



研究論文 (Articles)

脳卒中患者における不安を中心とした経時的心理変化

—TEM (複線径路等至性モデリング) による分析—

原 田 梓・安 田 裕 子・三 田 村 仰

(立命館大学大学院 人間科学研究科)

Psychological changes over time among Stroke survivors

—Through Analysis of TEM—

HARADA Azusa, YASUDA Yuko, MITAMURA Takashi

(Graduate School of Human Science Ritsumeikan University)

Stroke is the fourth mortal disease in Japanese population, and the onset of stroke causes limitations in the activities of daily living (ADL) and deterioration of the quality of life (QOL). Previous literature suggests that lifestyle changes and psychological characteristics correlate after discharge among stroke patients with little physical disabilities and they bring limitation of their life. In the post-discharge life of stroke patients, the improvement of their QOL has become a social issue. This study identified the psychological problems, specifically anxiety experienced by stroke patients in their daily life, and the factors that may affect development and change of their feeling and perception, additionally examined the type of support that is feasible. Four male and female stroke patients were interviewed using a semi-structured interview regarding the psychological changes in their lives after discharge, and three of them were analyzed using Trajectory Equifinality Modeling (TEM) by degree of independence. Consequently, we found that stroke patients with high independence could grasp objectively their feelings, as anxiety exists in all mankind, through their reflecting on their past experiences and changing values. Additionally, we captured the process of stroke patients with high independence as they returned to their life in the society as an individual who has experienced stroke with anxiety. Among patients with low independence, caregiver's support led to a life without feeling anxiety. However, their life was unstable, which could have been influenced by the presence of the caregiver.

脳卒中は日本人の死因第四位に位置している疾患であり、脳卒中発症により、ADLの制限やQOLの低下を招く。身体的な影響が少なく歩行可能な状態で退院した自立度の高い患者であっても、退院後、生活の変化と心理面が相互に関連し、一部の人には生活の縮小をもたらす可能性が示唆されている。脳卒中患者の退院後の生活においては、いかにしてQOLを向上させるかが社会的課題となっている。本研究では、不安を中心に脳卒中患者自らがどのような感情・認識を抱きながら生活を営み、その感情・認識の発生や変容になにが影響を与えていたかをとらえ、どのような支援が可能であるか検討することを目的とした。脳卒中患者男女4名を対象に、退院後の生活における心理的变化について半構造化インタビューを行い、うち3名の自立度の高低ごとに、複線径路等至性モデリング(TEM)による分析を行った。その結果、自立度が高い場合には、過去の経験の振り返りや価値変容を通して、不安は存在するものであると認識するようになり、不安とともにありながら脳卒中を経験した自分自身の人生を社会へ還元していこうとするプロセスがとらえられた。自立度の低い患者においては、介護者のサポートによって不安はないと感じている生活が営まれていたが、その生活は介護者の存在によって左右されうる不安定なものであることが明らかとなった。

Key Words : Stroke, TEM, Depression, Anxiety, Psychological process

キーワード：脳卒中，TEM，うつ，不安，心理過程

※ 本研究は立命館大学大学院人間科学研究科の修士論文の一部である。

I. 序論

1. 背景とその現状

脳卒中は、がん、心臓疾患、老衰につぐ日本人の死因第四位に位置している疾患（厚生労働省、2018）である。「脳卒中発症により、運動麻痺、感覚障害、言語障害などを呈し、日常生活活動（Activities of daily living: 以下, ADL）の制限や生活の質（Quality of life: 以下, QOL）の低下を招く」（高根・平澤・林・五十嵐・宮田、2019）。「脳血管疾患のなかでも脳卒中は突然に発症するとともに、その後の生活や人生に影響を及ぼす障害を生じ、患者の生活が変容することも多く」（岩佐・加藤・原、2019）、入院中はもちろんのこと、退院後の生活において大きな変化をもたらし、さまざまな不安を抱えながらの生活を余儀なくされることが予想される。また、身体的な影響が少なく歩行可能な状態で退院した自立度の高い患者であっても、退院後、生活の変化と心理面が相互に関連し、一部の人には生活の縮小をもたらす可能性が示唆されている（浅田・成瀬、2002）。

厚生労働省（2008）によると、高次脳機能障害者における社会的行動障害として、①意欲・発動性の低下、②情動コントロールの障害、③対人関係の障害、④依存的行動、⑤固執が例示されている。東京都が医療機関にむけて実施した高次脳機能障害者実態調査（東京都高次脳機能障害者実態調査委員会、2008）において、退院患者にみられる初期的行動障害として、意欲障害の割合がもっとも高く、次いで抑うつ状態、不安、情動の障害、興奮状態と続くことが報告されている。1980年代の前半に、脳卒中後に6割程度にうつ状態が生じたという報告（Robinson & Price, 1982）をもとに、それまであまり配慮されることがなかった脳卒中後うつについて、国外において大きな関心が寄せられるようになった。脳卒中後の不安症については、10～29%の患者のQOLに影響を及ぼし、不安症状はしばしば脳卒中後10年まで持続すると言われている（Kapoor et al., 2019）。アメリカ脳卒中学会の2019年度版脳卒中急性期治療ガイドライン（Powers et al., 2020）においては、脳卒中後うつに対する構造化されたスクリーニング検査の必要性が指摘されている。

2. 脳卒中患者の心理支援に対する課題

脳卒中治療ガイドライン2021によると、脳卒中後うつに対して、多職種による心理療法は妥当であると推奨されている（脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会、2021）。脳卒中後のうつ状態は身体的リハビリを大きく妨げるため、早期のうつ状態の回復が重要である（Narushima, Chan, Kosier & Robinson, 2003）。しかし、木村（2012）によると、脳卒中後うつは脳卒中後の認知障害、運動麻痺、失語、構語障害などの症状にマスクされ、過少診断されやすい。また、意欲や活動性の低下、食欲不振、易疲労感、不眠といった症状は、脳卒中後に一般的にみられる身体疾患の症状として捉えられてしまうと指摘しているように、生理学的、心理学的、環境的変数が複雑に入り混じっていることが、この領域を理解・評価し、変化を管理することを難しくしている（Sohlberg & Mateer, 2012, 上田訳）。また、障害の問題が入院中に解決することは難しく、退院後の日常生活において新たに生じる問題に注目すべき（田垣、2004）と考えられているように、脳卒中患者の退院後の生活において、いかにしてQOLを向上させるかが社会的課題である。脳卒中の経験者が発症、治療期から生活維持期に至る過程で経験した困難や、求めている支援に関する調査（脳卒中協会患者・家族委員会、2020）において、一貫した支援が受けにくいこと、地域社会におけるリハビリやケア・就労・失語症という後遺症などに対する支援や社会の理解の不足があげられ、生活基盤の不安軽減が支援すべき取り組み案として挙げられている。しかし、脳卒中患者の心理状態に関する研究においては質問紙を用いた実証研究が多く、入院中から退院後の生活における経時的な心理過程については十分調査されていない。末永他（2001）は、発症後5年以上経過した在宅脳血管障害患者の回復過程を明らかにした質的研究において、理想と現実とのギャップによる葛藤や体調の悪化に対する不安、回復のイメージが持てない不安定な状態にいる患者には、揺らいでいる自己を支えているものや、自己をつなげているものを対象が自覚できるようフィードバックするといった援助が、回復過程を促進すると述べている。このように、脳卒中患者の心理状態を数値的に把握するだけではな

く、脳卒中発症後から退院を経て現在まで、他者や地域社会とのかかわりにおいて、多くの患者が抱えている不安が「どのように起こったのか、なぜ起こったのか」という心理状態の過程や要因、そしてその不安が維持されることによって良い生活や介護に関わる家族の生活が左右されている状態を質的に把握することが必要であろう。

3. 本研究の目的

本研究では、脳卒中発症後から自宅退院後の脳卒中患者における不安を中心とした心理的变化について、患者自らがどのような感情・認識をいだきながら生活を営み、時間的経過とともにその感情・認識がどのように変容していくか、その感情・認識になが影響を与えているかをプロセスとして詳細にとらえ、どのような支援が可能であるか検討することを目的とする。

Ⅱ. 方法

1. 研究デザイン

分析には、不安を中心とした心理的变化の過程を明らかにするための手法として、複線径路等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling: 以下 TEM) (サトウ, 2009; 安田, 2012) を使用した。TEM は、時間を捨象せずに個人の変容を社会との関係で捉えて記述する質的分析方法である。個人がそれぞれ固有な径路を辿っても、等しく辿り着くポイントがあることを意味する Equifinality の概念を具現化したポイントを示す等至点 (Equifinality Point: 以下 EFP), 径路が発生・分岐するポイントである分岐点 (Bifurcation Point: 以下, BFP), 時間の持続を示す非可逆的時間 (Irreversible Time) という主要な概念 (安田, 2012) を用いて、人間の発達や人生径路の多様性・複線性の時間的変容をとらえる分析・思考の枠組みモデルである (荒川・安田・サトウ, 2012)。他に、制度的・慣習的・結果的におおよそ誰もが経験する必須通過点 (Obligatory Passage Point: 以下, OPP) や、等至点へ向かうのを阻害する力である社会的方向づけ (Social Direction: 以下, SD), 等至点への歩みを後押しする力である社会的

助勢 (Social Guidance: 以下, SG), 等至点に対する論理的な補集合体を示す両極化した等至点 (以下, P-EFP), 本人にとっての重要な未来展望を表現するセカンド EFP (以下, 2nd-EFP) (安田, 2015) 等の概念を用いて分析を行う。

人生においては、天災、事故、病気などの困難に直面し適応できない状況を経験することがある (安田, 2015)。TEM を使用し、そのライフ (生命・生活・人生) の変容過程を把握することで、当事者目線の発達の・臨床的支援の検討につなげていくことができる。不安は、時間と共に推移し、多層的かつ多次元的な局面を有する事象として、人間のあらゆる意識・行動を統合する巨大な統制と機構を形作っている (三宅, 2007) ものと考えられており、TEM は、脳卒中患者における不安の意味づけの変容過程をとらえるうえで適切な手法であると言える。不安の変容を中心とした脳卒中患者の心的状況を詳細に把握し、退院後の生活に生じうる心理的問題を明確にすることは、脳卒中患者の生活自立と、QOL 向上のための支援の検討につながると考えられた。

2. 調査協力者

研究者自身が知人に協力を依頼し、スノーボールサンプリングにより研究協力者を募集した。依頼する際に、研究者との関係性により研究参加の自由意思に影響を与えないよう留意した。脳卒中に罹患した後、自宅にて生活を営んでいる男女4名(男性1名, 女性3名)を対象とした (Table 1)。TEM において、研究の協力者数として提唱されている「1・4・9の法則」では、研究対象が4名を対象とすることにより経験の共通性と多様性を描くことができると考えられる (サトウ・安田・佐藤・荒川, 2011)。

3. データの収集と分析対象者の選定

2019年12月から2020年3月末日までに上記研究協力者に対して半構造化インタビューを行った。まず、研究目的及び実施方法、データの取り扱いについて説明し、同意を得た。その後、質問項目 (Table 2) に従い、インタビューを実施した。インタビューは、全体で2回、ないしは3回実施した。Cについては、研究協力者の負担を鑑み、認知機能低下によ

Table1 インタビュー協力者の情報

	A 氏	B 氏	C 氏	D 氏
自立度	高【I 型】	高【I 型】	低【II 型】	低【II 型】
調査日	2020.1 月	2020.2 月	2020.2 月	2020.2 月
年齢	62	75	69	73
性別	女性	女性	女性	男性
生活状況	事務職として勤務，娘と同居	自宅にて自営業，独居	自宅にて夫が介護を担う。平日はデイサービス / 訪問リハビリを利用。車いすでの生活	退職後，妻と自宅にて過ごす。杖を使用しての生活
経過年数	1 年 3 ケ月	9 ケ月	2 年 5 ケ月	4 年 9 か月
語り手	A 氏	B 氏	C 氏（夫）	D 氏
後遺症	なし	なし	あり（左上肢下肢麻痺，認知機能低下）	あり（平衡感覚異常，認知機能低下）
疾患名	脳出血	脳梗塞	脳出血	脳梗塞
インタビューの手段 / 回数	対面 / 3 回	対面 / 2 回	対面 / 1 回 , zoom / 2 回 合計 3 回	対面 / 2 回

※ 脳出血 脳の血管が破れて脳内で出血することで細胞が障害された場合
 脳梗塞 脳の血管が詰まったり閉塞することで脳への血流量が減って細胞が障害された場合

Table2 質問内容

1	脳卒中を発症したときの状況
2	入院中の生活について，その時の認識・感情
3	退院時の認識・感情
4	退院後から現在までの生活について，その時の認識・感情
5	生活の変化，その変化による影響
6	家族とのかかわり，社会的なかわりの変化，その変化による影響
7	生活における趣味や気分転換
8	人生に対する考え方，価値の変化

る影響を補うため，一部介護者である研究協力者の家族にも協力を得た。また，2 回目以降のインタビューでは本研究で採用した分析方法により描いた図（TEM 図）を提示し，内容に相違がないか確認作業を行った。こうしたプロセスはトランスビューと呼ばれ，研究者が作成した TEM 図を介して研究協力者の視点の「融合」がなされる手法である（安田・サトウ，2012）。トランスビューによって研究者・協力者の双方が納得する TEM 図が完成する。2 回目にてトランスビューに至った場合は，2 回のインタビューで終了とした。

患者の自立度による心的変化の差異に注目してその経験をとらえるために，まず，協力者を自立度の高低で分類した。その際，一般的に脳卒中患者の社

会的不利益と行動の制限を 6 段階で評価する簡便性に優れた尺度である日本版 modified Rankin Scale (mRS) (mRS 信頼性グループ，2007) の脳卒中の生活自立度を参照し，「まったく症状がない」「自分の身の回りのことは介助なしに行える」を自立度高，「なんらかの介助が必要」「重度の障害」を自立度低と操作的に定義した。この基準により第一著者が，協力者の情報をもとに判断し，自立度の高い 2 名（I 型：A 氏，B 氏）と自立度の低い 2 名（II 型：C 氏，D 氏）に分類した（Table 1）。本稿では，自立度の高い I 型の 2 名，ならびに，自立度の低い II 型については，経時的変化と自立度の低さを支える介助者とのかわりが顕著に捉えられた 1 名（C 氏）の経験を取り上げた。なお，D はインタビューのなかで，長い沈黙や居眠りも見られ，認知があいまいな時間帯が見受けられた。

4. 倫理的配慮

本研究は，立命館大学総合心理学部・人間科学研究科における研究倫理審査委員会により承認をうけて実施された（審査番号：2019-psy-056）。研究協力者の要望によって休憩を適宜設け，研究者側からも常に研究協力者の負担を考慮し，様子を見ながら研究協力者の負担軽減に努めた。万が一，研究協力者

がインタビュー中に身体的あるいは精神的な苦痛が発生することが予想される場合、それらを十分低減し、受忍可能なレベルで行った。

5. データ分析

まず、インタビューで得られた音声データをもとに逐語録を作成し、逐語録によるデータを意味のまとまりごとに切片化して抽出し、各経験の内容を端的に表したラベルを作成した。不安が変容する様相をとらえるという観点から、EFPとして、Ⅰ型については「不安あり」を、Ⅱ型については協力者へのインタビューでの語りにより「不安なし」を定めた。そして、EFPに至るまでの経験にOPPやBFP, SG, SDなどの概念を用いながら、協力者ごとのTEM図を作成した。自立度の低いⅡ型については、脳卒中発症後、意識が回復するまでの期間は全く記憶がないことから、意識が回復するまでの時期に関しては、介護者からみた研究協力者の経験をTEM図に取り入れた。心理学を専攻する大学院生1名に逐語録と作成したラベルの確認を、TEMを専門の一つとする第二著者が作成したTEM図の適切性を確認した。TEM図を協力者に見せて聞き取られた内容に相違がないかを確認し、相違がある場合は修正した。聞き足りなかったこと、想起されたことについて掘り下げた質問を行い、それを再び分析に生かし、更に精度を高め完成させた (Figure1～3)。当初3組の協力者の等至点を不安の有無で設定していたが、トランスビューにて不安に関するありようがとらえられたため、最終的にⅠ型については「不安とともに生きていく」と、Ⅱ型については「不安はないと感じている」とEFPを再設定した。

Ⅲ. 結果

1. 各協力者の脳卒中発症後の不安を中心とした心理過程

3事例における脳卒中発症後の心理過程について時期区分を行った。時期区分の設定に関しては、不安が退院を契機に変容している様相がとらえられたため、不安がもたらした影響とその変容過程、不安に対する入院時・外来時の臨床的支援の観点から、

Ⅰ期からⅢ期を設定した。以下に、Ⅰ、Ⅱ型の順に、EFP (Ⅰ型「不安とともに生きていく」、Ⅱ型「不安はないと感じている」) に至る心理過程における行動や考え、感情の様相を記述する。その際、行動や感情を<>で記し、概念で捉えた場合にはそれを付記する。また、個人の語りを「」で表す。

① Ⅰ型-A 入院中の恐怖経験がトラウマとなった一例

【Ⅰ期：死への恐怖と医療者との関わり】Ⅰ期は、<死への恐怖>と医療者との関わりによって心理的影響を受ける時期である。仕事柄、脳卒中に対する病識があったAは、ある日、体の異変に気づき、かかりつけ医に受診し、脳出血の発症が判明し、<脳卒中発症で入院>となった。緊急手術の麻酔により眠ったことは覚えているが、気が付いた時には目も開かず、自分の意思で体を動かすことができない状態におかれていた。暗闇のみの全く光のない<暗黒の世界:SD>を体感したAは「死ぬってこういうことなんや」と、<死への恐怖>を感じ、<亡くなった家族や友人の名前を想起:SD>することにより、さらに恐怖を感じた。<暗黒の世界:SD>から徐々に光を感じ始め、<赤いマグマのような光:SG>を暗闇とは異なるものとして認識し、「これで私は大丈夫かもしれない」と思ったという。次に<アラームや人の声:SG>が聞こえ始め、<意識がもどる>こととなるが、Aは、意識がない中でも、体位変換しながらベッドシーツをピシッと換えてくれる感覚や、ベッドサイドでの「大丈夫だよ」「呼吸がづらいね」という<看護師さんからの声掛け・ケア:SG>を覚えていて、自分をモノではなく人として扱ってくれているという安心感を得ることができた。いっぽうで、医師が、Aの手の甲をパチンと手ではじき、「まだ意識ないな」と話した声を聞き、自身を<モノのように扱われていることへの不快感:SD>を感じたという。このように、意識が戻るまでの医療者との関わりがAの入院中の生活そのものに心理的に影響を与えた。また、Aは半年前に<親友を血管攣縮^{れんしゆく}で亡くしたこと:SD>を思い出し、親友と同じ死因である、脳出血による血管攣縮が手術後にも起こるのではないかと<血管攣縮への恐怖:BFP>を感じていた。退院も近づき、<医師か

らの説明:SG>によって血管攣縮の心配のないことを告げられ、「ここで一山超えられたな」と＜後遺症への不安の解消:BFP>につながり、＜自宅退院:OPP, BFP>となる。

【2期：再発への不安の揺らぎ】 2期は、＜死への恐怖>がトラウマとなり＜再発の不安>などの疾患への思いに揺らぐ時期である。無事に＜自宅退院:OPP, BFP>したAは、入院中の＜意識が戻る前の恐怖体験によるトラウマ:SD>で＜再発への不安>が生じ、「首の振り返り」が怖いなど＜日常生活でのちょっとした症状が気になる>ようになる。仕事上、脳卒中に関わる知識を有していたが、その＜医療への中途半端な知識:SD>のために不安が喚起され、「些細な症状が脳卒中を再発した兆候ではないか」と常に気になるようになった。しかし、＜倒れないようにしたいという強い思い:SG>が、「日常の動作をゆっくりする」「毎日2リットルの水を飲む」などの自身の＜日頃の行動変容を心がける>ことへと繋がった。3か月後の予後外来にて＜血栓がないとの医師からのお墨付:SG>をもらい、行動変容が習慣づいたことで、＜再発への不安は軽減>した。不安のない日々を過ごしていたAに再び＜原因がわからないことへの不安:BFP>が訪れる。行動変容を心がけたAは＜過去の生活の振り返り>を行った。これまで、人より食生活にはこだわり、＜生活習慣を徹底していたという自負:SD>から、脳卒中を引き起こすような生活をしていないと考え、今まで人一倍努力していた自分は間違っていないはずなのに、脳卒中になってしまった自分に対する情けなさ、くやしさを、不憫さという＜ここまでしているのにどうしてという思い>がAを襲ったという。そして病前の記憶を振り返り、＜仕事・母親の介護による負担への気づき:SD>が生じ、脳卒中の症状が表れる直前には多くのストレスを抱えていたことを思い出す。そこでAは、脳卒中をおこしたのは＜ストレスが原因と考える:BFP>。そしてそのストレスは＜自身の性格が要因:SD>であると考え、「価値観・性格を変えなければまた起こるかもしれない」という語りにとらえられるように、はっとした気づきがあり、＜二度と再発したくという思い:SG>から＜価値観・性格を変える決意>をする

こととなる。ここで価値変容が起こり、今まであらゆることに我慢をしていた自分に気づき、＜我慢することをやめる>決心をする。価値変容が起こったときのAは＜ネガティブではないがポジティブにもなれない、今までとは違うなんとなかなという思い>であったと述べている。

【3期：不安と向きあう】 3期は、我慢することをやめたAが、不安は取り去ることのできないものだと考え、＜不安とともに生きていく:EFP>に至る時期である。＜未破裂動脈瘤がある現実:SD>＜こういう人になるという性格傾向もない不確かさ:SD>というネガティブな感情と、「生活は気をつけていた」「今までに定期健診も引かなかったこともない」という語りにとらえられる健康的なく過去の実績への自信:SG>というポジティブな感情の間で揺れ動いた。そして、＜不安は取り去ることができないもの:BFP>だと認識し、「今までのきちんとした生活をしていた自分は間違いない」と、過去の自己を承認し、「これまでの自分があるからこそ今の自分があるのだ」という自信を確信に変えていった。Aは、今までの自分があるおかげで仕事もできていると、現在の生活に感謝の気持ちを抱き始めた。そして、脳卒中になったタイミングと、周りの友人や知人が脳卒中により亡くなっている中、自分だけが後遺症もなく元気で生きられることに、自分の人生が＜目に見えないなにかに選択されているという気づき:SG>があり、「生かされている」と思い始める。その結果として後遺症もなく生きることができていると思うに至ったAは「不安は取り除けない。不安を取り除くとなると未破裂を取り除くしかないし、取り除くとなると、取ることへのリスクも考えるとどっちをとるかになる」ことを理解し、不安はずっとあると思いながら生きていかなければならないことを認識し＜不安とともに生きていく:EFP>と考えるに至る。そして目に見えないなにかに選択されて生き延びた命を無駄にしないよう、世の中の人に対して自分の知識が少しでも役立つことが＜選択された人生としての使命:SG>であると感じることで、＜ボランティアで自分の体験を伝える:2nd EFP>という展望をもつに至った。

② I型-B 再発への予期不安により外出ができなくなった一例

【1期：脳卒中発症時の奇跡的な体験】1期は2期以降に影響を与える度重なる奇跡的な体験をする時期である。Bは、夫の<月命日でお寺さんと呼び>、倒れているところを発見されて救急車で運ばれ、<脳卒中発症で入院>となる。Bは月命日に<お寺さんに倒れているところを見つけられたこと:SG><土曜日で近所の娘に連絡がついたこと:SG>に加え、<2つの病院に断られたこと:SG>で結果的にE病院に搬送され、<カテーテル治療を受ける>ことができた。すべてがBにとって「3つの奇跡の体験」であった。医師により「生きていることが奇跡と言われた」ことから、この3つの奇跡がなければ今頃寝たきりになっていたと考えようになった。その後Bは「後遺症がない」との<医師からの説明:SG>により<後遺症への不安は解消:BFP>したが、検査時に医療者に髪の毛を触られ<子供の様に扱われた不快感:SD>があったとも語られた。その後<自宅退院:OPP, BFP>となった。

【2期：再発の不安と生きる意味の模索】2期は、自宅退院後<再発の不安>によって外出ができなくなるが、医師による説明により再発の不安が軽減し生きていく意味を模索する時期である。退院後日常の生活に戻ったBは、脳卒中発症前に<前触れもなかったこと:SD>を思い出し、「また倒れるのではないか」という<再発への不安>が生じる。「心臓と脳は兆候がないから気を付けるように」という<医師からの言葉を思い出すこと:SD>により、突然倒れることに対する怖さを感じ、<街中や旅行など外出ができなくなる>。その後、外来での<血栓がないと医師からのお墨付:SG>により、いったん<再発への不安は軽減する>。<携帯電話に（緊急時の）連絡先を所持:SG>するという工夫により、徐々に<外出ができるようになる>。以前のように毎日出かけず、一日外出したら、休養を取るよう心がけた。日常生活を取り戻す中で、「細かいことが気にならなくなった」Bは、自分自身の<価値観・性格の変化を感じる>ようになった。脳卒中になるも助かったことで<もらった命を大切にしたいとい

う思い:SG>により<先祖の存在への感謝>の念が高まり、今までの様にくよくよ考えることがなくなった。そして「夫の月命日であり、あと5分遅ければお寺さんはこなかった」と語るように<月命日にお寺さんが見つけてくれたことを奇跡と認識すること:SG>で、その奇跡的な体験が<まだ自分にはしなければならぬことがあるから生かされているのではないか>という使命感に変化し、救ってもらった命を大切にいきなければならないという意味へとつながった。それは、それまでに<夫が亡くなった悲しさ:SD><娘が嫁に行ったさみしさ:SD>などのネガティブな感情も経験したからこそ実感するものであった。このような経験の積み重ねによって、自身が<変わらざるを得ないと自分自身を納得させる:BFP>ことができるようになり、何事も<時の流れに身を任せる>しかないという思いに至った。

【3期：経験による不安の捉え方の変化】3期は、脳卒中の<ある日突然倒れることへの恐怖>と葛藤しながらも不安を受容し、<最後まで自分の足で生きるということを決意する>時期である。退院6か月後の予後外来で医師より「大丈夫」と言われたBにとって、過去の経験から「プロはプロに任せる」という、専門家の言葉であれば信じられる安心感から<医師というプロを信じること:SG>により再発への不安は少し和らいだ。さらに<脳卒中発症時の3つの奇跡体験:SG>によって「信じる者は救われる」という、<過去の経験から判断できる自信>へとつながった。しかし、今まで<何の兆候もなかったこと:SD>、<病気をしたことがなかったという自信の喪失:SD>から、<ある日突然倒れることへの恐怖>は拭いきれなかった。また、数年前に事故により夫を亡くしていたBは、夫の延命治療中に、夫の体を氷嚢で冷やしていた看護師さんに「夫は寒がりやからやめて」と伝えたところ、「意識はないからわかりませんよ」と言われたことがきっかけに、延命治療をやめようと決意したという。その時Bは、「意識のない人間は人間ではないのだ、自分の足で生きているからこそ生きているのだ」という思いに至った。自身が脳卒中を発症したことで、再発し介護が必要になる状態を想像し、<夫を看取った経験:SG>を重ね合わせ、<人は意識があるからこそ

生きているという思い:BFP>に至り、価値変容が起こる。Bはこの経験により、再び脳卒中で寝たきりになって＜子供には苦勞をかけたくない＞という思いが強くなった。二度と脳卒中を起こさないために、自らの生活を省みて、過去の忙しい生活での＜不摂生を後悔:SG>し、発症時に経験した3つの奇跡を＜夫からの知らせ:SG>と意味づけし、＜仕事を減らしてゆっくりする:BFP>選択をすることとなる。夫や先祖のおかげで後遺症もなく生きられていることに＜生かせてもらった人生としての使命:SG>を感じ、「家にこもっていても一日、どこで倒れても同じ一日、そうであれば同じ一日を前向きに過ごそう」と＜不安とともに生きていく:EFP>に至った。Bはライフワークである仕事において、常に＜お客さんに前向きな姿をみせる＞と決めている。それは、プロとして客にいらぬ思いをさせてはいけないという＜仕事のプロとしてのプライド:SG>によるものであった。脳卒中により仕事をやめるという選択も考えたが、一緒に年齢を重ねてきた客に、「やめないでほしい」と言われたことをきっかけに、「人間として生ききりましょ」と、お客さんとともに励ましあいながら、＜最後まで自分の足で生ききるという決意:2nd EFP>をした。

③ II型-C 脳卒中発症半年後に意識が回復し全介助状態で自宅退院した一例

【1期：半年間の意識不明からの回復】1期は、脳卒中を発症し半年後に意識が戻り自宅退院するまでの時期となるが、協力者は意識がなかったため、介護者である夫の語りを中心にとらえる。ある日、Cは夕食の準備中に突然倒れたところを夫が気づき救急車を呼んだ。Cが起こした脳出血は脳幹に近く、極めて危険な状況であった。意識のない状態で＜急性期病院を退院:BFP>となる。＜医師からの一生寝たきりかもしれないとの説明:SD>の後、他の病院に移るように言われたため、苦勞しながら転院先の病院を探し、＜回復期病院に転院>することとなった。転院してから3か月ほどたったある日、Cは目を覚ました。目が合うこともなく声掛けにも反応がなかったため、意識が戻っているという実感は薄かった。夫が次に見舞いに行くと、看護師に「声をだしましたよ」と言われCを見ると、Cは夫のほ

うを見た。その後＜声が出て意識がはっきりとし始め>、話せるようになってきたが大半の記憶を失っていた。リハビリは順調で病院の在院期限が迫ってきており、どこに移るかを決めなければならない夫は、Cを自宅で生活をさせてあげたいという気持ちが強く、＜自宅退院:OPP, BFP>を選択した。なお、上述のように1期は介護者から見たCの変容であり、SDやSGもまた、介護者である夫に認識された、Cの回復を阻害あるいは促進したものとして描き出している。このことはすなわち、夫にとっての先の見えないつらい時期であったことをも表していよう。実のところ夫は、目を覚ましたCが自分のことを夫とわからず落ち込んだ。また、退院時には自宅に帰った後の生活を想像し「これからが大変でつらいかもしれない」と語ったように、介護者である夫にもまた、不安を中心とした感情が存在した。

【2期：記憶とともに気づきが増える】2期は、自宅退院後リハビリに取り組む中、気づきが増えてくる時期である。車イスでの生活が始まったCにとって、新居にいつ来たのか、どの程度病院にいたのかといった＜記憶がない>ため、新居での生活に「違和感はなかった」という。脳卒中発症前のことは覚えているが、脳卒中を発症したことも入院中の生活についても＜苦しみの記憶の喪失:SG>のため、生活に対する＜ストレスがない>と語っていた。Cはただ＜元氣になりたいという希望:SG>から、＜できることはやりたい>と日々リハビリに励む毎日を過ごしていた。以前はできていた行動が、障害があることで、例えば、車に乗るときにシートベルトの位置が左右どちらかを確認することさえも一苦勞であったが、良くなるために＜できるだけ左手を使うよう意識した生活:SG>をすることを続けていた。動けないことのストレスより、そうしたリハビリをがんばって＜できることが多くなったことの喜び>の方が大きかった。できることが多くなると今度は、＜いろいろと気づくことがでてくるようになる>。＜できないことは夫に言葉で依頼:SG>することで解決できたが、気づきが多くなってくると、＜現在の記憶:SG>はあるが、＜忘れてしまうことへの恐れ:SD>があり、＜昔のことを突然聞かれることが怖い>と思うようになった。＜忘

れてしまうことへの恐れ:SD>というのは時間の感覚がないこと、自分がどこまで覚えているかわからないことに対する怖さであり、人に<覚えていないと思われることは不安:SD>でもあった。<毎朝の夫のおはようの声で安心:SG>する一方、<夫が元気でいてくれるかどうかと考えると不安:SD>になり、<夫には元気でいてほしい>と考え、夫には迷惑をかけないように、<夫が元気なうちに良くなりたいたいという思い:SG>が<やれることをやる:BFP>という原動力となった。

【3期：日常への感謝と現実と向きあう】3期は、できることと社会との関わりが増え、現実と向きあう時期である。Cは今できることとして、長期的な目標ではなく、1歩でも長く歩けるようにするため<常に目標を設定:SG>することとした。そして<どこまで覚えているかをメモ:SG>するなどの工夫をしながら<リハビリ訓練をがんばり>、<できたら自分にご褒美:SG>を与えることによって<リハビリをがんばってできることが増える喜び>を感じていた。また、<リハビリにきてくれる方からの励まし:SG>が支えとなり、励ましによって<認めてもらうことに対する喜び>を感じ、頑張ることができた。その後、Cは、「よだれがでしまうので恥ずかしい」という語りが示すように、<口元の感覚がないことへの違和感>を覚えるようになったが、<人前ではハンカチを常備:SG>することでフォローした。他者に対して恥ずかしいと思えることも<他者の存在を感じ取れるようになった喜び>として感じることができた。また、今までは感じられなかった、外出時のお茶屋の匂いや<食事の匂い:SG>がわかることにより、<五感の大切さ>を感じた。Cは<夫からのきめ細かいサポート:SG>により<心が安定していた>。今は、日常の当たり前のことがありがたく、日々<周りの人への感謝:SG>の気持ちで過ごしているとのことである。<希望を持てるようになったらいい:SG>という思考により、将来に関する具体的見通し・展望というよりむしろ、<将来のことは考えていない>といった、Cの今ここにある生活を中心に捉えている現状が捉えられた。こうしたなかでCには、<不安はないと感じている:EFP>状態が保たれていた。

IV. 考察

1. 各型における心理過程の各期の特徴

協力者3名の脳卒中発症時から現在に至る心理過程を、時期区分をしつつ各型の特徴を明らかにした。I型のA、Bについては、1期の脳卒中発症時の出来事が、スピリチュアルな経験として意味づけられ、2,3期の心理過程に大きく影響を与えていた。これは脳卒中が、前触れなく突然発症するものであること、死に至るほどの経験であることが関連していると考えられる。2期では、退院後の生活において、A、Bともに退院時に軽減した不安が、日常の生活に戻ることによって<再発への不安(A)(B)><原因のわからない不安(A)><ある日突然倒れる恐怖(B)>といった、脳卒中という疾患に対する再発への予期不安や疾患とともに生きることの葛藤する過程が捉えられた。入院中の医療者がすぐそばにいるという安堵感が退院後に失われることで、「外出時に倒れたら」という不安が想起され<日常生活のちょっとした症状が気になる(A)>状態になっている。すなわち、身体機能の改善により退院するも、不安が軽減されていない状況をとらえることができる。したがって、こうした退院後の生活に生じうる不安について、前もって医療者が患者や家族に伝えておくことが、心理支援につながると考えられる。3期では、「目に見えないなにか(A)」や「先祖の存在(B)」と語りにとらえられるように、1期に経験した奇跡体験への意味づけから「自分は生かされているという使命感」を覚えるに至っている。岩崎(2016)は、臨死体験者の日常への復帰に至るプロセスについて、体験の振り返りと意味づけを経て、臨死体験から得たことを社会貢献活動の取り組みなどの形で社会に還元していく様相に言及している。脳卒中を発症したことを振り返り意味づけることを通して、Aは、自分の知識を少しでも役立たせたいと使命感をもち、不安とともにありながら、ボランティアとして自身の体験を伝えることにより脳卒中経験を社会へ還元していこうとしていた。Bにもまた、仕事をやめることなくお客さんとともに励ましあいながら、不安を抱えつつも最後まで自分の足で生きるという意志がとらえられた。

Ⅱ型のCに関しては、1期は意識のない状態であり、医師から<一生寝たきりかもしれないといわれた>介護者である夫にとって、先の見えない不安が捉えられた。その不安のなか、Cの夫は在院日数短縮という医療制度上の問題で次の転院先を探すことに苦労したり、わずかの期待を胸に意識の戻らない妻に声掛けやマッサージをしながら過ごす時期もあった。ここには、重度の脳卒中患者をもつ介護者家族の、身体的負担感、将来への不安、やりきれなさ、結果がみえないことになんらかの決定をしなければならぬ苦悩などを読み取ることができる。梶谷・太湯・白岩（2004）は、脳血管障害後遺症をもつ患者とその家族に対し、患者と介護者がつらさを共有しそれまで乗り越えてきた出来事や互いのつらさを言葉にできるよう、カウンセリング的なコミュニケーション技術を用いて調整者としての役割を果たすような対応が看護者には必要であると述べている。介護が必要な重症患者の回復の動向に、感情状態を含む介護者の有り様が直接的に影響することを踏まえればなお、こうした介護者の感情をとらえることもまた重要であると言えるだろう。医療現場では、患者の身体機能についてはもとより、環境が一変し不安定になった入院患者の環境的背景を把握し、患者を支える家族介護者も含めて支援する必要があると考えられる。2期では、Cの意識が清明となり、退院後の日常を取り戻し、その語りに不安は見られない。「夫のあいさつが聞こえて安心する」という語りが示すように、介護者による恵まれたサポート体制の存在が、安心感をもたらしていると考えられる。しかし、その語りにはあわせて、介護者がいなくなるにより生じる不安と、すぐさま生活がたちゆかなくなる不安定さがとらえられる。このことから、退院後の生活において、身体面での回復を支えつつ患者の心理状況と生活状況にも考慮した支援が必要であると言える。3期では、認知機能が回復するにつれて、「自分の障害をどう思われるか」「夫が元気でいてくれるかと考えると不安」といった、他者を認識することができるがゆえの不安が喚起される様子も捉えられた。脳卒中によって生じる機能不全のために当初損なわれていた認知機能が時間とともに回復することで、認識と自己感覚を

取り戻し、Ⅰ型同様に、他者や環境の相互作用のなかで、不安や恐怖などの情動が喚起されることがわかる。また、「希望を持てればいい」という語りには、日常生活への感謝であるいっぽうで、希望をもつ状態には至っていない、ネガティブではないがポジティブとも言い切れない、障害を抱える者の有り様が垣間見える。百田・西亀（2002）は、脳卒中患者における回復過程において、最終局面として新たな価値が生じるに至る患者もいれば、アンビバレンスな状態で新たな価値に至るわけではない患者がいると論じている。新たな価値とは脳卒中経験者が発症後の回復過程の中で新たに得た人生観であり、人間の行動や思考に影響を与える信念・価値観である。<記憶がない>ことから限界を理解しくやれることをやる：BFP>という現状を語る、日々の目の前の生活に精一杯であるCからは、価値については言及されず、価値変容については明らかにとはとらえられなかった。<将来のことは考えていない><希望をもてるようになったらいい>と語るCの言葉には、自立度の低い患者における、やりたいことを思うようにすることができず、生活を淡々とこなす現実が浮きぼりとなったといえる。また、価値観は社会的な認知や行動と関わる高いレベルの認識であるといえ、C自身の思考が、脳損傷による認知機能の障害の影響により、価値変容にまで及ばなかった可能性があることが推測された。

2. 不安の捉え方に見る心理的支援の在り方ー共通性と多様性の観点から

本研究で自立度の高低により整理したⅠ型とⅡ型の不安の在り方に共通性と多様性がみられた。このことにより、脳卒中患者の退院後に起こりうる心理的問題に対する支援に役立つ指標を示すことができると考える。Ⅰ型では、不安によって外出行動を制限してしまうなどといった葛藤が明らかになった。他方で、退院後の生活に対する様々な不安が喚起されつつも、不摂生だった発症前の自身を省み、健康への関心が高まり健康行動の変容につながるなど、価値変容を経て不安とともに生きていくに至る様相がとらえられた。不安はあるものであり、不安とともに生きるということを認識するに至るなかで、不

安の意味づけの仕方に多様性がとらえられたと言える。自立度が高い場合であっても、患者のとりまく環境や、不安の認識の仕方によって、時に不安が高くなる場合がある。脳卒中患者にとって、不安は決して消えてしまうものではなく、存在し続けるものであることを認識しつつ、その不安をいかにしていなしていくかが、患者のQOLの向上を考えるうえで重要であると考えられる。Ⅱ型のCにおいては、不安のない生活が営まれていたが、直接的に不安が語られない背景には、介護者のサポートが前提にあったことがとらえられた。逆に言えば、その生活は、介護者の存在の有無や状況の如何によって左右されうる不安定なものである。介護する側の精神状態や環境の変化によって、患者の心理状態にたちまち負の影響が生じるとも考えられる。このことを踏まえれば、障害をもつ患者と家族介護者をひとつのシステムととらえ支援を構成することを検討する必要があるだろう。

なお、トランスビューに至るまでの過程で、不安がそれ以前より増幅している状態にある協力者がいた。不安とともに生きるという現状において「人間はなかなかすぐに変われない」という協力者Aの語りが示すように、簡単にはたちゆかない現実について吐露される局面もみられた。しかし、インタビューのなかで自身のTEM図を再確認し、脳卒中の経験を軸にした自身のこれまでを振り返ることにより、その当時の自身のライフのプロセスを俯瞰し、客観的にとらえることができた。自らのライフを振り返ることによって、不安を増幅しながらも不安とともに生きていくという等至点に向かうプロセスを思い出し、再び不安とともに生きていく自分を「イメージできた」とも語られた。このAの語りからわかるように、トランスビューを行い自分の振り返りを行うこと自体が、心理的支援となりうるといえるかもしれない。TEM図を提示し繰り返しインタビューすることは、協力者が自ら辿ってきた意味世界を確認する（安田・サトウ, 2012）臨床的アプローチとしても機能していることが示唆される。

V. 本研究の課題

本研究では、協力者を自立度によってⅠ型とⅡ型に分類した。自立度の高いⅠ型の協力者は両者ともに、不安とともに生きていく状態にあり、そして自立度の低いⅡ型においては、介護者である親族が常に寄り添いサポート体制が整っている環境であった。自立度が高くても不安をコントロールし難い患者や、自立度が低く介護者がいない患者にも、同様の調査が必要となるだろう。

謝辞

本研究のインタビューにご協力いただいた皆様に厚く御礼申し上げます。

文献

- 荒川 歩・安田 裕子・サトウ タツヤ (2012). 複線径路・等至性モデルのTEMの描き方の一例 立命館人間科学研究, 25, 95-107.
- 浅田 美紀・成瀬 優知 (2002). 脳卒中発症前後の生活変化と心理状態との関連 日本地域看護学会誌, 4, 95-99.
- Huang, H. C., Huang, Y. C., Lin, M. F., Hou, W. H., Shyu, M. L., Chiu, H. Y., & Chang, H. J. (2017). Effects of home-based supportive care on improvements in physical function and depressive symptoms in patients with stroke: A meta-analysis. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 98, 1666-1677. el.
- 岩佐 由貴・加藤 真紀・原 祥子 (2019). 脳卒中発症により急性期病院に入院となった高齢患者の子が抱く思い 日本看護研究学会雑誌, 42 (5), 889-897.
- 岩崎 美香 (2016). 臨死体験後に辿る過程——臨死体験者と日常への復帰——トランスパーソナル心理学, 15 (1), 105-123.
- 梶谷 みゆき・太湯 好子・白岩 陽子 (2004). 在宅療養を希望する脳血管障害後遺症をもつ男性患者と配偶者の発症3か月後の心理プロセスと関係性に関する研究 家族看護学研究, 10 (1), 10-20.
- Kapoor, A., BMSc, K., Yu, A., Lancot, K., Herrmann, N., Murray, B., & Murray, R. (2019). Younger Age and Depressive Symptoms Predict High Risk of Generalized Anxiety. *Stroke*, 50, 2359-2363.
- 木村 真人 (2012). 脳卒中後のうつ病とアパシー *Journal of Japanese Congress on Neurological Emergencies*, 1

- (24), 71-77.
- 公益社団法人日本脳卒中協会患者家族委員会（2020）. 患者・家族委員会アンケート調査報告書「脳卒中を経験した当事者の声（患者・家族の声）」Retrieved from http://www.jsa-web.org/wp-content/uploads/2020/07/kanja_report2020.pdf（2021 年 10 月 15 日）
- 厚生労働省（2019）. 平成 30 年度（2018）人口動態統計（厚生労働省大臣官房統計情報部編）<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengail8/index.html>（2020 年 4 月 15 日閲覧）
- 国立障害者リハビリテーションセンター，厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・国立障害者リハビリテーションセンター（編）（2008）. 高次脳機能障害者支援の手引き（改訂第 2 版）http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/data/（2019 年 2 月 1 日）
- 三宅 俊治（2007）. 不安に関する意味の諸相——不安尺度によって捉えられる不安の意味を中心に—— 心理学評論, 50 (4), 402-419.
- 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.
- Narushima, K., Chan, K. L., Kosier, J. T., & Robinson, R. G. (2003). Does cognitive recovery after treatment of poststroke depression last? A 2-year follow-up of cognitive function associated with poststroke depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1157-1162.
- 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会（編集）（2021）. 脳卒中治療ガイドライン 2021 協和企画
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N.C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50, e344-e418. DOI: 10.1161/STR.0000000000000211.
- Robinson, R. G., & Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: A follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13, 635-641.
- サトウ タツヤ（編著）（2009）. TEM で始める質的研究——時間とプロセスを扱う研究をめざして—— 誠信書房
- サトウ タツヤ・安田裕子・佐藤紀代子・荒川歩（2011）. インタビューからトランスビューへ——TEM の理念に基づく方法論の提案—— 日本質的心理学会第 8 回大会プログラム抄録集, 70.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2012). 尾関 誠・上田 幸彦（監訳）上田 幸彦・大宅 顕一郎・岡村 陽子・尾関誠・竹内 愛・中島 恵子・元木 順子（訳）高次脳機能障害のための認知リハビリテーション——総合的な神経心理学的アプローチ—— 協同医書出版社
- 篠原 幸人・峰松 一夫・天野 隆弘・大橋 靖雄：mRS 信頼性グループ（2007）. Modified Rankin Scale の信頼性に関する研究——日本語版判定基準書および問診—— 脳卒中, 29, 6-13.
- 末永 由理・遠藤 淑美・島田 博美・井上 聡子・佐藤 弘美・酒井 郁子（2001）. 長期在宅脳血管障害患者の回復過程 川崎市立看護短期大学紀要, 6, 37-49.
- 田垣 正晋（2004）. 中途重度肢体障害者は障害をどのように意味づけるか——脊髄損傷者のライフストーリーより—— 社会心理学研究, 19 (3), 159-174.
- 高根 和希・平澤 直己・林 翔太・五十嵐 達也・宮田 一弘（2019）. 自宅退院した急性期脳卒中患者の健康関連 QOL と身体機能および ADL に関する検討 理学療法科学, 34 (5), 661-665.
- 東京都高次脳機能障害者実態調査委員会（2008）. 高次脳機能障害者実態調査報告書.
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/joho/soshiki/syougai/seishiniryo/oshirase/kouji.files/houkokul.pdf>（2019 年 2 月 1 日）
- 安田 裕子・サトウ タツヤ（編著）（2012）. TEM でわかる 人生の径路——質的研究の新展開—— 誠信書房
- 安田 裕子・滑田 明暢・福田 茉莉・サトウ タツヤ（編）（2015）. TEA 理論編——複線径路等至性アプローチの基礎を学ぶ—— 新曜社

（2021. 5. 24 受稿）（2022. 2. 3 受理）
（ホームページ掲載 2022 年 3 月）

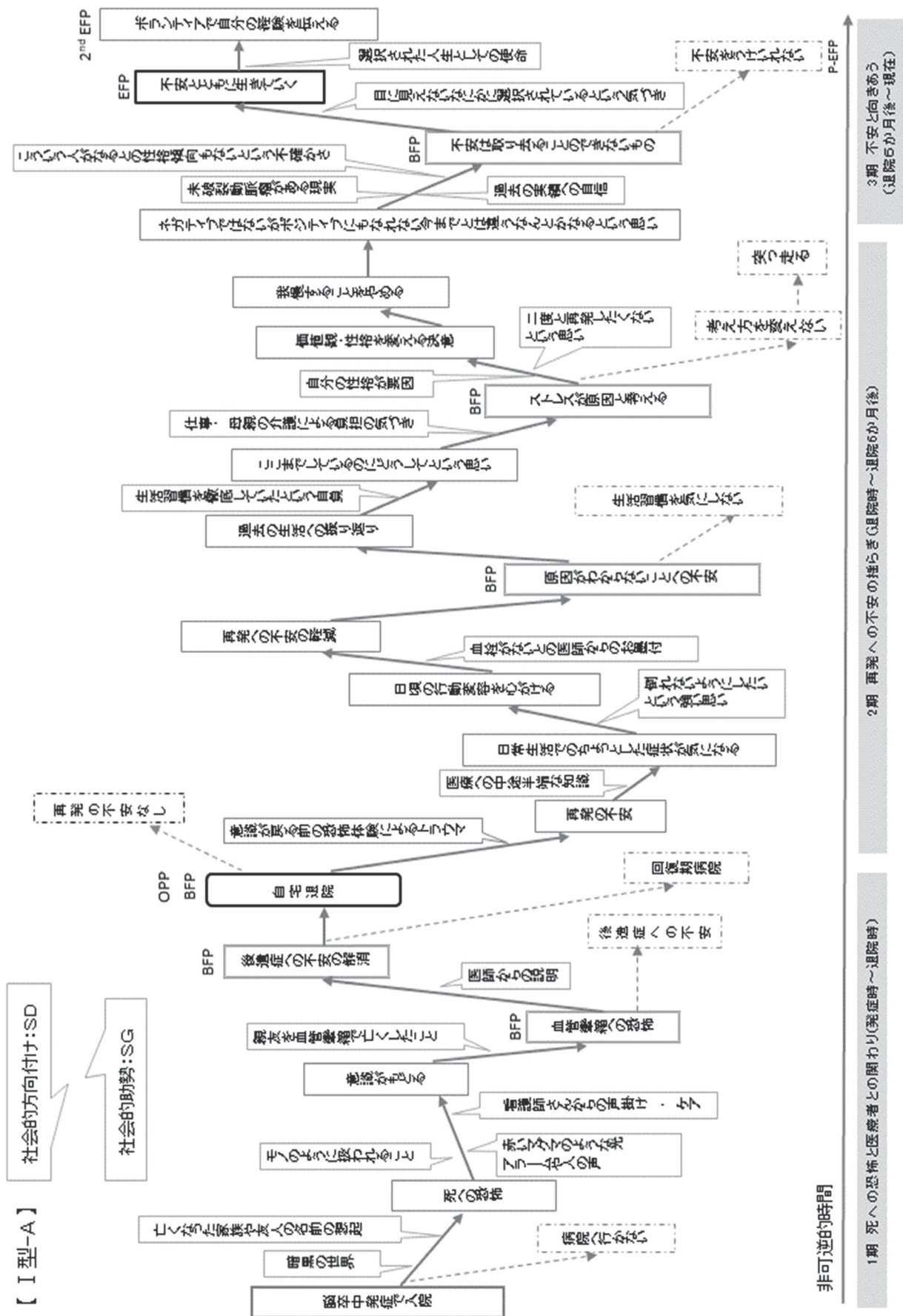


Figure1 I型-A (自立度高)の脳卒中発症後における心理過程のTEM図(入院中の恐怖経験がトラウマとなった一例)

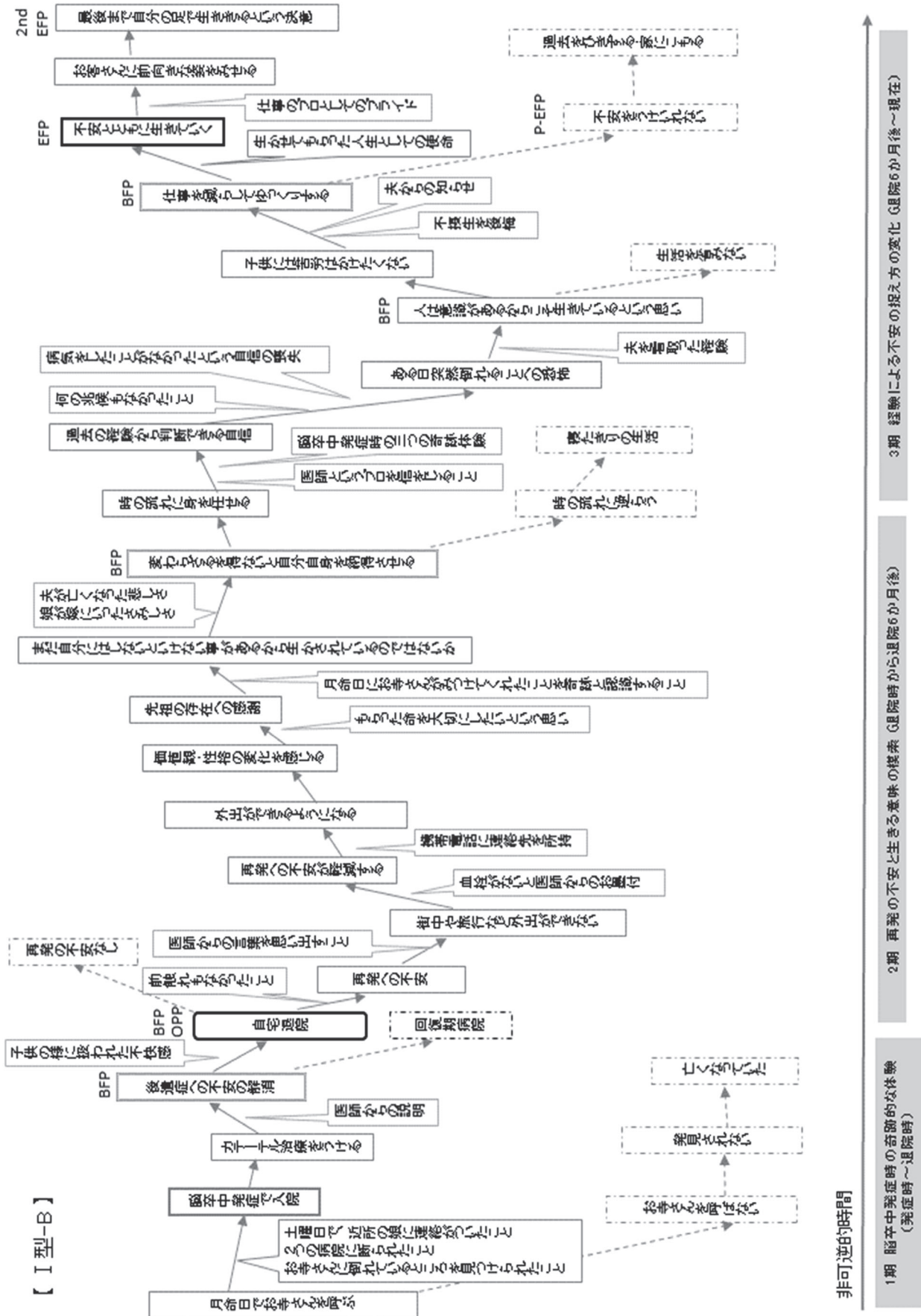


Figure2 I型-B（自立度高）の脳卒中発症後における心理過程のTEM図（再発への予期不安により外出ができなくなった一例）

