

外傷性脳損傷者の後遺症に対する主観的認識—予備調査—

Subjective awareness on the disability after traumatic brain injury —preliminary study—

松葉 正子¹⁾ 式守 晴子²⁾ 藤井 正子³⁾ 飯塚 智恵⁴⁾

要旨：外傷性脳損傷（以下 TBI と略称）を受けた本人と家族に同じ内容の質問紙を、郵送により記入を依頼し、TBI 後の障害の主観的認識の本人と家族の比較を行った。家族得点の低いものから高いものに順に並べて、TBI 受傷者本人の認識と比較した結果、記憶と注意項目では家族の認識が強くなる（つまり障害が強くと認識されている）と本人の認識との差が開く（つまり本人の障害の過小評価）傾向があった。コミュニケーションと情緒、その他の項目では、その傾向がはっきりしない。また 1 年以上の練習帳による認知訓練をした 2 人では、家族得点が高かったにも関わらず、本人得点との差が小さく、練習帳による認知機能訓練が本人の障害への認識をもたらす可能性が示唆された。

Key Words：外傷性脳損傷，認知行動的後遺症，主観的障害認識，家族認識との差

はじめに

交通事故で頭部を強打して起こる外傷性脳損傷は、身体的、認知的、情緒的、行動的後遺症を起こすことで、復学や職場復帰にさまざまな問題を起こす。

当然日常生活行動にも事故後の変化を示し、一緒に生活している家族にも大きな負担になる。直接の後遺症としての高次機能障害に加えて、脳損傷の場合には、後遺症に対しての自己認識の甘さや欠如が、家族やリハビリテーション従事者との比較でも広く認められている（例えば、Prigatano et al, 1996；Fleming et al, 1996；Spatt et al, 1997；Sbordone et al, 1998）。

これは効果的なリハビリテーションへの障害因子となる（Cicerone, 1989）。長期的にならざるを得ないリハビリテーション、実際上は一生ものとも考えられるリハビリテーションの遂行には、家族の役割は想像以上に大きい。

このような状況から、本人と家族の後遺症の主観的認識の違いを検討し、効果的な在宅でのリハ

ビリテーション実施の裏づけにしようと考えて、本研究は開始された。まだ、予備的段階であるが、一つの方向性を示せたと考えている。

1. 対象と方法

対象は、S 県の脳外傷友の会の会員の方 15 名に御協力頂いた。

郵送で本人用と家族用の 2 種類の質問紙（質問内容は同一）を送り、返信用封筒で記入後返送を依頼した。

あらかじめ電話で了解を求めておいたので、郵送した全員から質問紙を受け取ることができた。

ただし、明らかに本人が質問内容を理解していないと考えられる 2 人を除外した。質問項目は表 1 にあるように 23 項目で、最初、記憶、注意、コミュニケーション、行動、情緒に関して 4 項目ずつ作り、その後多少の変更をし、現在の項目（表 1）に落ち着いた。後遺症の質問紙の 23 項目

- 1) 埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科 Masako Matsuba : Department of Occupational Therapy, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University.
- 2) 東海大学健康科学部看護学科 Haruko Shikimori : Department of Health Science, Tokai University.
- 3) TBI リハビリテーション研究所 Masako Fujii : TBI Rehabilitation Research Center
- 4) 東京小児療育病院 Chie Iizuka

表 1

質問項目	アンケートの質問内容
1	疲れやすい
2	新しいことが覚えにくい
3	眠くなったりぼんやりすることがある
4	わけもなくいらいらすることがある
5	物事に集中するのが難しい
6	言われたことをすぐ忘れる
7	すぐ人に頼る
8	2つのことを頼まれると混乱する
9	何をするにもゆっくりである
10	自分が直前にしていたことを忘れる
11	憂うつ、沈みがちになることがある
12	他人の名前を思いだせない
13	理由なく不安になることがある
14	漢字が思いだせない
15	怒りがこみ上げてくることがある
16	話していると内容がごちゃごちゃになる
17	話しすぎることがある
18	思ったことをうまく言葉にできない
19	なかなか仕事にとりかかれない
20	会話に入っていけないことがある
21	1人で電車やバスに乗ることが難しい
22	自分のしたことで変な顔をされたことがある
23	事故で私の人生はめっちゃめっちゃになった

回答段階 0：全くないから 4：とてもあるの5段階
 分析での算定 1：全くないから 5：とてもあるの5段階

の分類項目は、現在後遺症の客観的判定材料として、使えるテストが、注意力 (Test of Everyday Attention, Robertson et al, 1994) と記憶力 (リバーミード行動記憶検査, 日本版, 綿森ら, 2002) であるため, それに合わせて, 注意, 記憶の項目をもうけ, それに加えて社会生活上適応障害が起ころうな問題として, コミュニケーションと情緒の項目を作り, それ以外をその他とし, 5項目に分類検討した (表2)。

回答段階は, 表1にあるように, 回答のしやすさを考えて, 0から4までの5段階とした。ただし, 実際の採点では, 0を1点, 4を5点として算定した。それぞれの項目について, 本人と家族の主観的認識の差を, 算定した点数の比較で行った。

点数が高い方が後遺症の主観的認識が強いこと

を表している。両群の差は, 家族の主観的評価のよいものから, わるいもの, つまり点数の低いものから高いものの順に並べ, その値と本人の症状の主観的認識と重ね合わせて比較し, 分類項目別に図1から図5までに表示した。項目点をすべて加えた総点の比較は図6で示している。さらに, 家族と比較して本人の障害の過小評価 (マイナス点) と過大評価 (プラス点) を見やすくするために図7を作った。この値は図6と同じである。対象例は, 家族の総点の低いものからアルファベットで表している。そこで, 分類項目別の図1-図5では横軸の順番は, 家族のその分類項目点数の低いものから並べてあるので, アルファベットの順番はおのずと異なってくる。ただし, おなじアルファベットは同一の家族とその本人を示す。

表2

記憶に関する項目	
2	新しいことが覚えにくい
6	言われたことをすぐ忘れる
10	自分が直前にしていたことを忘れる
12	他人の名前を思いだせない
14	漢字が思いだせない
注意に関する項目	
5	物事に集中するのが難しい
8	2つのことを頼まれると混乱する
9	何をするにもゆっくりである
コミュニケーションに関する項目	
16	話していると内容がごちゃごちゃになる
17	話しすぎることがある
18	思ったことをうまく言葉にできない
20	会話に入っていけないことがある
22	自分のしたことに変な顔をされたことがある
情緒に関する項目	
4	わけもなくいらいらすることがある
11	憂うつ、沈みがちになることがある
13	理由なく不安になることがある
15	怒りがこみ上げてくることがある
その他	
1	疲れやすい
3	眠くなったりぼんやりすることがある
7	すぐ人に頼る
19	なかなか仕事にとりかかれない
21	1人で電車やバスに乗ることが難しい
23	事故で私の人生はめっちゃめっちゃになった

2. 結 果

後遺症の主観的認識に、家族と本人の得点に統計的有意である差が出た項目はなかったが、予備調査としての傾向をみるため分析を行った。全体的にみて、家族の得点が低い群では本人が後遺症を問題視し、家族の得点が高い群では家族の問題認識が本人より高くなる傾向がみられた。

それは、総得点の家族と本人の差について表している図6をみると、最初の4人abcdでは、本人は障害を家族より高得点をつけ、障害を過大

評価する傾向を示し、次の4人efghでは、本人が家族より少ない得点を示し、障害が過小評価的になっていく。残りの5人のうち最後の2人を除くijklでは、最低の得点数になっている。つまり家族との得点差が本人の障害の過小評価の方向に開く傾向となる(図7)。

最後の2人については、1年以上の認知機能訓練を行った対象であり、後ほど議論する。個々の項目についてみると、

1) 記憶について(図1)は、家族得点が高くなるにつれて、本人の得点が下がる傾向はなかったが、図6の最後の2人mとlを除くと、家族

得点が高くなると本人得点との差がみられるようになる、つまり本人の障害の過少評価傾向がみられた。

2) 注意について (図2) は、家族得点が高くなると、本人の得点、は家族の得点よりも下がる、つまり本人の障害の過少評価傾向が見られた。

3) コミュニケーションについて (図3) は、家族の得点が低い群では家族の評価と大きく異なることはないが、高い群では本人と家族の評価に関してばらつきがみられた。

そのばらつきは、本人得点が下がる傾向のものであった。また本人の得点が家族に比べてかなり高くなる対象、つまり本人が障害を過大評価、つ

まり障害を重くみる例はなかった。

4) 情緒について (図4) は本人と家族の障害得点が近づく傾向がみられた。

5) その他について (図5) は、多種の項目が含まれているが、行動上の問題が多く、家族得点が高くなるとばらつきが多くなった。

3. 考 察

本研究は、在宅での外傷性脳損傷後のリハビリテーションのより効果的な推進のために、家族の後遺症の認識を軸にして、本人の障害に対する認識 (気づき) を知ろうとしたものである。

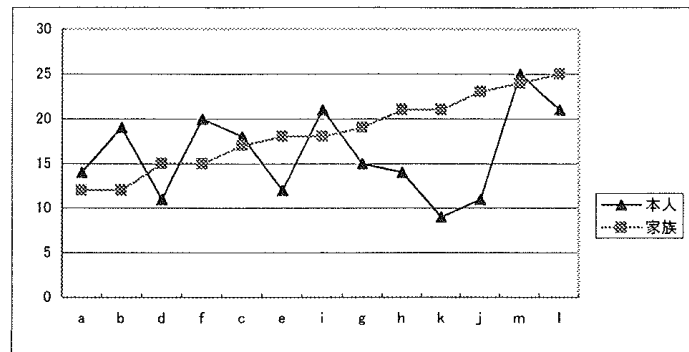


図1 記憶障害に関する本人と家族の主観的認識

記憶障害項目：質問項目 2, 6, 10, 12, 14

項目得点の低いものから高い順に表示してある (なおアルファベットは総点で並べてある家族を示している (図6参照))。縦軸は1-5点で示された障害項目の合計得点数を示す。

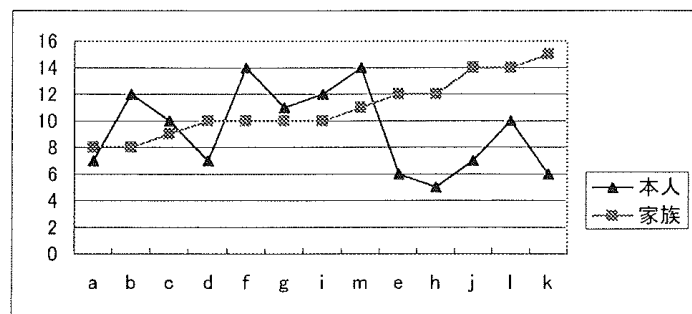


図2 注意障害に関する本人と家族の主観的認識

注意障害の質問項目：5, 8, 9

図の表示方法は、図1参照のこと。

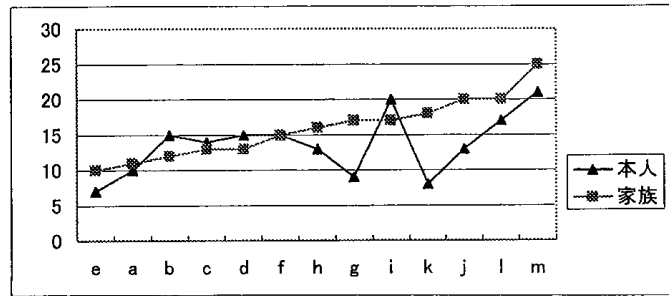


図3 コミュニケーション障害に関する本人と家族の主観的認識
コミュニケーション障害の質問項目 16, 17, 18, 20, 22
図の表示方式は図1参照のこと。

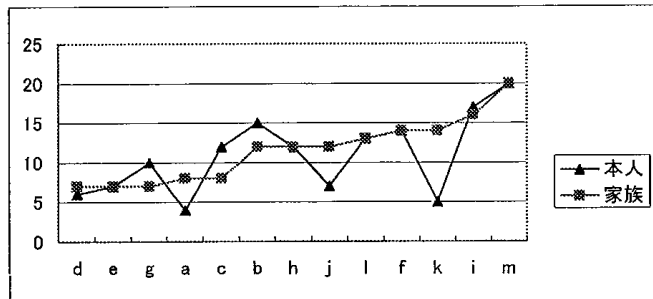


図4 情緒障害に関する本人と家族の主観的認識
情緒障害の質問項目：4, 11, 13, 15
図の表示方式は、図1参照のこと。

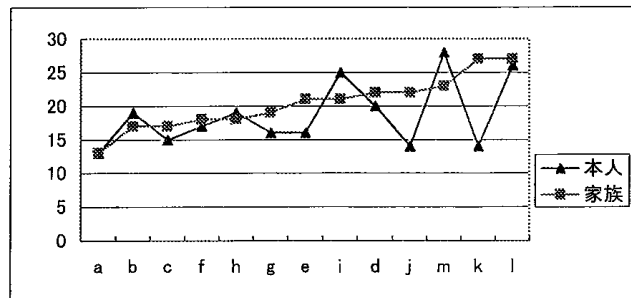


図5 その他の障害に関する本人と家族の主観的認識
その他の障害の質問項目：1, 3, 7, 19, 21, 23
図の表示方式は、図1参照のこと。

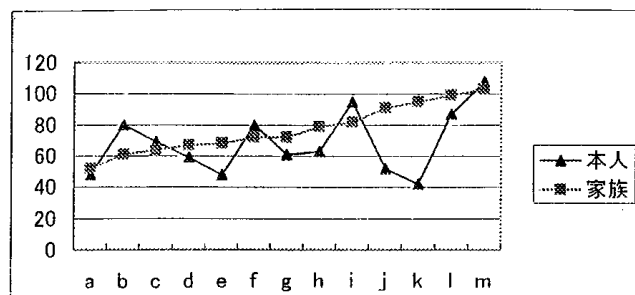


図6 本人と家族の主観的認識の総得点
横軸アルファベットは各事例。家族総得点の順に並べた。
図の表示方式は、図1参照のこと。

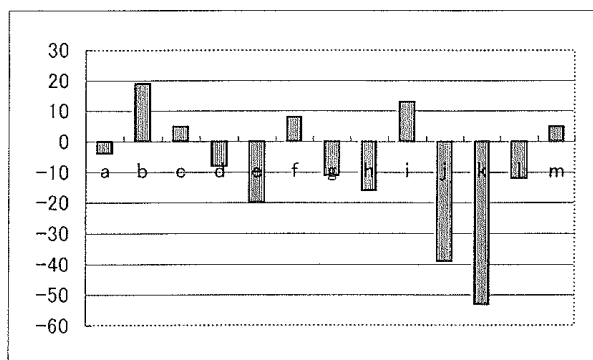


図7 本人と家族の主観的認識の差

横軸は各事例。家族総得点の順に並べた。マイナス点は本人の評価が家族より少ない、つまり自分の障害の過小評価傾向を示す。

外傷性脳損傷後の障害を本人がどのように主観的に認識しているかの判定については、今まで多くの論議（例えば、Fleming et al, 1996；Sherer et al, 1998；Simmond et al, 2003）がなされてきたが、その自己認識（気づき）の客観的な評価は難しく、統一的な見解はない。

本研究で対象とした外傷性脳損傷を持つ本人は亜急性の後遺症認識障害時期（Godfrey et al, 1993）を過ぎており、家族は友の会の比較的熱心な会員であり、自分の家族の後遺症について論議する機会を幾度かもち、外傷性脳損傷を持つ本人の後遺症と照合する機会に恵まれた対象であった。そのために、家族の判断はかなり正しいと考えられた。家族間の後遺症の認識の違いが、リハビリテーションの遂行に大きく影響すると考えて、この観点から、本研究では独自の分析を試みている。

家族評価の順に受傷した本人の自己認識を並べると、家族間の差を一望することに適している。この図表によると、家族得点の低い群で、記憶（図1）、注意（図2）などの分類項目で、本人の方が深刻に後遺症を考えている場合があり、今まで本人に気づきの方策ばかり考えていたが、家族に対する働きかけも必要かもしれないと思われた。統計的に有意ではなかったが、記憶や注意のような認知機能領域では、家族得点が高くなると本人得点との差が開く傾向があった。とくにわれわれの認知機能訓練としての練習帳のリハビ

リテーションを実行している対象（mとl）を除くとその傾向はより顕著になる（図1と図2参照）。認知リハビリテーション過程で、本人の主観的認識が生じたと考えると、認知機能に関する限り、家族関係より認知リハビリテーションの方が気づきに果たす役割が大きく、全体的気づきにつながる可能性もある。その他の社会生活により強く関係してくるコミュニケーションと情緒の項目では家族が主観的に後遺症を強く認識している対象でも、本人の得点との差が開く傾向ははっきりしなくなる。

以上の結果は、この集団特有のものであるかもしれない。友の会の会員として比較的熱心な家族は、家族関係の統合がよいために、問題が起きる日常生活過程で現在までに家族間の差を次第に少なくしてきたかもしれないのである。分析方法も分析項目も、研究によってまちまちであるために比較検討は難しいが、Martinら（2001）は、うつ、認知機能、人間関係の三つの因子での、家族との比較で、認知とうつでは、本人と家族との差が開く項目が認められ、人間関係ではこのような項目は認めていない。

われわれの情緒の結果とうつは多少異なる結果ではあるが、われわれのコミュニケーション障害で差がはっきりしなかったのは、この人間関係の結果とは矛盾しない。

身体症状以外は、家族が障害を強く認識しており、家族の認識の方が信頼性があるという見解（例えば、Spatt et al, 1997；Sbordone et al, 1998）が多いが、分析方法を丁寧にしていくと、家族との認識の差を埋めていく方策が考えられるかもしれない。

また、外傷性脳損傷の重度より、後遺症の主観的認識の方が、社会生活適応度を決定するという見解（Sherer et al, 1998）もあり、本研究のコミュニケーションと情緒得点に差が少ないということは、それが家族関係によってその差の縮みが生じたとするならば、それも今後検討に値する興味ある問題である。今回は例が少なく差は出なかったが、家族関係では、親子と婚姻相手では、どちらが気づきを引き起こすか、それも今後の問題となる。

文 献

- 1) Cicerone KD : Psychotherapeutic interventions with traumatically brain-injured patients. *Rehabilitation Psychology*, 34 : 105-114, 1989.
- 2) Fleming JM, Strong J, Ashton R : Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury : how best to measure? *Brain Injury*, 10 : 1-15, 1996.
- 3) Godfrey HPD, Partridge FM, Knight RG : Course of insight disorder and emotional dysfunction following closed head injury : a controlled cross-sectional follow-up study. *J. Clin. Expert. Neuropsychology*, 15 : 505-515, 1993.
- 4) Martin C, Viguier D, Deloche G, et al. : Subjective experience after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15 (11) : 947-959, 2001.
- 5) Prigatano, GP : (中村隆一監訳). 外傷性脳損傷後の欠損についての意識性—臨床的・理論的論点—, 医歯薬出版株式会社, 東京, 1996, pp.96~111.
- 6) Robertson IH, Ward T, Ridgeway V, et al. : The Test of Everyday Attention. Thomas Valley Test Co., Suffolk, England, 1994.
- 7) Sbordone RJ, Seyranian GD, Ruff RM : Are the subjective complaints of traumatically brain injured patients reliable? *Brain Injury*, 12 : 505-515, 1998.
- 8) Sherer M, Bergloff P, Levin E, et al. : Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *J. Head Trauma Rehabil*, 13 : 52-61, 1998.
- 9) Simmond M, Fleming J : Reliability of the self-awareness of deficits interview for adults with traumatic brain injury. *Brain Injury* 17 : 325-337, 2003.
- 10) Spatt J, Zebeholzer K, Oder W : Psychosocial long-term outcome of severe head injury as perceived by patients, relatives, and professionals. *Acta Neurol Scand*. 95 : 173-179, 1997.
- 11) 綿森淑子, 原 寛美, 宮森孝史, 他 : 日本版リバーミード行動記憶検査. 千葉テストセンター, 東京, 2002.