

頭部外傷後の注意/遂行機能/記憶障害に対する Awareness-facilitating Therapy

Awareness-facilitating Therapy (AFT) for Deficits in Attention, Executive Function, and Memory after Traumatic Brain Injury

中島明日佳¹⁾, 船山 道隆²⁾, 馬場 尊¹⁾, 中村 智之¹⁾, 稲葉 貴恵¹⁾, 川島 広明¹⁾

要旨: 比較的認知機能が高いものの学業・就業・家事に困難さをきたしている慢性期の軽度～中等度の頭部外傷患者4例に対して、気づきの改善と問題解決の般化を目的とした気づきへの認知セラピー (Awareness-facilitating Therapy: AFT) を実施した。介入前は4例とも気づきの欠如を認めたが、AFTを実施することで、定量的な評価は不十分であるものの臨床観察からは、問題に対する気づきや病識などのメタ認知能力がある程度向上した。さらに、セラピストと共に問題を検討していく中で自己モニタリングがある程度可能となり、患者1人での問題解決や問題を未然に防ぐ対策を考えられるまでである程度般化した。認知機能が比較的高い症例においては、AFT等の認知的アプローチを主体とした介入により、セラピストが可能な限りファシリテートに努めることがメタ認知能力の向上や患者自身での問題解決への般化に有効である可能性が考えられた。

Key Words: 頭部外傷, 慢性期, 気づき, 認知的アプローチ, セラピスト

はじめに

注意, 記憶, 遂行機能障害のリハビリテーションにおいて、障害に対する気づきや病識といったメタ認知能力による改善が1つの有効な方略であるといわれている。Ciceroneら (2011) は、頭部外傷後および脳卒中後の高次脳機能障害に対する認知リハビリテーションを報告した112論文のレビューを行い、根拠に基づく認知リハビリテーションを報告している。彼らは注意機能や遂行機能のリハビリテーションとして、障害の自己モニタリングや自己教示、障害の自覚を促すメタ認知訓練を最も推奨するリハビリテーションとして報告している。また、2番目の推奨レベルには問題解決訓練、3番目の推奨レベルにはグループ訓練を挙げている。彼らの最も推奨するメタ認知訓練と関連する気づきの改善を目的としたセラピーに関しては、Doigら (2014) の亜急性期の重度頭部外傷患者に比較的行動的アプローチの要素が強いゴール計画訓練を実施し、気づきの改善 (自分の目標を定めることができた) を認めた報告がある。また、Goveroverら (2007) は、慢性期の軽

度頭部外傷患者に対して行動的アプローチのみを実施した群と行動的アプローチと気づきを向上させるための構造化された認知的アプローチを実施した群とを比較し、後者の方がIADLの改善が高いとしている。Chengら (2006) も入院中の軽度頭部外傷患者にAwareness Intervention Program (AIP) という行動的アプローチと認知的アプローチを含む体系的なプログラムを実施することにより気づきの改善を促進したと報告し、ADLの機能改善が期待できるとしている。これらの報告を含む過去の文献では、気づきを目的としたアプローチとして認知的アプローチに加え、構造化された行動的アプローチを導入した報告が多い。認知的アプローチのみを実施した報告では、グループ訓練を導入した報告や個別訓練とグループ訓練とを同時期に実施し、気づきを促進させる報告が多い。個別の認知的アプローチのみを行った訓練では、松葉 (2013) の前頭葉障害の患者に、注意・記憶・遂行機能の向上を目的とした、自宅での課題 (クロスワード, かな拾い, 計算など) とそのフィードバックを行った訓練や、中川ら (2011)

【受理日 2017年6月13日】

1) 足利赤十字病院リハビリテーション科 Asuka Nakajima, Mikoto Baba, Tomoyuki Nakamura, Yoshie Inaba, Hiroaki Kawashima : Department of Rehabilitation, Ashikaga Red Cross Hospital

2) 足利赤十字病院精神・神経科 Michitaka Funayama : Department of Neuropsychiatry, Ashikaga Red Cross Hospital

の重篤な病識の欠如を呈した患者が外的補助手段の活用や日常生活上の失敗体験を通して病識が促進された報告、Hewittら（2006）のエピソード記憶を活用し問題解決能力を促進した報告がある。いずれも個別の認知的アプローチではあるが、気づきの促進を目的としたアプローチというよりは、高次脳機能の向上や気づきを積み重ねて病識を改善させた報告、問題解決能力の向上を目的としたアプローチの要素が強い。

今回われわれは、気づきの改善を目的とした認知的アプローチが主体のAwareness-facilitating Therapy (AFT) を比較的認知機能の高い慢性期の軽度頭部外傷患者4例に実施したので報告する。AFTは、個々のより詳細な学業・就業・日常生活の機能向上に必要となる気づきをセラピストとともに構築するアプローチであり、過去の報告にあるあらかじめ場面設定された構造的外的アプローチや外的手段を用いずに実施していることが特徴的である。

1. 対象と方法

a. 対象のプロフィール

筆者が外来フォローしている高次脳機能障害患者30例の中で慢性期の軽度頭部外傷患者で比較的認知機能が高く、ADLは全て自立、IADLもほぼ自立しているレベルであるが、学業・就業・家事に困難さをきたしている4例（男性3名、女性1例）。平均年齢は29.7歳（範囲17～45歳）。全例麻痺や感覚障害はなく、神経学的所見に特記すべきことはない。

【症例1】20歳（事故当時18歳）女性、現在大学生。学校から自転車で帰宅中、横断歩道中に信号無視をして時速約70kmで走行してきた普通乗用車と衝突。外傷性くも膜下出血、びまん性軸索損傷を認めた。来院時の意識レベルはJCSⅢ-300、翌日にはJCSⅡ-10まで改善した。保存的治療とリハビリを6ヵ月間行い、退院した半年後、事故前に目標としていた大学よりも難易度の低い大学に指定校推薦で進学した。しかし、成績は全てC判定であり、記憶や集中力の低下を感じたため、受傷から2年後に当院高次脳機能外来受診となった。以下の神経心理学的検査では途中から疲れが目立ち成績の低下につながった。

【症例2】45歳（事故当時44歳）男性、ボートレーサー。レース中に時速約50kmのボートにひかれ受

傷。びまん性軸索損傷を認め保存的治療となった。来院時の意識レベルはJCSⅡ-10であり、約2週間後にはJCSⅠ-2まで改善した。治療とリハビリを経て事故から約5ヵ月後に退院したが、高次脳機能障害の精査および加療のため当院高次脳機能外来を受診した。

【症例3】17歳（事故当時5歳）男性、高校生。自転車で道路に飛び出し2台の車と接触。外傷性硬膜下血腫を認め血腫除去術を施行した。来院時の意識レベルはJCSⅢ-300で5日間の人工呼吸器管理が必要であった。治療とリハビリを経て約1年後に退院し、小・中学校を卒業（普通クラス）。高校に進学し、本人に病識はないものの、生活上の困難さに気づいた両親が高次脳機能障害を疑い精査目的で当院受診となった。

【症例4】37歳（事故当時33歳）男性、事故当時は会社員、現在は妻が就労し本人は自宅で子どもを育てている。軽自動車を運転中、緩やかなカーブで脇見運転をしていた対向車と衝突し頭部打撲、頸部骨折、鼻骨骨折、肋骨骨折にて他院へ救急搬送された。来院時の意識レベルはJCSⅡ-10。2週間程度で骨折の治療が終了したため退院となった。職業は製造業だったが事故後に退職。現在は家事や育児をしているが、失敗が多く当院高次脳機能外来をすすめられ受診に至った。

b. 対象の神経心理所見

4例の神経心理所見は知能をWechsler Adult Intelligence Scale-RevisedⅢ (WAIS-Ⅲ)、記憶面をウェクスラー記憶検査 (WMS-R) とリバーミード行動記憶検査 (RBMT)、注意機能をTrail Making Test (TMT)、遂行機能を慶應版ウィスコンシンカードソーティングテスト (KWCST) およびBADS 遂行機能障害症候群の行動評価日本版 (BADS) を使用して評価した (表1)。4症例の神経心理学的検査の平均では、WMS-Rの言語性記憶のみの低下を認めた。RBMTやTMT、BADSの成績低下は認めず、机上の評価では、記憶や注意、遂行機能に大きな問題はないという結果であった。しかし、日常生活においては、記憶、注意、遂行機能障害の影響と思われる症状が多く出現しており、評価との乖離を認めた。また、【症例3】は他の症例と比べてWMS-RとKWCSTの低下を認めているが、日常生活は自立しており、高校へも進学、進級し、コンビニなど複数

表1 4症例の神経心理学的所見

		症例1 20歳 女性	症例2 45歳 男性	症例3 17歳 男性	症例4 37歳 男性	平均
WAIS-III	VIQ	111	92	81	85	92.2
	PIQ	102	109	74	110	98.7
	FIQ	108	99	75	96	94.5
	言語理解	118	99	92	88	99.25
	知覚統合	114	114	66	116	102.5
	作動記憶	102	74	85	98	89.7
	処理速度	86	102	81	92	90.2
WMSR	言語性記憶	99	85	49	71	76
	視覚性記憶	93	112	49	106	90
	一般的記憶	97	92	49	78	79
	注意集中	101	105	78	103	96.7
	遅延再生	103	83	50	88	80.7
RBMT	スクリーニング得点/12	11	10	8	9	9.7
TMT	A (Z-score)	0.1	0.5	-1.5	0.3	-0.1
	B (Z-score)	0.1	0	-0.8	0.3	-0.1
KWCST	カテゴリ達成数	7	4	2	6	4.7
	Nelson型保続	0	16	13	1	7.5
	Setの維持困難	0	1	1	0	0.5
BADS	年齢補正得点	129	108	86	113	108

のアルバイトを掛け持ちできるレベルであった。

c. 方法

(1) Awareness-facilitating Therapy (AFT) を用いた背景

4例の障害をまとめると、頭部外傷後遺症としては比較的軽度であり、行動的アプローチよりもCiceroneら(2011)が推奨するメタ認知などの認知的アプローチが可能であると考えられた。障害の自己モニタリングや自己教示、障害の自覚を促すメタ認知に対するアプローチとして、われわれは最初に各個人が実生活での問題点を患者自身で気づくように促進し、自らで工夫・応用することで般化に導く方法(Awareness-facilitating Therapy)を用いた。

この手法を用いた根拠は、気づきを含むメタ認知が頭部外傷後の注意/遂行機能障害や記憶障害のリハビリにおいて重要であること、さらに各個人が実生活での問題点が最も気づきに直結する可能性が高いこと、さらに最も効率よく改善させるためには般化に導くことが必要であること、これらを指示するのではなくあくまで促進する手伝い(ファシリテ-

ト)をすることで気づきや般化につなげる可能性があることである。

(2) Awareness-facilitating Therapy (AFT)の手法

患者への気づきの促進と、問題解決の般化を目的としたAFTを以下の方法で実施した。今回われわれはこの手法を1対1の個人セラピーで行った。(1セッション40～60分、6～24回)

①問題点への気づきを促す

頭部外傷後の日常生活における困難さが高次脳機能障害の影響であるということを見つけてもらうため、セラピストが具体例を呈示し、自己の問題点への気づきを促した。

②自己モニタリング→対策を考える→実践→詳細な気づき→詳細な対策

症例が自己の問題点に気づくことが可能となった後、自己モニタリングを詳細にするよう促し、その問題点に対してセラピストと一緒に具体的な解決策を検討した。さらに検討した内容を実践することで、より詳細な問題点への気づきを促し、再度セラピストとともに解決策を検討し、実践を繰り返した。

③工夫・応用することで問題点を患者1人で改善で

きるよう促す

直面する問題に対してセラピストは徐々にファシリテートを減らし、患者1人で問題点への気づきや解決策の応用、問題を未然に防げるような対策を考えるよう促した。

(3) 介入結果の評価

【症例1】に対してはAFTの実施前後にBADsの質問表とRBMTの生活健忘チェックリストを症例と症例の母に実施し、自己と他者との気づきの乖離を評価した。乖離が大きいと気づき/病識の欠如を、乖離が小さいと気づき/病識を認めると考えられる。

2. 具体的な経過

【症例1】に対して実施したAFTの経過を以下に示す。

a. 問題点への気づきを促す

症例1の介入前の訴えは「事故後に勉強ができなくなった。授業についていけなくなり、大学の成績が全てC判定であった」という訴えであった。筆者が具体的に症状を話すよう促すと、具体的には説明することができなかった。そこで筆者は、「疲れやすくなったり、集中するとすぐ眠くなったりしませんでしたか?」「同じような症状の患者さんは、暗記科目が苦手になったり、長時間勉強ができなくなったりすると言っている人がいます」などと具体的な質問を繰り返すことで症例が共感し始め、勉強の困難さが高次脳機能障害の影響によるものであると気づき始めた。

b. 自己モニタリング→対策を考える→実践→詳細な気づき→詳細な対策

症例が問題点に気づき始めると「ノートに何度も書き写して覚えたつもりでも半分程度しか覚えていませんでした。テスト範囲の勉強が終わらなくて毎日寝不足になり余計覚えられなくなります」などと、より詳細な自己観察が行えるようになった。そこで筆者は症例の神経心理所見では集中力の持続が困難であったことから、長時間の集中よりも短時間の集中を繰り返す方が得意であることを伝え、なるべく書かないで覚えられる方法や短時間でたくさん覚えられる暗記法を症例とともに検討した。

筆者が症例に検討した解決策を実践するよう促す

と、症例は「教科書やノートを読むようにしたのですが、あまり覚えられません。時間は短縮できました」と問題解決が可能となった部分とそうでない部分を詳細に気づくことができた。しかし、高次脳機能障害のため1人では対策方法や問題解決へのプロセスを考えることができず、具体的な提案や指示が必要であった。そこで筆者は「大切な箇所にアンダーラインを引いて、内容を覚えてみたり、覚えたかどうかを確認するために声に出したり、頭の中で何度も繰り返してみるのはいかがでしょうか? 自分が本当に理解しているかどうかもわかるかもしれませんよ」と具体的な提案や、神経心理所見では視覚性の記憶よりも言語性の記憶の方がやや良好であることや、検査場面にておいて視覚的に覚えた記憶は正答が得られた場合でも、反応時間が遅いことから、「記憶の検査の結果では、見て覚えるより聞いて覚えた方が得意みたいですよ。黙読ではなくて、音読してみてもどうでしょうか?」など、症例の神経心理所見を元により効率的に暗記ができそうな方法を提案した。

c. 工夫・応用することで問題点を患者1人で改善できるよう促す

より詳細な問題点への気づきから筆者とともに詳細な対策を検討し、実践につなげることが可能となったため、筆者は徐々にファシリテートを減らし、症例自身で問題解決ができるよう促したところ「どの箇所にアンダーラインを引くと覚えやすいかを考えるようになりました」と自身で対策を考えることが可能となった。さらに症例は「暗記量が多い講義はキーワードを箇条書きにして、頭の中で文章を組み立てて覚えるようにしました」「1限から4限まで講義を詰め込んでしまうと、疲れて覚えられないので、講義の間隔をあけて休憩をとるようにしました」など、問題を未然に防ぐ対策も自身で考えることが可能となった。その結果、症例の大学の成績はC判定から、AA～B判定に向上し、勉強への意欲も向上した。

3. 結果

a. AFTの結果

介入前の症例の訴えとAFT実施後の症例の変化

を表2に示す。4症例とも介入前の段階で頭部外傷後の何らかの違和感には気づいているが、具体的な問題点には気づいていなかった。すなわち、病感はあるものの病識までには至っていなかった。AFT実施後には、介入期間や介入回数にばらつきはあるものの、問題点の詳細な気づきや病識などのメタ認知能力の向上や自己モニタリングがある程度可能となった。また、セラピストと問題解決の検討を経て最終的には患者1人で問題解決やそのプロセス、さらに問題を未然に予防するなどの応用がある程度可能となった。

b. AFT介入結果の評価

【症例1】のBADSの質問表とRBMTの生活健忘チェックリストの結果を表3に示す。症例と症例の母との点数の乖離は、BADSの質問表では介入前8点、介入後6点、RBMTの生活健忘チェックリストでは介入前6点、介入後3点であり、いずれも本人の気づきが増したことで母の評価との乖離の縮小、すなわち気づき/病識の改善を認めた。

4. 考 察

a. AFT(認知的アプローチ)の位置づけ

本4例では、問題解決の般化を目的としたAFTを実施し、定量的な評価は不十分であるものの、臨床観察からはある程度の気づきが促進され、ある程度の問題解決に至った。三村ら(2008)は、認知機能が高いほど、認知的・内的アプローチが有効であり、低いほど行動的・外的アプローチが有効であると報告している。また、船山ら(2016)は、急性期や亜急性期には、外的手法や環境調節のウエイトが大きく、慢性期には内的手法を用いることができると報告している。本4例は慢性期の認知機能が比較的高い患者であり、セラピストがファシリテートに務めることができ、AFT等の認知的アプローチが患者の問題解決の般化につながった可能性が高い。

気づきの改善を目的としたアプローチについての過去の報告とわれわれの実施したAFTとを比較すると、AFTは構造的な行動的アプローチを実施せず、

表2 AFT介入前、介入初期、介入後の症例の変化

症例	発症から介入まで	介入期間と回数	介入前 具体的な問題点に気がつかない	介入初期 問題点への気づき	介入後 患者自身で対策を考え改善させることができる
症例1 20歳 女性	2年	6ヵ月 13回	勉強ができなくなった。 授業についていけない。 成績はすべてC判定。	何度繰り返しても暗記できない。 集中が続かず疲れてしまう。	勉強法をアレンジできるようになり、成績がC判定からAA～B判定になる。
症例2 45歳 男性	6ヵ月	6ヵ月 24回	今まで通りにできない。 性格が変わったような気がする。	携帯や財布などの忘れ物が多い。怒りっぽい。	忘れやすい物を把握し、確認するようになった。 人に話すことで頭の中が整理できる。 何事にも対策脳になり失敗を未然に予防。
症例3 17歳 男性	10年	15ヵ月 14回	勉強しても成績が上がらない。 計画が立てられない。 親の指摘。本人は気づいていない。	暗記科目が覚えられない。 勉強計画を立てられず、テスト勉強が間に合わない。	暗記法を変えることで苦手科目の成績が上がり、自信がついた。 テスト日から逆算して計画表を作ること で勉強計画を詳細に立てられるようになった。
症例4 37歳 男性	3年半	6ヵ月 6回	日常生活で失敗ばかりする。	財布、携帯、鍵をよくなくす。 出かける際に忘れ物が多い。	バッグを持つことで、バッグの中を確認する習慣が付き、忘れ物が減少。 なぜ忘れるのかを考えるようになった。

表3 症例1と症例1の母とのAFT介入前後のBADS質問表とRBMT生活健忘チェックリストの乖離

		症例1	症例1の母	乖離
BADS 質問表	介入前	12	20	8
	介入後	13	19	6
RBMT 生活健忘チェックリスト	介入前	29	35	6
	介入後	30	33	3

認知的アプローチのみであるという点で3文献とは異なる(表4)。これは、AFTを実施した4症例は比較的認知機能が高く、ADLも自立しているが、より詳細で個人的な学業・就業・日常生活における問題点への気づきが欠如していたことにある。つまり、過去の3文献で用いられた構造化された外的アプローチや、あらかじめ場面設定されたADLの段階を目的とせず、本研究では個々の生活場面に直結させるファシリテートにより実生活の詳細な問題点への気づきの構築と問題解決へ般化させることが目的である。リハビリテーションの縦断的な経過からは、構造化された行動的アプローチによりADL/IADLが改善された後に、もとの通りの社会生活を獲得する段階での訓練として位置づけられるかもしれない。

的とせず、本研究では個々の生活場面に直結させるファシリテートにより実生活の詳細な問題点への気づきの構築と問題解決へ般化させることが目的である。リハビリテーションの縦断的な経過からは、構造化された行動的アプローチによりADL/IADLが改善された後に、もとの通りの社会生活を獲得する段階での訓練として位置づけられるかもしれない。

表4 気づきの改善を目的としたセラピーの過去の報告と筆者らの気づきへの認知セラピー(AFT)との比較

	Doigら(2015) ゴール計画訓練	Groveroverら(2007) IADLとself-awarenessを 合わせた訓練	Chengら(2006) Awareness Intervention Program (AIP)	筆者らの気づきへの認知セラピー Awareness Facilitate Therapy (AFT)
対象	若年の重度の頭部外傷8例	18-55歳の軽度頭部外傷10例	平均年齢54.9歳の軽度頭部外傷11例	若年の軽度の頭部外傷4例
介入時期	退院したばかりの亜急性期	慢性期	入院中の急性期患者	慢性期
介入場所	自宅と診察室	診察室	診察室	診察室
セラピスト	作業療法士	セラピスト	作業療法士	言語聴覚士
方法	行動的アプローチ(+認知的アプローチ) 週1回を計12週間	行動的アプローチ+認知的アプローチ 週2, 3回を3週間以上	行動的アプローチ+認知的アプローチ 週平均11回を4週間	認知的アプローチが主体 頻度は個人の状況によって異なる
認知機能の評価法	個々の患者の目標をCanadian Occupational Performance Measureを使用して設定する。	・Self-Regulation Skills Interview (SRSI) を使用し、記憶や注意、集中の障害、意欲低下などを評価	・Neurobehavioural Cognitive Status Examination を使用し言語機能を評価 ・The Self-Awareness of Dificits Interview (SADI) を用いて気づきや現実的なゴール設定能力を評価	WAIS, CAT, TMT, WMS-R, RBMT, WCST, BADSなどで注意、記憶、遂行機能を評価
具体的な介入方法	・目標に関連した課題の遂行 ・課題分析に基づいた課題の評価や適応方法 ・職業能力を高めるための個々の戦略の実行 ・遂行能力のフィードバック ・次のセッションまでの短期間の目標作り ・実生活上に役立つホームワーク課題 ・短期間目標の毎週のレビューと振り返り 構造的行動的アプローチが主体	・各セッションで行われるIADL訓練前に、①ゴール設定、②課題動作の推測、③エラーを予測、④エラー回避のための方略の選択、⑤タスクを成功させるために必要な援助の検討 ・目標に従ってIADL訓練を実施 ・タスク終了後すぐに自己評価	・チェックリストを使用した質問一応答一フィードバックの形式での障害に対する客観的知識の習得を強化。 ・患者のレベルに沿った行動療法を予測-実行-評価の形式で行う。 ・最終的に患者自身でゴール設定をする ・訓練の様子を録画し、般化を促す	問題への気づきを促し、患者自身で問題解決を般化できるよう、セラピストは可能な限りファシリテーターとして、患者に方略を作らせる。しかし、患者自身で解決が困難な時は神経心理所見に基づいた具体的な方略を伝える。
		構造的行動的アプローチと 構造的認知的アプローチ	構造的行動的アプローチと 構造的認知的アプローチ	認知的アプローチが主体
介入結果の評価	Mayo-portland適応性指標の自己と他者の評価スケールの乖離	・Assessment of awareness of disability (AAD) と Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) ADLの観察所見と本人の気づきの乖離を評価 ・Self-RegulationSkills Interview (SRSI), Community Integration Questionnaire (CIQ), Awareness Questionnaire (AQ) 事故前後の気づきに関する自己評価や自己と他者の評価スケールの乖離を評価 ・Satisfaction with quality of care 訓練の満足度を調査	・The Self-Awareness of Dificits Interview (SADI), The Functional Independence Measure (FIM), Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale Chinese Version (Lawton IADL-CV) 気づきの評価とIADLの評価を介入前後で実施	BADSの質問紙、RBMTの生活健忘チェックリストの自己と他者の評価スケールの乖離

b. セラピストの意義

ところで、本4例のように認知機能が高く般化しやすい患者にはセラピストとのセラピーは本当に必要であろうか。自ら学習して気づき、般化に至ることはできないのであろうか。先崎(2012)は認知リハビリテーションは、自宅で指導者なしに行うことは難しく、練習できる場(集団の場)に通い、フィードバックを受け学習し、身につけたものを実際に実行してみることの繰り返しが必要であると報告している。Von Caramonら(1991)は、認知リハビリテーションでは治療者が複雑な問題を細分化し、対処しやすくすることが問題解決へつながると報告している。われわれも過去の報告と同様に、セラピストとのセラピーは必要であると考え。それには高次脳機能障害の特徴である、病識の欠如ないしは病識が得にくいという点や、目標設定や目標を細分化して小さなゴールを作るなど戦略を練ることが困難な遂行機能障害の存在が考えられる。本4例での認知的アプローチにおいても、やはりセラピストとの場が必要であり、セラピストが全て指示するのではなく、最小限の促し(ファシリテート)をすることによって気づき、般化、目標設定や目標の細分化を患者自ら作っていく環境を作ったことに意義があった可能性が高い。

また、Ciceroneら(2011)は、認知リハビリテーションを実施する際はセラピストと共に実施することを推奨している。Burgessら(2002)は、保持されている他の機能を有効に活用するよう周囲からのアドバイスが必要であると報告している。したがって、メタ認知を向上させる訓練は、セラピストとともに実施されるべきであり、かつセラピストは神経心理所見から考えられる問題点やそれを補う解決策を検討するなど、患者の残存する機能を有効に活用できるよう専門性を持ってファシリテートしていくことが、患者自身での気づき、問題解決へのプロセス、失敗の予防へと導くために重要である。

最後に、本4症例のような高次脳機能障害を有する患者は、自己の度重なる失敗や記憶障害により、自身の言動に確信が持てないことや、本人の責任でない事柄でも周囲からの信頼の欠如により、責任を1人で背負わされてしまうことがある。このことが対人トラブルや人間不信、被害的な考えを招く一因となり、抑うつ気分や意欲低下などを呈し、日常生活や人間関係での悪循環に陥ることが少なくない。

したがって、セラピストは事象に対する訓練のみならず、患者と信頼関係を十分に築き、時には精神的なサポートをする必要がある。また、セラピストだけで解決できるかどうかを迅速に判断し、状況に合わせて医師や他職種と連携するなど、柔軟な対応が必要である。

c. 問題点

本論文にはさまざまな問題点がある。最大の問題は、評価法である。一部では質問紙表の本人と家族との間の乖離を用いた面もあるが、気づきをターゲットとした評価がなされていないことが問題である。また、構造化されていないこと、セラピーにはある程度時間が必要であること、セラピストの違いも問題となるであろう。

今後は、より短時間で気づきが得られるよう半構造化させたAFTの構築が必要である。また、評価法も洗練させる必要がある。

まとめ

このような問題はあるものの、認知機能が比較的高い症例においては、AFT等の認知的アプローチを主体とした介入により、セラピストが可能な限りファシリテートを務めることがメタ認知能力の向上や患者自身での問題解決への般化に有効である可能性が考えられた。

文 献

- 1) Burgess, P., Robertson, I. : Principles of the Rehabilitation Frontal Lobe Function. In : Principles of Frontal Lobe Function (eds by Donald, T., Robert, T.). Xth Ed., OXFORD UNIVERSITY PRESS, New York, 2002, pp.557-572.
- 2) Cheng, S., Man, D. : Management of impaired self-awareness in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20 (6) : 621-628, 2006.
- 3) Cicerone, K., Langenbahn, D., Braden, C., et al. : Evidence-based cognitive rehabilitation : updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil*, 92 (4) : 519-30, 2011.
- 4) Doig, E., Kuipers, P., Prescott, S., et al. : Development of self-awareness after severe traumatic brain injury through participation in occupation-based rehabilitation : mixed-methods analysis of a case series. *Am J Occup Ther*, 68 (5) : 578-588, 2014.
- 5) 船山道隆, 成塚陽太 : 遂行機能障害に対するアプローチ. *MB Medical Rehabilitation*, 192 : 41-45, 2016.

- 6) Goverover, Y., Johnston, M.V., Toglia, J., et al. : Treatment to improve self-awareness in persons with acquired brain injury. *Brain Injury*, 21 (9) : 913-923, 2007.
- 7) Hewitt, J., Evans, J., Dritschel, B. : Theory driven rehabilitation of executive function : Improving Planning skills in people with traumatic brain injury through the use of an autobiographical episodic memory cueing procedure. *Neuropsychologia*, 44 (8) : 1468-1474, 2006.
- 8) 松葉正子 : 外傷性脳損傷後数年を経て開始した認知リハビリテーションの長期経過. *認知リハビリテーション*, 18 (1) : 96-103, 2013.
- 9) 三村 將 : アパシー (意欲障害) と認知機能検査. 脳疾患によるアパシー (意欲障害) の臨床 (小林祥泰編). 新興医学出版社, 東京, 2008, pp.120-130.
- 10) 中川良尚, 佐野洋子, 船山道隆, ほか : 記憶障害症例の長期経過—病識の改善について—. *認知リハビリテーション*, 16 (1) : 35-44, 2011.
- 11) 先崎 章 : 前頭葉損傷による高次脳機能障害の全人的認知リハビリテーション. 支援や対応に苦慮した4例の経験から (集団の場の利用という視点も含めて). *高次脳機能研究*, 32 (3) : 367-374, 2012.
- 12) Von Caramon, D., Matthes-von Cramon, G., Mai, N. : Problem-solving deficits in brain-injured patients : A therapeutic approach. *Neuropsychol Rehabil*, 1 : 45-64, 1991.