

アウェアネス向上と主介護者の介護負担感の軽減を目指した介入

堀越 歩¹・岡村陽子²

A study of intervention for awareness problem caused brain injury and care burden of primary carer.

Ayumi Horikoshi¹ and Yoko Okamura²

Abstract：専修大学心理教育相談室では、高次脳機能障害者に対して包括的・全人的神経心理学的リハビリテーションプログラムを提供している。今回、プログラムに参加している主介護者より「本人が歯を何十分もみがき続け、制止できずに生活に支障が出ている」と相談を受けた。しかし、本人自身はこのことについて「どこもおかしいところはない」と思っていた。この乖離は本人のアウェアネスが低いためであると解釈し、本人のアウェアネス向上と主介護者の介護負担感の軽減を目指した介入を行った。その結果、本人の意識が「おかしいと思う、治したい」に変化し、主介護者の介護負担感も軽減した。本介入による効果をセルフアウェアネスの階層モデルから考察した。

Keywords：高次脳機能障害、アウェアネス、介護負担感

1 はじめに

1.1 高次脳機能障害とリハビリテーション

高次脳機能障害とは、一般に外傷性脳損傷、脳血管障害等により脳に損傷を受け、その後遺症等として生じた記憶障害、注意障害、社会的行動障害などの認知障害等を指す（岡村，2013）。高次脳機能障害者に対するリハビリテーションは認知リハビリテーションと呼ばれる。その効果のエビデンスをまとめた渡邊（2012）では、認知リハビリテーションのうち、包括的・全人的アプローチ（Comprehensive・Milieu-oriented・Multi-professional・Holistic approach）を grade A（行うよう強く勧められる）として紹介している。このアプローチは、患者や家族に対し、さまざまな専門職が身体面、認知面、心理面、経済面等に対し、包括的に関わっていく。また、それにとどまらず、統合された治療環境のもと、個人療法あるいはグループ療法によって、認知機能の改善のみではなく、自己認識の向上や対人関係のスキルアップ、感情のコントロールにも焦点をあてるものである（渡邊，2012）。

特に、イギリスの The Oliver Zangwill Center では、Holistic Neuropsychological Rehabilitation（全人的神経心理学的リハビリテーション）を実施しており、クライアントが自身の認知機能障害による問題を理解することを大きな目標のひとつとしている（Wilson, 2017）。ア

ウェアネス（自身の状態への気づき）の程度が低いと、本人がリハビリテーションの必要性を感じにくかったり、失敗を障害のためであると認識できなかったりするため、さまざまな問題が生じる。障害を正しく認識することは、リハビリテーションに取り組み、社会復帰する際に本人にとって重要な意味を持っている（長野，2012）。つまり、クライアント本人が自身の問題に気づくことがリハビリテーションを進める大きな一因となる。

1.2 専修大学心理教育相談室における取り組み

専修大学心理教育相談室では、高次脳機能障害者に対する集団認知リハビリテーションとして、包括的・全人的神経心理学的リハビリテーションプログラムを実践している。この教室では、高齢者高次脳機能障害者に対してプログラムを実践し、その効果を検討することを目的としている（岡村，2013）。

本プログラムは、2012年11月より毎月第4水曜日（2018年度からは第4金曜日）の10時から12時、専修大学心理教育相談室ミーティングルームにて実施され、現在も継続されている。メインセラピストとして相談員である教員が担当し、コ・セラピストとして専修大学大学院で心理学を専攻する修士課程2年の室員が担当している。

プログラムは、開始から30分ずつスピーチ、講義、個別訓練、ディスカッションを行う4部構成となっている。スピーチでは、自分自身や障害をテーマとして各参加者に3分間ずつ話してもらう。これは、時間を意識して発話内容をまとめるという前頭葉機能の向上に加え、

受稿日2018年11月29日 受理日2018年12月6日

1 IMSグループ西仙台病院（Itabashi Medical System group Nishisendai Hospital）

2 専修大学人間科学部心理学科（Department of Psychology, Senshu University）

自分自身や自身の障害を理解しアウェアネスを高めつつ、自尊心を高めることを目的としている。講義は、自身の障害理解に必要な知識を深めることを目的とし、脳の構造や機能、高次脳機能障害等をテーマとしている。個別訓練では、室員が各参加者1名ずつを担当し、それぞれに必要な認知機能のリハビリテーションを実施する。具体的には、毎日30分程度で実施できる宿題の提示や、前月の宿題内容や結果のフィードバックである。この間、メインセラピストは同席している家族と面談を行っている。最後にディスカッションでは、対人能力の向上を目的とし、前月に示したテーマに沿い、意見交換を行っている。

本稿では、2015年7月から12月に本人のアウェアネス向上および主介護者の介護負担感の軽減を目的として行った介入を報告する。

2 症例

【症例】

50歳代男性，右利き

【病歴】

X-8年のくも膜下出血により、四肢の失調が残存。高次脳機能障害として、意欲低下、注意障害、遂行機能障害があった。

【神経心理学的検査】

以下の検査は集団認知リハビリテーションに参加し始めたX-3年に実施した。

WAIS-III：言語性IQ94，動作性IQ78，全検査IQ85

WMS-R：言語性記憶97，視覚性記憶62，一般的記憶85，注意／集中力81，遅延再生69

【本介入までの経緯】

X-3年より、専修大学心理教育相談室における集団認知リハビリテーションに主介護者である妻とともに参加し続けている。

主介護者からの「本人が歯を何十分もみがき続け（以下、歯みがき行動）、制止できずに生活に支障が出ている。アラームが鳴ったら終わるようにとタイマーも用意しているが、それも止めて洗い続けてしまい困っている」という訴えに対し、本人は「どこもおかしいところはないと思っている」とアウェアネス低下による乖離がみられた。そのため、主介護者の介護負担感の軽減を目指し、個別訓練を利用してアウェアネス向上を目的とした課題を用いた介入を行った。

なお、本研究は専修大学に設置された人を対象とした研究倫理委員会の承認を得ている（申請番号11-S002-

1)。また、本稿掲載にあたり、本人より書面にて同意を得た。

3 方法

3.1 日常動作課題

本課題はまず、整容動作（洗顔、歯みがき、髭剃り）、排泄動作、入浴動作、着替え、買い物（近所のスーパーまで歩いていく）という5つの日常動作それぞれにかかる時間を週に一度、本人に予測してもらい、予測した時間とした。次に、その1週間のうち、それらの日常動作について実際にかかった時間を主介護者に記録してもらい、実際にかかった時間とした。主介護者の記録した時間のうち、幅のあるものに関しては、その中央値を実際にかかった時間とした（例えば、10～20分と記録されていた場合15分）。ここまでの本人による予測した時間、主介護者による実際にかかった時間に関する記録を週に一度、1か月間実施した（毎月4回ずつ実施）。

さらに、アウェアネスを高めるために、予測した時間と実際にかかった時間の差について、次月の個別訓練時にフィードバックをした。

ここまですべてを1セットとし、これらを計3セット実施した。

また、本課題実施後の訓練時に本人の変化について主介護者にインタビューした。

3.2 質問紙

アウェアネスの変化を測定するため Patient Competency Rating Scale (PCRS) を本人と主介護者に実施した。また、主介護者の介護負担感を測定するため、Zarit 介護負担尺度日本語版を主介護者に実施した。

4 結果

3セット行った日常動作課題のうち、4回すべて実施されたのは第1セットのみで、第2セット、第3セットは3回ずつ実施された。

4.1 予測した時間と実際にかかった時間の変化

5つの日常動作について、本人が予測した時間、主介護者が記録した実際にかかった時間をまとめた（Table 1）。また、今回ターゲットとした整容動作と、予測と実際の時間差が特に小さかった着替えについて、それぞれの時間と時間の差を図にまとめた（Figure 1～4）。整容動作において、第1セットから第2セットにかけては予測した時間と実際にかかった時間の差が大きかったが、

Table 1. 各項目の予測した時間と実際にかかった時間

		第1セット				第2セット			第3セット		
		予測	15	60	30	30	20	35	20	30	30
整容動作	予測	15	60	30	30	20	35	20	30	30	30
	実際	40	45	40	45	50	50	43	30	40	30
排泄動作	予測	5	10	5	5	5	5	5	5	5	5
	実際	15	13	13	13	13	18	23	18	18	5
入浴動作	予測	30	45	30	40	30	30	30	30	30	30
	実際	30	45	40	45	35	30	40	40	30	30
着替え	予測	2	10	5	5	5	5	5	5	5	5
	実際	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5
買い物	予測	10	15	30	30	30	20	30	30	30	30
	実際	15	13	30	30	30	40	30	30	30	30

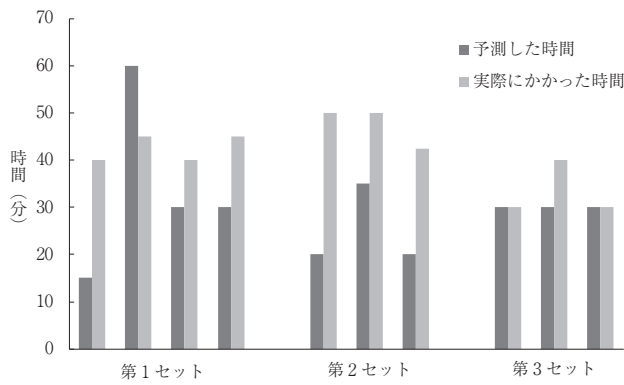


Figure 1. 整容動作 予測した時間と実際にかかった時間

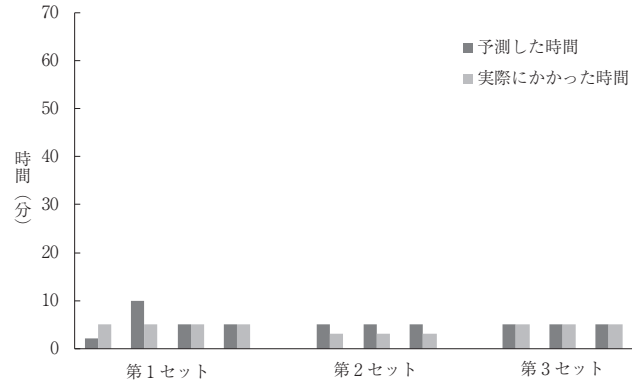


Figure 2. 着替え 予測した時間と実際にかかった時間

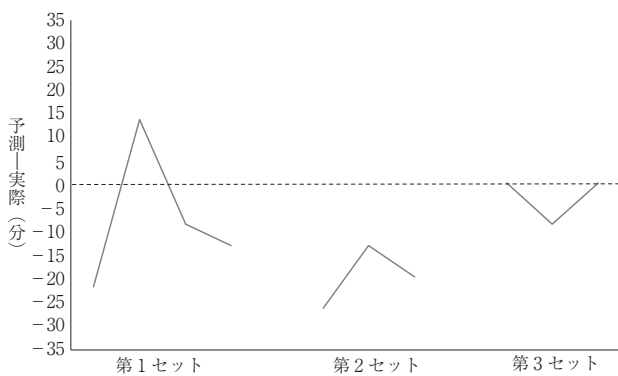


Figure 3. 整容動作 予測した時間と実際にかかった時間の差

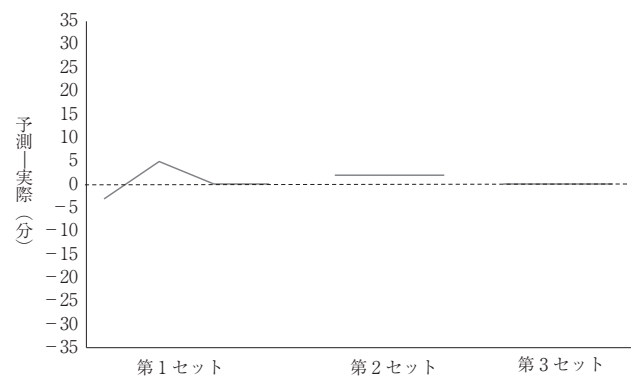


Figure 4. 着替え 予測した時間と実際にかかった時間の差

第3セットにはその差が小さくなり、少しずつ正確に予測できるようになった。

と主介護者の得点をベースライン (X年2月, 7月), 介入後 (X+1年1月), フォローアップ (X+1年7月) の3期に分けて算出した (Figure 5)。

4.2 アウェアネスの変化

アウェアネスの変化を確認するために、PCRSの本人

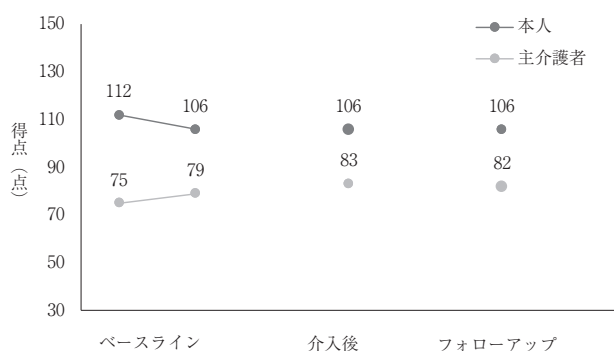


Figure 5. PCRS 得点

4.3 主介護者の介護負担感の変化

主介護者の介護負担感の変化として Zarit 介護負担尺度の結果を PCRS と同様にベースライン、介入後、フォローアップの3期に分けて算出した (Figure 6)。

4.4 主介護者へのインタビュー

第3セット終了時、本人が歯みがき行動に対して「おかしいと思う、治したい」と語っていたと主介護者より報告された。

5 考察

今回、主介護者より歯みがき行動に対しての相談を受けたことをきっかけとし、主介護者の介護負担感の軽減を目指し、アウェアネス向上を目的とした介入を行った。介入期間は短かったが、ターゲットとした行動について実際にかかる時間を少しずつ正確に予測できるようになってきた。ベースライン、介入後、フォローアップの3期において PCRS 得点に大きな変化はなかったものの、主介護者の介護負担感が介入後に軽減した。また、本介入により、本人の意識が「どこもおかしいところはない」から「おかしいと思う、治したい」に変化した。

Table 1, Figure 1, 2 より、主介護者が負担に思っている歯みがき行動（整容動作に含まれる）に関しては予測した時間と実際にかかった時間の差が大きいが、その他の日常動作は比較的正確に予想することができていたことが読み取れる。それだけ歯みがき行動に対しては本人の意識が向いておらず、そのことが主介護者の介護負担感を上げていたと考えられる。

5.1 セルフアウェアネスの階層モデル

Crosson, Braco, Velozo, Bolesta, Cooper, Werts, & Brobeck (1989) は、セルフアウェアネスを「知的ア

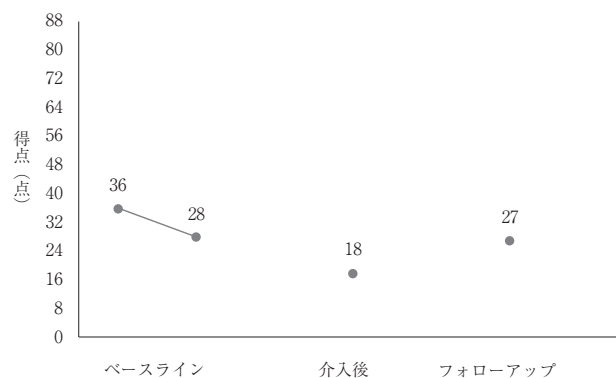


Figure 6. Zarit 介護負担尺度得点

ウェアネス (脳損傷の影響を知る)」、「体験的アウェアネス (自身にも脳損傷の問題があることを知る)」、「予測的アウェアネス (対応方法を身につける)」の3段階に分けた。このモデルでは、アウェアネスは知的アウェアネスから体験的アウェアネス、予測的アウェアネスへと段階的に獲得されていくとしている。本症例は、専修大学心理教育相談室で行われているプログラムに継続して参加しており、毎月脳損傷や高次脳機能障害について講義を受けていた。そのため、全般的な脳損傷の影響はある程度は理解していただろう。しかし、本介入を実施するまでは自身にその影響があると考えられていたとは言えず、特に歯みがき行動という特定の行動に関しては、「どこもおかしいところはない」と考えていた。そのため、本介入実施前、歯みがき行動に対するアウェアネスは知的アウェアネス段階であったと考えられる。しかし、本介入を行ったところ、本人の意識が「おかしいと思う、治したい」と変化した。本介入により、歯みがき行動に対する本症例のアウェアネスは体験的アウェアネスへと段階を上げることができたのだろう。これは、本介入を通し、本人が自身の歯みがき行動にかかる時間が長く生活にも支障が出ていることに気付いたからであると考えられる。しかし、Figure 5 に示されているように、PCRS 得点はベースライン、介入後、フォローアップの3期において特に大きな変化はない。このことから、本介入はターゲットとした行動のアウェアネスの段階は上げることができたが、全般的なアウェアネスを向上させるまではいかなかったと言える。高次脳機能障害は100人いたら100通りの症状があると言われるほど、同じ症状を呈する者はいない。本介入方法は、全般的なアウェアネスを向上させることはできないが、個々の症例のさまざまな症状に対応させることができる可能性があるだろう。

5.2 介護負担感との関係

Figure 6に示されているように、主介護者の Zarit 介護負担尺度の得点はベースライン時でやや下がり気味ではあったが、介入後が最も低く、その後再び高くなってしまった。ベースライン時に得点の下がり気味だったのは、上述のように本症例はプログラムに継続した参加をし続け、さまざまな訓練を続けていたためであると考えられる。

本介入後に得点が最も低くなった理由は、Figure 1に示されているように、第3セット時に整容動作に実際にかかる時間が比較的短くなり、安定してきたためであろう。主介護者の介護負担感を強くさせていた大きな理由のひとつが歯みがき行動であった。今回の介入により、歯みがき行動が少し落ち着いたため、介護負担感も軽減された。しかし、本介入を継続して行えなかったため、その後フォローアップ時点での介護負担感ベースライン時とほぼ同等まで上がってしまっている。

5.3 限界点と問題点

本症例は、本介入による効果を一時点でしか検討できていない。それは、担当者が1年ごとになってしまうため継続して同じ介入ができないということ、同じ課題をし続けると本人に苦痛を与えてしまうことが理由として存在する。そのため、本人のアウェアネスの向上は一時的であった可能性がある。また、整容動作に実際にかかった時間は3セット時で30~40分間であり、決して短くなったとは言えない。つまり、本介入により本人の意識は一時的に変化したことが、行動を大きく変えることまではできなかった。今後、歯みがき行動に対する継続した介入が望まれる。

本症例は、主介護者より歯みがき行動について相談を受けたが、実際の介入ではそれを整容動作としてまとめてしまったことも問題点のひとつであろう。ターゲットとなる行動が曖昧になってしまったため、本人も意識をしにくく、また、主介護者も記録をしにくくなってしまった可能性がある。整容動作とまとめてしまっても本症例のように一定の効果は認められたが、本来であれば歯みがき行動に絞った介入をする必要があったと考える。

加えて、本介入方法は主介護者の協力が必要不可欠になってしまうことも問題点としてあげられる。The Oli-

ver Zangwill Centerでも全人的神経心理学的リハビリテーションは家族との協同行うことと提唱しているが、必ずしも今回のように主介護者の全面的な協力が得られるとは限らない。今後、もう少し家族の負担の少ない介入方法を考えていく必要がある。

また、心理的側面に関して、岡村・武藤(2014)は知的アウェアネスから体験的アウェアネス、予測的アウェアネスへと段階が進むにつれ、心理的ストレスも増加することを示している。本症例においても、本介入によりアウェアネスの段階が進んでいるため、その段階に沿った心理的支援が必要であろう。例えば、岡村・武藤(2014)では、体験的アウェアネスの段階では、心理的ストレスを考えて心理的体験の量を調整するような心理的支援を提案している。また、今後予測的アウェアネスの段階に進んだ場合、ソーシャルスキルトレーニングと同時に心理的ストレスの軽減を目的とした心理療法の必要性も提案している。専修大学心理教育相談室では、本人と主介護者が定期的にメインセラピストとの面談の機会を設けている。The Oliver Zangwill Centerでも全人的神経心理学的リハビリテーションに心理療法の導入は必要不可欠であるとされていることから、アウェアネス向上とともに個別に心理療法の提供も検討されるべきであろう。

引用文献

- Crosson, B., Barco, P.P., Velozo, C.A., Bolesta, M.M., Cooper, P.V., Werts, D., & Brobeck, T.C. (1989). Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4, 46-54.
- 長野 友里 (2012). 高次脳機能障害の awareness 高次脳機能研究, 32, 433-437.
- 岡村 陽子 (2013). 高齢の慢性期高次脳機能障害者に対する認知リハビリテーション—認知訓練教室活動報告— 専修大学心理教育相談室年報, 19, 156-161.
- 岡村 陽子・武藤かおり (2014). 高次脳機能障害者のセルフアウェアネスと心理的ストレスの関連の検討 専修人間科学論集, 4, 1-9.
- 渡邊 修 (2012). 認知リハビリテーションの効果のエビデンス 認知神経科学, 13, 219-225.
- Wilson, B.A. (2017). General Introduction. Winson, R., Wilson, B.A., & Bateman, A. (Ed.), *The Brain Injury Rehabilitation Workbook* (pp. 1-14). The Guilford Press.