

頭部外傷後の高次脳機能障害の諸症状と対応

岐阜医療科学大学 保健科学部 看護学科 教授 阿部 順子

はじめに

交通事故等による頭部外傷後に生じる高次脳機能障害は社会復帰の大きな阻害要因である。2005年、「高次脳機能障害とは、頭部外傷、脳血管障害等による脳の損傷の後遺症として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害が生じ、これに起因して日常生活・社会生活への適応が困難になる障害である。」と行政的に定義された。

認知障害と対応

1999年『脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション』において、脳外傷者によくみられる認知障害として①注意障害：「ひとつのことが続けられない」「気が散りやすい」「ミスが多い」「同時に複数のことに注意が向けられない」、②記憶障害：「新しい知識が覚えられない」「自分の体験した内容があいまいになる」「約束や予定をタイムリーに思い出せない」、③遂行機能障害：「計画が立てられない」「課題や仕事を正しいやり方で続けられない」「仕上りを気にしない」などを挙げた。

これらの認知障害の改善や代償手段の獲得のための訓練は認知訓練と呼ばれている。近年さまざまな取り組みが紹介されているが、名古屋リハでは2009年長年蓄積してきたノウハウの一端と課題を訓練スタッフ向けの訓練指導マニュアルにまとめて出版した。もっともこれらの訓練によって認知機能が回復したからといって、必ずしも社会生活や職業生活が可能になるわけではない。

2006年に実施した「脳外傷者98名の職場定着要因分析」では、一般就労者と福祉的就労者の間に神経心理学的データで明らかな差が認められたものの、就労定着群と離職群には神経心理学的検査の結果に差はなく、むしろ「適応能力」と「障害認識」に違いがあった。安定就労が難しい要因として「社会的行動障害」の存在が推測された。

社会的行動障害と対応

2006年、在宅生活をしている脳外傷者の家

族104名に、家族が日常的に行っている支援について聞き取り調査を行った。その結果、日常生活は中等度の支援であったが、「問題行動」に際立って支援が必要な一群を明確化することができた。この群の交通事故に起因する19名(23名中)の1年後の社会参加状況を調査したところ、一般就労や作業所からドロップアウトした者が6名(31.6%)、支援によってかろうじて学生生活を継続している者が3名いた。感情や欲求のコントロール低下から暴言、暴力や性的な逸脱行動が生じていた。

社会的行動障害に対しては、環境側と本人側の両面にアプローチしていくことが必要である。環境側への対応として①生活基盤の整備：経済保障を含めて本人が安心して暮らせる環境の整備、②環境の構造化と居場所作り：スケジュールややり方、物の置き場を定型化する、本人のできる活動や気に入った活動があって周囲に認めてもらえる場の用意、③周囲の適切な対応：興奮を避けるために場面や話題を変えてクールダウンを図るなどの行動療法的な対応がある。本人には、行動管理の意識付けや対処法を繰り返し「身体で分かる」レベルまで刷り込む。

障害認識と対応

名古屋リハでは「社会適応モデル」を用いて支援者が一致して障害認識にアプローチしている。筆者は2007年度に名古屋リハ職能開発課を退所して社会復帰した13名の脳外傷者に半構造化面接を行い、彼らの語りから障害の認識とその変容過程について分析した。その結果、障害認識は「障害の気づき」、「補償行動」、「受診の意味づけ(モニタリング)」の3側面から構成されていることが明らかになった。また、当事者の障害認識は、「現状を把握できない」段階から「障害を知り」「障害を実感し」「補償行動を試み」「こうすればできる」というプロセスを経て「できるを学ぶ」という主体的な学びの体験として語られた。