

学位論文の要約

論文題名：高次脳機能障害を有する男性脳卒中者におけるリハビリテーション病院退院後の生活経験－複線径路等至性モデリングを用いた分析－

氏名：崎本 史生 学籍番号：9716102

要約

【緒言】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）は、急性期病院での治療やリハビリテーションに続いて退院後の生活動作獲得を目的するリハビリテーション専門病院であり、退院後の生活に必要な日常生活動作(Activity of Daily Living: ADL)や家事などの手段的日常生活動作(Instrument Activity of Daily Living: IADL)、就労に関わる動作や行為を再学習する役割がある。

回復期リハ病棟に入院する患者が、どのようにリハビリテーションを捉えているのか、また、退院後どのような生活経験があったのか、その主観的経験を捉えることは、脳卒中による様々な喪失感を抱える可能性がある患者支援において重要である。これまでの研究で、脳卒中者は、リハビリテーションを介して回復に対する強い期待をもち¹⁾、人生の役割や価値²⁾ある活動を取り戻し、継続したいと考えていること、また、人間関係を維持・発展させることによって社会復帰を求めていることが報告されている^{3,4)}。しかし、注意障害や記憶障害などを有した脳卒中者は、発症から1年経過した後も日常生活は不安とストレスの戦いが続く。余暇活動はストレスの対処⁵⁾に重要な役割を担う場合もあるが、自身の能力との乖離があれば逆にストレスを増強する可能性も指摘されている⁶⁾。

Eriksson らは、脳卒中者の退院後1年間の経験を調査した結果、当たり前のように行っていた日常生活は、以前よりも多くのエネルギー、時間、注意が必要で、疲労や苛立ちといった感情があったと述べている⁷⁾。崎本らは、回復期リハ病棟入院中のADLが、「自立」と判断された脳卒中者が、退院直後は自宅環境に戸惑い、生活のなかで選択を迫られる場面で多くの混乱を経験した事例を報告している⁸⁾。具体的には、病前から過ごしていたはずの自宅が他人の家のように感じ、朝の身支度で衣服を選択することに時間がかかってしまったことは、入院生活を送るうえで問題にならなかった注意障害が立ち現れていることに気づく経験となっていた。この事例は、自宅環境の作り直しと夫との家事動作の練習によって、ようやく自宅を「我が家」と呼べるようになっていた。また退院直後は夫がすべて行っていた家事も、夫婦で分担するプロセスを経て取り戻し、夫を「フォローできる存在」になっていった。

これまでの報告では、脳卒中発症後の経験において、脳卒中者らは、変化、喪失感、社会的な孤立、そして自己や社会に適応していくことが明らかとなっている⁹⁾。他方、回復期リ

ハ病棟に入院していた注意障害を有する脳卒中者が、退院後どのような生活経験があったかについて、退院直後から縦断的に調査したものは十分とはいえない。このように、注意障害を有する脳卒中者の退院後の具体的な経験は、脳卒中者自身の語りから紐解かれることで明らかとなる可能性が示唆される。

本研究の目的は、注意障害を有した脳卒中者が、回復期リハ病棟退院後の生活をどのように経験するのかを縦断的に調査することである。このことが明らかとなることで、脳卒中者の退院後の支援、そして回復期リハ病棟入院中に実施する作業療法や退院に向けた指導を組み立てる際の一助となり、生活期での支援の示唆が得られると考える。

【対象と方法】

本研究の研究協力者は、回復期リハ病棟から自宅退院した注意障害を有する脳卒中者とその主要介護者である。本研究では、注意障害の生活への影響に焦点をあてるため、脳卒中者は入院中の ADL が自立していることを条件とした。包含基準として、脳卒中者は、(1)脳卒中の初発であること、退院時に(2)改訂版長谷川式簡易知能検査(Hasegawa Dementia Scale-Revise: HDS-R)¹⁰⁾の点数が 21 点以上、(3)Trail Making Test 日本版(以下、TMT-J)で Part A および Part B のどちらか一方でも各年代別のカットオフを下回る¹¹⁾、(4)FIM の各運動項目がそれぞれ 5 点以上、(5)失語・失行がなく、コミュニケーションに問題がない、(6)退院後、配偶者と同居する者である。主介護者の包含基準は、(1)脳卒中者の配偶者、(2)コミュニケーションに問題がない者である。以上の包含基準より、5 名の脳卒中者とその配偶者が選ばれたが、COVID-19 の蔓延により 2 名が辞退した。残った研究協力者はすべて男性で、その妻と合わせて計 6 名が研究協力者となった。

方法は、質的研究の方法論の一つである複線径路等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling: TEM) を援用した^{12,13)}。TEM では、時間の流れを捉える「過程」と、実際に存在することを理解する「実存性」を明らかにすることを得意とし、インタビューで得られたテキストデータに対して、TEM の概念を用いながら分析していく。具体的には、決して決して後戻りしない時間の流れを「非可逆時間」として矢印で示し、経験の径路を重要な「点」として描いていく。「必須通過点(Obligatory Passage Point: OPP)」は、ほとんどの人が通ると考えられる点、「分岐点(Bifurcation Point: BFP)」は、時間の流れのなかで径路が分かれる点である。様々な文脈の影響を受けるなかで収束する点が「等至点(Equifinality Point: EFP)」であり、等至点と価値的に相反したり、実際には経験しなかった点が「両極化した等至点(Polarized Equifinality Point: P- EFP)」である。「仮想径路」は、実際には起こっていないが理論上考え得る径路として描き、経験の多様性・複雑性をより豊かに把握することができる。「社会的助勢(Social Guidance: SG)」は、等至点に向かうことを促進する力、「社会的方向づけ(Social Direction: SD)」は、ある点へ背くように働く力を指す。TEM による 1 名の分析は「個人の径路の深み」を探り、4±1 名で「経験の多様性」を描き、9±2 名では「径路の類型」を把握できるとされている¹⁴⁾。

データ収集として、まず、研究協力者に対して半構造化インタビューを実施した。インタビューは、研究協力者が落ち着いて話ができる自宅で、退院後 1、3、6 ヶ月後の計 3 回実施した。インタビューガイドは、(a)現在の生活で困っていること、(b)退院後にうまくできていること、(c)入院中のリハビリが役立ったことを自由に語ってもらった。抽象的な返答に対しては、「それはいつ頃に経験したことですか?」「なぜそう思われましたか?」等の内容を深める質問を行った。インタビューは主に脳卒中者に行い、妻に補足的に確認した。また脳卒中者の ADL の推移を評価するために Barthel Index(BI)を用いた。IADL の評価には Frenchay Activities Index(FAI)を用いた。これらは、各インタビューの最後に脳卒中者に実施した。データ収集期間は、2019 年 6 月～2020 年 12 月であった。

分析は、すべてのインタビューデータから逐語録を作成し、データは MAXQDA Analysis Pro 2020 へ取り込み、管理・分析を行なった。MAXQDA 上では、逐語録から意味的な纏まりごとに区切り、それぞれに見出しを付与した。見出しをつけた内容の纏まりは、それぞれを比較しながら類似性や関係性に基つき分類し、カテゴリーを作成した¹⁵⁾。カテゴリーは、MAXQDA のツリー構造を用いながら修正を繰り返し、その後、時系列に沿ってカテゴリーを並べかえて TEM 図を作成した¹⁶⁾。TEM 図には、OPP、BFP、EFP、SD、SG、仮想径路を追記した。TEM 図は、毎回のインタビューが終わるごとに作成し、次のインタビューの冒頭で過不足がないかを研究協力者と確認し、結果の真正性を担保した。2 回目のインタビュー終了後に同じ手順で TEM 図を作成し、第 1 回目のインタビューで得られた TEM 図に 2 回目の TEM 図を加えていった。第 3 回目のインタビュー終了後も同じ手順で TEM 図を作成し、一組の TEM 図を完成させた。最終的に 3 組の TEM 図を並べ、それぞれの径路の特徴と共通点を探した。TEM 図の作成途中、疑問点が出た際は、その都度インタビューデータを確認し、解釈の飛躍がないよう注意した。また学会で報告し、参加者からの意見を得ながら、内容の吟味を行った。

本研究は、神戸リハビリテーション病院倫理委員会(承認番号 2019-2)ならびに神戸学院大学の人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会(承認番号 19-16)で承認を得ている。

【結果】

3 名の脳卒中者は全て右半球損傷であった。インタビュー合計時間はそれぞれ、A 氏 185 分、B 氏 156 分、C 氏 166 分であった。病前、A 氏と B 氏は就労しており、退院後は復職を目指し、妻もパートタイムで勤務していた。C 氏は退職後自宅で庭いじり等をして過ごし、妻は専業主婦であった。退院後の ADL は 3 名ともほぼ自立しており、調査期間である 6 ヶ月間で BI の結果に変化はなかった (BI: A 氏; 100/100、B 氏; 95/100、C 氏; 100/100)。B 氏は発症前から家事を行っておらず、FAI が低値を示したが、3 名の脳卒中者の 6 ヶ月間の調査では 6 ヶ月目の調査が最も高値を示していた (FAI: A 氏; 27/45、B 氏; 5/45、C 氏; 33/45)。以下、3 名の退院後のプロセスを説明する。3 名のプロセスには共通する通過点があったため、その通過点 (OPP) に着目して結果を述べる。

回復期リハ病棟退院後、脳卒中者らは【実生活のなかで「違い」を感じる（OPP）】。具体的には、A氏は退院後1ヶ月では「服を着替えるために、昔は1分、2分の勝負であったが今は5分かかる」と、身近なADLに要する時間に「違い」を語った。B氏は、自身では退院後に困ることはないと語っていたが、「トイレ、行った時に（肩が）ちょっと当たりましたね […] 見えているようで、見えてないのかなーと」と、入院中には意識されなかった見え方の違いを感じていた。C氏は、退院後、散歩の途中、急に人が視界に入ってくることや、妻との会話のなかで呂律の回りにくさを経験し、入院中との「違い」を経験していた。その後、それぞれの生活のなかでA氏は復職、B氏は通所リハの利用をはじめ、C氏は孫に勉強を教えるといった、妻以外の他者との関わりが増えていった。この経験は、脳卒中者らにとって、【他者を通して自己の高次脳機能障害に気づく（OPP）】経験になっていた。

しかし、A氏は復職後の業務に「混乱」があり、B氏は見舞いに来てくれた職場の同僚との会話で、うまく話ができなかったことに漠然とした「不安」が生まれ、C氏は孫との関わりのなかでうまく話が伝わらないことで「イライラ」した経験が語られた。これは、入院中には経験しなかった感情であったが、それぞれの生活のなかで妻ではない他者と接することで自身の困難さが顕在化していた。さらに、脳卒中者らは新たな作業やこれまでの作業をはじめていった。A氏は、趣味でもあった野球の監督を辞めることとなっていたが、その代わりに友人や妻と新たな作業を始めた。B氏は、通所リハに飽きてしまい、趣味であるテニスを再開したいと妻へ相談した。C氏は、コロナ禍で行けなくなった趣味であるカラオケの代わりに、孫との時間が楽しみになっていった。

こうした作業の積み重ねのなかで、脳卒中者らは、【他者との関わりや作業を介して「頭の整理」がつく】こととなった。A氏は、「頭のなかで（職場での）優先順位を全部考えていく」ことが可能となったことで仕事での混乱が減っていったと語った。B氏は、少しずつ会話がスムーズになっていくことで「頭の整理」がつくようになり、C氏は普段の生活から「ひとつのことをしながら別のことを考え、優先順位がつけられる」ようになっていった。

これらの経験のなかで、脳卒中者らは妻以外の他者とともに過ごす時間が増え、さまざまな作業選択を自身で行う機会が作られていった。また失敗を経験することもあったが、少しずつ【自律して作業を選択（EFP）】することが可能となっていた。インタビュー1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月と縦断的に調査を行ったところ、3名の脳卒中者らの語りから、背景は様々でありながらも、共通した時期にOPPが描きだされた。これらは、高次脳機能障害に起因した語りから生成されたものであった。

【考察】

3名の脳卒中者の語りの分析から、回復期リハ病棟退院後の6ヶ月の間、対象者それぞれに「違い」を感じながらも生活を再開し、自ら作業の選択をすることが可能となっていく経験が描き出された。地域在住の脳卒中患者を対象とした横断研究による報告では、TMT評価はADLやIADLと相関があるが、より正確な評価のために、机上の評価とパフォーマンス

スによる評価を組み合わせることが推奨されている¹⁷⁾。3名の脳卒中者は、回復期リハ病棟退院後6ヶ月の間、BIとFAIすなわち日常生活と手段的日常生活動作の定量的な指標には変化が見られなかったが、高次脳機能障害を有した状態であっても、優先順位を立てながら作業が遂行できるようになっていた。つまり、多様な生活経験のなかには定量的な指標では捉えきれない作業の側面が存在する可能性がある。そのため、脳卒中当事者の経験に着目した質的分析は、定量的な評価を補完しうる重要な指標であることが示唆された。

脳卒中後の縦断調査において、軽度脳卒中者は、実生活のなかで以前との「違い」に遭遇することが報告されている^{8,9,18)}。また注意力や記憶力が低下した脳卒中者は、自分自身の能力評価が他者による評価と異なり、環境条件に敏感で予測不可能な体験を増大させることがある^{5,19)}。今回の研究協力者は、退院後1ヶ月の病院とは違う自宅環境で様々な「違い」を経験し、このことは入院中に修得したやり方では立ちゆかなくなることに気づく経験であり、先行研究を支持する結果と考えられた。また脳卒中者らが経験した他者との関わりでは、「混乱」、「不安」、「イライラ」が高次脳機能障害の気づきとなっていた。

Crossonらは、高次脳機能障害の「気づき」には階層性があり、知的気づき(自分の脳損傷による障害とその影響についての基本的な知識)は底辺に位置し、より高いレベルの体験的気づき(問題が起こっているときにそれを認識する能力)と予測的気づき(問題が起こる可能性を予測する能力)の基盤を提供すると報告している²⁰⁾。また、脳卒中者らは、他者に関わることによって、知的気づきや体験的気づきがより促進された可能性が推察された。これらの報告からも、脳卒中者らが妻以外の他者に関わることは、「気づき」の促しに有効であることを支持している。

頭部外傷者に対する作業の役割における文献の系統的レビューでは、作業への参加は障害への気づきに対する洞察を高め、継続的な作業参加は自身の気づきを高めるだけでなく、作業能力への向上にも寄与する可能性が示されている²¹⁾。このことから、脳卒中者らは他者との関わりや作業に取り組む経験を重ねていくことで、情報をまとめ、物事の優先順位をつけ、内省していく「頭の整理」につながる可能性が考えられた。

【結語】

本研究は、注意障害を有する脳卒中者が退院後の生活の変遷をどのように経験するのかを明らかにすることを目的に、注意障害を有する男性脳卒中の回復期リハ病棟退院後6ヶ月間の縦断調査から、TEMを用いた質的分析を行った。その結果、脳卒中者は退院直後の環境に病前との違いを感じながらも、具体的な生活や作業を通して注意障害に気づきを得ていた。また男性脳卒中者は、同居する妻以外の他者との関わりや作業によって少しずつ「頭の整理」が付きはじめていた。このように妻とは別の時間や作業を増やしていくことで、自ら作業を選択する環境に自身をおくことが可能となり、作業を自律的に選択することを後押しする可能性が考えられた。

【引用文献】

- 1) Wiles R, Ashburn A, Payne S, et al: Patients' expectations of recovery following stroke: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2002; 24(16): 841-50.
- 2) Satink T, Cup EH, Ilott I, et al: Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: a thematic synthesis of qualitative studies. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013; 94(6): 1171-83.
- 3) Wood JP, Connelly DM, Maly MR: 'Getting back to real living': a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. *Clin Rehabil.* 2010; 24(11): 1045-56.
- 4) Walsh ME, Galvin R, Loughnane C, et al: Factors associated with community reintegration in the first year after stroke: a qualitative meta- synthesis. *Disabil Rehabil.* 2015; 37(18): 1599-608.
- 5) Carlsson GE, Moller A, Blomstrand C: Managing an everyday life of uncertainty – A qualitative study of coping in person with mild stroke. *Disabil Rehabil.* 2009; 31(10): 773-82.
- 6) Iwasaki Y, Schneider I. Leisure, stress, and coping: an evolving area of inquiry. *Leisure Sci.* 2003; 25(2-3): 107–113.
- 7) Eriksson G, Tham K: The meaning of occupational gaps in everyday life in the first year after stroke. *OTJR: Occupation, Participation and Health.* 2010; 30(4): 184-92.
- 8) 崎本史生, 藤原瑞穂: 注意障害を呈したクライアントが退院後の生活に『馴染む』プロセス-複線径路等至性モデリング(TEM)による分析. *地域リハ* 13(8): 638-648, 2018.
- 9) Salter K, Hellings C, Foley N, et al: The experience of living with stroke: a qualitative meta-synthesis. *J Rehabil Med.* 2008; 40(8): 595-602.
- 10) 加藤伸司, 下垣 光, 小野寺敦志 他: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成. *老年精医* 2(11): 1339-1347, 1991.
- 11) 石合純夫, 日本高次脳機能障害学会 Brain Function Test 委員会. Trail Making Test 日本版(TMT-J). 新興医学出版, 2019, pp. 1-13.
- 12) サトウタツヤ, 安田裕子, 木戸彩恵, 他: 複線径路・等至性モデル-人生径路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して. *質的心理学研究* 5(5): 255-275, 2006.
- 13) 安田裕子:体外受精適応となった女性の不妊経験への意味づけ過程—複線径路等至性モデリングを用いて—. *保健医療社論集* 28(1): 12-22, 2017.
- 14) 安田裕子, 滑田明暢, 福田茉莉, 他(編):TEA 理論編 複線径路等 至性アプローチの基礎を学ぶ. 曜社, 東京, 2015.
- 15) 能智正博:臨床心理学をまなぶ 6 質的研究法: 東京大学出版会. 東京, 2011, pp. 250-261.
- 16) 荒川 歩, 安田裕子, サトウタツヤ: 複線径路・等至性モデルの TEM 図の描き方の一例. *立命館人間科学研究* 25: 95-107, 2012.

- 17) Lipskaya-Velikovsky L, Zeilig G, Weingarden H, et al: Executive functioning and daily living of individuals with chronic stroke: measurement and implications. *Int J Rehabil Res.* 2018; 41(2): 122-27.
- 18) Hodson T, Gustafsson L, Cornwell: Unveiling the complexities of mild stroke: An interpretative phenomenological analysis of the mild stroke experience. *Aust Occup Ther J*, 2019; 66(5): 656-64.
- 19) Carlsson GE, Moller A, Blomstrand C: A qualitative study of the consequences of 'hidden dysfunctions' one year after a mild stroke in person < 75 years. *Disabil Rehabil.* 2004; 26(23): 1373-80
- 20) Crosson B, Barco PP, Velozo CA, et al: Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil.* 1989; 4(3): 46-54.
- 21) Klepo I, Sangster Jokić C, Tršinski D: The role of occupational participation for people with traumatic brain injury: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil.* 2022; 44(13): 2988-3001.