福井大学医学部 公開日: 2024-01-16 キーワード (Ja): 脳卒中, 急性期, 落ち込み キーワード (En): stroke, acute, depressive state 作成者: 月田, 佳寿美, 藤田, 久美子, 磯見, 智恵, 繁田, 里美, 看護学領域 臨床看護学分野 成人看護学, Tsukida, Kazumi, Fujita, Kumiko, Isomi, Chie, Shigeta, Satomi, Department of Clinical Nursing, Adult Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34463/0002000097

原著論文

看護師が捉えた脳卒中急性期患者の落ち込みと看護師の関わり

月田　佳寿美，藤田　久美子※，磯見　智恵，繁田　里美
看護学領域　臨床看護学分野　成人看護学

Depressive State in Acute Stroke Patients as Perceived by Nurses and the Involvement of Nurses

TSUKIDA，Kazumi，FUJITA，Kumiko※，ISOMI，Chie，SHIGETA，Satomi
Department of Clinical Nursing, Adult Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

要旨：
脳卒中急性期の患者の落ち込みは看護師にどのように捉えられているのか，また看護師はどのような関わりを行っているのかを明らかにするため、質的記述的研究を行った。研究参加者は，脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 7 名だった。看護師が落ち込んでいると捉えた患者の状況は，8 つのカテゴリーにまとめられた。看護師は，【活気がない】【以前と変わってしまった身体と対峙する】【人に迷惑をかけることを気にする】【やってみてできないことに気が付く】状況を捉えていた。看護師の関わりは，12 のカテゴリーにまとめられた。看護師は【落ち込む時は落ち込んだ方がいい】と考え，【距離を保ちながら見守る】【無理はさせない】【治療やリハビリを継続させる】ように関わっていた。患者の落ち込みの状況は，患者の変化を早期に捉えるための観察の視点として活用できる。また看護師の関わりは患者の落ち込みからの回復を促すものであり，実践に活用できる。

キーワード：脳卒中，急性期，落ち込み

Abstract：
A qualitative descriptive study was conducted to determine how nurses perceived the state of depression in acute stroke patients, how nurses comprehended the situation, and how nurses involved themselves with the situation. The study participants were seven certified nurses in stroke rehabilitation nursing.

The patients perceived by nurses as being in a depressive state were grouped into eight categories. The nurses perceived the situation as lack of energy, confronting the changes in their body, concern about inconveniencing others, and becoming perceived after failed attempts at doing something. Meanwhile nurses' involvement patterns were summarized into twelve categories. The nurses thought that the patient would be in a depressive state and it was acceptable to be in a depressive state, observed while maintaining distance from the patient, did not force the patient, and helped the patient to continue treatment and rehabilitation. The patients' state of depression can be used as a point of observation for early detection of changes in patients. The nurses' involvement is also thought to facilitate the patients' recovery from their state of depression, and can be used in practice.

Keywords: stroke, acute, depressive state

※福井大学医学部附属病院看護部 Department of Nursing University of Fukui Hospital

Corresponding Author: 月田佳寿美 〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3 福井大学医学系部門看護学領域　臨床看護学分野成人看護学 tsuki@u-fukui.ac.jp
（Received 5 October, 2023 ; accepted 15 January, 2024）

Ⅰ．緒言

脳卒中は，ある時突然に発症し，生命の危機を脱したとしても運動障害や嚥下障害，高次脳機能障害などさまざまな後遺症を残す病気である。思うように身体を動かし，意思を伝えることができず，身の回りのことに介助を必要とする状況に対峙することは，患者にとってそれまでの自分とはまったく異なる自分として感じられ，自己概念のゆらぎをもたらす出来事である。

脳卒中患者の心理的な回復過程を明らかにした百田らの研究[1]では，自分の身体に何が起こったのか理解できない「了解不能」の状態から，自分の置かれた状況を把握する「実感」の状態の後に，できると思っていた日常生活行動に失敗するなどの経験を通して障害の重さに直面すると一時的に落ち込む「障害直面による落胆」の体験があることを明らかにしている。これは発症5日から15日頃にみられるとされており，意識障害が改善し，現実検討力が働くようになるためとみられる。落胆体験は自然な反応であり，その後の回復を促進する契機にもなるが，落胆体験が長引き，深刻なうつ状態に移行することは予防する必要がある。

急性期は，脳卒中後うつ病（Post Stroke Depression：以下，PSD）の発症が多い時期でもある。PSDは，機能的回復の妨げやQOL低下，生命予後の低下[2]などの影響をもたらす。発症には，「病巣の大きさや部位」「炎症性サイトカイン濃度の上昇」など器質的な要因に加えて，「身体的・心理的ストレス」「後遺症に対する落ち込み」「社会的環境の変化」など心理・社会的要因が関わっている[3]とされる。患者の落ち込みや抑うつ状態は，リハビリテーション（以下，リハビリ）への取り組みにも影響するため，急性期には，落ち込みからの回復を促進するような看護援助が必要である。

脳卒中急性期の心理的回復や生活の再構築に向けた看護介入について，福良[4]は，語りを取り入れた看護介入の効果を検証している。語りは，急性期を脱した時期から退院の時期まで3回程度実施され，聴く者の存在により，感情の表出，退院後の将来構想のイメージ形成，最終的な病いの意味づけの段階を辿ることができ，一定の成果があったと述べている。桐山ら[5]は，抑うつ状態を示した患者への看護として，身体機能回復をめざした関わりや，孤独にしないような励ましなどの関わりを看護師は行っていることを明らかにしている。その他，患者の病気体験[6,7]や身体経験[8,9]を明らかにした研究などがみられるが，心理的回復を促す看護介入の検討や効果の検証についての研究は少ない。

以上のことより，本研究では，看護師が捉えた患者の障害直面による落ち込みの状況と看護師の関わりを明らかにする目的で，脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を対象に調査を行うこととした。看護師が捉えた患者の落ち込みの状況をありのままに記述した研究はみあたらず，脳卒中看護の経験豊富な看護師の気づきは，PSDに至る前に早期に患者の変化に気づくための観察の視点として役立てることができるのではないかと考えた。また看護師の関わりを明らかにすることで，落ち込みからの回復を後押しし，次の心理的回復プロセスに向かえるようにするための看護の示唆が得られると考えた。

Ⅱ．研究目的

脳卒中急性期患者の障害による落ち込みの状況は看護師にどのように捉えられているのか，また看護師はその状況に対してどのような関わりを行ったのかを明らかにする。

Ⅲ．用語の操作的定義

「落ち込みの状況」

本研究は，患者の落ち込みについての看護師の見方を理解しようとするものであり、「脳卒中の発症から急性期において、患者が落ち込んでいると看護師が感じた状況」とした。

Ⅳ．研究方法

1．研究参加者

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の認定を受けてから3年以上が経過し，急性期病院に勤務する看護師とした。看護師長などの管理職にあり，患者の直接ケアの機会が少ない看護師は除外した。ベナー看護論[10]では，類似した状況で3年程度経験を積むと一人前とされていることから，認定を受けてから3年以上経過した看護師とした。参加者の選定にあたり，近県の急性期病院（大学病院、総合病院など）のホームページを検索し，脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の所属を公表している9施設の看護部長に協力を依頼した。管理職を除く7名が参加者として選定され，看護部を経由してインタビュー

の依頼と日時の調整を行った。

2. 調査期間

2022 年 2 月～2023 年 4 月

3. 調査方法

研究者が作成したインタビューガイドに基づく半構成的面接調査によりデータを収集した。インタビューは対面を基本としたが，新型コロナウイルスの感染対策上，オンラインで実施した参加者も 1 名あった。

1）調査内容

対象者の属性として，年齢，性別，所属を質問した。落ち込みの状況の定義から思い出される患者について，その時の患者の様子と関わりについて，1 時間程度話してもらった。具体的には，患者が落ち込む状況は看護師にどのように捉えられていたのか，また看護師はその状況に対してどのような関わりを行ったのかを質問した。面接内容は研究参加者の許可を得て IC レコーダーに録音した。

2）分析方法

インタビュー内容は逐語録を作成し，質的記述的方法により分析を行った。本研究は，患者の落ち込みについての看護師の見方を理解しようとするものであり，質的記述的研究方法を選択した。以下に手順を記す。①対象者ごとに逐語録を作成し，内容を把握できるまで繰り返し読んだ。②研究目的に関連する語りを意味のまとまりごとに抽出して，内容を損なわないように簡潔な一文とし，コード化した。③コードを共通性と相違性に着目して比較検討し，同じ意味のまとまりごとに分類し名前をつけ，サブカテゴリーとした。さらに同じ意味をもつサブカテゴリーを集めて名前をつけ，カテゴリーとした。

結果の信頼性と妥当性の確保のため，コード化からカテゴリー化のプロセスにおいて，研究領域に関連し，質的研究経験のある研究者間で意見交換を行い，検討を繰り返した。

Ⅴ．倫理的配慮

研究参加者が勤務する病院の看護部長に研究協力の依頼を行い，同意を得てから研究参加者に依頼を行った。研究参加者には，研究の目的，調査内容，個人情報の保護，データの保管などについて説明書に沿って説明を行い，同意書にサインをもらった。インタビューは研究参加者の所属施設の個室を借りて，実施した。なおオンラインの場合は，同意書は郵送での返送を依頼した。インタビューはグーグルミートを使用し，研究参加者・研究者ともに所属施設の個室で実施した。

本研究は福井大学医学系倫理審査委員会の承認を得て実施した（整理番号 20210042）。また研究参加者の所属施設の倫理審査委員会の承認が必要な場合は，承認を得て実施した。

Ⅵ．結果

1．研究参加者の属性

研究参加者は 7 名で，全員 40 代だった。男性 3 名，女性 4 名で，所属部署は脳神経系の急性期病棟や脳卒中集中治療室（Stroke Care Unit：以下 SCU）だった（表 1）。7 名のうち 2 名は，同じ所属施設であった。研究参加者が語った事例は，30～80 代の脳梗塞，脳出血の患者で，Branch atheromatous disease（以下，BAD）型脳梗塞や脳出血後再梗塞の患者も含まれた。患者は，運動麻痺や失語症などの症状があり，日常生活動作（Activities of Daily Living：以下，ADL）は軽度介助から全介助までさまざまだった。インタビュー時間は，平均 46.7 分だった。

表 1　研究参加者の概要

	性別	所属	語りの主な事例
A 氏	男性	病棟	・80 代，脳梗塞，運動麻痺 ・50 代，運動麻痺，失語症
B 氏	女性	病棟	・30 代，脳出血，運動麻痺 ・50 代，脳梗塞，構音障害
C 氏	男性	病棟	・50 代，脳梗塞(BAD)，運動麻痺
D 氏	男性	SCU	・50 代，運動麻痺 ・80 代，脳梗塞(BAD)，運動麻痺
E 氏	女性	病棟	・70 代，失語症 ・60 代，脳梗塞，運動麻痺
F 氏	女性	病棟	・50 代，失語症 ・60 代，脳出血，運動麻痺
G 氏	女性	病棟	・60 代，脳梗塞，失語症

2. 看護師が捉えた患者の落ち込み

看護師が落ち込んでいると捉えた患者の状況は,【活気がない】【脳卒中になったことを受け入れられない】【以前と変わってしまった身体と対峙する】【人に迷惑をかけることを気にする】【やってみてできないことに気が付く】【リハビリが進まないと聞く】【自分が思うところまでは良くならないだろうと思っている】【自分らしさを保持しようと頑張ってみるが頑張れない】の 8 つのカテゴリーにまとめられた。サブカテゴリーを≪≫，語りは「斜体（末尾にアルファベットで研究参加者を記載)」，() は筆者による補足を示す（表 2)。

1）活気がない

患者が直接的に落ち込みを言葉や行動で表現しているわけではないが, 看護師が元気がない, ふさぎこんでいるのではないかと患者の様子から推察している。

≪ベッドに横になっていることが多い≫は,「*やっぱりこう寝てることが多かったりとか* (A 氏)」などの語りから成る 4 つのコードで生成された。≪テレビを見ていても見ている感じがない≫は,「*テレビを見ててもなんか, 情報は入ってきてるっていうか, 見てる感じではない, っていうふうな雰囲気は,（中略）そういう感じはあった* (F 氏)」の語りから成る 1 つのコードで生成された。≪食事量が減る≫は,「*毎回全量とか食べられてた方が，ほんとにもう 1 食 2～3 割ずつとか，食べない日もあったり，それがなんで？みたいな感じで聞いてもそんなえらいとこなんかない，食欲がないんやみたいな感じで確か言われてたんですけど,（中略）まあ多分そうなんかな（落ち込んでいる）っては思いますけど* (B 氏)」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。≪表情が暗い≫は,「*まずはやっぱり表情ですよね, 表情が暗いんですよ。ずっと入院時からずーっと暗くて* (A 氏)」などの語りから成る 3 つのコードで生成された。≪部屋にこもる≫は,「*梗塞を起こしてしまって，反対側のところにも麻痺が出て,（中略）四肢麻痺みたいな感じになってしまって, その時に初めてあのなんて言うんですか, 頑張ってたけど, だめやったっていうんでしばらくちょっと部屋から出たくない，人と顔を合わせたくない* (F 氏)」などの語りから成る 1 つのコードで生成された。

2）脳卒中になったことを受け入れられない

生活習慣病の自己管理を行っていたのに脳卒中になってしまったとか，病院に早く来ればよかったと悔やむ様子から落ち込みを推察している。

≪自己管理をしていたのにと言う≫は,「*悲観的なというかこう気持ちが落ちてる方っていうのは，ちゃんと生活習慣守ってきたっていうか，自分なりにこうしっかりやってきたとか* (A 氏)」，などの語りから成る 2 つのコードで生成された。≪早く来ればよかったと悔やむ≫は,「*家でちょっとすぐ早く来れんかったっていう，うん，おかしいと思って様子見てたっていうような人は早く来ればよかったって,（中略）落ち込む人はいますね* (D 氏)」の語りから成る 1 つのコードで生成された。≪気持ちが取り残されたままリハビリが進む≫は,「*病気になってしまったっていうその受け入れもままならないまま，リハビリだけがどんどん進んでいく,（中略）気持ちだけがなんか取り残されてるかなっていう感じがぬぐえなかったなって感じなんです* (G 氏)」の語りから成る 1 つのコードで生成された。

3）以前と変わってしまった身体と対峙する

失語症の患者が以前のように話すことができずに涙を流したり, 以前と変わってしまった身体と対峙し、思いを吐露する患者の様子である。

≪しゃべれずに泣く≫は,「*自分でこうあーみたいな感じでなんとかしゃべろうとされるんですよ，それがこう，うまいこと出ないんで, あーーみたいなそんな感じで，これ書きますかみたいな感じで出しても,（中略）なかなかこううまく文字に書けなくて, はーっみたいな, ほんでぼろぼろみたいな，そんな場面でしたかね* (B 氏)」など構音障害や失語症の患者についての語りから成る 2 つのコードで生成された。≪役に立たない身体になったと言う≫は,「*動けないとか, やくざな身体になってって*(D 氏)」の語りから成る 1 つのコードで生成された。やくざな身体とは方言であるが, 役に立たないとか, 価値のない身体という意味であると考える。≪麻痺手を見ている≫は,「*上肢の麻痺が強かったんで，そこを見てるっていうか触ってたかちょっとあれなんですけど，そこん（の）とこに目が行ってたなっていうのは思ってます* (C 氏)」の語りから成る 1 つのコードで生成された。

4）人に迷惑をかけることを気にする

家族に迷惑がかかることを患者が想像して気にする様子や，看護師の介助を受けた時の反応から落ち込みを推察している。

≪家族に迷惑がかかることを気にする≫は,「*自分から*

もう仕事できなくなってしまったとか，家族に迷惑がかかるとか，（中略）この会話でもう明らかに，あっもう落ち込んでらっしゃるようなことが分かることをずっとおっしゃられてたんで（B 氏）」の語りから成る 1 つのコードで生成された。≪人の助けを借りて落ち込む≫は，「*介助でこう座位状態保ったりとか，ズボンを下げさせてもらったりとかしたときにこう自分が動けないっていうところで，もうこんな身体になってしまうぐらいやったら死んだ方がましやっていう*（A 氏）などの語りから成る 3 つのコードで生成された。≪排泄の介助を受けて謝る≫は，「*やっぱり排泄ですね、濡れてしまったとか、汚してしまったとか、なんかほんとにそこに関しては患者さんいつもごめんなさいって言うんで、（中略）そういうふうなことを思うっていうことも多分、後々、っていうかその場でも落ち込むんだと思うんです*（F 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。

5）やってみてできないことに気が付く

機能評価やリハビリ課題，車椅子移乗やトイレ動作など日常生活動作をやってみた時に，そこで出来ないことに気が付く様子から落ち込みを推察している。

≪できないことに気が付く≫は，「*初めて車椅子乗ったけどって思って聞きに行くと，ぜんぜんあかんかったみたいな感じで*（F 氏）」などの語りから成る 9 つのコードから生成された。≪リハビリの課題が出来なかったと話す≫は，「*今日はリハビリどうでしたかみたいな声かけして，（中略）こんなんがちょっと出来なくてっていう感じで，しゅんってすると，ああ少し落ち込んでるなあっていうのが分かったりとかするんですけど*（E 氏）」などの語りから成る 5 つのコードで生成された。

6）リハビリが進まないと聞く

他の看護師やセラピスト，医師からのリハビリが進んでいないという情報から落ち込みを推察している。

≪リハビリが進まないと聞く≫は，「*本格的に始まってからそういったあまり意欲が出てこないんやとか，そういったことはやっぱり聞き始める*（A 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。

7）自分が思うところまでは良くならないだろうと思っている

看護師は，患者の自分で出来ることが増えている状況に回復を感じそれを伝えてみるが，患者は自分が思うほどは良くなっていないと言う様子である。

≪出来るようになっているが，目標とする回復の程度ではないと言う≫は，「*その（全介助の）時に比べれば出来るようになっていて，今からやっていけばもうちょっと自分で出来ることも増えていきますよっていうようなお伝えしているんですけど，それも受け入れられないというか，良くなった自覚がない*（G 氏）」などの語りから成る 4 つのコードで生成された。≪入院前には戻れないと言う≫は，「*字ももう書けんしなみたいなことを多分言われてたと思います*（B 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。

8）自分らしさを保持しようと頑張ってみるが頑張れない

介助を受けて明るく振舞ったり，ちゃんとしないといけないと普段通り振る舞おうとしたり，それが出来なくなっている様子から落ち込みを推察している。

≪落ち込まないように頑張っている≫は，「*頑張ったっていう主語がたぶんリハビリだけじゃなくて，自分が自分の中で落ち込まないようにこう，（中略）すごい明るくしてたのがたぶんもう頑張ってた，状況やったんやなって言って*（F 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。≪普段の自分でいようとするが，それが出来ない≫は，「*病気になってすごい大変なのは自分，だけどやっぱりなんか人としてちゃんとしなきゃいけないっていうのって常にあるんやろうなって，（中略）でもその分やっぱ落ち込むんだと思うんです*（F 氏）」の語りから成る 1 つのコードで生成された。

3．患者の落ち込みへの看護師の関わり

看護師の関わりは，【落ち込む時は落ち込んだ方がいい】【距離を保ちながら見守る】【無理はさせない】【食べられることを優先する】【治療やリハビリを継続させる】【一緒にやってみて出来ることに気づいてもらう】【失敗をフォローし，予防する】【希望がもてるように見通しを話す】【どうしたらいいか迷い関わる】【チームで患者をみていく】【家族の力を借りる】【患者を知り，その人ならではのケアを行う】の 12 のカテゴリーにまとめられた（表 3）。

1）落ち込む時は落ち込んだ方がいい

患者が置かれている状況に思いを馳せ，共感し，落ち込むのは当然だし，落ち込む時期は落ち込んだ方がいいという看護師の考えである。

≪患者に思いを馳せて共感する≫は，「*働けなくなったら困るなっていうのはやっぱり自分の中で，患者さんを*

通して想像してしまうからっていうところもあるかもしれないです（C 氏）」などの語りから成る 4 つのコードで生成された。≪ちゃんと落ち込んだ方がいい≫は，「*落ち込む時期は，ちゃんと落ち込んだ方がいいんかなって，その時は，その患者さんの時には思いました*（F 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。

2）距離を保ちながら見守る

さりげなく患者のところに足を運んで，患者の様子や表情を観察することで，気持ちを感じ取ろうとする関わりである。

≪意図して様子を見に行く≫は，「*今日暑いですねとか，空調調整しますかとかそういう感じで普通にしゃべって，でなんかまたあったら呼んで下さいねって言って，とか点滴見に行くふりして行ったりとか*（F 氏）などの語りから成る 2 つのコードで生成された。≪表情などを見る≫は，「*表情がちょっと暗いような感じだったり，笑顔があんまり見られなかったりすると，どうなんかな，どうだろうっていう感じでは見ます*（E 氏）」の語りから成る 1 つのコードで生成された。

3）無理はさせない

看護師は，落ち込みからはいずれ回復すると考えており，リハビリに行くのを嫌がる患者に理解を示し，セラピストと調整して内容を切り替え，患者が話したそうであれば話を聞き，落ち込みからの回復を待つ関わりである。

≪気持ちが上がるのを待つ≫は，「*また上がってくる時もあるから，その時にまた自分自身でできるようにっていうのは伝えるようにはしてます*（D 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。≪リハビリ内容をセラピストと調整する≫は，「*セラピストさんに直接病棟来てもらって，話聞いてじゃあ床上でいきますとか，（中略）話聞いて終わりましたとか，そんな時もありました*（B 氏）」などの語りから成る 4 つのコードで生成された。≪患者の「話したい」に沿い話を聞く≫は，「*私がどんなにこう前向きなこと言ったとしても（中略）素直にすっとは入っていかんやろうなって思ったんで，いろいろ話をとりあえずその時は聞くだけ聞いて*（B 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。患者の話を聞くだけではなく，話したくなさそうな時は，無理に聞かないという関わりも含まれた。≪それでいいと話す≫は，「*お話しに行って，（中略）なんか頑張れじゃなくって，いいよっていうぐらいの感じでしかいないように*（F 氏）」の語りから成る 1 つのコードで生成された。

4）食べられることを優先する

落ち込みから食事量が減っているのではないかと感じた看護師が，薄味のために食べられない状況だけでも変えようと，医師に相談して食事制限をはずす関わりである。

≪食べられることを優先する≫は，「*食事がやっぱり最初少なくなってきたりとか，（中略）まあ先生に聞いて，まず塩分制限をはずして*（G 氏）」の語りから成る 1 つのコードで生成された。

5）治療やリハビリを継続させる

回復のためには治療やリハビリを継続することが重要だと考え，なんとか継続させようとする看護師の関わりである。

≪治療やリハビリは大事だと話す≫は，「*一日一日振り返ってもそんなに大きな変わりはないかもしれないけど、1 週間 2 週間って 1 週間単位で振り返った時に、できることってすごい増えてるはずやからって*（D 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。≪なんとかリハビリに向かわせる≫は，「*起きたくないって言っても、じゃあどうやったら起きれる？っていう話とか、まあします*（D 氏）」などの語りから成る 4 つのコードで生成された。

6）一緒にやってみて出来ることに気づいてもらう

落ち込んでいる中でも，トイレなどの日常生活動作を一緒に行い，介助を受けながらであっても出来たことを伝えて，出来ることが増えていると患者に理解してもらう関わりである。

≪落ち込む中でも何かをする≫は，「*何もしないんじゃなくて，（中略）声かけて一緒にできるように，あのやりますのでっていうのは意識して言うようには伝えてるかなって*（D 氏）」などの語りから成る 3 つのコードで生成された。≪一瞬でも気持ちを上げる≫は，「*そうかってにこっと笑ったりするんで，うんうん，それだけでも違うなって，そん時一瞬でもちょっと気持ち変わってくれて*（D 氏）」などの語りから成る 3 つのコードで生成された。≪一緒にやってみてもらう≫は，「*持ってるからって言って，やってみてって言って，やった時に出来るようになってるっていうふうにやってもらって，うん，一緒にそれを見てもらう，感じてもらうっていうか*（D 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。≪出来るようにな

っていることを何とか理解してもらう≫は,「*最初はベッド上でしか御飯が食べれなかった方だったんですけど,車椅子乗って御飯が食べれるようになるまでこうできるようになったので,(中略)何々ができるようになったねってところを伝えていかないといけないのかなーって*(A氏)」などの語りから成る6つのコードで生成された。

7) 失敗をフォローし,予防する

看護師は,転倒や失禁は患者にとって失敗であり,落ち込む原因になると考えており,フォローし,予防する関わりである。

≪転倒をフォローする≫は,「*なんでそんなことしたのっていう感じにいってしまうと,またそこで更に落ち込んじゃうんで,(中略)こんなことしたかったんやよねってところで*(F氏)」の語りから成る1つのコードで生成された。≪排泄の失敗を予防する≫は,「*麻痺が出たことで落ち込んでるところに,自分からしたらあー(排泄)失敗したとか,そんなこと思うことって精神的にさらに落ち込ませるんで,やっぱりそれは起こさないようにしないといけないなって*(F氏)」の語りから成る1つのコードで生成された。

8) 希望がもてるように見通しを話す

回復の見通しについて,患者の病態の予後予測と過去に受け持った患者の経験から,希望を持てるように,また過度な期待をもたせないように説明する看護師の関わりである。

≪予後を予測し見通しを話す≫は,「*指こう広げることができるとかってなったら,これは良くなる麻痺だから,そんなこと言わずにリハビリ頑張ったらもっと良くなるから頑張りましょって*(A氏)」などの語りから成る5つのコードで生成された。≪過去に経験した患者のことを話す≫は,「*同じような人っておるんかなという話があったんで,みんなそんなすぐに良くなるわけじゃあもちろんないんで,けっこう長い時間かかりますけどお家に帰っていったりとか良くなっていく人もいますよっていう話をして*(B氏)」の語りから成る1つのコードで生成された。

9) どうしたらいいか迷い関わる

患者にかける言葉がなく困惑したり,患者の言動に対してその場をしのぐような感じになったり,ジレンマを感じながら関わる様子である。

≪伝わらなくてどうしたらいいか困る≫は,「*だめじゃないけど,その,どうやってこう声かけをすればいいのかがだんだん分からなくなってくる感じで*(G氏)」の語りから成る1つのコードで生成された。失語症の患者は「だめだ」を繰り返し,車椅子の自走や装具をつけての歩行など,出来るようになったことを伝えても患者には受け入れられず,かける言葉がなく困惑しながら関わる看護師の様子である。≪その場をしのぐ感じで話す≫は,「*突発的にこうやって(死んでしまいたいと)やっぱり言われるんで,そんなこと言わないでとか,あの一頑張りましょうとか,(中略)その場をそこでこうしのぐような感じで*(A氏)」などの語りから成る2つのコードで生成された。≪患者の思いとぶつかりジレンマ≫は,「*やっぱり(リハビリに)行って欲しい思いがあるのと,患者さんは行きたくないっていう思いでこうやっぱぶつかってしまって*(A氏)」の語りから成る1つのコードで生成された。

10) チームで患者をみていく

病棟の看護師同士,またセラピストや医師を含むチームで,またリエゾンチームなどと連携しながら患者を支える関わりである。

≪チームで患者について相談する≫は,「*カンファレンスとかもあったので,先生とか,セラピストさんにも入ってもらって,そういう話(沈んでいる)ももちろん出て*(B氏)」などの語りから成る2つのコードで生成された。≪精神科につなぐ≫は,「*先生にもお願いして,精神科の先生にもちょっとなるべく入ってもらって*(G氏)」などの語りから成る2つのコードで生成された。≪看護師やセラピストで情報を共有し患者をみていく≫は,「*今日リハビリの時はこんな様子でちょっと気になりましたとか,こういうこと話されてましたとか,(中略)こまめにその日の情報をその日の担当(看護師)にくれるっていうような感じで*(B氏)」などの語りから成る4つのコードで生成された。

11) 家族の力を借りる

家族の存在は患者への影響が大きいと考え,家族を巻き込み、力を借りる看護師の関わりである。

≪家族に協力してもらう≫は,「*仕事関係の方とか,家族さんにも結構来て頂けるような連絡っていうか,スタッフからしてもらって,だんだんなんかちょっと前向きになっていかれた*(B氏)」などの語りから成る4つのコードで生成された。≪家族をまじえて回復を喜ぶ≫は,「*入院した時の大変やった時のことを(中略)あまり覚え*

てらっしゃらなかったんで，その時に比べればみたいな感じでどれだけお家の人が心配やったかみたいなことを言ってもらう（G 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。

12）患者を知り，その人ならではのケアを行う

患者の好きなことや関心のあることを知り，ケアにつなげる関わりである。

≪患者の好きなことを勧める≫は，「*TV 見ようって，座って見ようとか，（中略）結構相撲好きやったり野球好きやったりが多いんで*（D 氏）」などの語りから成る 3 つのコードで生成された。≪病気前の生活とつなぐ≫は，「*商店街の（中略）イラストを担当されてて，グッズとかもあったんで，それをお家の方に電話をして持ってきてもらったりとかして，病室がキャラクターだらけになって*（B 氏）」などの語りから成る 2 つのコードで生成された。

Ⅶ. 考察

1. 研究参加者について

今回の参加者は，高度急性期もしくは急性期を標榜し，脳卒中急性期治療を行っている施設に所属していた。脳卒中患者は，救急外来を受診後，SCU などを経て，あるいは直接急性期病棟に入院するケースが多い。今回の参加者は，SCU や脳神経系の急性期病棟で患者のケアにあたっており，経験も豊富であった。急性期は，合併症予防や病状の安定が最優先であり，高い臨床判断力が求められる。また同時に脳卒中患者特有の心理的過程を踏まえたケアが求められる。脳卒中リハビリテーション看護認定看護師は，高い臨床判断力を持ちながら，脳卒中患者と向き合い入り込む[11]実践をしているとされる。今回の結果は，そうした背景をもつ看護師の語りから得られたものであり，脳卒中看護に携わる看護師にとって参考になると考える。

2. 看護師が捉えた患者の落ち込み

患者の佇まいや表情、言動など看護師が患者の落ち込みを推察した状況は、8 つのカテゴリーにまとめられた。看護師は，患者の活気のなさや悔やみ嘆く言動，介助を受けた時の反応，リハビリに取り組む様子，他の医療者からの情報などから落ち込みを捉えていた。百田ら[1]は、急性期の患者の落胆体験は、障害の重さに直面，介助される立場になった自己の哀れみ，他患との比較による劣等感，病気以前の生活の後悔，将来展望の途絶えから成ると述べている。本研究で明らかになった【脳卒中になったことを受け入れられない】，【以前と変わってしまった身体と対峙する】，【人に迷惑をかけることを気にする】，【やってみてできないことに気が付く】，【リハビリが進まないと聞く】，【自分が思うところまでは良くならないだろうと思っている】は，百田らの結果と関連する内容であった。

看護師は，ベッドに横になっていることが多い，食事量が極端に減るなどの日常生活の様子から落ち込みを捉えていた。PSD の診断基準（DSM-IV-TR）には，ほとんどすべての活動における興味の減退や食欲の減退，睡眠の障害がある。活気や発動性の低下は，もともとの認知機能の低下や高次脳機能障害の出現など，器質的な要因の影響があるため鑑別が必要である。しかし，抑うつ症状は脳卒中によって引き起こされるさまざまな機能障害により隠蔽されてしまう[2]と述べられていることから、患者の落ち込みをいち早く捉えるためには、病室での過ごし方や食事や睡眠など日常の様子をよく観察することが必要である。

脳卒中になったことを悔やむ患者の中には，生活習慣病の自己管理をしてきた人や症状が出てから家で様子を見ていた人が含まれた。脳卒中の予防には，肥満症，高血圧症，糖尿病，脂質異常症などベースにある生活習慣病の治療と自己管理が重要である。内服や禁煙，血圧測定などを継続してきた患者では，発症のショックや落ち込みは大きいと考えられる。その他，落ち込む患者の背景として，入院後の症状進行や失語症があった。症状が進行した患者の中には，BAD 型脳梗塞が含まれた。BAD は，発症時は軽症であっても進行性の運動麻痺がみられ，機能予後は不良である[12]。薬物治療も抵抗性のため，患者は早くに病院に来て治療を受けたのになぜ悪くなるのかと困惑し，落ち込むことが考えられる。失語症患者では，発症 6～7 日頃に失語症を自覚することよる落胆や繰り返されるコミュニケーション困難によって生じる不安定な感情がある[13]と言われる。以上のような背景は，患者が落ち込む要因となると考える。

人の手を借りることに落ち込む様子を看護師は捉えていた。中でも排泄にまつわる介助場面での様子が多く捉えられていた。北尾ら[6]は，タイミングが合わないと看護師を呼んだ時に出なかったり，看護師が来た時にすでにオムツに出ている状況を患者は「失敗」と捉えているこ

とを明らかにしている。またお尻を丁寧にふき取ってもらうことが非常につらいという患者の語りを報告してい
※表 2、3 挿入

る。脳卒中では，下部尿路障害や排尿動作障害により，排泄介助を要することが多い[14]。排泄の介助を受けることは，情けない，恥ずかしい，死んでしまいたいなど患者の自尊心を低下させる。加えて「失敗」により汚染したシーツなどの後始末をしてもらうことは，自立したくてもできない現実[6]と相まって，患者をさらに落ち込ませると考える。

日常生活動作やリハビリ課題をやってみて出来ないことに気付く様子から，落ち込みを推察する語りは多く聞かれた。脳梗塞や脳出血の保存的治療の患者では，早ければ 2 病日よりリハビリが開始となる。緊急入院し，検査や処置が一段落した後に身体に意識が向けられ，重大な変化を体感している[1]患者は，離床やリハビリ開始などで身体を動かし始めることで，思っていたよりもできないことに気が付き，障害が重大であることを知る。加根ら[7]は，急性期の患者は病気前と同じような感覚で身体能力を捉えており，実際に動いてみることで機能障害に気付くと述べている。身体機能と患者の認知が一致[7]した時が気付きであり，落ち込みが生じると考える。リハビリが始まる時期は，身体機能の変化に対する患者の受け止めを観察する必要がある。

看護師は，良くなっていないし自分が思うところまでは良くならないだろうと考えている患者の様子から，発症時に比べて身体機能が回復していても，良くなっているという感覚をもちにくいことを捉えていた。看護師はできるようになっていることを具体的に伝えても，なかなか受け入れられない患者の様子を多く語った。福良[4]は，完全に治して帰る希望と，一方で完全によくなって仕事に復帰するのは無理という現実に向き合う語りが患者から繰り返されたと述べている。急性期の患者にとって後遺症を抱えた身体はなじみのないものであり，いくらか出来ることが増えても，良くなっている状況にはないことが考えられる。入院時よりも良くなっているという看護師の声かけに対する患者の反応を観察することは，患者と看護師の認識のずれを予防することにつながると考える。

患者の落ち込みの中に【自分らしさを保持しようと頑張ってみるが頑張れない】のカテゴリーが存在した。これは普段通りの自分でいようと頑張って明るく振舞う様子や，それもできなくなっている様子を看護師が捉えたものであった。医療者や家族など他者と関わる中で，患者は自我の連続性を保とうとするが，それが出来ずに落ち込む様子であると考える。自我の連続性を保つ支援の重要性を黒澤ら[15]は述べている。自我を保てない葛藤による落ち込みに気づくことと，そのための観察が必要である。

以上より，患者の落ち込みは，以前と変わってしまった身体と対峙しながら日常生活動作やリハビリを行う中で，出来ないことに気が付いたり，身の回りのことに人の手を借りることを通して生じていた。今回明らかになった患者の落ち込みの状況は，看護師が患者の落ち込みに早めに気が付くための観察の視点として活用できると考える。

3. 患者の落ち込みへの看護師の関わり

看護師は，落ち込むことは自然な反応だと考え，様子を見守り，排泄などの失敗を予防し，無理はさせない関わりをしていた。一方で，リハビリがなんとか継続できるようにセラピストと調整したり，患者にできそうな日常生活動作を一緒に行うことで，出来ることになんとか気づいてもらい，落ち込みを乗り越えられるようにしていた。

看護師は，様子が気になる患者の部屋をさりげなく，かつ積極的に訪室していたが，患者が話したそうであれば話を聞くという姿勢であった。看護師は，落ち込みはずっと続くわけではなく，いずれ気持ちは回復すると考えており，どうしても患者の気持ちが乗らない時は，床上リハビリにするなどセラピストと調整していた。これらは，待つという関わりでもあり，フィンクの理論[16]では衝撃から承認の段階にある患者の安心と安全のニード充足につながると考える。脳卒中からの回復プロセスは，身体的自己の喪失に対する悲哀の仕事とも言える[17]。患者は，悔やみ，うらみ，自責[18]，深い悲しみを体験している。落ち込む時は落ち込んだ方がいいという看護師の考えは，悲哀の仕事のプロセスを経て回復に向かえるようにするための関わりであると考える。その中で排泄などの失敗は，患者を更に落ち込ませることになる。排尿誘導や声かけなど，失敗を出来るだけ減らすような関わりは，患者の更なる落ち込みや自尊心の低下を避けることにつながると考える。

看護師は患者が落ち込む中でも，何もしないのではなく，治療やリハビリ，日常生活動作を一緒に行い，継続できるようにしていた。桐山ら[5]は，看護師は身体的な回復を最優先とし，抑うつ状態に左右されない支援をしていたと述べている。その理由として，脳梗塞発症からの2～3週以内が運動麻痺回復のために重要な時期である[19]ということがある。急性期は，発症後早期から日常生活動作やリハビリを開始し，継続することが重要である。落ち込む中でも出来そうなことを見つけて一緒に行い，出来たことを伝え続けて，患者になんとか理解してもらう関わりは，患者が回復の希望をもつことに繋がると考える。

【希望がもてるように見通しを話す】は，患者に良くなるのか？と聞かれて，あるいは患者を力づけようと看護師自らが話していた。看護師は患者の予後予測に基づき説明を行うが，どのように話すかは難しいと考えていた。理学療法士を対象にした調査[20]では，95.8%が予後の説明に困難を感じると答えている。予後不良の場合や，患者の予後の期待が分からない場合など，希望が持てるように，かつ過度な期待を抱かないような説明は難しい。患者は，先の見通しがもてないことで，不確かさを生じていると考える。患者の出来事の解釈を進めるような専門家のサポートは不確かさを減少させる[21]。患者への説明においては，事実をありのまま語ることと患者が希望を持てることのバランスが重要であり，看護師が個人で対応を考えるというよりも，チームで連携して齟齬のない対応を話し合うことが必要である。

【どうしたらいいか迷い関わる】は，リハビリに行きたくない患者と行って欲しい看護師の間でジレンマが生じていた。また「死んだ方がまし」と言う患者に返した言葉がそれで良かったのかと悩み，「だめだ」を繰り返す患者になんとか良くなっているところを分かって欲しいが伝わらずにどうしたらいいか困っていた。患者から否定的な言葉が聞かれた時は，なぜそのように感じるのかを聞き，患者と気持ちを共有することも支援につながると考える。また必要時には精神科につないだり，チームで対応を話し合うことも有効である。セラピストと看護師の毎日の患者についての情報共有は，双方にとって患者理解につながる。チームカンファレンス時だけでなく普段から患者についてのやりとりができるとよい。また看護師の葛藤や困難感について，率直に気持ちを話せる場があるとよいと考える。

【患者を知り，その人ならではのケアを行う】は，患者が病気前から好きなものをとっかかりとしたケアであった。患者の好きな相撲や野球番組をきっかけに座って見ましょうと離床を促す関りや，部屋でコーヒーを淹れて香りを楽しんでもらう関わりなどがあった。これらは，患者が病気前に親しみ，楽しんでいたことを病室に取り込むケアであり，患者の癒しにつながる。患者が仕事で作成したキャラクターグッズを病室に持ち込むケアは，病気前の自己を思い出すきっかけとなり，病気になっても変わらない自己，つまり自己概念を支えるケアとなると考える。

以上より，本研究で明らかになった看護師の関わりは，衝撃から承認の段階にある患者の安心と安全を守り，心理的回復を促すものであった。また，患者の落ち込みを理解しながら，リハビリや日常生活の拡大に向けての取り組みをなんとか継続させようとするものであった。これらの関わりは，患者の落ち込みからの回復を促す看護として，実践に活用できると考える。

Ⅷ. 研究の限界と課題

本研究は，7名の参加者の語りから得られた結果をまとめたものである。一般化するには，さらに参加者を増やし，検討を続ける必要がある。

Ⅸ. 結論

脳卒中急性期の患者の障害による落ち込みの状況は看護師にどのように捉えられているのか，また看護師はその状況に対してどのような関わりを行ったのかを明らかにすることを目的に質的記述的研究を行った。研究参加者は，脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の認定を受けて3年以上が経過した7名であった。その結果，以下のことが明らかとなった。

1. 看護師が落ち込んでいると捉えた患者の状況は，【活気がない】【脳卒中になったことを受け入れられない】【以前と変わってしまった身体と対峙する】【人に迷惑をかけることを気にする】【やってみてできないことに気付く】【リハビリが進まないと聞く】【自分が思うところまでは良くならないだろうと思っている】【自分らしさを保持しようと頑張ってみるが頑張れない】の8つのカテゴリーにまとめられた。
2. 看護師の関わりは，【落ち込む時は落ち込んだ方がい

い】【距離を保ちながら見守る】【無理はさせない】【食べられることを優先する】【治療やリハビリを継続させる】【一緒にやってみて出来ることに気付いてもらう】【失敗をフォローし，予防する】【希望がもてるように見通しを話す】【どうしたらいいか迷い関わる】【チームで患者をみていく】【家族の力を借りる】【患者を知り，その人ならではのケアを行う】の 12 のカテゴリーにまとめられた。

3. 患者の落ち込みの状況は，患者の変化を早めに捉える観察の視点として活用できる。また看護師の関わりは，患者の落ち込みからの回復を促すと考えられ，実践に活用できる。

謝辞

本研究にご参加頂きました脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の皆様に深く感謝を申し上げます。またインタビューの実施にあたり，ご理解とご協力を賜りました病院の看護部長，ならびに副看護部長の皆様に深く感謝を申し上げます。なお，本論文に関して開示すべき利益相反状態はない。

引用文献

1) 百田武司，西亀正之．脳卒中患者の回復過程における主観的体験　ー急性期から回復期にかけてー．広島大学保健学ジャーナル．2（1）: 41-50，2002.

2）高畑圭輔．脳卒中後うつ病．成人病と生活習慣病．40（10）: 1147-1151，2010.

3）村岡香織．脳卒中後うつ．The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine．57（6）: 545-551，2020.

4）福良薫．身体機能障害を抱える脳卒中患者の生活の再構築に向けた看護介入の検討．日本看護研究学会雑誌．38（1）: 113-125，2015.

5）桐山啓一郎，藤田紗矢子，松下年子．脳神経外科病棟の看護師が捉える脳卒中後に抑うつ状態を示した患者とその看護. アディクション看護. 14 (1) : 11-18, 2017.

6）北尾良太，鈴木純恵，土井香ほか．回復期リハビリテーション脳卒中患者が語る病い経験に関する研究　ー医療者とのかかわりから“あとから病いがわかっていく”ことー．日本看護研究学会雑誌．36（1）: 123-133，2013.

7）加根千賀子，古川文子．急性期における脳血管障害患者の病気体験に関する認識．The Journal of Nursing Investigation．6（1）: 2-10，2007.

8）山内典子．看護を通してみえる　片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験　ー発症から 6 週間の期間に焦点を当ててー．日本看護科学会誌．27（1）: 14-22，2007.

9）結城俊也．解釈学的現象学的分析による脳卒中者の身体経験　ー職人技の回復プロセスを例としてー．日本保健福祉学会誌．17（2）: 21-38，2011.

10）パトリシア・ベナー／井部俊子，井村真澄，上泉和子訳．ベナー看護論　達人ナースの卓越性とパワー．医学書院．1995.

11）山本直美，登喜和江，杉浦圭子ほか．脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の看護活動の実際．日本看護研究学会雑誌．43（2）: 199‐210，2020.

12）紙本薫，大村眞弘，山田健太郎ほか．Branch atheromatous disease（BAD）型脳梗塞における急性期リハビリテーション治療成績　ー症状進行例と非進行例の比較検討ー．名古屋市立病院紀要．37 : 17-21，2014.

13）大久保暢，軽部奈弥子，小林山紀恵ほか．失語症発症で戸惑う急性期患者の気持ちの様相　ー国内外の文献検討の結果からー．日本ニューロサイエンス看護学会誌．4（2）: 57-65，2018.

14）正源寺美穂，池永康規，小西あゆみほか．脳卒中患者に対する急性期病院から回復期リハビリテーション病棟への継続的排尿自立支援の効果．日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌．21（4）: 304-312，2017.

15）黒澤佳代子，池田清子．回復期リハビリテーション病棟において脳卒中患者が主体性を回復していく過程ーエピソード記述で 1 事例を分析してー．神戸市看護大学紀要．17 : 45-53，2013.

16）舘山光子，危機理論．野川道子編著，看護実践に活かす中範囲理論．第 1 版．メヂカルフレンド社，189-191，2010.

17）岡本五十雄．脳卒中患者のこころのうち　ー障害受容とこころの推移．The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine．57 : 904-912，2020.

18）小此木啓吾．対象喪失．中公新書．1979.

19）原寛美．超急性期から開始する脳卒中リハビリテーションの理論と実際．MEDICAL REHABILITATION．161 : 1-7，2013.

20）三村健．脳卒中後遺症者への“機能予後に関する説明”

の困難さについて．理学療法新潟．11：8-11，2007.
21）鈴木真知子，山口未久．マール H.ミシェル．筒井真優美編集．看護理論家の業績と理論評価．医学書院．451-466．2015.

表 2　看護師が捉えた患者の落ち込みの状況

カテゴリー（8）	サブカテゴリー（21）	コード（50）　（）内は研究参加者を示す
活気がない	ベッドに横になっていることが多い	寝ていることが多い（A）
		車椅子に乗りましょうと勧めるが嫌だと拒否される（A）
		ベッド上で横になっている時間が長い人はショックを受けているのかなと思う（C）
		トイレ以外はほぼ動かず、リハビリも行かなかった（G）
	テレビを見ていても見ている感じがない	テレビを見ていても見ている感じはない雰囲気だった（F）
	食事量が減る	食事を全量食べていた患者が、2～3 割とか、食べない日もあった（B）
		塩分制限で味がないのもあるが食事量が減ってくるのは元気がないと感じる（G）
	表情が暗い	入院時からずっと表情が暗い（A）
		（天気のことを）しゃべり始めた時とは表情が変わり、暗い感じで言われた（B）
		数日で退院と思っていたが症状が悪化してと話し、表情は落ち込んでいて声のトーンも低かった（C）
	部屋にこもる	梗塞で四肢麻痺になり部屋から出たくない、人と顔を合わせたくないとなった（F）
脳卒中になったことを受け入れられない	自己管理をしていたのにと言う	悲観的というか気持ちが落ちる人は、ちゃんと生活習慣を守ってきた（人だ）（A）
		血圧管理や禁煙をしていた人はなんで病気にならなければいけなかったのかと最初にすごく言う（F）
	早く来ればよかったと悔やむ	家で様子を見ていた人は早く来ればよかったと悔やむというか最初そういうので落ち込む（D）
	気持ちが取り残されたままリハビリが進む	病気になった受け入れもままならないままリハビリだけが進んで、気持ちが取り残されている感じだった（G）
以前と変わってしまった身体と対峙する	しゃべれずに泣く	しゃべろうとするがうまく話せず、文字にもできず、泣く（B）
		失語症の患者は 10 日目頃に大声を出して泣いた（F）
	役に立たない身体になったと言う	動けないとかやくざな身体になってとか言う（D）
	麻痺手を見ている	上肢の麻痺が強くそこを見てるというか目が行っていた（C）
人に迷惑をかけることを気にする	家族に迷惑がかかることを気にする	自分から家族に迷惑がかかると話し、明らかに落ち込んでいることが分かった（B）
	人の助けを借りて落ち込む	（排泄時に）座位が保てず、人の助けを借りた時に落ち込んでしまうのかなと思った（A）
		トイレに移ろうと介助されたりズボンを下げられたりした時にこんな身体になってしまうぐらいなら死んだ方がましだと言った（A）
		トイレ介助などされた後にため息が多い（G）
	排泄の介助を受けて謝る	オムツで排尿介助されることにごめんねと話した（D）
		（排泄の失敗で）汚してごめんなさいと思うことも後々というかその場でも落ち込むんだと思う（F）
やってみてできないことに気が付く	できないことに気が付く	ADL を自覚して気持ちがどんと落ちた時にそういったこと（死んでしまいたい）を言う（A）
		トイレに間に合うと思って行ってもズボンをしっかりおろせず失禁したりして、そういうところがいつもと違うと気付く（D）
		できなくて表情があーってなる（D）
		ベッド上にいる時はさほど落ち込む感じはないが、動き出して自分の現実を見た時に落ち込む感じがある（E）
		本当に動けないのか確かめで転倒・転落すると、そこで落ち込むのが目に見える（F）
		多少動かないと思っていたのが、車椅子に乗ることでこんなに使えないのだと気付く（F）
		看護師がいないところで汗だくになって動かそうと頑張るが、やっぱり動かないと落ち込む（F）
		動かないというところから、だんだんとやっぱり動かないと落ち込む（F）
		はじめて車いすに乗ったことを聞きに行くと、ぜんぜんだめだったと話す（F）
	リハビリの課題が出来なかったと話す	今日もリハビリぜんぜんやったとぼそっと言い、でも頑張らなあかんしなー、でもなーみたいな感じだった（B）
		新しいリハビリ課題が出来なくてと話していたので、今日も同じことがあるんだろう、出来ないと思いたくないのだろうと思う（B）

		失語症の検査でこれもできないあれもできないと目の当たりにして落胆して（病棟に）帰ってくる（E）
		リハビリでこんなのができなくてとしゅんとすると落ち込んでいるのが分かる（E）
		（症状が）重い患者は、やらないといけない、やったけどだめだったを繰り返し、なかなか上がっていけない（F）
リハビリが進まないと聞く	リハビリが進まないと聞く	表情で分からない時に一番気にするのはリハビリが進んでいないと聞く時だ（A）
		リハビリが本格的に始まった頃に意欲が出ないということをリハビリカンファレンスで聞いた（A）
自分が思うところまでは良くならないだろうと思っている	出来るようになっているが、目標とする回復の程度ではないと言う	機能評価時にまだまだなんや、ぜんぜん動かんのやと話す（D）
		全介助の時に比べれば出来るようになっているし、今からやれば自分で出来ることが増えますよと伝えても受け入れられない（G）
		出来てあたり前だったことが出来なくなり、これくらい出来ても日常生活が自分で出来るわけではないという思いが強い（G）
		（失語症の患者は）わりと早くに車椅子に乗れるようになったが、ずっとだめだと言っていた（G）
	入院前には戻れないと言う	字ももう書けないしみたいなことを言われた（B）
		普通に仕事ができていた頃には戻れないだろうと言った（B）
自分らしさを保持しようと頑張ってみるが頑張れない	落ち込まないように頑張っている	排泄時にありがとうと明るく振舞ったり、自分の中で落ち込まないように頑張っていたと話した（F）
		大丈夫と明るく振舞っていても落ち込んでいるので、だいぶ頑張っている（F）
	普段の自分でいようとするが、それが出来ない	人に迷惑をかけてはいけない、怒ってはいけない、ちゃんとしないといけないというのがあり、それが出来ずに落ち込むんだと思う（F）

表 3　患者の落ち込みへの看護師の考えと関わり

カテゴリー（12）	**サブカテゴリー**（29）	**コード**（70）　　（）内は研究参加者を示す
落ち込む時は落ち込んだ方がいい	患者に思いを馳せて共感する	患者の話のほとんどは仕事の見通しで、働けなくなったら困るというのは想像できる（C）
		障害をそんな急には受け止められないので当然の反応だと思った（B）
		大丈夫で乗り切れる人はいないと思う（F）
		だめだを繰り返す患者は辛いのだと思った（G）
	ちゃんと落ち込んだ方がいい	落ち込んでも別にいいと思えるように声かけしている（D）
		落ち込む時期はちゃんと落ち込んだ方がいいと思う（F）
距離を保ちながら見守る	意図して様子を見に行く	環境調整や点滴を見るふりをしながら具合を見に行く（F）
		落ち込んでいる時は誰かに分かってほしいと思うので、うっとおしくない程度に（部屋に）行く（F）
	表情などを見る	表情が暗かったり笑顔があまり見られないと、どうなんだろうと見る（E）
無理はさせない	気持ちが上がるのを待つ	（気持ちが）上がってくる時に自分でできるように（しよう）と伝えている（D）
		（落ち込みは）ずっと続くわけではなく、人との関りや何かのきっかけで少しずつ変わっていくと思う（E）
	リハビリ内容をセラピストと調整する	（リハビリに行くのを嫌がる時）ちょっと変えてみて、じゃあもうやめとこうとか、今日だけね、明日は頑張りましょうと言う（A）
		セラピストが病棟に来て、じゃあ床上でいきますとか、話聞いて終わりましたとかそんな時もある（B）
		今日のリハビリはベッド上でストレッチにしようとか切り替えてもらう（F）
		リハビリに行きたくない時は、セラピストが次何時に来てみると約束をする（G）
	患者の「話したい」に沿い話を聞く	前向きなことを言ったとしても入っていかないだろうと思い、話を聞くだけ聞いた（B）
		（リハビリに）行きたくない時に話を聞きに行き、話したくない時は今日は疲れた日ねと話す（F）
	それでいいと話す	頑張るのがきつい患者は、話をしに行き（それで）いいよぐらいの感じでいくしかない（F）
食べられることを優先する	食べられることを優先する	元気がなくて食べられないと思い、塩分制限をはずした（G）
治療やリハビリを継続させる	治療やリハビリは大事だと話す	今は点滴による治療と、リハビリが大事だと伝えた（C）
		リハビリをすることで一日一日は大きな変わりはないが、1 週間単位で振り返った時

		に出来ることはすごく増えてるはずだと伝える（D）
	なんとかリハビリに向かわせる	リハビリに行く場面で嫌だと言われると、頑張りましょうとなだめるしかない（A）
		（身体を）ぐっと起こしてやっぱり頑張りましょうと行くような感じにどうしてもなる（A）
		（進行した）一番低いところから巻き返しできるように一緒にやっていこうと話す（D）
		起きたくないという患者には、どうやったら起きれる？と話す（D）
一緒にやってみて出来ることに気づいてもらう	落ち込む中でも何かをする	落ち込むのは当たり前だし落ち込んでもいいが、落ち込んだ中でどれだけ出来るかが大事だと話す（D）
		何もしないのではなく、一緒に出来るように手伝うからと伝えている（D）
		もう少し話を聞いたりするべきなのかもしれないが、意外と強制的にでもトイレに行ったりするのがいい時もある（D）
	一瞬でも気持ちを上げる	一瞬でも気持ちを上げることくらいしかできず、ふがいない気持ちもある（A）
		やってみて出来た時に笑顔になるので、その一瞬でも気持ちが変わればいい（D）
		起きれるようになったねと一緒に喜べると意外とそこ（落ち込み）を乗り越えられるのかなと思う（D）
	一緒にやってみてもらう	持ってるからやってみてと言い、やってみてもらって出来るようになっているのを感じてもらう（D）
		出来ない時に落ち込んでいるので、介助をしてでもちょっと出来たらそれがきっかけになって次につながるといい（D）
	出来るようになっていることをなんとか理解してもらう	最初はベッド上だったが、車椅子で食べられるようになったねと伝えた（A）
		昨日からみたら変わらないが１週間前は寝てたよ、今起きて座ってるしと話す（D）
		一緒にトイレに行く中で、出来るようになったことをあえてオーバーに言う（D）
		スタッフに出来るようになってるよ見てと言って、すごいと共感してもらう（D）
		（リハビリで）出来ている姿や歩いている姿をあえて見に行く（D）
		（患者は）入院時のことを覚えていないので、これだけ出来るようになった、前はこんなんだったと伝えていく（E）
失敗をフォローし、予防する	転倒をフォローする	転倒を責めたりせず、こんなことしたかったんですよねと話す（F）
	排泄の失敗を予防する	麻痺が出て落ち込んでいるところに排泄の失敗はさらに落ち込ませるので、起こさないようにしないといけない（F）
希望がもてるように見通しを話す	予後を予測し見通しを話す	指を伸ばしたり広げることができたらこれは良くなる麻痺だからと話す（A）
		良くなりますかと聞かれて、予後予測は悪くても悪いとは言えず、これから先は分からないので（返事は）難しい（C）
		完全に（上肢の機能が回復するの）はなかなか難しいと思いながら話した（C）
		今は出来ないけど３か月後ぜったい今より良くなってると話す（D）
		よくなるのか？と言われると今薬いってリハビリしてみんなで頑張ろうって話しかできない（F）
	過去に経験した患者のことを話す	すぐに良くなるわけではないが、家に帰ったり良くなっていく人もいると話した（B）
どうしたらいいか迷い関わる	伝わらなくてどうしたらいいか困る	だめだけじゃないのに、どうやって声かけをすればいいのかだんだん分からなくなった（G）
	その場をしのぐ感じで話す	突発的に（死んでしまいたいと）言われるので、そんなこと言わないでとか頑張りましょうとかその場をしのぐような感じで言う（A）
		大丈夫だよとか言うのはその人にとっていいことなのかだめなことなのか迷ってしまう（A）
	患者の思いとぶつかりジレンマ	（リハビリに）行ってほしい思いがあるので行きたくないという患者の思いとぶつかってしまう（A）
チームで患者をみていく	チームで患者について相談する	医師とセラピストが入ったカンファレンスで（沈んでいる）患者について話した（B）
		リハビリを拒否する回数が増えるとチームカンファレンスで話をする（G）
	精神科につなぐ	死んでしまいたいとか言われたら、リエゾンとかにフォローしてもらう（A）
		主治医に依頼して精神科に入ってもらう（G）
	看護師やセラピストで情報を共有し患者をみていく	看護計画で不安を立案して、スタッフ間でコミュニケーションを取る（A）
		（セラピストが）リハビリで気になった（患者の）様子や話していたことを毎日その日の担当（看護師）にくれる（B）
		出来ているところを見るとすごく増えてるよと（みんなに）言って、共通認識できるようにする（D）
		明るい患者の方が気を張ってあげないと頑張っているかもしれないと（スタッフに）話す（F）

家族の力を借りる	家族に協力してもらう	仕事関係の人や家族に（面会に）来てもらえるよう連絡してもらった（B）
		家族からの電話や面会、手紙などは（患者への影響が）大きいと思う（B）
		家の人にいつも食べているものを差し入れしてもらった（G）
		家族にちょくちょく面会に来てもらった（G）
	家族をまじえて回復を喜ぶ	意識がなく動けず大変だったことを患者は覚えていないので、その時に比べればと家族をまじえて話す（G）
		助かってよかったとか、座れるようになってびっくりしたとか家族をまじえて話す（G）
患者を知り、その人ならではのケアを行う	患者の好きなことを勧める	ご飯めちゃくちゃ好きじゃないですか、食べましょうって言ったりする（D）
		相撲や野球など患者の好きなTVやってますよ、見よう、座って見ようと言う（D）
		野球勝ってましたよとか話して、普段の関係をつくる（D）
	病気前の生活とつなぐ	（患者が）イラストを担当したグッズを家から持ってきてもらい、病室がキャラクターだらけになった（B）
		（嚥下障害のある）患者が香りだけでも味わいたいと部屋でコーヒーを立てたら涙ぐみ、それがきっかけだったかどうかは分からないが前向きになれた（D）