

代償手段を身につけさせることに 重きをおく

図2のどれかひとつの症状だけを取り出して、筋肉を鍛えるように繰り返しをさせるのは得策ではありません。例えば記憶障害をよくしたいからと、脳ドリルで記憶のトレーニングだけをさせるよりは、睡眠や覚醒など生活面を整え、能力を超えて無理をしない範囲のなかで、家事手伝いや軽作業をし、できたことをほめたり、メモを取るように指示したり、行動の見直しを行なうほうが効果があります。

ちなみに記憶力障害の訓練としてトランプの神経衰弱ゲームを百回やらせたとしても、記憶力そのものは向上しません。あなたは神経衰弱ゲームをやるごとに記憶力がよくなったでしょうか？ 実は筋肉を鍛えるように海馬のはたらきを鍛えることはできないのです(ただし百回の神経衰弱ゲームは、本人が嫌がらないでやってくれたとしたら、注意力の向上には役に立つでしょうけれども)。

メモを取ったり日記をつけたり予定表を確認したりする代償手段を行なうことを繰り返していくと、課題に対する構えや注意力が向上し、記憶の改善にもつながります。

混乱や不適応や疎外から、 二次的に精神科的問題が生じる

本人の能力に合った環境を整え(=能力以上の無理をさせないということ)、代償手段を身につけさせること(=メモを取らせたりすること。記憶そのものを向上させようとするものではない)は、積極的な治療や看護を放棄していることにはならないかという人があるかもしれません。頭をもとに戻したいという本人や家族の望みを足止めにしておいて、混乱しないよう、不適応にならないようにして、ただ自然の回復を待っているだけではないかと。しかし、この不適応にならないようにするという点がと

ても重要なのです。

表1の症状があるがゆえに、もとの日常生活や社会生活にいきなり戻ると、周囲から驚かれ、あるいは拒否され、その結果うつや不満、孤立、攻撃性、いわゆる社会的行動障害が育ってしまいます。失敗を繰り返すことで自信をなくし、無気力になり、閉じこもる人もいます。すなわち、もとの高次脳機能障害があり、それがさらに新たな精神科的問題(これも社会的行動障害として行政上の高次脳機能障害に含まれます)が生じ、ますますトラブルや引きこもりがひどくなってしまいます。

リハビリテーションの意義や目標のひとつは、いまある能力で適応的(=本人にとって快適であるはずの)生活を送れるようにスキルを身につけさせ、このような二次的な精神科的問題を予防する、あるいは悪循環の罠から脱出させることなのです。このことは特に退院後に問題となってくるのですが、入院初期から、能力にあった環境を整え、混乱を予防し、代償手段を身につけさせるという視点が大切

図3 混乱や被害感を出現させないための入院中の工夫



記憶力障害、見当識障害、易怒性が目立つ脳外傷者(受傷より2か月目)のベッドサイドに入院理由の掲示、1週間の訓練予定のホワイトボードとカレンダーをおく。中央の掲示には、受傷年月日・現在の場所・入院理由・主な症状・訓練内容・見通しについて簡単に書いてある。時に応じて患者と一緒に確認する。

です。

病棟で混乱や被害感の出現を防ぎ、二次的な問題の発生を予防する。それが図3のような工夫です。これは記憶力障害と易怒性のある受傷2か月目の患者のベッドサイドの写真です。今はいつなのか、こ

こはどこなのか、自分はなぜ今病院にいるのか、どういう練習をするのか、それは自分のためになるのか、ということを示して、適宜一緒に確認し、混乱を予防します。

3 統合失調症者と比べてみると

統合失調症者と共通する特徴も

高次脳機能障害者には記憶障害と同時に、主に前頭葉症状と考えられるさまざまな症状がみられ、そのために社会適応が悪くなってしまふ場合が多く見られます。高次脳機能障害者によくみられる特性が表2です。記憶や注意や情動の障害が軽症な人には、逆にこれらの問題が前面に浮かび上がってきます。

表2 高次脳機能障害者にみられる特性
(いわゆる前頭葉障害)

(表1の典型的な症状と並存してある。表1の症状が軽症の場合、以下の問題が浮かび上がってくる)

- 臨機応変に課題の変化に即応することができない。頭の切り替えができない。
- 同時に複数のことができない、一度に1つのことしかできない。
- 思考がall or nothing(黒か白か)になり、他人の言動のあいまいさ(灰色)を許せない。
- 大切なことを大雑把に把握することができない。些細な部分にとらわれてしまう。
- 自分から物事を開始することがない。言われないとやらない。
- 家族から指示されても受け入れない。自分の思うとおりにならないと怒る。
- その場の状況に合わせて、自分の言動を調節することができない(空気が読めない)。

そしてこれらの特性は統合失調症者においてもしばしばみられるものだということにお気づきでしょう。統合失調症では幻覚妄想や精神運動興奮などの急性期の症状が軽快すると、本来の症状である中核症状、陰性症状が目立つようになり、社会生活が滞ってきます。ここで、統合失調症の日常生活の障害を「自分についての障害」「他者についての障害」「物についての障害」に分けて考える^{*3}と、高次脳機能障害との関連で理解しやすいと思います。

a. 自分についての障害

生活がだらしなくなり自分の身の回りのことをきちんと行なえなくなることで、身辺自立の障害、自律性の障害、意思・意欲の障害がそれにあたります。これは、広く前頭葉を損傷した高次脳機能障害ではよくみられます。

b. 他者についての障害

被害的な構えがあって周囲の人の視線や気持ちを誤解して悪くとってしまう傾向があり、場にふさわしい行動が苦手で人付き合いが極端に下手な有り様のことです。この、場の雰囲気や誤解してしまう、あるいは読みすぎて萎縮してしまう、あるいは逆に全く場を読まなくなる傾向は、統合失調症と同じような幻覚妄想をもつ高次脳機能障害者、あるいは失敗を重ね二次的にうつや不満、孤立、攻撃性がふくらんでしまっている人によくみられます。

c. 物についての障害

これは長い経過の統合失調症者によくみられるもので、後述するように言語記憶(言われたことを記憶する)、注意機能(物事に注意を向ける)、実行機能(計画にもとづいて行動を起こす)、視覚・運動処

図4 対処的な行動(コーピング)を練習させるときに用いるポスターの例

怒りっぽくなってしまおう方へ

「問題」脱抑制(衝動性、易怒性)

「解決」自分の行動をよく計画することによって、再びコントロールできるようにする。

「方法」

- (1) 反応する前に、「どのように言ったり、行なったりするのがいいのか?」と自問する。
- (2) 「自分はどのようなことに出会いたいのか?」
- (3) 自分の応答をあらかじめ心づもりしてから行なう。
- (4) フィードバックを相手に求め、記録し、ふりかえってみる。

理(効率よく作業をすすめる)の力が落ちています。これはまさしく表1の高次脳機能障害の症状です。

ただし、高次脳機能障害者ではこの「物についての障害」がずっと重症なので、後述のように、秩序や約束事を外からわかる・見える形で作って補う(時間や場所や人をあらかじめ決めてしっかりさせておく、本人にわかる形にして確認できるようにしておく、構造化し固めておく)ことが必要です。

たとえば図4は怒りっぽくなってしまおう人への対応で、本人に適応的な力をつけてもらうときに示すポスターの例です。「問題」と「解決」のための「方法」を目に見える形にして、本人がいつでも見直すことができるようにしておくことが必要です。

統合失調症者への リハビリや看護が応用可能

aの「自分についての障害」、bの「他者について

の障害」に対するリハビリや看護は、精神科では長年の経験があります。急性期を過ぎた統合失調症者の治療、看護、リハビリテーションの目的は、次の①～⑤に集約できます**。

①ストレスの緩衝剤となる温かで安定した対人関係をつくり維持するためのスキルを身につける。
→例えば、安心できる居場所で公衆マナーを守る、挨拶をし合う、一方的に話し続けたり攻撃したりしない

②さしあたってのストレス状況に対処するためのスキルを習得する。
→例えば、精神的に負担になることをうまく断わる、信頼できる人に相談するなど

③精神疾患のセルフマネジメント技能を向上させる。
→服薬の自己管理、決められた通院日に病院へ通うこと、調子が悪いときに主治医へ連絡すること、休息の仕方など

④持続的な精神症状への対処技能を向上させる。
→例えば、慢性的な幻聴に対して距離をおき、健康な自分の部分を失わないように練習する

⑤認知プロセスの改善をはかる。
→例えば、被害的な構えや認知を健康なものに修正する

このうち①～③、⑤は高次脳機能障害者の治療、看護、リハビリテーションにも当てはまるものです。記憶障害がある場合が多いので、これまでたびたび述べてきたように、本人があとでふりかえって自分で確かめることができるように工夫を加えればよいのです。また④についても、持続的な精神症状を、「些細なことで興奮してしまい気持ちを抑えられないこと」と置き換えてみればよいのです。

同じ認知機能の低下でも、 統合失調症者とは程度や質が違う

実は統合失調症者にも、記憶や注意や遂行機能に関する神経心理学的検査を行なうと、低下がみられ

る項目がいくつもあることが知られています。

これまでの研究論文をまとめると、幻覚妄想が激しい急性期を過ぎて精神症状が比較的安定している統合失調症者であっても、健常者に比べて、言語学習、遂行機能、注意・覚醒、運動スピード、言語の流暢性で、有意な低下(健常者より2SD以上低下している)がみられることがわかっています*3。また注意の転換、記憶想起、視知覚運動機能、ワーキングメモリーについては、健常者より低下している傾向(1~2SD低下)がみられます。すなわち、いろいろな検査の結果において認知機能は、健常者>統合失調症者>高次脳機能障害者、となります。

それなら統合失調症者の認知機能の障害がさらに重くなったのが高次脳機能障害かということ、そう単純ではありません。例えば、脳外傷後にしばしば発動性の低下や無気力がみられますが、これは統合失調症の無為とは様相が異なるものです。

こんな研究があります。同程度に無為がみられる、すなわちSANS(Scale for Assessment of Negative Symptoms)の無為(apathetic)得点と同じ点数の脳外傷者の群と統合失調症者の群を比較したところ、統合失調症者群では高次脳機能障害者群に比べて、快感消失(anhedonia)、情動鈍麻(blunted affect)、思考の貧困(alogia)の得点有意に高かった(重かった)*5ことが示されました。これは、脳外傷により発動性が低下して外見は無為に見えても、脳外傷による高次脳機能障害者では統合失調症者と異なり、情動や快感や思考といった内面の活動は比較的保たれている、潜在的にエネルギーがあり健常者に近いということを裏付けてい

ます。

このような認知機能や発動性の研究の結果を総合すると、高次脳機能障害と統合失調症の特徴や看護、対応についての違いを、神経心理学的検査の値からだけで議論することには限界があるといわざるをえません。実際の診療や看護から得た、数字になりにくい経験、知見が大切なのです。

ここが統合失調症と違う

両者の違いについて、筆者はかつて臨床経験から以下のように述べました*6。

「高次脳機能障害者では病前の能力や社会適応状況にとらわれ、現在の自己を受け入れることができない。病前のレベルの就労や処遇を希求し、外部に攻撃的になり怒り出す。相手の態度や表情から言外の真の意味を理解できない。代償手段を身につけ適応的に行動する練習の場所が必要である。一方、統合失調症者では現実的な社会適応状況の水準がわからず、不安、無為がみられる。周囲の状況や相手の態度、言外にある雰囲気過敏である。対人関係や新規学習におびえ、むしろ内に閉じこもる。安心できる居場所が必要である」

急性期を過ぎて家庭復帰、さらには社会参加を狙う時期にある統合失調症者では、周囲の状況に過剰に気づき、しばしば実際にはないことまでも心配して不安定になります。一方、高次脳機能障害者ではその逆に気づきがない場面があり、目の前にある心配すべきことを心配することもなく確固としていることがあります。

4 彼らの特性を活かしたリハビリテーションへ

気づきを得るために “適度な”失敗が必要

統合失調症者では失敗をさせないこと、萎縮させ

ないこと、そして図5のように、健康な自我(=幻聴があつてつらい、病気がよくなりた、楽しく人間らしい生活をしたい、などという自然な部分)をふくらませていくことが重要です。健康な自我の部分が広がって病的な部分(=幻聴、被害関係妄想の

図5 統合失調症者への精神療法、
看護対応の原則

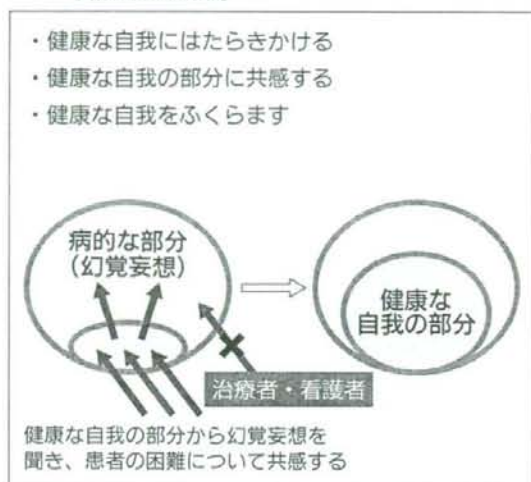
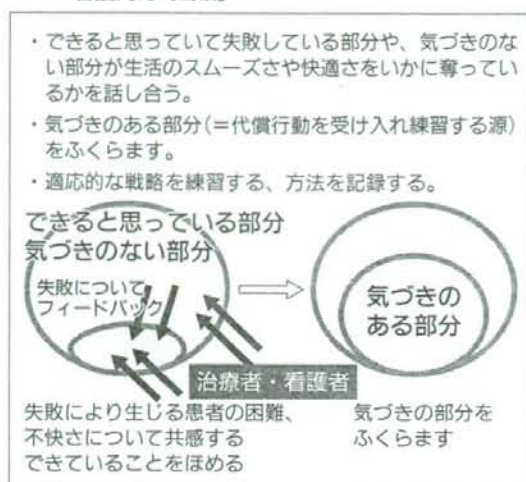


図6 高次脳機能障害者への認知療法、
看護対応の原則



内容、虚構の部分)が縮んでいけば、自己と他者との自我境界もはっきりしてきて安定します。病的な部分のみを直接とりあつかう(例えば幻聴の内容を聞きっぱなしにして、それによってつらいという健康な部分を確認しない)ことはよくありません。

一方、高次脳機能障害者では適度な失敗をさせて、気づきのない部分にはたらきかけて、そこから気づきを得てもらい、気づきのある部分をふくらますことが必要です(図6)。気づきを得ってもらうためには、看護者や治療者がその場でアドバイスをすることが求められます。家族からの注意ではしばしば喧嘩になってしまいます。

また、“適度な”失敗というところが重要です。致命的な失敗(例えば、退院後すぐに出社させて失職につながる失敗をいきなりしてしまうようなこと)では二次的な精神的問題を確実につくってしまいます。失敗に対して注意してくれる人がいて、さらに予行演習ができる場面での失敗がよいのです。

例えば、入院中の患者さんで記憶障害があると、その日の日課予定やチェック表、メモをつけるように指導しても、なかなか定着しません。本人はそのようなことをしなくても自分で何でもできると思っ

ているからです。

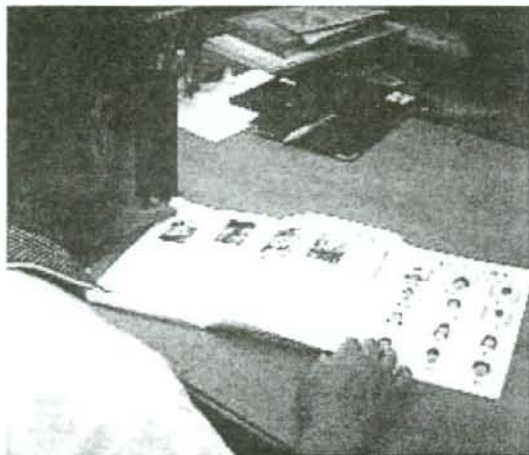
そこで、本人が日中テレビで相撲や時代劇を観ることや、おやつを楽しむにしているのなら、それらの予定を日課表に書いてもらいます。時間がきてもあえて誘導せず、「今日の予定は何？」と聞きます。そうしたあとに日課予定やチェック表、メモをつけそれを見直すことの大切さを話し合います。そこで決めた内容を記録し、本人があとで見て確認できるようにしておきます。

もっとも、できないことの指摘ばかりでは本人は自尊心を保てません。できていることをほめることも必要です。退院後は、通院でのリハビリ(作業療法)や家族の協力により、日記やメモ、代償手段の活用を根気よく続けていきます。図7、8、9は、退院後、数年を経て、代償手段を利用して社会的に適応している人たちの姿です。

曖昧な部分を少なくしたほうがよい 高次脳機能障害

くどくなりますが、ここがポイントなのでさらに続けます。統合失調症と高次脳機能障害の違いにつ

図 7.8.9 代償手段を利用して社会に適応している人たちの日常の工夫(本人と家族の同意を得て掲載)

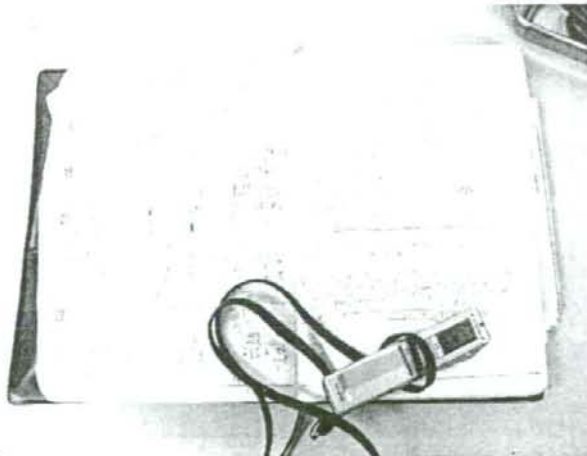


5分前のことがほとんど記憶に残らない重い記憶障害のくも膜下出血後遺症の患者(知能はほぼ正常)。現在、家族の保護下で在宅生活中。写真付き日記とデイケアスタッフの顔写真表を確認しているところ。

- ・写真付き日記(写真は看護者や家族がポラロイドカメラで撮影し貼る)を見ながら昨日、あるいはこの1週間何を行ったかを確認することによって、本人の混乱は軽減する。
- ・右側のシートはかかっているスタッフの顔写真と名前一覧表。
- ・決めたことはノートに箇条書きで記載し(記載させ)、あとで本人が確認できるようにする。



記憶力障害が目立つ脳外傷者。受傷3年目。外来で、携帯電話のスケジュール機能やメモ機能に、次回までの課題や宿題、受診日をすぐにその場で入力。今日までの流れがわかるようにメモリーノートを開きながら入力・確認している。



くも膜下出血後に記憶力障害が残存。電子録音機、スケジュールノート(メモリーノート)、付箋を利用して復職に至った。外来での診察の様子。診察中録音してもらい、次回までの課題を自宅を確認する。職場でも利用。大型のスケジュール表(職務用)を併用。

表3 精神障害(統合失調症)と高次脳機能障害の
就労対象者での比較

	○問題がない		△しばしば問題がある		×問題がある	
	作業 遂行	対人 関係	安定 性	自覚 (障害理解)	作業 遂行	対人 関係
精神障害(統合失調症)	○	△~×	×	○~△	×	○~△
高次脳機能障害	×	○~△	○	×	×	×

(文献*7から引用)

いて、安定性と自覚(気づき、障害理解)に注目すると表3のように整理できます*7。

すなわち、統合失調症者では、安定性に問題があり、ストレスへの弱さを前提に、引きこもりを増強しないよう萎縮してしまわないよう、失敗を最小限にする配慮が必要だと考えます。作業では、居場所の確保という側面を大切に、過度な構造化(作業内容やノルマ、時間をきっちと決めておくこと)によって本人を排除しないように、曖昧な部分をいくらか残しながら対応するほうがうまくいきます。安全な居場所であればよいのです。

一方、高次脳機能障害者は自分の機能低下について自覚が乏しく、自分を取り巻く状況への気づきが乏しいのが特徴です。適度な失敗を経験させ、(適切なフィードバックによって)自身の障害や振る舞いがどう周囲に波及していくかを学習し、適応的な振る舞いを練習する場が必要です。作業では、仕事の段取り、時間など細部まで構造化し、あいまいな部分を少なくして対応したほうがうまくいきます。もちろん両者とも、困難さ不快感について共感しサポートすることが必要なのはいうまでもありません。

個々に、目標、方法を定めていく

記銘力障害があると、アドバイスや経験が積み重ならず、新規学習が定着しないため、どうしても失敗が繰り返されます。しかも失敗によって周囲と齟齬が生じ、責められて、不快な情動体験のみが記憶に蓄積されていきます。

すなわち、通常の流れにまかせていると、負の強化のみがなされていきます。そこで失敗を防ぐための手段(例えば、メモ、タイマーを利用するなど)や行動(例えば、わからなくなったら他人に聞く、疲れたら不機嫌になる前に休息をとるなど)を、正の強化づけをしながら定着させます。

これを行なうのが、認知リハビリテーションです。自身の障害が眼前の事柄にどう現れているか(〈問題〉)、そして〈目標〉とその〈解決〉を、本人との話し合いのなかで明らかにして〈方法〉を提案し、それを書いて本人に渡します。

例えば、怒りっぽい人には図4のようなポスターを渡して、本人に実行してもらいます*8。その結果をフィードバックし、次にはどう行なえばよいのかを話し合い、また実行してもらいます。あとで振り返ることができるよう記録してもらいます。

脳挫傷から回復したものの記銘力障害があり、入院している病院内で迷子になったり、病棟規則を守れず注意する看護師と言い争いになったりする場合は考えてみましょう。〈目標〉を、約束を守ること、メモやスケジュール表のとおり動くこととすると、本人は納得しません。本人が望んでいるのは、自宅で自尊心を保ちながら心地よく社会生活を送ることです。したがって〈目標〉は、自宅で心地よく生活することとします。

そして、そのための〈解決〉法が、約束を守ること、メモやスケジュール表のとおり動くことです。そのためにスキル(技術)を身につけていく方法を話し合い、〈方法〉として記録します。

「今何に気をつけているのか」を聞き、陽性のフィードバックを返す

適応的な行動をとっていくためには「今どんなことに気をつけているのか」を聞いて、本人が行なっているよいことを強化することが必要です。外来診察や看護の場面で、「今どんなことに気をつけているか」と聞いてみます。そして、

「大事なことはメモをとるようにしている」
「複雑なことは1つ1つ順番にやるようにしている」
「手順書を見ながら作業(家事手伝い)をやっている」
「疲れてきたり、いらいらしてきたら休憩をとるようにしている」

「わからなくなったら周りの人に聞くようにしている」

といった返答が出るまで、いろいろと話し合います。そして、自らがそのように気をつけることによって、うまくいったこと、成功したことを話し合います。すなわち、陽性のフィードバックを繰り返し行なうのです。もちろん、すでにできていることはほめてプライドを損なわないようにします。

集団を利用した 認知リハビリテーションの利点

1対1で障害について指摘し、訓練を指導しても、高次脳機能障害者はなかなか受け入れてくれません。逆に反発されるでしょう。他人から注意されてもそれが自分で足りないところだと実感できないからです。

しかし、同じ障害をもつ仲間が行なっていて、よさそうなこと、うまくやっていることは、なるほどと思ひ、やってみようという気になります。また他人のよくない振る舞いや失敗を見てそこに自分の振る舞いを重ね、省みることはできます。

そこで最近では日本でも、集団を利用した認知リハビリテーション⁸⁾が行なわれるようになってきています。これはメンバーを固定化した数名～十数名とその家族の小集団(治療者が数名加わる)で、プレゼンテーションや活動をとおして、より快適な自分であるためのスキルの習得を目指すものです。

構造化された時間と空間のなかで、仲間の振る舞いに、自分が気づかなかった自身の問題を見つけ、あるいは仲間の取り入れている方法、代償手段(=メモを取ったりすること)を見習い、適切な情緒を受け渡し互いに励ましあいます。

ある人のプレゼンテーション(たとえば図10のように、マイニュース、世の中のニュース、前回の目標がどこまで達成されたか、次回までの私の目標は何か)が、他の者にとっては、聴き取り、注意持続、メモの練習になります。頭の体操と称して発行されているドリルをやるのもいいのですが、メモを見ながら話し合いに参加することが、実践的な注意やまとめの訓練になります。

失敗から自信をなくしている人にとっては、小さな社会(小集団)のなかで最近の成功体験を報告することで、自尊心を回復するきっかけになります。家族にとっては、スタッフのやり方をみて対応の実際を学ぶことができます。何よりも家族同士の交流をうながします。図11は筆者の施設で外来患者を対象に集団で認知療法を行なっている様子です。

連日行なうことが無理であっても、集団精神療法、健康増進施設でのグループ活動、デイサービス、生活支援センターでの集団活動で週1回、といった簡易な形であれば実施は可能だと思います。

例えば、慈恵会医科大学リハビリテーション科の橋本圭司先生は、日本損害保険協会の支援を受けてオレンジクラブという集団での活動の場を立ち上げ¹⁰⁾、さらに家族会にノウハウを提供し、このような集団の場を地域に広げ、患者や家族に勇気を与

図10 プレゼンテーション(認知リハビリテーション)の目的

1人ずつメモや日記を見ながら皆の前で発表

- ・マイニュース
- ・世の中のニュース
- ・前回の目標がどこまで達成されたか
- ・目標を修正する
- ・次回までの私の目標

障害についての理解を皆で深め合う(患者教育)
家族グループ、家族との合同グループ

図 11 グループによる認知療法の様子



10人程度のグループで、スタッフの司会のもと、前回からのマイニュースや目標について1人ずつ発表したり障害について学習し、個人の障害についての認識を深める。家族の参加も可能。スタッフは司会のほかに患者側にもいて、進行を助ける。(参加者全員の同意を得て撮影)

えることに貢献しています。

精神科、特に精神科病院の範囲で仕事をしていると、高次脳機能障害という、どうしても冒頭に述べたように突発的に著しく興奮するヘルペス脳炎後遺症の患者さんや、不穏興奮しベッドに抑制するしか対応できないハードな脳損傷の患者さんを見ることになるため、予後については悲観的になりがちです。脳が壊れているので治らないと。

しかし他科で看ている大部分の高次脳機能障害者は、もっとソフトな方方で、社会復帰へあと一歩という方も大勢います。精神科の看護経験や素養があれば、集団での活動にも援助者としてスムーズに入ることができるでしょう。

統合失調症に準じた 治療と対応が必要なケースとは

高次脳機能障害者に統合失調症でみられるような幻覚妄想が合併していることがあります。これは前頭葉と側頭葉のシステムの異常や神経伝達物質の異常によると考えられます。脳外傷後の幻覚妄想の発

生頻度は数%で、全体からみると決して多くはありませんが、精神科病院には幻覚妄想が持続する人が集まってきます。

治療では、統合失調症と同様に抗精神病薬を投与します。ただし統合失調症者に比べて抗精神病薬の各種副作用が出現しやすいので、増量はゆっくりと行ないます。

また、脳外傷や脳卒中後のうつ病も普通にみられます。脳外傷後うつが生じるのは、脳内のセロトニン系の異常によりますが、心理・社会的な要因も影響しています。例えば、職を失うのではないかと、金銭的に行き詰ってしまうのではないかと、仲間からのけものにされてしまうのではないかと、という不安がうつ病と関連していたとの報告があります。また、自分は社会的に孤立してはいない、家族のグループ、地域のグループや同じ仲間のグループなど、どこかに所属しているという意識があるとうつになりにくいという報告や、社会的サポートがないとうつ病が発症しやすいという、統計学的にエビデンスを示した報告がいくつもあります。

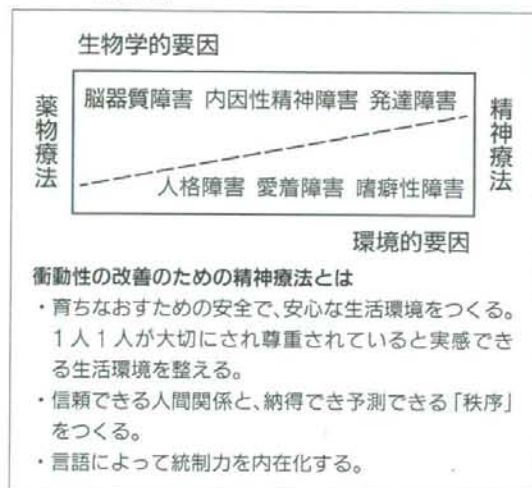
したがって投薬治療と並行して、その心理社会的な背景を探り、精神症状を発現させるマイナスの因子を取り除いていくことが必要です。これは統合失調症の場合と同様です。具体的には、障害の程度に合った環境設定(のアドバイス)、家族会・当事者の会の紹介、各種手帳の取得と社会資源利用の促進、年金の取得による経済的基盤の確保を行ないます。

情動障害に対しては 薬物療法と繰り返しの学習が有効

これまでたびたび述べてきたように、高次脳機能障害者のなかには、大脳辺縁系の損傷により衝動性、易怒性、攻撃性があり、焦燥、場にそぐわない興奮がよく出現するため、社会適応が悪くなっている一群がいます。

器質疾患の衝動性は、人格障害や嗜癖性障害(アルコール依存症など)の場合と比べて、生物学的な

図 12 衝動統制力の障害における原因と治療方法のバランス



要因が強く^{*11}、精神療法(サイコセラピー)よりも薬物療法が効果的です(図12)。高次脳機能障害による衝動性や焦燥に対しては統合失調症の治療に用いられている抗精神病薬や抗てんかん薬を投与します。

欧米で最も読まれている脳外傷の教科書には、急性の焦燥や攻撃性に対してはハロペリドール、リスベリドン、慢性的な焦燥や攻撃性に対してはリスベリドン、オランザピン、クエチアピン、クロザピンをあげています。また、バルプロ酸やカルバマゼピン、ガバペンチンといった細胞膜安定作用をもつ抗てんかん薬を投与します。うつが焦燥や易怒性の原因であるならば、抗うつ剤を主体に処方します。

もちろん、自尊心を損なっている社会生活状況や、周囲の仕打ちを治療者や看護者が把握し、本人に対処的な行動(コーピング)を図4のようなポスターを利用して根気よく学習させることは大切です。しかし、衝動行為を回避するパターンを習得させることは、特に記憶力障害が重度な例ではとても難しく根気がいらいます。

言語によって統制力を内在化させる(心の中につく)ように話し合っても、アドバイスや経験が積

み重ならず、失敗が繰り返されます。例えば、「怒って得になることはひとつもない。かっとなったら何か言う前に数字を1から5まで数えよう。その間に怒りは弱くなっている」と話し合いをして本人が納得しても、10分後には忘れてしまっています。ここでも話し合いを患者の言葉で記録してあとで見直せるようにして(経験の外在化)、繰り返し練習します。

このとき、少量でも向精神薬を内服していて、突然の感情爆発が少なければ、話し合いがスムーズにいきます。

適応的な行動を身につける 手助けをする

衝動性、易怒性がみられる患者であっても、落ち着いている場面では率直です。暴言・暴力を後悔し自己嫌悪しています。患者は自分が困難を感じていることをわかってくれ理解してくれる看護者には信頼をおき、興奮してからでもいくらかは介入を許してくれます。患者が困難を感じていることとは、高次脳機能障害それ自体ではなく、社会的立場や経済的基盤を失ったこと、家族や仲間から疎外されたこと、そして疾患に由来する身体症状に対してです。

身体症状は、脳外傷の場合には、頭重感、頭痛、めまい、嗅覚低下、複視、身体バランスの低下、四肢巧緻性低下、失調、構音障害がよくみられます。脳血管障害の場合には頭重感、不全麻痺側の痙性と表在感覚異常、肩・股・足関節の可動域制限と痛み、視野欠損、嚥下障害、神経因性膀胱(すぐにおしっこがしたくなるがトイレに行くとならない)がよくみられます。

月並みな言い方ですが、その人の精神状態、身体状態、家庭や社会での立場を的確に把握し、その人の困難さを理解したうえで共感し、励まし、適応的な行動を身につける手助けをしようとする態度が大切です。その態度を持続する粘り強さが、高次脳機能障害者へのよい看護につながります。▲

- *1-萩礼子:埼玉県主催高次脳機能障害セミナー 2005, 埼玉県における脳外傷などによる高次脳機能障害者の支援, 現状と課題, 配布資料 p17-19, 2005年.
- *2-立神粧子:ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所における脳損傷者通院プログラム, 総合リハ, 34:1000-1005, 2006.
- *3-福田正人:統合失調症の機能回復と脳機能評価, 精神経誌, 107:27-36, 2005.
- *4-池淵恵美:ストレスコーピングと認知行動療法, 精神経誌, 102:1049-1056, 2000.
- *5-Rao V et al:Apathy syndrome after traumatic brain injury compared with deficits in schizophrenia, Psychosomatics, 48:217-222, 2007.
- *6-先崎章, 星克司:脳外傷による高次脳機能障害の特徴と現状, OT ジャーナル, 35:992-998, 2001.
- *7-矢代美砂子:認知障害のリハビリテーション, 高次脳機能障害と統合失調症を比較する, 第15回日本精神障害者リハビリテーション学会ワークショップ配布資料, 2007年.
- *8-先崎章, 三村将:高次脳機能障害に対する認知リハビリテーション, 精神認知とOT, 2:189-195, 2005.
- *9-先崎章, 枝久保達夫, 新井美弥子:ニューヨーク大学医療センター・ラスク「脳損傷者外来通院治療プログラム」で行なわれている集団を利用した認知・心理療法, 臨床リハビリテーション, 8:559-565, 1999.
- *10-橋本圭司:高次脳機能障害がわかる本, 法研, 2007年.
- *11-藤岡淳子:攻撃性と衝動性の精神療法, 精神科治療学, 21:847-852, 2006.
- *12-R. Nieuwenhuys, et al.(水野昇ほか訳):図説中枢神経系(第2版), p230, 医学書院, 1991年.

精神看護

2008年11巻5号 (Vol.11 No.5)

【隔月刊】1部定価1,260円(本体1,200円+税5%)
2008年 年間予約購読料 7,380円(税込)

特集

“ケアする人”が楽になるための「認知行動療法」入門

主要目次

- “ケアする人”が楽になるための「認知行動療法」入門
..... 伊藤絵美
- トピックス
- 退院だけがゴールなのか?
患者さんそれぞれの自立を目指した「あきらめない」
かわり..... 加藤久美, 菅野智子, 5病棟スタッフ一同
- 「入院医療から地域生活へ」が実現できている
離島・八重山の精神科医療..... 長山亜紀子

■ FOCUS

- 「看護必要度」を精神科でつけてみたら,
どのような結果が出たか..... 井手祐樹, 井上有美子
- SSTモジュールを使って患者さんの体重管理に取り組む
..... 島田栄子
- 自著を語る
「臨床で書く——精神科看護のエスノグラフィー」
臨床看護研究は誰が何のためにするのか..... 松澤和正

最近の特集テーマ

- | | | | |
|-----------|---------------------------------|-----|------------------------------|
| 2008年 7月号 | 1 私たちはなぜ寂しいのか | 5月号 | 1の1 「鑑定入院」をめぐる混乱を整理する |
| | 2 事件や事故が起きてしまったあとの
法的対処が知りたい | | 1の2 指定通院医療機関になったらどういふことをするのか |
| | | | 2 早期退院時代に看護の役割をどこにおくか |



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

「生活場面」での、 これが適切な対応です

統合失調症との比較から

阿部順子

岐阜医療科学大学・教授

見えない障害、狭間の障害

これまで高次脳機能障害は、障害が目に見えずわかりづらいという意味から、「見えない障害」「狭間の障害」という表現で取り上げられることが多くありました。

高次脳機能障害支援モデル事業という事業が2001年から5年間実施され、そこで、診断基準、訓練プログラム、支援プログラムが策定されました。現在は県単位でそれを発展させ、高次脳機能障害支援普及事業として取り組まれているところです。



あべじゅんこ◎大学を卒業後、身体障害者更生支援施設の心理判定員を経て、1989年、開設されたばかりの名古屋市総合リハビリテーションセンターに移る。臨床心理士。末の娘の学童保育が終わる頃から仕事に比重が移り、休日はパソコンの前に座っていることが多くなった。2年半前に大学の教員兼カウンセラーとなって、今までとは異なる知識やスキルの必要性を実感し、放送大学の大学院に入学。試験を受ける学生の気持ちを味わいつつ、仲間と一緒に学ぶことの楽しさ、学ぶことのぜいたくさを実感している。

●岐阜医療科学大学
〒501-3892 岐阜県関市市平賀字長峰
795-1

私は名古屋市総合リハビリテーションセンターにおいて心理士として働いていましたが、そこで交通事故による脳外傷の若者たちと出会い、身体障害とは異なる障害の現れ方に興味をもち、1991年から脳外傷を中心とする高次脳機能障害者の社会参加を支援するリハビリテーションの実践と研究に携わるようになりました。医師、心理士、ST、OT、指導員で構成された研究会を核として、名古屋市総合リハビリテーションセンターにかかわる人たちが一体となって、研究成果の出版¹⁾、当事者団体(脳外傷友の会)の設立支援、実態調査による政策提言、モデル事業の実施など、さまざまな活動を展開してきました。

私はモデル事業の終了とともに大学に籍を移し教職となりましたが、現在も名古屋市総合リハビリテーションセンターの高次脳機能障害支援アドバイザーとして、リハビリテーションの最終段階としての地域生活支援の手法の開発に携わっています。また、そこをフィールドに、「高次脳機能障害者の障害認識」に関する研究を行なっています。

高次脳機能障害ってどういうもの？

さて、モデル事業で作成された高次脳機能障害の診断基準に「日常生活や社会生活に制限があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である」というものがあります。しかし、認知障害は統合失調症においてもみられますので、これだけでは高次脳機能障害を言い表せてはいません。また、障害の見えづらさという点では軽度発達障害とも重なります。

高次脳機能障害が、精神障害、発達障害と明確に異なる点は、診断基準に「脳損傷の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実がある」と規定されていることでしょう。すなわち高次脳機能障害の場合には、脳損傷の起点がはっきりしており、損傷を受けた時点の脳機能が最も低下した状態にあり、訓練などによって急速に、また漸次改善を示すことが一般的に認められます。

モデル事業で作成された訓練プログラムには医学的リハビリテーションプログラム、生活訓練プログラム、職能訓練プログラムの3種類があります。そして、医学的リハビリテーションのなかで、心理士やST、OTなどが記憶や注意などの認知機能の改善や代償手段の獲得を目的に行なうものを認知訓練といいます。

昨今話題となっている脳トレによく似ていますが、認知訓練では個別のアセスメントに基づいて訓練目標を決め、さまざまな課題を用いて意図的に、低下した認知機能にアプローチします。

身体障害なの？ 精神障害なの？

高次脳機能障害者は、受傷・発症当初は現状を把握できず、意識が戻るとすぐにもとの生活に戻

れると思ったり、以前と同じように何でもできると思ってしまいます。多くの例では受傷前の自己イメージがしっかり残っており、プライドもあります。障害によって能力が低下し、以前と同じように行動できない自己に気づき、リハビリテーションに向かうまでには、多くの時間とさまざまな体験、そしてさらに適切な支援が必要でです。

高次脳機能障害者は、受傷・発症時にまず脳外科で対応され、その後リハビリテーション科に移って身体機能および認知機能の訓練を受けることが一般的です。このようなことから、家族や支援する専門家は、高次脳機能障害を身体障害のなかに位置づけてほしいと強く要望してきました。

モデル事業で登録された症例では過半数が障害者手帳を所持しておらず、手帳を所持している場合には8割が身体障害者手帳でした。しかし、モデル事業が終了するときに、自立支援法によって三障害のサービスが一本化され、それまで障害者手帳を取得できなかった高次脳機能障害者は「器質精神病」として精神障害のなかに位置づけられ、精神障害者保健福祉手帳の対象となることが明確化されました。

平成18年度から開始された高次脳機能障害支援普及事業では、精神保健福祉センターをはじめとする地域の精神障害関係機関やスタッフがこの事業に参入するようになってきました。

症状は、生活場面でこのように現れる

高次脳機能障害は統合失調症と同じように見るところもありますが、特性の違いによって対応の仕方を違えるほうが好ましい場面がたくさんあります。本稿ではそのことを解説していきたいと思えます。

高次脳機能障害支援モデル事業における支援ニーズ調査結果^{*2}と名古屋市総合リハビリテーシ

ョンセンターが家族に聞き取りをした在宅ケアニーズ調査^{※3}から、生活場面における高次脳機能障害の症状の現れ方とその対応について紹介します。

1. 生活行動

日常生活動作は全般に自立している人が多いのですが、介助が必要になる場面もあります。

①生活リズム

よく見られるのは生活リズムの乱れです。昼夜逆転の生活になってしまったり、朝起きることができない人たちがいます。意欲・発動性が低下し、食事や入浴などの日常の行動1つ1つに声をかけて促さないと行動を開始できない人もいます。

②食事・入浴

欲求をコントロールする力が低下したために食べ過ぎてしまう場合は、本人の食べる分だけを小皿に分けて出すなどの配慮が必要になります。入浴では、髪や体を何度も洗ったり、石鹸をつけたまま出てしまったり、次に何をしたらいいのかわからず立ち止まったままいたりする様子が見られることがあります。

③移動

建物内や近隣の移動では、受傷前からよく知っている所なら1人で行動できても、受傷後初めての場所では記憶障害のために迷うことがあります。目印や、地図などの手がかりがあったり、何度も繰り返して身体で覚えると迷わずに移動できるようになります。

④コミュニケーション

「指示の理解」や「意思の伝達」などの日常的なコミュニケーションでは、特に配慮が必要です。思い違いをしたり、話の一部しか覚えていなかったり、時間が経つとすっかり忘れていたりすることがよくあります。

確かめながら1つずつ説明したり、メモに書いて渡したりするなど、正しく伝わっていることを確認しておかないとあとで言い争いになったりします。

2. 生活技術

日常の生活技術に関しては、部分的にはできるものの、一連の工程を確実にこなすことが難しくなりますので、そうした部分を理解し、援助していくことが必要です。例えばインスタント食品や簡単な調理はできても、献立を立てられなかったり、材料を入れ忘れてしまいます。

また、熱湯に手を入れる、空焚きするなど危険な場合もあります。掃除や洗濯もできるのですが、ごみの処理ができなかったり、洗濯したことを忘れて洗濯物を洗濯機に入れっぱなしにしていたりします。電話や来客もその場での対応はできませんが、伝言を忘れていたり、聞き間違いが起きたりします。

公共交通の単独利用は、行き先や電車の確認、切符の購入、迷ったときの対応などさまざまな能力を要求されるために、高次脳機能障害が重度な人には難しいことですが、ルートを限定し、何度も練習することで、作業所などに通えるようになる場合があります。

3. 生活管理

①物の管理

鍵や財布などがなくなったと大騒ぎすることがよくあります。一緒に探してあげると落ち着くことが多いのですが、時に盗られたと大騒ぎしたり、周囲に怒鳴り散らしたりします。置き場所を固定することで自己管理がしやすくなりますが、通帳や印鑑などの重要なものは信頼できる人が管理しているほうが安心です。

②金銭管理

金銭管理が難しくなる人もかなりいます。障害が軽度の場合は1か月単位で自己管理ができる人が多いのですが、中度や重度では1週間単位や1日単位で、本人の管理できる範囲の金額を小遣いとして渡します。お金に興味なくなったという人がいる一方、あるだけ使ってしまうなど、欲求がコントロールできずにトラブルを起こす人もいます。

③服薬管理

服薬管理も難しいことのひとつです。薬をケースに仕分けしたり、薬袋に日付を書いたり、飲む時間を決めたりして服薬行動が定着すれば、飲み忘れをしなくなります。しかし、重度の場合には飲んだかどうかを確認したり、毎回本人に手渡すなどの支援が必要です。自己管理のできる人でも、自己判断で投薬された薬を飲まないことがあるので、服薬の必要性をきちんと納得させておかなければなりません。

4. 社会活動

社会活動は、障害が軽度の場合でも自立している人は多くありません。とりわけ契約・勧誘などの場面ではトラブルが発生しやすいので、サポートが必要です。

診察では、単独で受診ができる人でも、検査など複雑な処置がある場合や、普段とは異なる症状の報告やそれに対する医師の指示がある場合などには付き添いが必要になります。

5. 問題行動

社会的行動障害によってさまざまなトラブルが発生します。しかし、人や状況によってその内容はさまざまです。

①感情のコントロール障害

軽度の場合、イライラすることがあっても自

制していたり、態度や表情に出ても物にあたる程度ですが、重度の場合には、些細なことでも怒鳴り散らしたり、物を壊す、自分や相手を傷つけるというような行動が見られます。

②依存性・退行

軽度の場合には親に頼りがちだったり、些細なことでも親に相談したがったりという程度ですが、重度になるにしたがって、母親が出かけるときに付いていきたがる、母親がいないと不安になる、思うようにいかないときずっと駄々をこねるというように、年齢にふさわしくない幼児のような行動が見られます。

③強い思い込み

うまくいかない場合に周囲のせいにしてたり、特定の他者を悪者にしてしまう言動が見られます。軽度の場合は説明すれば修正できますが、重度になるにしたがって修正が困難となり、周囲が引いて収まるという場合が多いようです。追及するとかえってこじれる場合には、放っておいて忘れるのを待つという対応もあります。

適切な対応のポイントとは

1. 認知障害に対して

すでに生活場面のなかでいくつかの対応方法を紹介しました。ここでは対応のポイントを整理して述べます。

①環境の構造化

記憶や注意、遂行機能などの認知障害への対応のポイントは2つです。1つは「環境の構造化」です。構造化とは、ルールを一定にする、スケジュールを決める、シンプルで一見して分かるようにする、などです。例えば置き場所を一定にする、どこに何があるか一目で分かるようにする、1日のやるべきことは時間と順番をあらかじめ決

めておくなどです。

②代償手段の検討

2つ目は「代償手段」の検討です。覚えやすく忘れないための工夫としてメモリーノートやスケジュール表を用いたり、火をつけたことを忘れないようにタイマーをセットしたり、携帯電話で注意を喚起したりします。また、洗濯機の操作などは手順書を作成し、それを見ながら行動するようにします。

本人が使えるヒントを作成し、生活行動のなかに取り入れて、繰り返し定着を図ることがコツです。例えば薬の飲み忘れを防止するには、薬をもらってきたときに日付を袋に記載しておく、前日の夜に翌日の薬を朝、昼、晩と明記した薬ケースにセットしておく、などで間違いや飲み忘れを防ぐ工夫をします。また、食卓の上に「食事したら薬を飲む」というカードを置いて、食事と服薬がセットの行動パターンとして定着するようにします。

高次脳機能障害者は受傷以前に獲得したスキルが残っていることが多く、失語症を合併しなければ文字の読み書きはできるので、手がかりとして、文字や図などが有効です。ただし、情報が多すぎると混乱するので、余分な情報は省いてシンプルにしたほうが理解しやすく、行動として定着しやすくなります。

自動車にたとえるならば、ガードレールや標識、カーナビに従って、安心、安定して走行できるように支援することがポイントです。とはいうものの、高次脳機能障害者はそれまでと違って馬力の小さい軽自動車に乗っているにもかかわらず、受傷前の自己イメージのままオフロードを突っ走ろうとするようなところがあります。

オンロードをゆっくり確実に走ることの有効性を理解できるようになるには、失敗を体験することも必要になります。失敗をしたときには、忘れ

てしまわないうちに、どうしてうまくいかなかったのか、失敗をしないためにはどのようにすればよいのかをアドバイスします。失敗から学んでいくプロセスを通して、どうすればできるかを理解するのです。

2. 感情のコントロール障害に対して

対人関係では、些細なことでイライラしてキレて、暴言や暴力を振るうことが一番の問題になります。脳の損傷の結果として起きる感情のコントロール障害は、場面を変えたり話題を変えたりすると容易におさまるといった特徴があります。

逆にイライラしているときに注意したりすると感情の爆発を誘発してしまいます。本人が気にしてこだわっている言葉とか状況に反応しやすいので、行動や反応をよく観察することで、キレる言葉や状況を見つけ出すことができます。

対応としてはできるだけ刺激になるものを避けるとともに、キレたら静かなところで落ち着くのを待って、以前の自分の行動や社会的に望ましい行動と照らし合わせながら、行動をコントロールすることを学べるようにアドバイスします。

3. 人とのトラブルが生じた場面での介入

高次脳機能障害者は自己認知が弱いので、自分のことはよくわからないのですが、他者のことは気にします。自分のことを棚に上げて、他者に対してするどい批判をすることも間々あります。そのような場面に支援者が適切に介入することで、同じようなことが自分にもあると気づかせたり、どうしたらよいか考える機会にすることができそうです。

4. 環境を安心できるものにする

社会的行動障害が頻繁に問題になるようなときには、環境全体が本人にとって安心した居場所に

なっていない場合があります。安定して生活できるようにするには、次のような配慮が必要です。

- ・環境の構造をよりわかりやすくする
- ・周囲の人たちが困っている場面で手助けする
- ・信頼できる人をそばにおく
- ・本人のできる活動や気に入った活動をとおして周囲に認めてもらえるようにする、など

また、投薬治療が有効なこともあります(投薬に関する詳細は、本特集の先崎章先生にお任せします)。

高次脳機能障害者は環境にはまると安定するという特徴があります。行動が定着して安定した状態になれば、本人のできるが増え、支援量は低減するのが一般的です。反面、今まで信頼していた人がいなくなったり、転居するなど環境が変わったときに、混乱してうまく行動できなくなったりします。生活が変化したときには新たに行動を組み立てなおす支援が必要になります。

支援は「間接的な見守り」が基本

高次脳機能障害者を支援する場合に留意する点をいくつか述べます。

① 一歩下がって見守る

高次脳機能障害者への支援は、間接的な見守りや声かけが中心になります。一歩下がって本人の行動を見守るようにします。できるだけ、直接的に行動を指示するのではなく、本人の使えるヒントを本人自身が身体で覚えられるように促し、行動の定着を支援していくのです。

② 支援方法を統一する

その場合、支援者個々が勝手に支援方法をアレンジするのではなく、皆が同じやり方ですすめるほうが、混乱を防ぎ、行動の確実な定着を促すことにつながります。また、記憶や注意の障害があるので、説明は短く、簡潔にすることや、要点をメモ

に書いて渡すこと、できるだけすぐに対応することなどを心がけます。

③ 毅然とした対応も必要

退行してなれなれしく甘えてきたり、手を握るなどの性的接触をしてきたりする場合には、支援者の側が距離をとって毅然とした態度で接するほうが、コントロールしやすくなります。説教をしたりプライドを傷つけるような言い方をすると感情を刺激しキレさせてしまうので、相手を認めつつ、障害による症状としてとらえ、一般的にどのような行動をとるのが望ましいかをアドバイスするようにします。

事例に学ぶ——固めないと崩れる 高次脳機能障害

高次脳機能障害者が、統合失調症の方が多い作業所を利用した場合に起きた事例から、統合失調症の方との違いを探ってみます。

作業所にうまく適応できた事例

初めに、うまく作業所に適応できた事例です。

ある中年男性が、作業所を利用しはじめた頃のことです。統合失調症の利用者に「何でにらむんだ」とくっついてかかっているところを作業所の指導員が目撃し、すぐに別室に連れていき、事の経緯を確認しました。統合失調症の利用者はたまたま彼のうしろに貼ってあった掲示物を目を細めて見ていただけだということがわかったので、彼にも同じことをしてもらったところ、にらんでいるように見えただけだったことを納得し、思い違いを訂正することができました。

そこで、指導員は今後何か気になることがあったら直接相手に言うのではなく、まずは指導員に話してほしいと伝えました。それ以降、彼は何か気になることがあると指導員に話しにいき、思い

違いをその場で訂正され、他の利用者と直接トラブルを起こすこともなくなり、安定して作業所に通い続けています。

もう一つの事例は若い男性で、早く社会復帰したいとの焦りが強く自分がなぜ作業所に通わなければならないのか、なかなか納得できませんでした。また、面接をすと思いつくことを次々と話し続け、自分でも何が言いたかったのかわけがわからなくなってしまふこともたびたびでした。作業所の指導員は、毎日の面接の時間を一定にし、彼の持ち時間も決めてあげました。そうすると、彼もその時間内に話すために、話の優先順位をつけるようになり、持ち時間のなかで話を終わらせることもできるようになっていきました。

彼は繰り返し、「明日はどうしたらいいのか」「自分はこれからどうなるのか」と聞いてきました。見通しがはっきりしないことが不安の元になっていたのです。そこで指導員は、明日の予定を紙に書いて渡したり、現在その人がいるステップとショートゴールを図示して今後の見通しを明確に示すなどの対応をしていきました。彼はその後ジョブコーチを使って、一般就労をしました。

作業所にうまく適応できなかった事例

次は、うまく適応できなかった事例です。

一事例目は若い男性です。作業所の帰りに、明日はどうすればいいかと指導員に聞きます。指導員は「来れたら来ればいい、来れなかったら休んでいいよ」と言うのです。彼はもう来なくていいと言われたと思いついでしまい、作業所に行けなくなってしまいました。それ以外にも、作業所に行って、何をしたらいいかと聞くと、やりたいことをやればいいのか、大変だったら休んでいいと言われたことも、彼の混乱と不安をおおることにつながっていました。その後、彼は精神の福祉工場に変わりました。福祉工場は就業規則や職

務内容、作業手順、その日にやるべきことなどが明確に決められており、彼にとっては安心できる場所になりました。

二事例目は若い男性ですが、記憶障害がたいへん重い人でした。作業所に行くと、昼間から統合失調症の利用者がごろごろと昼寝をしていました。彼はどうしたらよいかかわからず落ち着かなくなりうろろろしだし、結局行きたくないとして作業所に行かなくなりました。その後、身体障害の授産施設に変わって、安定して通えるようになりました。

三事例目は若い女性です。作業所仲間からラブレターをもらうということが起きました。彼女はどのようにいいかわからず指導員に相談しましたが、指導員は「相手が傷つくといけなから黙ってそっとしておいて」と言ったそうです。彼女は不安になって、作業所に行けなくなり、結局やめてしまいました。

統合失調症をもつ人との対応の違い

これらの事例から統合失調症の人と、高次脳機能障害の人への対応の違いが浮かびあがってきます。うまく適応できなかった3つの事例は、作業所の指導員が統合失調症の人たちに普段行っているのと同じ対応を高次脳機能障害の人たちにしたのだと考えられます。しかし、このようにあまいでゆるやかな枠組みは高次脳機能障害者の不安をおおりこすすれ、安心・安定には寄与しませんでした。一方、適応した2つの事例の作業所では、指導員は統合失調症と高次脳機能障害を明確に区別して対応していました。

以上のことをまとめると、高次脳機能障害者を支援する場合には、本人の納得をとりつつ、「具体的に決めてあげる」ことや、「メモや図を用いて確認や説明をする」こと、「目標、方法、結果のつな

がりを明示する」ことなどが有効です。また、思い込みや思い違いをしていることがよくあるので、訴えをきちんと聞いて、気になる刺激を避けたり、思い違いを訂正するなどの対応をします。

一方、統合失調症の場合は、きちんと決めてしまうとそのとおりにできないことが不安になって、自信を失い、引きこもったりしてしまいます。ゆるやかな枠組みで受容的に対応することが有効です。「固めないと崩れる高次脳機能障害」に対して「固めると潰れる統合失調症」とでもいえるのではないのでしょうか。

最後に、統合失調症を発症した学生を支援した経験から、私が実感したことを述べます。

その学生は掲示板に貼り出される授業の変更や呼び出しなどに対応できず、予約した面接をすっぼかすこともたびたびでした。授業に出てこず、下宿に引きこもっていることもありました。支援をはじめた当初は掲示板を見ていないのか、見たとしてもどうすればいいのかわからなかったのか、予約を忘れてしまったのか、など思いました。ところが掲示板は見ていたし、掲示されていた内容も、どうすればいいのかも知らないわけはありませんでした。あとで語ったところによる

と、ぼんやりしていたというのはあるが、怖いという感情が湧いてきたり、緊張したり、気分が落ち込んだりして行動できなくなり、閉じこもったのだということがわかりました。統合失調症の症状でした。しかし治療が奏功し、陽性症状が落ち着くにしがって、面接をすっぼかすこともなく、大事なことはメモをとるようにもなりました。

高次脳機能障害の学生だったら、実際に掲示板のどこを見るのか、どのようにメモをし、どの順番でどこに行って何をするかを具体的に指示し、その行動が定着するように繰り返し促すことが必要になります。しかし、統合失調症の学生にはトレーニングらしいことはしませんでした。定期的な面接という枠を設け、求められればアドバイスをし、安心感、信頼感が育まれるように受容的にかかわり続けたことが、安定した大学生活を送ることに寄与したと考えられます。

このように積極的に介入して安定を図る高次脳機能障害と、ゆるやかに受け止めて安心を育む統合失調症では支援の方法が異なりました。とはいえ、相手を尊重し支えることが、いずれの障害を支援する場合においても基本になると思います。 ▲

*1—阿部順子編：脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション，中央法規出版，1999年。

*2—高次脳機能障害支援コーディネイト研究会：高次脳機能障害支援コーディネイトマニュアル，中央法規出版，2006年。

*3—名古屋市長総合リハビリテーションセンター高次脳機能障害在宅ケア研究会：高次脳機能障害者の在宅ケアニーズ調査報告書，2006年。

V. 支援拠点機関一覧