

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究(H14-長寿-021)

平成16年度総括研究報告書

主任研究者 高橋龍太郎

平成17(2005)年4月

目次

I.総括研究報告	
脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究	1
高橋龍太郎	
II.添付資料	
A. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究	
—病の語りの左右大脳半球差について—	
高橋龍太郎	
今福一郎	12
B. 高次脳機能障害と日常生活機能に関する研究	
村嶋 幸代	
永田 智子	33
II. 添付資料(補)	
脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究ワークショップ記録(2004/9/25)	40
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	74
IV.研究成果の刊行物・別冊	77

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

I. 総括研究報告書

脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究(H14-長寿-021)

主任研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所 参事研究員

要旨

研究要旨：半側空間無視（以下,Neglect）を有する脳卒中患者の生活障害評価尺度の開発に向け、本邦で初めて the Catherine Bergego Scale 日本語版(以下,CBS-J)による生活障害の評価とその利用可能性を検討した。初発、右大脳半球損傷、Neglect 有りを満たした脳卒中患者 20 名を対象に、脳卒中重症度尺度により軽度群(6 名)、中等度群(10 名)、重度群(4 名)に分類し、CBS-J-観察得点、CBS-J-自己評価得点、CBS-J-Anosognosia（病態失認）得点について比較したところ、CBS-J-観察得点、CBS-J-Anosognosia（病態失認）得点は重症度による有意差があった。脳卒中の重症度に応じて、Neglect 行動、病態失認が共に強くなり、自身の Neglect 行動を気づくことができなくなることを示唆している。CBS-J は、Neglect による生活障害とその認識を評価する有用な尺度である。

また、24 名の高齢脳卒中症例に対して健康の意味についてインタビューを行い質的に分析したところ、その文字テキストから 103 のトピック要素が選択され、さらにそのトピックから 7 つのテーマが抽出された。トピックを左右半球別に検討したところ、右大脳半球損傷では「現在の健康状態に合わせようとする」および「新しい視点から生活を見通す」というテーマに関するトピックが多く含まれていることが示された。反省的に自分自身の行動を意識すると（逐次直列処理系、再帰的自己意識）、生活に合わせて行動することができていない自分に疲労し、それを何とかしたい、「和解させたい (adjust)」という言語的表出が行われることが示唆された。

キーワード：失認・失行，右大脳損傷脳卒中患者，the Catherine Bergego Scale 日本語版

分担研究者

高橋龍太郎

東京都老人総合研究所・参事研究員

今福 一郎

横浜労災病院神経内科・病棟部長

村嶋 幸代

東京大学大学院医学系研究科・教授

永田 智子

東京大学大学院医学系研究科・助手

A. 研究目的

脳卒中患者の発症後早期から生じる失認・失行は、日常生活動作能力の負の影響要因で、リハビリテーション期にも重要な生活障害である。しかし、現在わが国では、失認により生活障害評価尺度開発に関する取り組みはなされていない。そこで、失認・失行を有する初発の右大脳半球損傷脳卒中患者を対象に、the Catherine Bergego Scale Japanese version (以下、CBS-J)を用いた生活障害を明らかにし、CBS-Jの有用性を検討する。

また、急性期からの観察によって右大脳半球損傷群では注意力低下に加え自分自身の病や障害への関心低下が高頻度に見られることがわかった。そこで、脳卒中高齢者を対象として、自分の病や健康体験に関するインタビューを行い、そこで語られた内容を質的に分析し、大脳半球損傷の左右差が病の語りにどのような違いを生むかを検討することとした。

B. 研究方法

1. 高次脳機能障害と日常生活機能に関する研究

地域中核病院に入院した脳卒中患者のうち、初発、失認・失行を有する右大脳半球損傷脳卒中患者 20 名を対象に、退院後 1 ヶ月時に機能評価、CBS-J による行動観察、面接調査を実施した。

調査時の The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) 総得点により対象を 3 群に分類し、3 群間における各変数の関連を検討した。脳卒中の重症度を独立変数とし、CBS-J-観察得点、CBS-J-自己評価得点、CBS-J-Anosognosia (病態失認) 得点、

Barthel Index(BI)、MMSE 得点について検定をおこなった

2. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究

T 老人専門病院リハビリテーション科に入院しリハビリテーションを受けている入院中の脳卒中高齢者、ないしリハビリテーション後退院し通院中の脳卒中高齢者 24 名で、右大脳半球損傷左片麻痺例 15 名、左大脳半球損傷右片麻痺例 (失語症合併例を除外) 7 名、片麻痺なし 1 名、両側麻痺 1 名であった。

各症例に「あなたにとって健康であるとは何を意味しますか」という質問を投げかけ、それに対する対象者の語りをテープレコーダーに録音した。録音内容を文字化した後、質的研究の豊富な経験を持つ米国の研究者と分析を進めるため、文字テキストの英訳を行った。5 人の研究者が van Kaam 法 (van Kaam, 1969) に基づいて、週 1 回の電子メール交換と 2 回の直接討論によって分析を進めた。

(倫理的配慮)

調査病院における院内倫理審査委員会の承認を受けた。研究者が、研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利を説明し、同意書に署名を得て実施した。

C. 研究結果

1. 高次脳機能障害と日常生活機能に関する研究

NIHSS は平均 9.1 ± 5.1 点で、それに基づき軽度群 6 名、中等度群 10 名、重度群 4 名に分類された。3 群の属性に差はなかった。

CBS-J-観察得点は、重症度が高いと Neglect 行動が高かった ($P = 0.000$)。

CBS-J-自己評価得点は3群共に低く群間に差はなかった。CBS-J-Anosognosia (病態失認) 得点は、重症度が高いと病態失認が強かった($P=0.000$)。(図1) CBS-J10項目のCronbach α は、観察得点、自己評価得点、Anosognosia (病態失認) 得点は各々0.98、0.88、0.97であった。また、重症度が高いとBI得点が低く、ADL能力も低かった($P=0.000$)。重症度が高いとMMSE得点が低く、全般的認知能力が低かった($P=0.005$)。

2. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究

24名の高齢脳卒中症例に対して健康の意味についてインタビューを行い、その文字テキストの分析の中から合計103のトピック要素が選択された。さらにそのトピックから7つのテーマが抽出された。それらは、「スムーズに考え、動くこと」「基本的でかけがえのない贈り物」「現在の健康状態に合わせようとする」「現在を定義する過去の体験」「日常生活の健康バロメーターを自覚する」「他者の目を通して自分を判断する」「新しい視点から生活を見通す」の7テーマであった。これら7つのテーマに還元された103のトピックひとつひとつが、左右どちらの脳半球損傷の高齢者の語りであったかを遡及的に (retrospective) 検討したところ、「新しい視点から生活を見通す」に関するトピックはやや右脳半球損傷例に多くみられ、「現在の健康状態に合わせようとする」というトピックは計11あり(表1)、「食べ物に気をつける」以外残りすべては右脳半球損傷例のインタビューから得られたトピックであった。

D. 考察

1. 高次脳機能障害と日常生活機能に関する研究

CBS-Jの10項目は、患者を観察し患者に質問することで評価できる簡便かつ有用な尺度である。

CBS-J-観察得点、CBS-J-Anosognosia (病態失認) 得点が脳卒中の重症度との関連から、重症度により Neglect 行動が強くなり、患者自身の日々の生活における障害や病態への認識が困難であること示している。中等度群では、全般的認知能力が高く保たれていても、自己の Neglect 行動を気づくことができない障害を評価し得ることを示唆している。

2. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究

右脳半球損傷 (全例左片麻痺あり) の症例の語りには「現在の健康状態に合わせようとする」および「新しい視点から生活を見通す」というテーマに関するトピックが多く含まれていることが示された。「適応させる、和解除させる、合わせる」というキーワードで象徴化できよう。

右脳半球損傷例では病態失認やそれに近い症状、障害や症状の完全否認から自分の身体状況への無関心まで広い範囲の言語表現がみられるとされるが、今回の結果は、反対に失った健康、心身機能でもってなんとか地域生活への復帰、再適応を果たそうとしていることを支持する。この結果をどのように考えればよいのだろうか。最近の認知科学領域の知見によると、意識は階層構造をとっていると考えられるようになった。(図2) このモデルに基づいて今回の結果を考えてみる。覚醒している場合 (生物学的意識)、日

常生活のほとんどの行動は知覚（視覚情報など）と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れる（アウェアネス；知覚運動的意識）。この入力情報の一部に欠損（視空間失認など）があると注意力の制御に問題が生じる。その問題に気づく（アウェアネス）はずであるが、事実としては知覚－運動過程がスタートしてしまっただ後に遅れて知覚される。この逆転した前後関係を自分自身ではうまく対処したようにつじつまを合わせるため（時間の繰上げ；B・リベット、1991）よどみない、統一感のある現実として経験される（T・ノーレットランダーシュ、1991）。この後追いのつじつま合わせが、病状や障害の無視、無関心、自己弁明的な言動になるのかもしれない。しかし、いったん反省的に（リカーシブ）自身の言動を意識すると（逐次直列処理系、再帰的自己意識）、生活に合わせて行動することができていない自分に疲労し、それを何とかしたい、「和解させたい（adjust）」という言語的表出が行われるということができないのではないだろうか。

E. 結論

CBS-J(the Catherine Bergego Scale 日本語版)を用いて Neglect を有する初発右大脳半球脳卒中患者の重症度別比較を行った結果、CBS-J は脳卒中重症度に応じて、Neglect 行動、病態失認が強くなること、脳卒中の重症度が中等度・重度の患者自身は、自身の Neglect 行動があるにもかかわらず、自己評価ができない、即ち、自身の日常生活における障害を気づくことができない障害を有することがわかった。CBS-J は、Neglect による生

活障害とその認識を評価する有用な尺度であり、Neglect 行動を評価し、患者の認識を問い、その差に注目する必要性が示唆された。

右大脳半球損傷例では広範囲のスペクトルをもった失認・失行関連症状が現れるが、日常生活の行動や動作は視覚情報などの知覚と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れるので、この入力情報の一部に欠損や不具合（視空間失認など）があると注意力の制御に問題が生じる。しかし、それはすでに起こってしまったことであるので、注意を喚起する方法では是正し得ない。わかりやすく正確にこのメカニズムを説明し、自分自身でもうまく対処しているとつじつまを合わせるしか仕方がない状況、その矛盾に疲労している状況、そして再帰的に自己意識を発揮すれば何とか和解させたいと願っている状況、このような障害の起こり方を納得することによって、少なくとも本人と家族のストレスは減弱するであろうし、一部の患者では再帰的な自己意識を刺激することによって実際に行動を是正させることができるかもしれない。

F. 協力研究者

金丸和富（東京都老人医療センター）

G. 健康危惧情報

特記すべきものなし。

H. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Takahashi, R. and Asakawa, Y. : Young-old and old-old motivation in cooperative fall-prevention programmes. *Age Ageing*, 34, 90, 2005
- 2) Sawabe, M., Takahashi, R., Matsushita, S., Ozawa, T., Arai, T., Hamamatsu, A., Nakahara, K., Chida, K., Yamanouchi, H., Murayama, S. and Tanaka, N. : Aortic pulse wave velocity and the degree of atherosclerosis in the elderly: a pathological study based on 304 autopsy cases, *Atherosclerosis*, in press, 2005
- 3) Fujiwara, Y., Chaves, P., Takahashi, R., Amano, H., Yosida, H., Kumagai, O., Fujita, K., Sai, K., and Sinkai, S. : Relationships between arterial pulse wave velocity and conventional atherosclerotic risk factors in community dwelling people. *Preventive Medicine*, 39, 1135-42, 2004
- 4) Takahashi, R. and Liehr, P. : His-story as a dimension of the present. *Journal of American Geriatric Society*, 52, 1594-1595, 2004
- 5) Liehr, P., Takahashi, R., Lui, H., Nisimura, C., Ito, M., and Summers, L. C. : Bridging distance and culture with a cyberspace method of qualitative analysis. *Advances in Nursing Science*, 27, 176-186, 2004
- 6) Ohshima, H., Murashima, S. and Takahashi, R. : Approaches of nursing care for stroke patients with right brain damage : Focusing on agnosia and apraxia. *Nursing and Health Sciences*, 6, 115-121, 2004
- 7) 高橋龍太郎, 浅川康吉 : 入浴のもたらす影響と安全な入浴判断, *臨床老年看護*, 11 (2), 34-39, 2004
- 8) 高橋龍太郎, 伊東美緒 : 高齢者のこころと身体, *公共建築*, 46 (2), 15-18, 2004
- 9) 高橋龍太郎 : エリクソンの第 9 ステージ-人は老年を超える. *働く人の安全と健康*, 5 (4), 45-47, 2004
- 10) 高橋龍太郎 : 高齢者の総合評価. *高齢者ケアマニュアル* (福地義之助編), 33-36, 照林社, 2004
- 11) Flaherty, J. and Takahashi, R. : The use of complementary alternative medical therapies among older persons around the world. In *Clinics in Geriatric Medicine on Anti-aging*, eds. Morley JE, Flaherty JH, 179-200, Elsevier, 2004
- 12) 高橋龍太郎 : 高齢者の生活と心身の特徴. *文部科学省検定高等学校福祉科用教科書 基礎介護* (大橋謙策監修), 68-78, 中央法規, 2004
- 13) 高橋龍太郎 : 高齢者と転倒. *姿勢調節障害の理学療法* (奈良勲, 内山靖編), 272-282, 医歯薬出版, 2004
- 14) 大島浩子, 村嶋幸代, 高橋龍太郎. : 失認関連症候を有する右大脳半球脳卒中患者の生活障害の経時的変化.

- (財)博慈会老人病研究所紀要「未病と抗老化(研究論文)」2004; 3(6):17-21.
- 15) 吉岡京子、麻原きよみ、村嶋幸代. 地域の健康問題に関する保健師による事業創出のプロセスと方策—課題設定と事業案作成の段階に焦点を当てて—. 日本公衆衛生雑誌 2004;(51)4:257-271
- 16) 大西和子、村嶋幸代、北島謙吾、川口孝泰、馬庭恭子.:第23回日本看護科学学会学術集会シンポジウムI 地域貢献に焦点を当てた看護実践. 日本看護科学会誌 2004;(24)1:72-80
- 17) 村嶋幸代.:未来を見つめるナーシング・アカデミー・21世紀ストラテジー—日本看護科学学会のストラテジー—. 日本看護研究学会雑誌 2004;(27)2:115-118
- 18) 金川克子、佐甲隆、佐伯和子、平野かよ子、大井田隆、伊達ちぐさ、實成文彦、村嶋幸代.:公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告(その2)自由集会:「公衆衛生看護における人材の育成をめぐる—保健婦卒業後教育の現状と課題—」日本公衆衛生雑誌 2004;(51)7:561-570
- 19) 村嶋幸代、田口敦子.:地域看護:社会の問題に対処する看護. 教育と医学 2004;608:144-155
- 20) 村嶋幸代、田口敦子.:現代の保健師より健康な地域社会創造の担い手として、そして、自分の仕事の意味と効果を明示できる存在として. 公衆衛生 2004;(68)4:256-259
- 21) 安齋由貴子、吉田澄恵、麻原きよみ、村嶋幸代、佐藤憲子、酒井太一.:市町村保健師が新たに立ち上げた活動の事業過程としての特徴. 日本地域看護学会誌 2004;(7)1:55-61.
- 22) 村山洋史、春名めぐみ、村嶋幸代、吉岡京子、永田智子.:地域母子保健事業の継続と発展の要因. 日本地域看護学会誌, 6(2), 55-61.
- 23) 松永篤志、永田智子、村嶋幸代.:特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況—退院支援部署の有無による比較に焦点を当てて—. 病院管理, 2004; 41(3):185-194.
- 24) 永田智子、大島浩子、田畑まりえ、村嶋幸代、鷺見尚己、春名めぐみ.:退院支援の現状に関する全国調査—病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて—. 病院管理, 2004; 41(4):301-31
- 25) 永田智子、大島浩子、田畑まりえ、村嶋幸代、鷺見尚己、春名めぐみ.:退院支援の現状に関する全国調査—病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて— 病院管理 2004;(41)4:73-82
- 26) 指田百恵、永田智子、村嶋幸代、他.:ハンセン病回復者の社会復帰時の生活に関する研究—再入所者への面接調査から—. 日本公衆衛生雑誌, 52(2), 2005, in press.
- 27) Satoko Nagata, Marie Tabata, Hiroko Ooshima, Sachiyo Murashima, Naomi Sumi, Megumi Haruna: Current status of discharge planning activities: National survey of discharge planning in Japan. Japan Journal of Nursing Science, 2004;1:87-97

- 28) Masae Ueno, Mami Kayama, Sachiyo Murashima: How public health nurses understand mothers of abused and neglected children: The perception of 'Shindosa' in mothers Japan Journal of Nursing Science, 2004;1:117-124
- 29) Satoko Nagata, Marie Tabata, Hiroko Ooshima, Naomi Sumi, Sachiyo Murashima, Megumi Haruna. :Current status of discharge planning activities and systems: National survey of discharge planning in Japan. Japan Journal of Nursing Science, 2004;1(2):87-97.
2. 学会発表
- 1) 松岡未希子, 古泉佳代, 川野因, 佐藤文代, 高橋龍太郎, 青柳幸利: 地域在住高齢者の身体活動量と栄養素等摂取状況とのかかわりについて. 第 58 回日本栄養・食糧学会大会, 仙台, 5. 22 - 23, 2004
- 2) 高橋龍太郎: 要介護高齢者の低栄養リスク: NSI 日本語版作成の試み. 第 46 回第回日本老年医学会総会, 千葉, 6. 16-18, 2004
- 3) 小林小百合, 山本則子, 永田智子, 村嶋幸代, 川越博美, 高橋龍太郎: 痴呆性高齢者グループホームにおけるターミナルケアの取り組み. 第 20 回国際アルツハイマー病協会国際会議, 京都, 10. 15-17, 2004
- 4) 伊東美緒, エディット・ナジ田中, 高橋龍太郎: 入浴時におけるスタッフと患者のストレスに関する研究. 第 20 回国際アルツハイマー病協会国際会議, 京都, 10. 15-17, 2004
- 5) Liehr P, Nishimura C, Summers LC, Ito M, Takahashi R: Meaning of health for Japanese elders. National Congress on the State of the Science in Nursing Research, Washington D. C., 10. 7-, 2004
- 6) 大島浩子, 村嶋幸代, 高橋龍太郎: Neglect を有する脳卒中患者の生活障害評価 - the Catherine Bergego Scale (CBS) 日本語版の開発に向けて - 第 8 回高齢者介護・看護・医療フォーラム, 京都府 国立京都国際会館, 2004/10/2
- 7) 大島浩子, 村嶋幸代, 高橋龍太郎: 失認関連症候を有する右大脳半球脳卒中患者の生活障害: Neglect 行動評価尺に焦点を当てて. 第 31 回日本脳神経看護研究学会, 大阪府 ナーシングアート大阪, 2004/11/6-7
- 8) 大島浩子, 村嶋幸代. : 失認・失行を有する脳卒中患者の生活障害に関する研究: CBS 日本語版を用いて. 第 24 回日本看護科学学会学術集会, 東京 東京国際フォーラム, 2004/12/4-5
- 9) Hiroko Ohshima, Sachiyo Murashima: Daily life difficulties among stroke patients with Neglect: Evaluation by Neglect behavioral scale. The 1st Meeting of the Asian Stroke, Tokyo Tokyo Prince Hotel 2004/3/ 12-13
- 10) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代. : 入院中と退院直後からみた退院支援 - 退院支援のプロセス及び要素の明確化 - 日本地域看護学会第 7 回学術集会, 大阪府, 2004/6/12-13
- 11) 錦戸典子, 田口敦子, 永田智子, 村嶋

幸代, 麻原きよみ, 安齋由貴子, 蔭山
正子, 都筑千景, 横山梓, 武内奈緒子.
保健師活動におけるグループ支援の
方向性—文献検討結果より—. 日本地
域看護学会第7回学術集会, 大阪府,
2004/6/12-13

1. 知的財産権の出願・登録状況
特記すべきことなし。

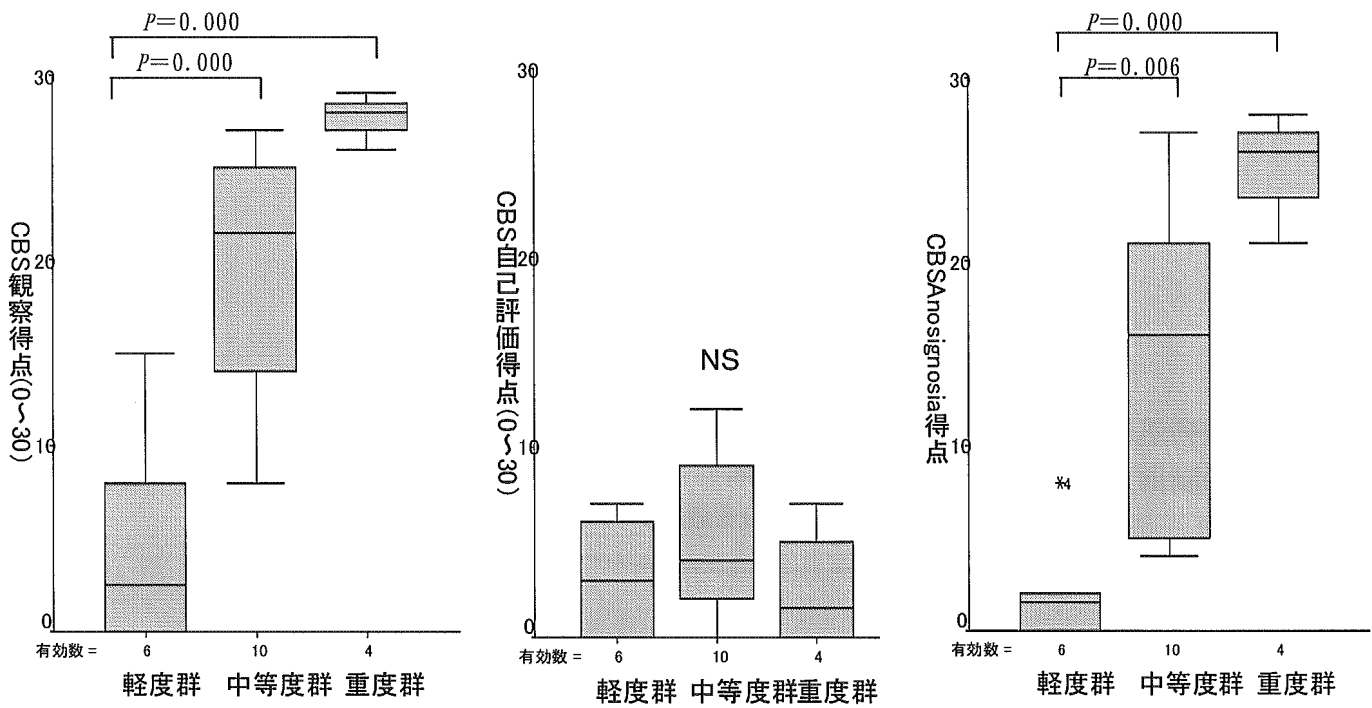


図1. 3群のCBS観察得点：観察得点・自己評価得点・Anosognosia得点

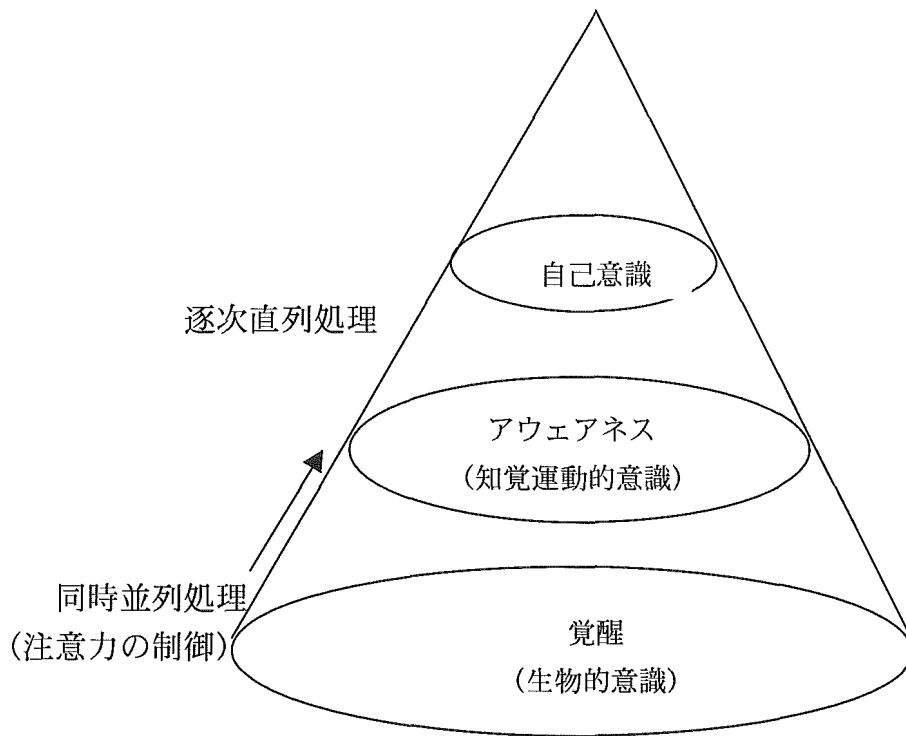


図 2. 意識の階層モデル (苧坂直行、2000)

表 1. 右大脳半球損傷例のインタビューから得られた特徴的テーマとそこに含まれるトピック

[テーマ] Trying to adjust to the present health circumstances (現在の健康状態に合わせてようとする)

[トピック] 右大脳半球損傷例から得られたもの

- Being able to do things in the way he wants (何事もやりたいようにできる)
- Trying to get back to a normal life, dealing with his bad left hand while emphasizing readiness to hustle (自分を元気付けながら動かない左手を操って元の生活に戻ろうとする)
- Balance in walking, eating and daily living itself (運動や食事、生活のバランスをとる)
- Being able to accomplish everyday things like working so his body doesn't become lazy (仕事など毎日の用を済ませることができれば体は鈍らない)
- Never having a major illness until 85 years old (85歳になるまで大病をしたことがない)
- Persuading himself that he shouldn't be angry (怒ったりしないよう自分に言い聞かせる)
- Her husband becoming sick because of her sickness and being taken care of by her sons instead of her taking care of them (自分の病気のため夫が体調を崩し、息子たちの面倒をみるのではなく面倒をみてもらう)
- Having no choice but to quit smoking and reduce salt as a matter of survival (長生きするためにはタバコをやめ塩の摂取を減らす以外にない)
- Living with his wife who has aphasia by stroke (脳卒中のため失語症になった妻と生きていく)
- To do laundry and cook like other people (炊事洗濯を他の人と同じようにやる)

次のもののみは左大脳半球損傷例から得られたものである

- Paying attention to what she eats (食べ物に気をつける)

II. 添付資料

A. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究

－ 病の語りの左右大脳半球差について －

【研究目的】

過去 2 年間の研究によって、右大脳半球損傷脳卒中高齢者の約半数近くに失認・失行などの高次脳機能障害が認められ、日常生活機能の改善度が利き手である右側の片麻痺群（左大脳半球損傷群）のほうが右大脳半球損傷群よりも良好であること、急性期からの観察によって右大脳半球損傷群では注意力低下に加え自分自身の病や障害への関心低下が高頻度にみられることがわかった。後者は、従来指摘されている右大脳半球損傷例に時々みられる病態失認に近い症状と思われ、障害や症状の完全否認から自分の身体状況への無関心まで広い範囲の言語表現がみられる。そこで、今回、左右大脳半球損傷脳卒中高齢者を対象として、自分の病や健康体験に関するインタビューを行い、そこで語られた内容を質的に分析し、大脳半球損傷の左右差が病の語りにどのような違いを生むかを検討することとした。

【研究対象】

T 老人専門病院リハビリテーション科に入院しリハビリテーションを受けている入院中の脳卒中高齢者、ないしリハビリテーション後退院し通院中の脳卒中高齢者 24 名で、右大脳半球損傷左片麻痺例 15 名、左大脳半球損傷右片麻痺例 7 名、片麻痺なし 1 名、両側麻痺 1 名であった。失語症合併例を除外したため右大脳半球損傷例のほうが多くなった。平均年齢 76 歳、男性 13 名女性 11 名、入院 17 名外来 7 名、外来例を含め全例過去 1 年以内に脳卒中を発症していた。

各症例から書面でインフォームドコンセントを取得後、静かな部屋において研究者の一人が「あなたにとって健康であるとは何を意味しますか」という質問を投げかけ、それに対する対象者の語りをテープレコーダーに録音した。なお、録

音時間は4分間で、その間の語りの密度には個人差がみられた。インタビュアーは答えがスムーズに出ない場合、少し質問の仕方を変えたが（「健康であるというのはどういうことですか」など）特異的な質問に置き換えたり、一方的に話したりすることは避けた。

【研究方法】

録音内容を文字化した後、質的研究の豊富な経験を持つ米国の研究者と分析を進めるため、文字テキストの英訳を行った。英訳内容をダブルチェック後、5人の研究者が van Kaam 法（van Kaam, 1969）に基づいて、週1回の電子メール交換と2回の直接討論によって分析を進めた。

【研究結果】

24名全体の分析結果は、章末に添付資料 A-補1として示した。この分析データは現在国際誌に投稿し、改定稿査読中である。24名の高齢脳卒中症例に対して健康の意味についてインタビューを行い、その文字テキストの分析の中から合計103のトピック要素が選択された。さらにその103のトピックから最終的に7つのテーマが抽出された。それらは、「スムーズに考え、動くこと」「基本的でかけがえのない贈り物」「現在の健康状態に合わせようとする」「現在を定義する過去の体験」「日常生活の健康バロメーターを自覚する」「他者の目を通して自分を判断する」「新しい視点から生活を見通す」の7テーマであった。（添付資料 A-補1 の Table5.参照）

これら7つのテーマに還元された103のトピックひとつひとつが、左右どちらの脳半球損傷の高齢者の語りであったかを遡及的に（retrospective）検討したところ、「スムーズに考え、動くこと」「基本的でかけがえのない贈り物」「現在を定義する過去の体験」「日常生活の健康バロメーターを自覚する」「他者の目を通して自分を判断する」の5つはおおむね等しく左右両方の脳半球損傷高齢者のインタビューで語られたものであった。「新しい視点から生活を見通す」に関するトピックは12あり、そのうち9つが右脳半球損傷例から、3つが左脳半球損

傷例から得られたもので、やや右大脳半球損傷例に多くみられたテーマであった。

「現在の健康状態に合わせようとする」というトピックは計 11 あり（添付資料 A・補 2 参照）、「食べ物に気をつける」以外残りすべては右大脳半球損傷例のインタビューから得られたトピックであった。

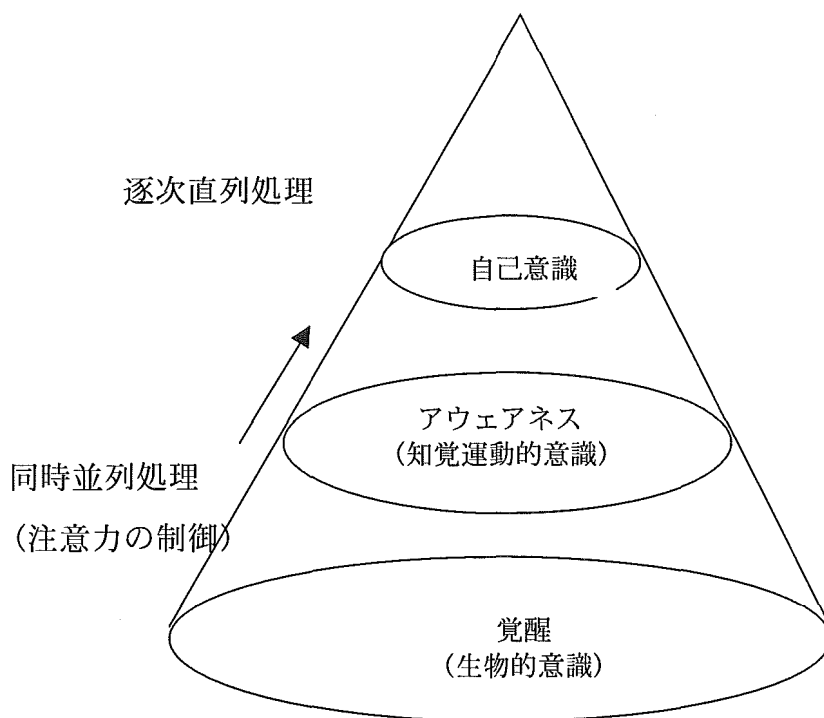
【考察】

今回の左右大脳半球損傷脳卒中高齢者を対象とした健康の意味に関するインタビューの質的分析は、まず大脳半球損傷の左右に区別することなく行われた。その結果を遡及的に左右別に検討したところ、右大脳半球損傷（全例左片麻痺あり）の症例の語りには「現在の健康状態に合わせようとする」および「新しい視点から生活を見通す」というテーマに関するトピックが多く含まれていることが示された。その具体的内容は添付資料 A・補 2 にあるように、「怒ったりしないよう自分に言い聞かせる」や「自分を元気付けながら動かない左手を操って元の生活に戻ろうとする」などである。

量的統計学分析とは異なって確定的な結論を出すことには注意しなければならないが、この結果から、左右大脳半球損傷症例の健康の意味に関する語りの差異の大きな特徴を指摘することができるように思われる。それは英語で「adjust」、すなわち「適応させる、和解させる、合わせる」という右大脳半球損傷症例に高頻度でみられた語りである。脳卒中によって片麻痺などの障害を持った高齢者が自分の健康に関する話題として語るのは当然とも思えるキーワードであり、むしろなぜ左大脳半球損傷症例（失語症例を除外している）のインタビューでほとんど出てこなかったのかが不思議かもしれない。

今回の研究の目的は、失認・失行などの高次脳機能障害が多数認められる右大脳半球損傷例にとっての健康の意味、自分の健康体験への語りの特徴を明らかにすることである。文献的には、病態失認やそれに近い症状、障害や症状の完全否認から自分の身体状況への無関心まで広い範囲の言語表現がみられるとされる。しかしながら、今回の結果はむしろ反対に、右大脳半球損傷例は失った健康、心

身機能でもってなんとか地域生活への復帰、再適応を果たそうとしていることを支持する。この一見矛盾しているように思われる結果をどのように考えればよいのだろうか。最近の認知科学領域の知見によると、意識は階層構造をとっていると考えられるようになった。(下図)



意識の階層モデル (苧坂直行、2000)

このモデルに基づいて今回の結果を考えてみる。覚醒している場合（生物的意识）、日常生活のほとんどの行動は知覚（視覚情報など）と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れる（アウェアネス；知覚運動的意識）。この入力情報の一部に欠損（視空間失認など）があると注意力の制御に問題が生じる。その問題に気づく（アウェアネス）はずであるが、事実としては知覚－運動過程がスタートしてしまっただ後に遅れて知覚される。この逆転した前後関係を自分自身ではうまく対処したようにつじつまを合わせるため（時間の繰上げ；B・リベット、1991）よどみない、統一感のある現実として経験される（T・ノーレットランダーシュ、

1991)。この後追いのつじつま合わせが、病状や障害の無視、無関心、自己弁明的な言動になるのかもしれない。しかし、いったん反省的に（リカーシブ）自身の言動を意識すると（逐次直列処理系、再帰的自己意識）、生活に合わせて行動することができていない自分に疲労し、それを何とかしたい、「和解させたい（adjust）」という言語的表出が行われるということができるようではないだろうか。

失認・失行の随伴症状として高頻度に現れるこのような注意力障害、病態への無関心傾向のメカニズムをこのように考えたとき、どのようなケアのアプローチが考えられるのだろうか。右大脳半球損傷例では広範囲のスペクトルをもった失認・失行の随伴症状が現れる。前述したように、日常生活の行動や動作は視覚情報などの知覚と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れるので、この入力情報の一部に欠損や不具合（視空間失認など）があると注意力の制御に問題が生じる。しかし、それはすでに起こってしまったことであるので、注意を喚起する方法では是正し得ない。認知症でもいわれているように、おそらく、障害を持った本人と家族にできるだけわかりやすく正確にこのメカニズムを説明することが基本となるであろう。自分自身でもうまく対処しているとつじつまを合わせるしか仕方がない状況、その矛盾に疲労している状況、そして再帰的に自己意識を発揮すれば何とか和解させたいと願っている状況、このような障害の起こり方を納得することによって、少なくとも本人と家族のストレスは減弱するであろうし、一部の患者では再帰的な自己意識を刺激することによって実際に行動を是正させることができるかもしれない。以上の点を、今後、臨床的介入によって有効性がみられるかどうか確かめていく予定である。

添付資料 A-補 1

The Meaning of Health for Japanese Elders Who Have Had a Stroke

Ryutaro Takahashi MD PhD
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku
Tokyo, Japan

Patricia Liehr PhD RN
University of Texas-Houston
School of Nursing
1100 Holcombe Blvd. 5.518H
Houston, TX 77030

Chie Nishimura BS
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku
Tokyo, Japan

Mio Ito MSN RN
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku
Tokyo, Japan

Linda C. Summers DSN RN CNS FNP
Southern New Mexico Family Practice Residency Program
2450 South Telshore
Las Cruces, NM 88005

Abstract

Aim: This study was planned to explore the meaning of health for Japanese elders who have had a stroke.

Methods: A secondary analysis of existing data was conducted using phenomenological methods. Twenty-four male and female stroke patients, whose average age was 76 ± 7.2 , described the meaning of health in conversation with one researcher. Researchers from Japan and the United States analyzed the data through email communication and scheduled visits. The five-step analysis method moved from the English transcriptions of descriptions to finally identify a definition of health for Japanese elders who have had a stroke.

Results: Health is a fundamental valuable gift recognized as patients try to adjust to their present circumstance, defined by their past experience. Everyday markers of usual life, like a good appetite and easy breathing and smooth thinking and moving let them

know how they are doing. Feelings about how they are doing are expressed as judgments about their situation as they consider dimensions of everyday living from a new perspective

Conclusions: Although functional improvement is the most frequently studied dimension of health for stroke survivors, it fails to account for the unresolved psychosocial burden often experienced. To provide meaningful care for people who have survived stroke and are living with its consequences, it is essential that health care providers listen to their voice, hearing how they are unique, related to factors such as culture and age, but also how they are alike, sharing common experiences with people from diverse cultures and age groups.

Key words: Aged, Cerebrovascular Accident, Japanese Culture, Meaning of Health , Phenomenological Analysis

Introduction

The rapid increase in the numbers of aging Japanese is a well documented fact and a concern for the health care system. The World Development Report (1999) indicated that while 11.8% of the Japanese population was over 65 years in 1990, 26.7% will be over 65 in 2025. The National Institute of Population and Social Security Research (2002) predicts that this figure will rise to 36% by 2050. As people age, chronic health problems increase, and stroke, which is the third leading cause of death in Japan, is the main health problem for which Japanese elders seek care (Comprehensive Survey of Living Conditions of the People on Health and Welfare, 2001). The prevalence of stroke combined with the increase in the number of aging people in Japan indicates that care of stroke patients is a priority for health care providers in Japan.

Until recently, research with stroke patients was almost entirely focused on acute or rehabilitative phases of care and recovery from stroke was equated with improvement in physical function (Hafsteinsdottir & Grypdonick, 1997). Within the last two decades, the voice of the patient has gained strength as an important indicator contributing to optimal care delivery. Doolittle (1992) distinguished a descriptive from a biomedical approach when studying patients with stroke, noting the biomedical approach as the one most often chosen when examining functional recovery. In calling for a shift of attention to the descriptive approach she addressed the importance of heeding the patient's voice when she said:

“People who have had a stroke mark recovery in terms of activities that matter to them....Because the patient's perspective differs from that held by healthcare workers, it is vital for nurses to understand the personal disruption caused by stroke and the social situation within which the stroke occurred. The ongoing collection of detailed information on what it means to experience weakness and paralysis, and how personal meanings and daily activities are disrupted, is essential.”(Doolittle, 1992, p. 124).

Benz (2000; 2003) studied the differing views of stroke patients and health care providers, regarding which views guide the rehabilitation process. She interviewed 10 stroke patients less than 65 years old and reviewed transcripts from their medical records over the first three months following their stroke. Although both patients and health care providers were concerned about physical functioning during the recovery process, the meaning of recovery differed for the groups. While health care providers objectified and fragmented the body in the pursuit of limiting dysfunction and training body parts, the stroke survivors referred to recovery as a time when they become as they