

## 要旨

対象は、調査時教育環境において医療機関での入院加療中の7名・退院後学校教育下にいる75名・成人期社会生活環境において医療機関での入院加療中の18名・退院後社会生活環境下にいる117名の計217名を、調査時年齢別に小児医療期群7名・少年期群23名（小学校以下の11歳以下）・青年期前期群（12～15歳）19名・青年期中期群（16～19歳）26名・青年期後期群（20歳代）25名・成人期前期群（30歳代）25名・成人期中期群（40歳代）29名・成人期後期群（50歳代）24名・高齢期群（60歳以上）21名・成人医療期群18名の10群に分けて、小児期・成人期共通の調査項目が多い認知機能障害の出現度合いとの関係で比較検討した。なお、POMS2-A短縮版では回答者123名で検討した。

POMS2-A短縮版では、ネガティブ項目は非臨床群よりも高い傾向を示したが、ポジティブ項目は非臨床群とほぼ同様か高い値を示し、家族会参加経験者では友好の項目の高さが目立ち、家族会の役割を示している。

認知機能障害では、記憶・注意・遂行・神経疲労は年代を問わず多くが高い出現度合いを示し、その他の障害では年代別傾向はあまり見られなかった。

## 目的

本調査研究の対象を医療期から生活期・小児から成人に至る者を対象としたところに独自性があると思われる。本章においては小児期・成人期および医療期・生活適応期といった異なった環境下における区分別の検討し、全体を俯瞰して特性を検討することを目的とする。

## 対象

本調査の全対象者のうち、認知機能障害の出現度合いに関する回答が全項目の半数以上あった者217名。ただし、検討項目によっては欠損データのある者を除いたため、対象者は検討項目ごとに示す。

## 方法

認知機能障害修験度合い項目が成人対象調査では53項目、小児対象調査では50項目のため、両調査に共通の50項目を「大いに思う」=4点、「まあまあ思う」=3点、「あまり思わない」=2点、「全く思わない」=1点、「わからない」及び無回答=0点として認知機能障害に出現度合いを、調査時年齢別に小児医療期群7名・少年期群23名（小学校以下の11歳以下）・青年期前期群（12～15歳）19名・青年期中期群（16～19歳）26名・青年期後期群（20歳代）25名・成人期前期群（30歳代）25名・成人期中期群（40歳代）29名・成人期後期群（50歳代）24名・高齢期群（60歳以上）21名・成人医療期群18名の10群に分けて、①小児期・成人期共通の認知機能障害50項目の日常生活における出現度合いとの関係で比較検討する。②同様の群別に回答者の精神的負担感との関係で検討する。③同様の群別に精神的負担感とPOMS2-A短縮版の結果との関係で検討する。

## 結果

### 1) 基本情報に関すること

#### (1) 回答者の続柄について

図 1-1 に示すように、成人期中期（40 代）までは、圧倒的に親が多く、成人期後期（50 代）になると配偶者の占める割合が多くなる。成人医療期は当事者年齢 30 代 1 名、40 代 5 名、50 代 3 名、60 代以降 9 名と高齢期群に当たる者が半数を占める。

#### (2) 精神的負担感について

教育期にある者 81 名（精神的負担感未記入者 1 名を除く）、成人期にあって教育期に発症している者 39 名・成人期にあって成人期に発症している者で親が回答者である者 37 名・成人期発症者で配偶者が回答している者 32 名・成人期にあってその他の家族が回答している者 9 名の精神的負担感について図 1-2-1 に示す。

教育期にある親の精神的負担感に比して、成人期にあって教育期に発症した者の親および成人期発症の配偶者の精神的負担感が大きく、次いで成人期発症の親の負担が大きい。人数は少ないが、その他の家族（兄弟や子ども）の精神的負担感の少ないことが目立つ。

当事者年代別に回答者の精神的負担感の割合を図 1-2-2 に示す。成人期中期までは、ほとんど親の回答である。小児医療期の回答者が精神的負担感を強く感じており、教育環境下における結果とのギャップが目立つ。これに比して、成人期医療期の回答者は、ほとんど精神的負担感を感じておらず、生活期とのギャップの大きいことが特徴である。精神的負担が「大きい」と答えている重度負担感群は青年期後期

（20 代）から高齢期および青年期前期でほぼ 3 割近くを占めているが、少年期（11 歳以下）および青年期中期（16～19 歳）では 2 割前後と低い値を示している。

図 1-1 調査時年代群別当事者と回答者の続柄

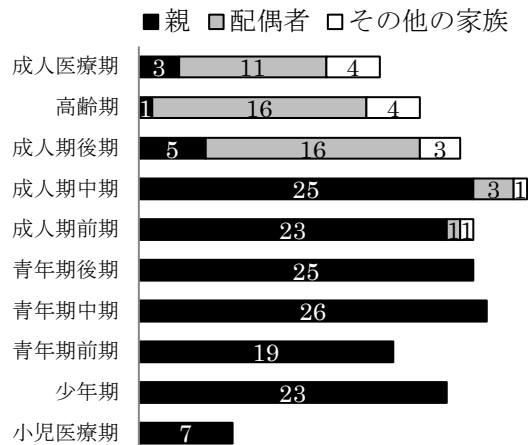


図 1-2-1 発症時期別続柄別精神的負担感割合

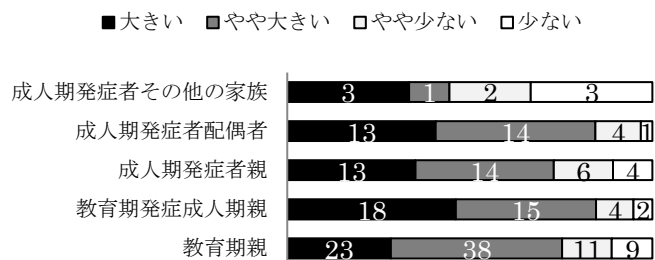
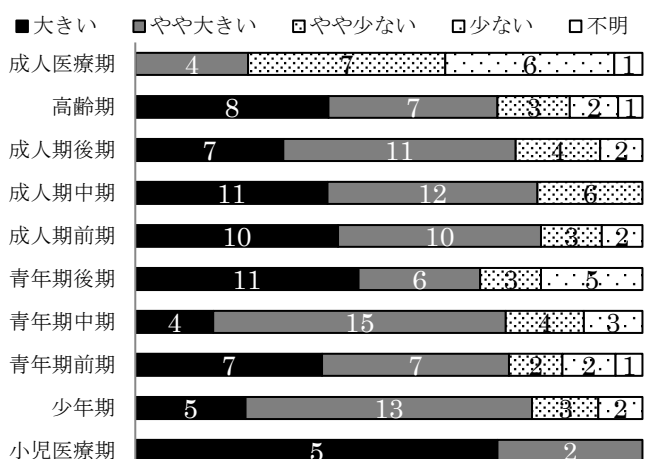


図 1-2-2 調査時年代群別精神的負担感割合



2) 認知機能障害出現度合いと精神的負担感について

(1) 認知機能障害の出現度合いと精神的負担感について

小児から成人までほぼ共通した質問項目は、日常生活に見られやすい認知機能障害の行動特性であることから、ここでは認知機能障害の出現度合いと精神的負担感の関係を当事者年齢との関係を散布図として図 2-1-1 に示す。症状合計数とは、50 の項目ごとに「大いに思う」= 4 点、「まあまあ思う」= 3 点、「あまり思わない」= 2 点、「全く思わない」および無回答は 0 点として合算したものである。なお認知機能障害の行動特性は成人期：53 項目・小児教育期：50 項目であったため、両調査に共通の 50 項目を選択して比較した。

負担感の大きさ別の近似曲線をみると、出現度合いが大きいほど精神的負担感の高いことに、弱いながらも相関がみられる。

次いで、当事者と回答者の続柄別に同様の散布図 (図 2-1-2) を示す。対象は、図 1-2-1 と同様である。負担感大は「大きい」「やや大きい」とし、負担感少は「やや少ない」「少ない」とした。

回答者年齢 60 歳代以上の親では、日常生活場面における認知機能障害の出現度合いが 100 以下の少ない場合にも精神的負担感が大きいことがわかる。

図 2-1-1 認知機能障害出現度合いと精神的負担感の関係

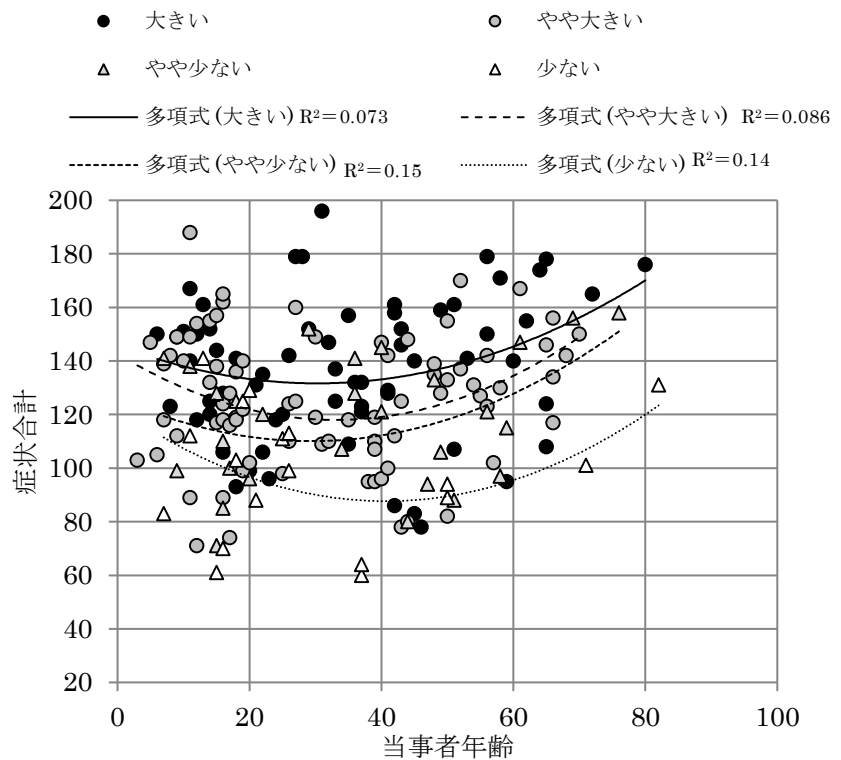
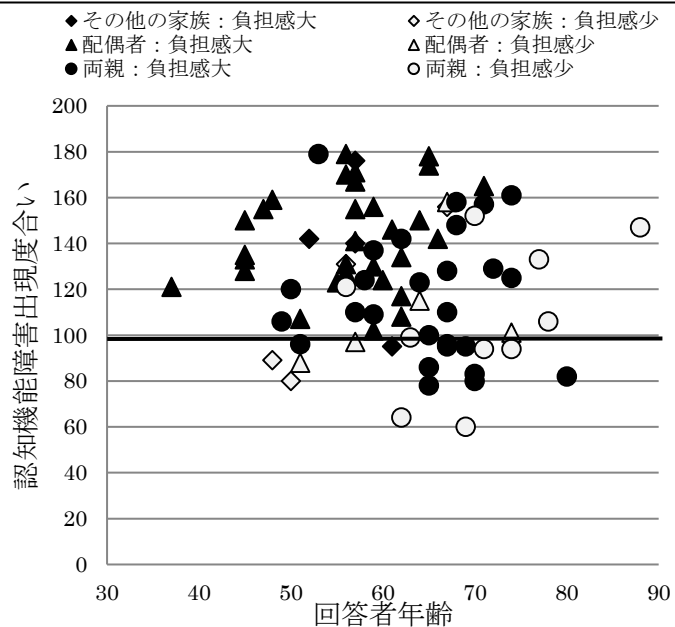


図 2-1-2 認知機能障害出現度合いと成人期発症の続柄別精神的負担感割合



### 3) POMS2-A 短縮版の結果と精神的負担感について

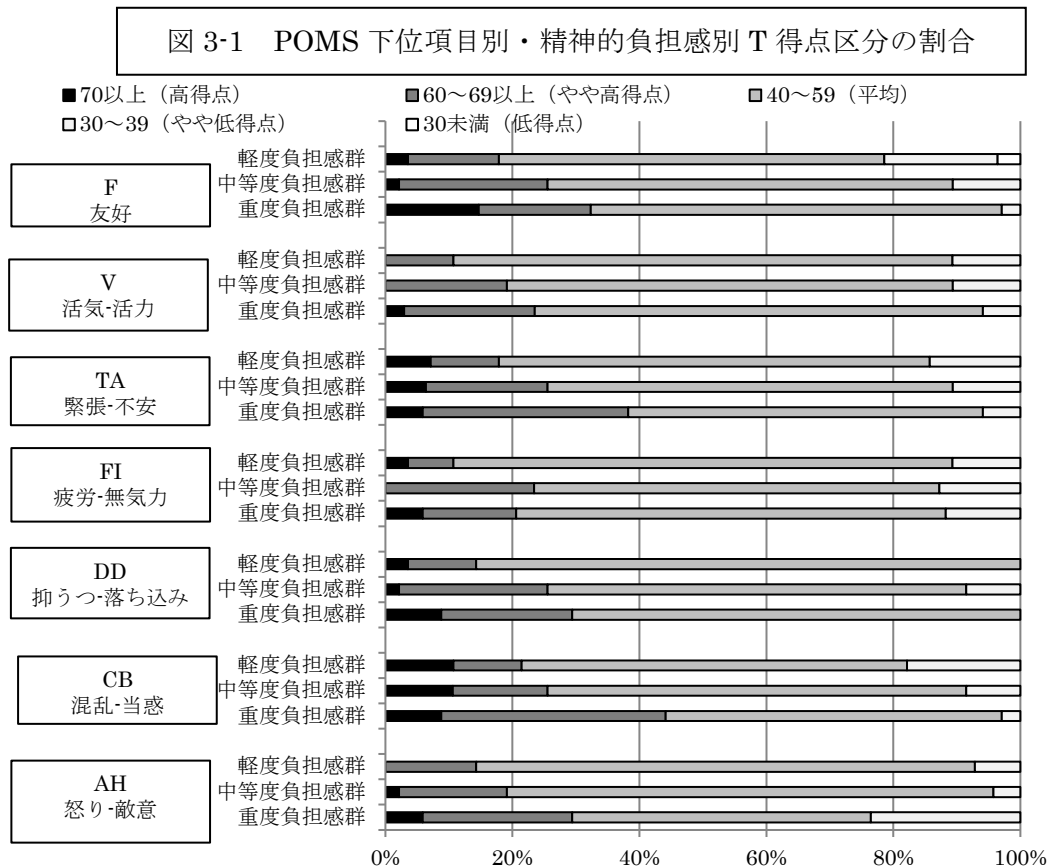
成人生活期・小児教育期にあって、POMS2-A 短縮版および精神的負担感について記載のあった者 109 名を対象に、精神的負担感が大きいと答えた 34 名（重度負担感群）・やや大きいと答えた 47 名（中等度負担感群）・やや少ないおよび少ないと答えた 28 名（軽度負担感群）に分けて気分尺度である POMS2-A 短縮版の AH（怒り—敵意：高得点者の特徴はイライラしやすい・不機嫌になりやすい・他者に反感を抱きやすいあるいは怒りをあらわにする等）CB（混乱—当惑：混乱する・考えがまとまらない等）DD（抑うつ—落ち込み：高得点者の特徴は自分は価値のない人間と感じる・物事に対処できない・孤独を感じる・悲しい・罪悪感等）FI（疲労—無気力：高得点者特徴は疲れ切って元気がない・活力が低いと感じる等）TA（緊張—不安：高得点者の特徴は気が立っている等の身体的緊張・震えなどの不安な動作等）VA（活気—活力：高得点者の特徴は活力がありポジティブな感情を感じる等）F（友好：高得点者の特徴は他者に対して標準よりもポジティブな感情を感じる等）<sup>1)</sup>の各下位項目別に検討した。下位項目別精神的負担感別平均値および標準偏差値を示す。（表 1）

表 1

	重度負担感群：N=34	中等度負担感群：N=47	軽度負担感群：N=28
AH：平均値	50.53	50.98	47.64
標準偏差値	±10.04	±8.779	±8.22
CB：平均値	56.85	53.66	50.11
標準偏差値	±10.27	±9.93	±11.57
DD：平均値	54.65	52.60	50.32
標準偏差値	±10.01	±8.47	±8.05
FI：平均値	51.56	51.89	47.36
標準偏差値	±10.31	±9.79	±8.97
TA：平均値	56.50	52.11	51.14
標準偏差値	±9.45	±9.26	±9.93
VA：平均値	51.21	49.49	51.71
標準偏差値	±8.92	±9.24	±8.01
F 平均値	56.35	51.91	52.96
標準偏差値	±10.22	±9.38	±9.99

ネガティブ項目である AH～TA のうち CB・DD・TA の 3 項目が、重度精神的負担感群の T 得点がやや高い傾向がある。

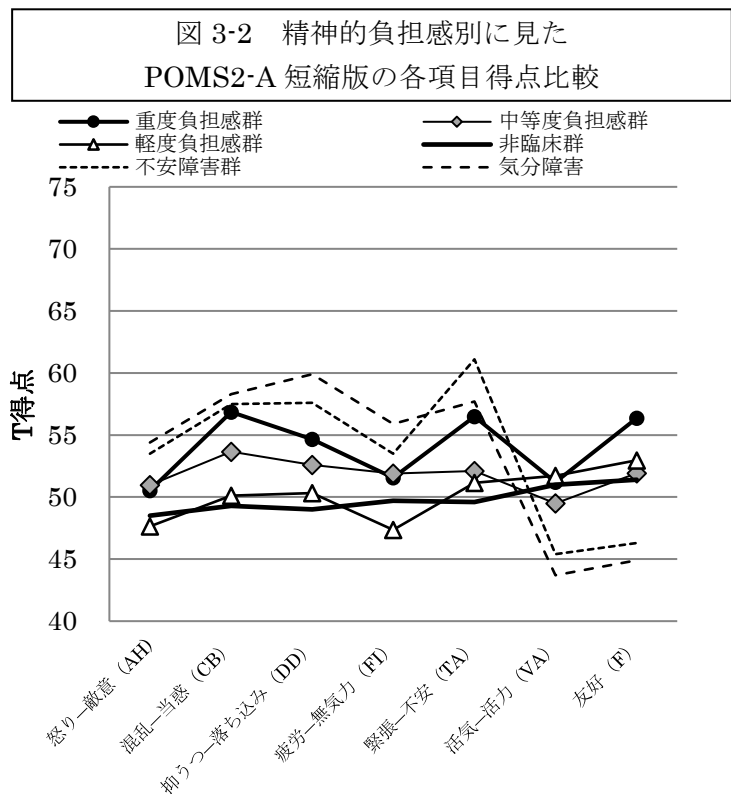
次に、負担感別に各下位項目 T 得点が非常に高い 70 以上・高い 60～69・平均的 40～59・低い 30～39・非常に低い 30 未満に分けて、それぞれが占める割合を示す（図 3-1）。



ネガティブ項目では AH・CB・DD・TA において、重度精神的負担感群の高得点割合が高く中等度・軽度と順に低くなる。ポ V・F とともに重度負担群から順に低くなる。

参考までに、POMS2 マニュアルにある、POMS2-A 短縮版に掲載されている非臨床データと不安障害群・気分障害群の POMS2-A 短縮版のデータ<sup>2)</sup>との比較で、重度精神的負担群・中等度精神的負担感群・軽度精神的負担感群の各項目の平均値プロフィールを示す（図 3-2）

重度精神的負担感群・中等度精神的負担感群は、ネガティブ項目（AH～TA）では概ね参考データの非臨床群と臨床群の間ないしは非臨床群に近い値であるが、CB（混乱-当惑）と TA（緊張-不安）臨床群に近い。ポジティブ項目の VA（活気-活力）は臨床群と大きく異なり非臨床群



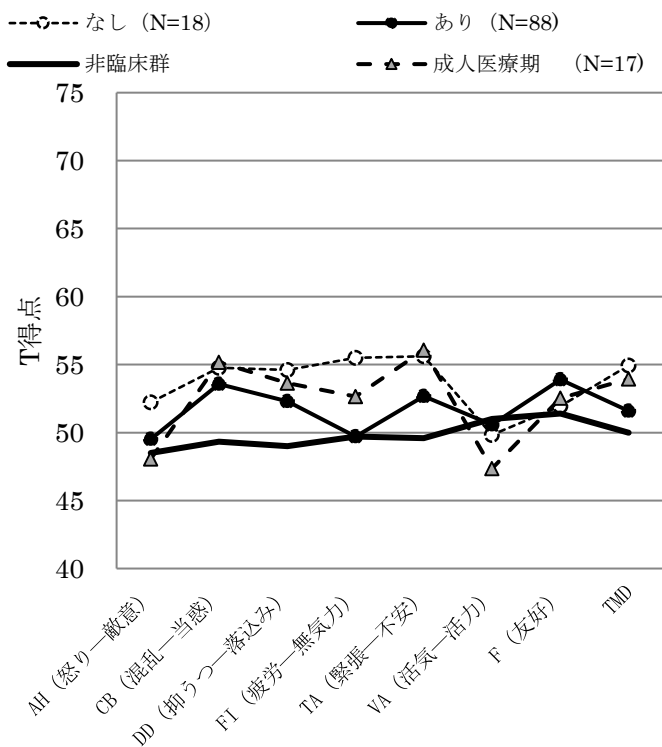
と近く、重度精神的負担群の F（友好）は高いことが特徴である。

参考までに、家族会参加経験の有無および成人医療期の計 123 名の平均値を非臨床群との対比で示す（図 3-3）。

3 群共に非臨床群に比べて高い傾向にあるのは、CB（混乱-当惑）・DD（抑うつ-落ち込み）・TA（緊張-不安）であった。

参加経験の有ある群に比べて参加経験のない群・成人医療期が高い項目は FI（疲労-無気力）TA（緊張-不安）であった。参加経験の有ある群がやや高かったのは F（友好）であった。

図 3-3 家族会参加経験の有無と POMS2-A 短縮各項目の平均 T 得点



4) 認知機能障害に関する個別項目別に見た出現度合いについて

認知機能障害の出現度合い合計では判りにくいため、調査時年齢等区別に各区分について項目ごとに比較検討した。他の群に比して小児医療期データ数が少ないが、小児医療期データとして貴重であり、参考として見るだけで一定の傾向は推測できるのではないかと考え並列して記載する。

①記憶障害について

記憶障害に関する6項目を区分群ごとに以下に示す(図4-1-1~6)。

図 4-1-1 数分前に聞いたことを忘れている

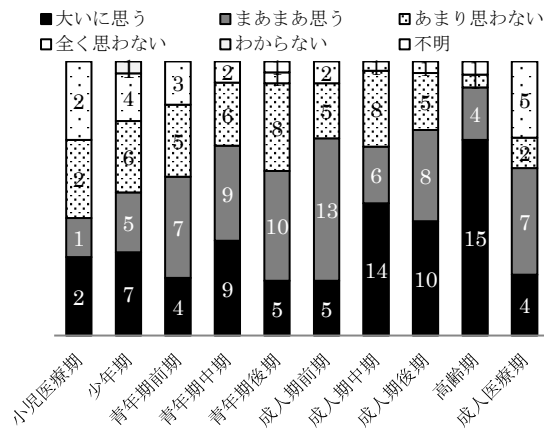


図 4-1-2 約束を覚えてもらえない

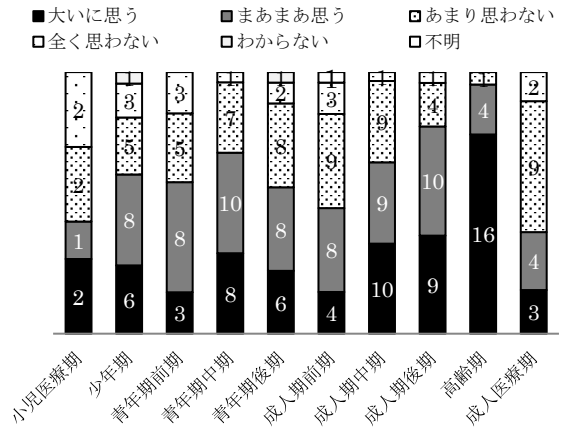


図 4-1-3 同じことを何度も尋ねる

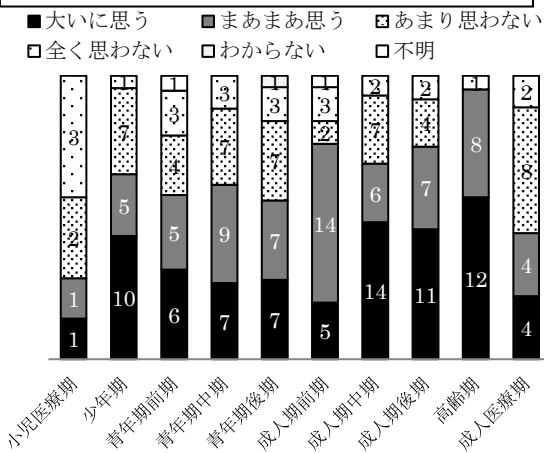


図 4-1-4 人名や物の名前が覚えられない

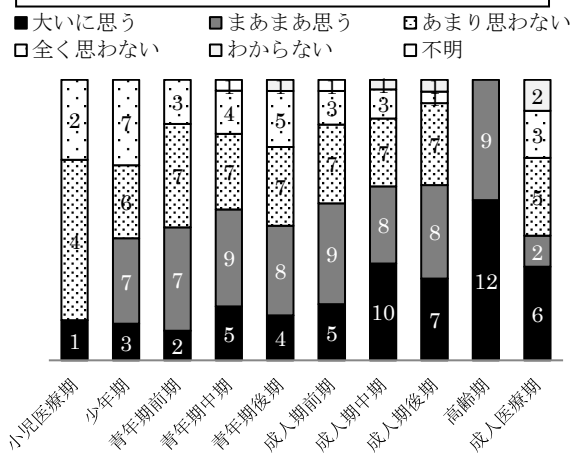


図 4-1-5 その場でわかっても時間が経つと忘れていく

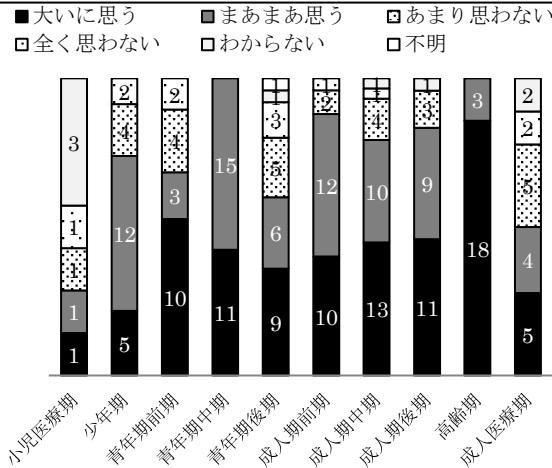
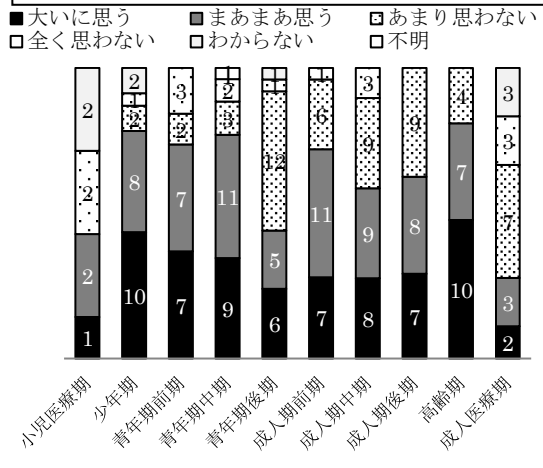
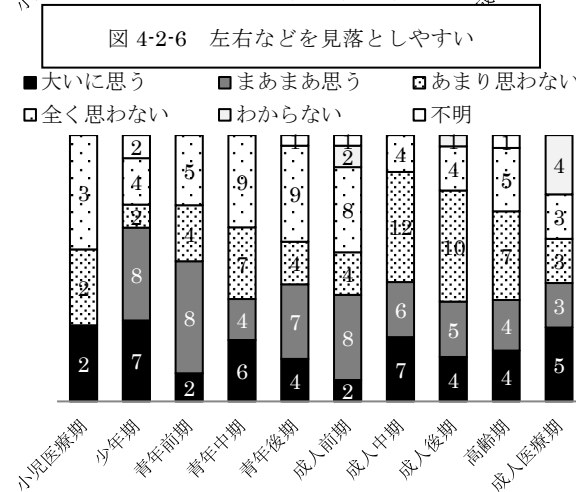
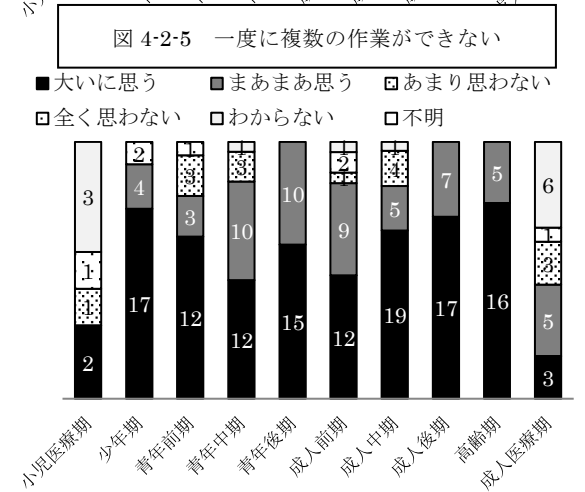
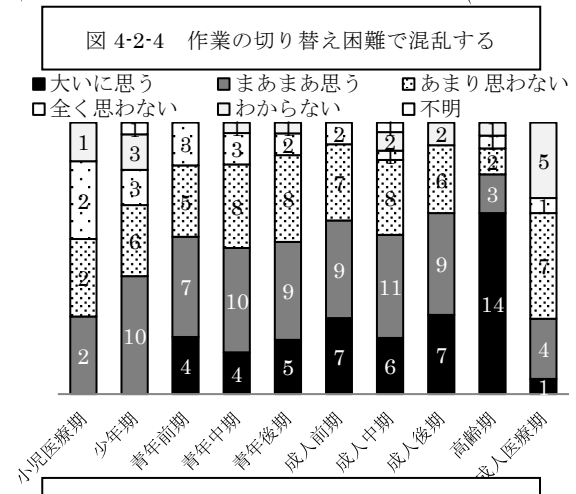
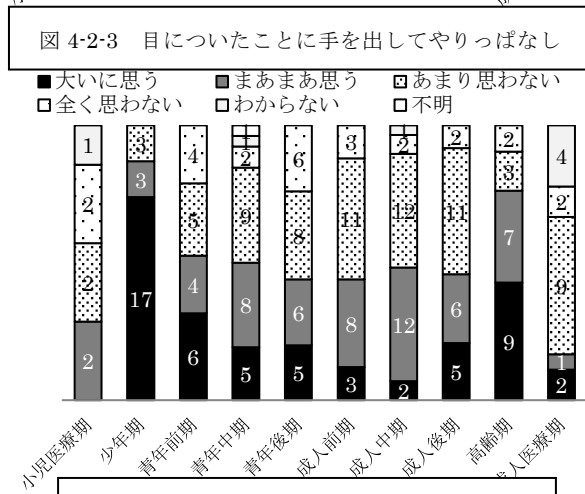
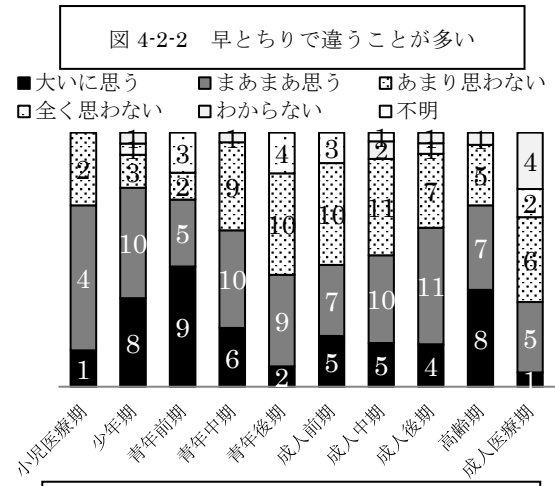
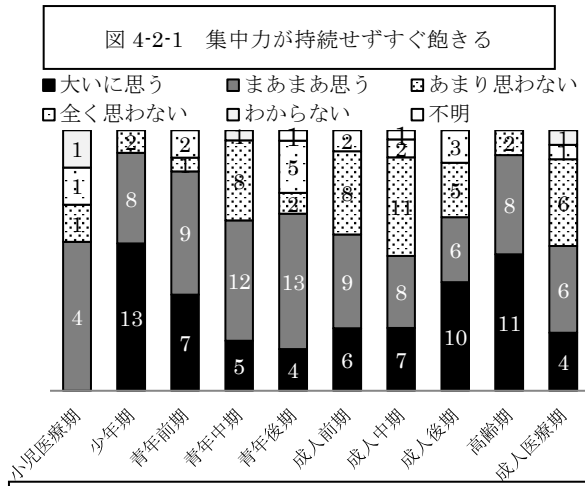


図 4-1-6 忘れ物が多い



②注意障害について

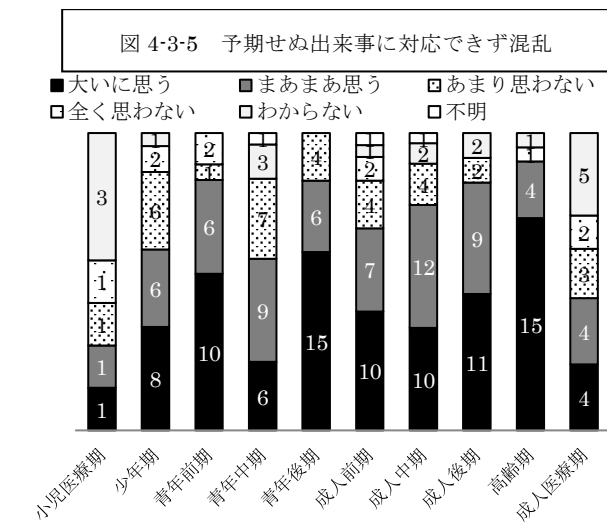
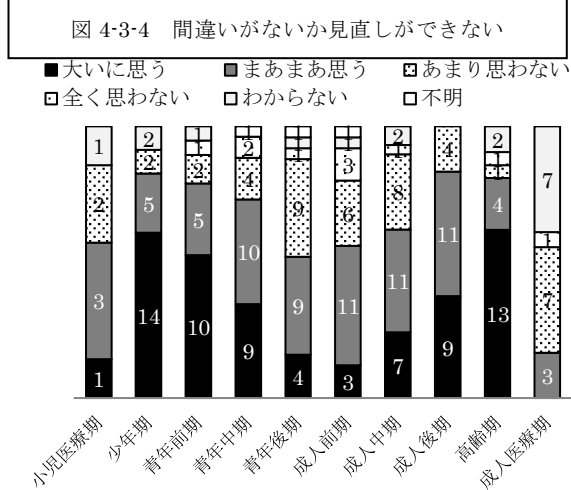
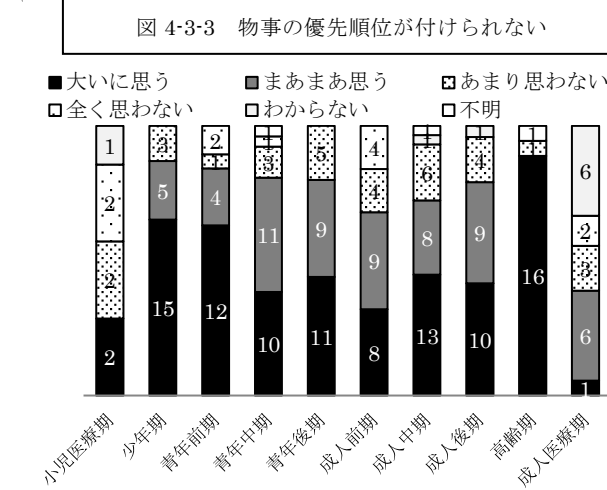
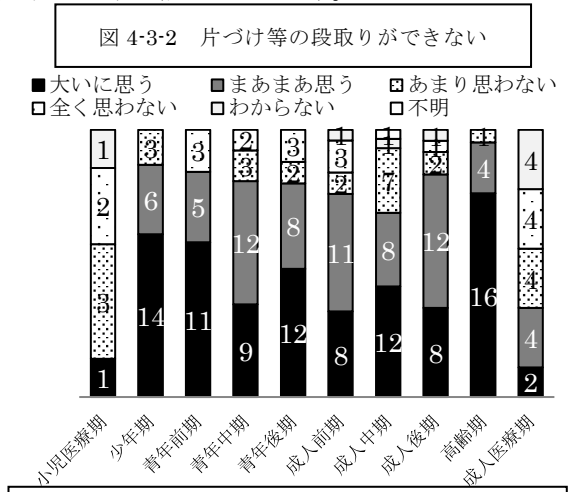
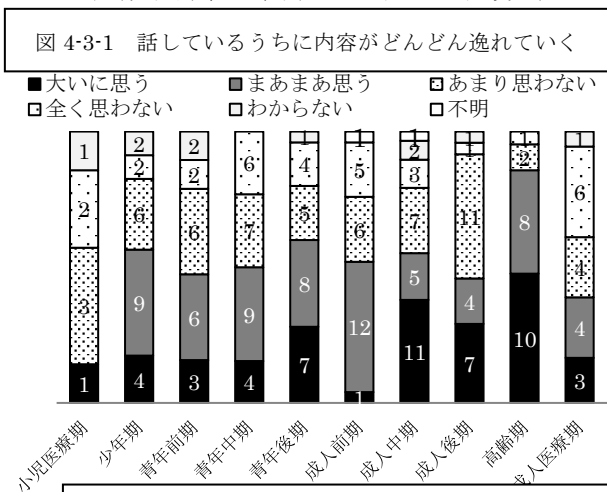
注意障害に関する6項目を区分群ごとに以下に示す(図4-2-1~6)。





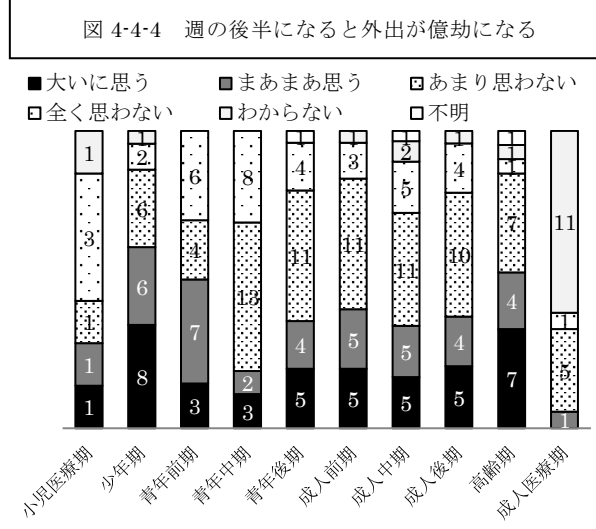
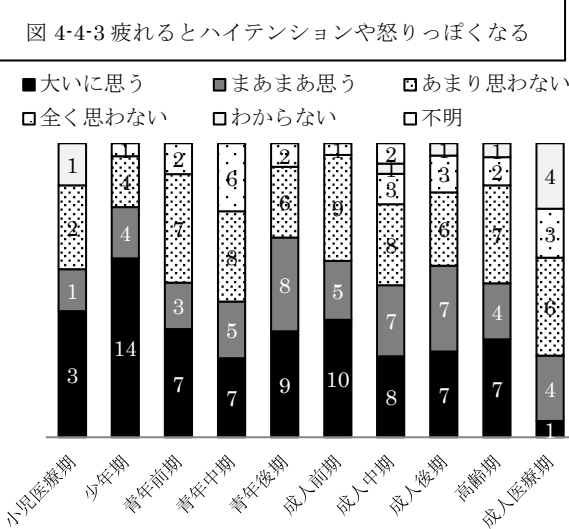
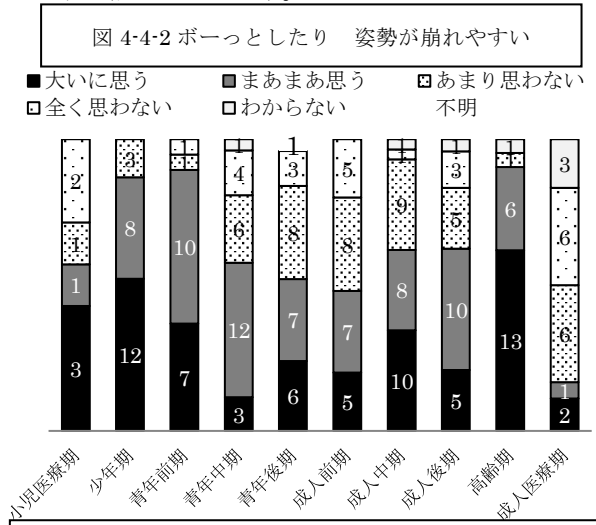
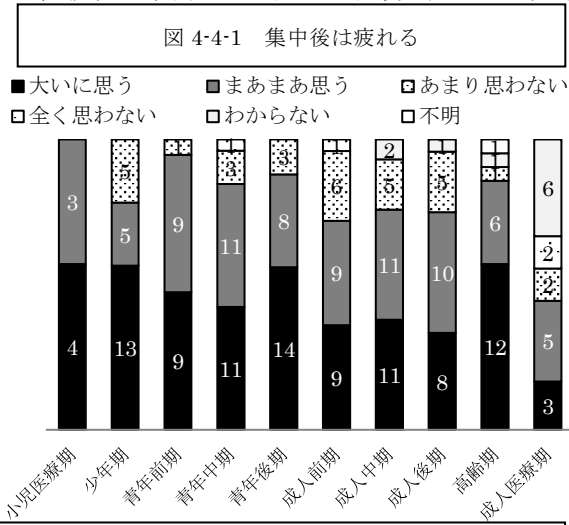
### ③ 遂行機能障害について

遂行機能障害に関する5項目を区分群ごとに以下に示す(図4-3-1~5)。



#### ④神経疲労について

神経疲労に関する4項目を区分群ごとに以下に示す(図4-4-1~4)。



#### ⑤障害の気づきについて

障害の気づきに関する4項目を区分群ごとに以下に示す(図4-5-1~4)。

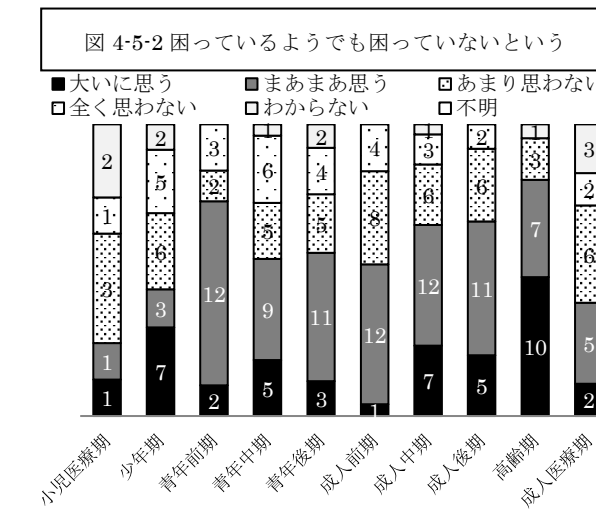
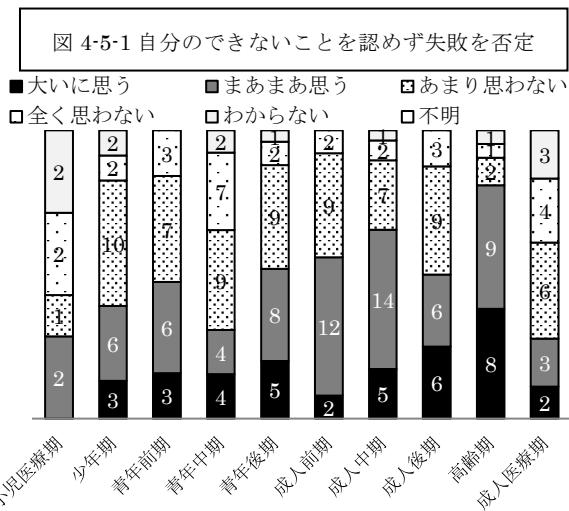


図 4-5-3 自分は何でもできていると思っている

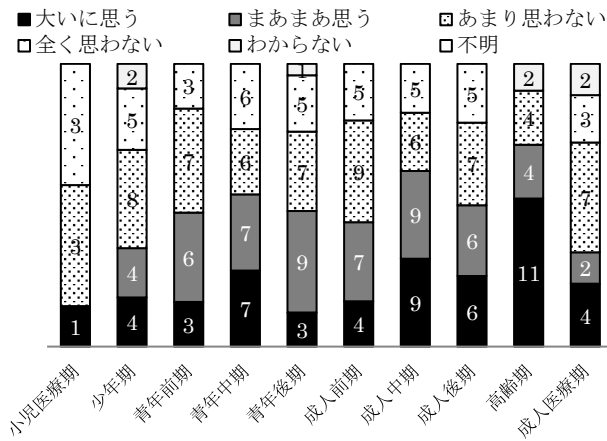
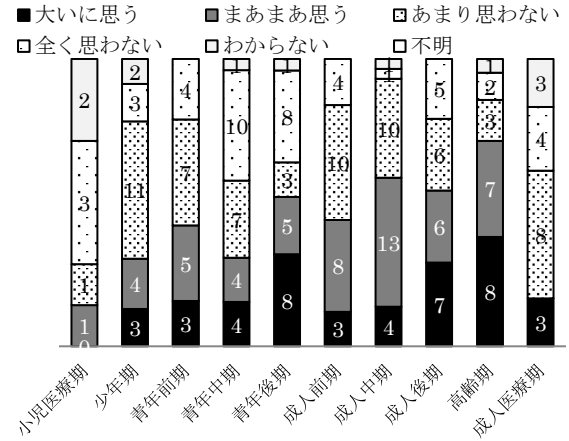


図 4-5-4 ミスやトラブルの原因は自分ではなく他人



⑥依存・退行について

依存・退行に関する4項目を区分群ごとに以下に示す(図4-6-1~4)。

図 4-6-1 小さな子供と対等にケンカをする

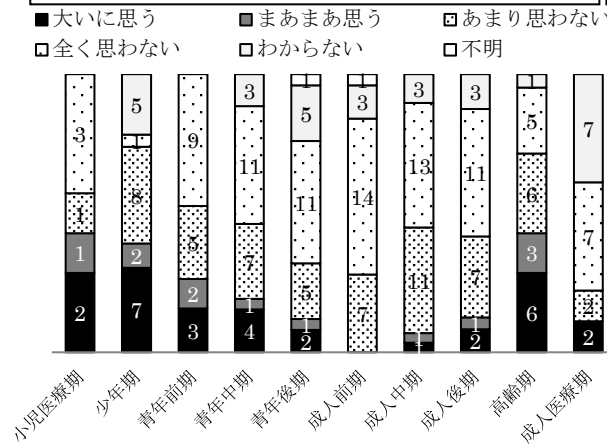


図 4-6-2 ちょっとしたことでも聞かないとできない

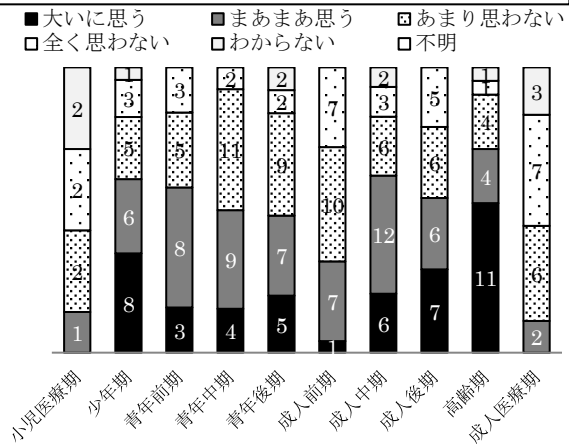


図 4-6-3 家では幼い子どものような振る舞いがある

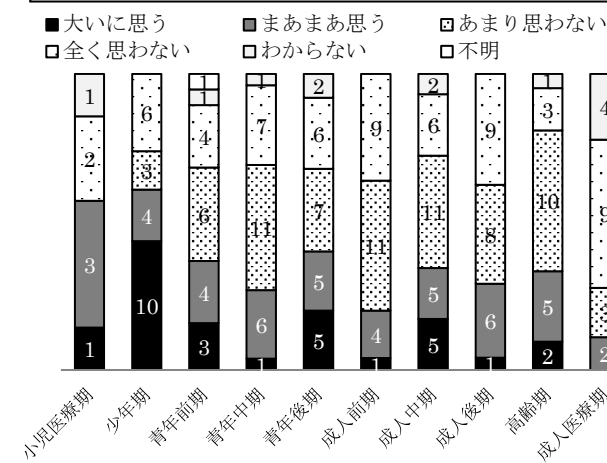
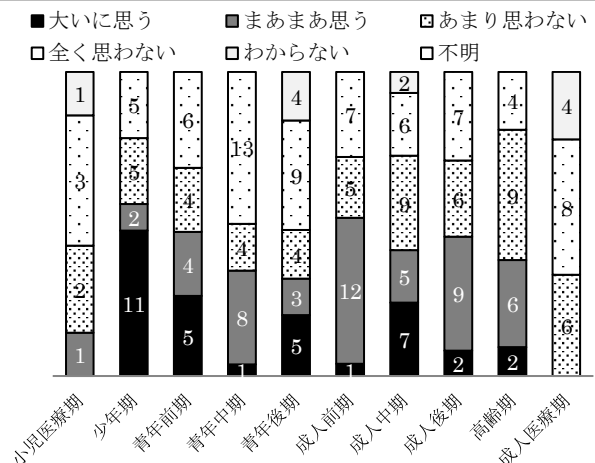


図 4-6-4 年齢不相応な子供っぽい物を欲しがる



⑦感情コントロールについて

感情コントロールに関する3項目を区分群ごとに以下に示す(図4-7-1~3)。

図4-7-1 些細なことでも泣きわめいたり暴言を吐く

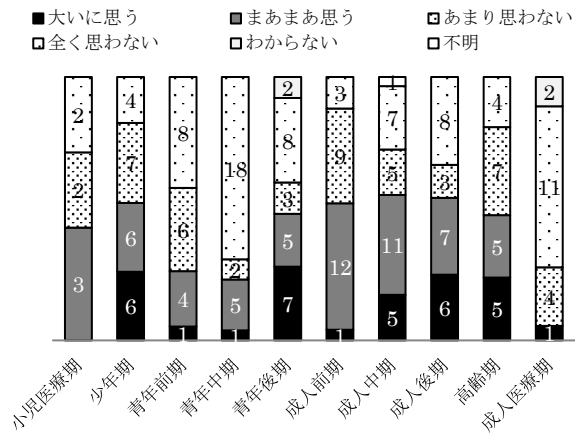


図4-7-2 キレると手が付けられない

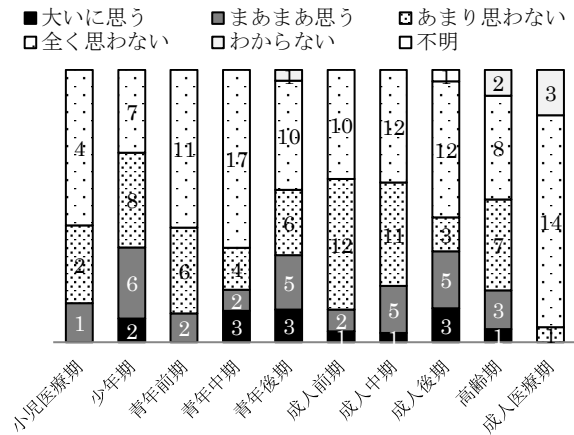
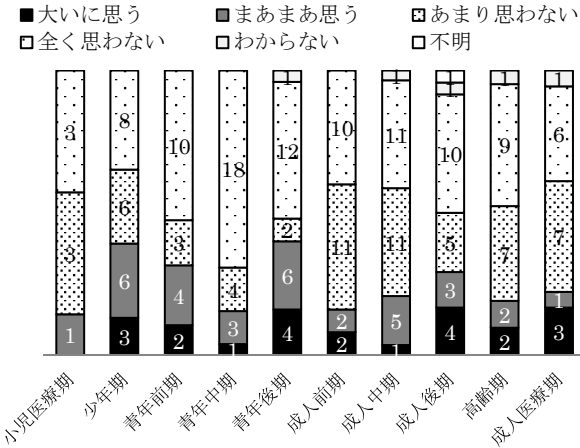


図4-7-3 不適切な場面でも笑い等が止まらなくなる



⑧コミュニケーション障害について

コミュニケーション障害に関する2項目を区分群ごとに以下に示す(図4-8-1~2)。

図4-8-1 その場の空気が読めない

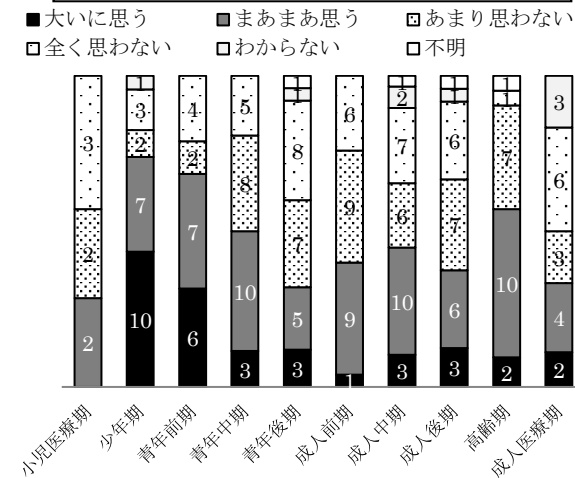
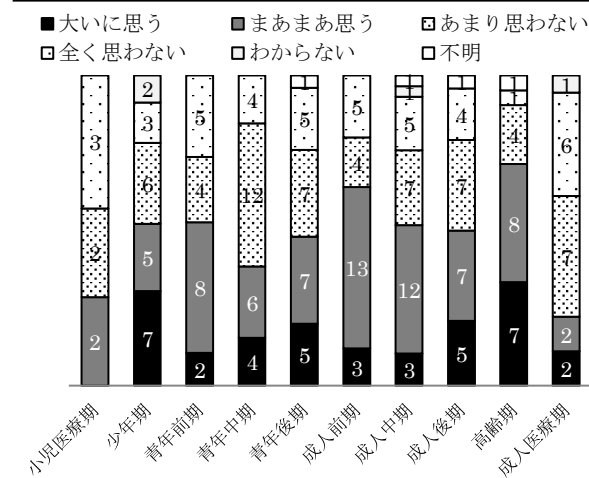
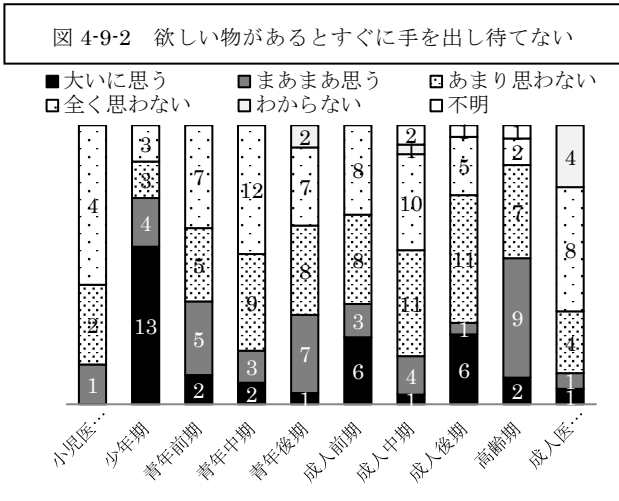
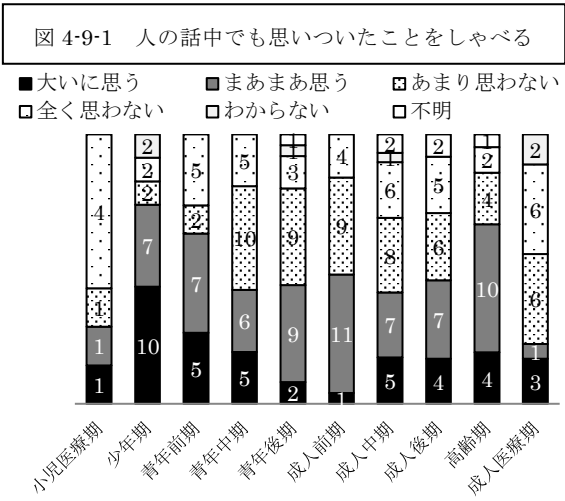


図4-8-2 頭に浮かんだら不適切な場面でも口にする



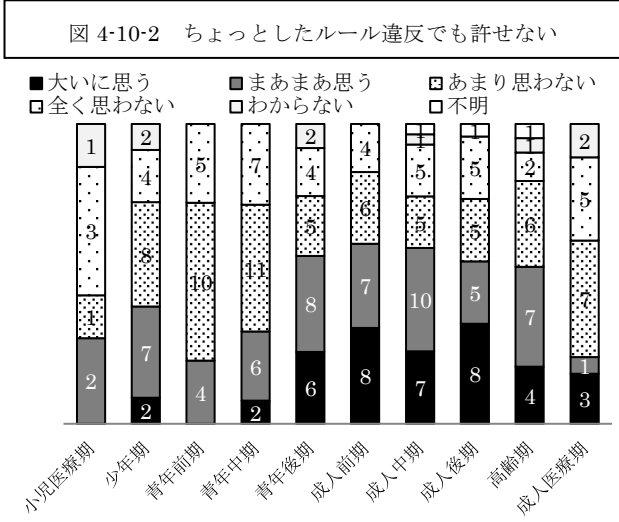
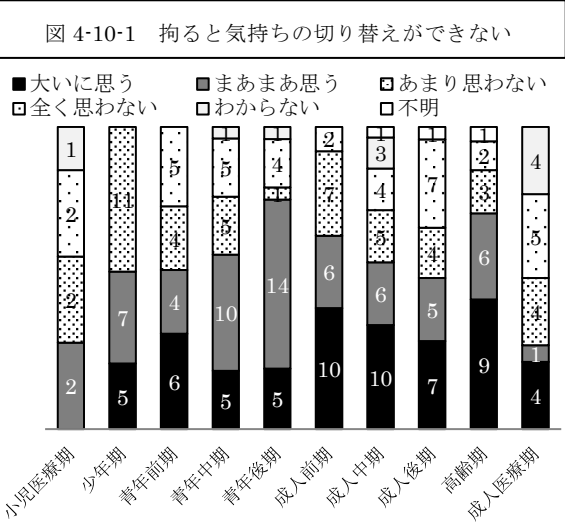
⑨脱抑制について

脱抑制に関する2項目を区分群ごとに以下に示す(図4-9-1~2)。



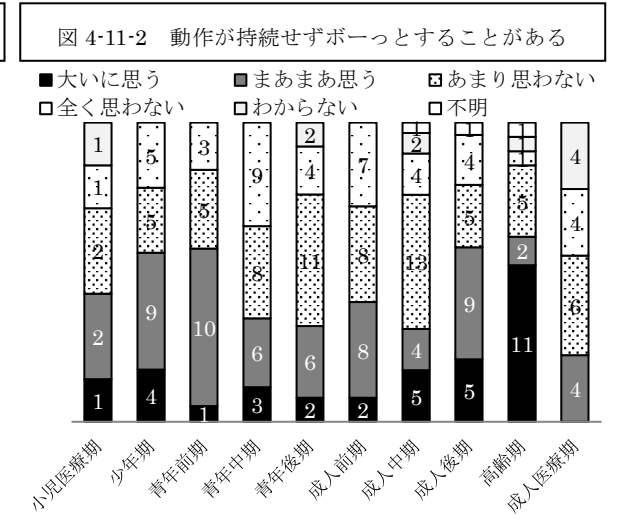
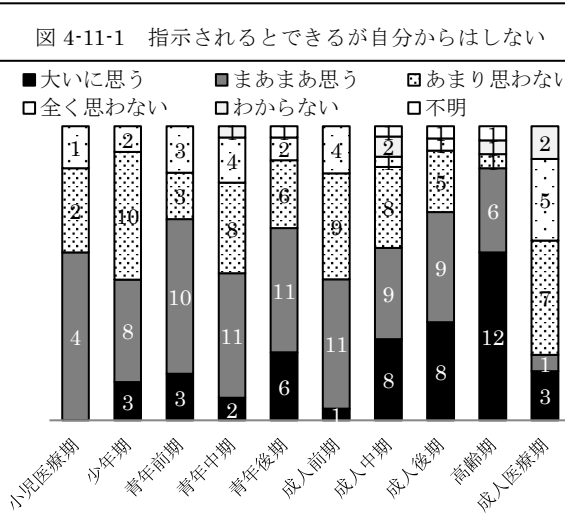
⑩固執性について

固執性に関する2項目を区分群ごとに以下に示す(図4-10-1~2)。



⑪意欲・発動性の低下に関すること

意欲・発動性の低下に関する2項目を区分群ごとに以下に示す(図4-11-1~2)。



⑫抑うつに関すること

抑うつに関する3項目を区分群ごとに以下に示す(図4-12-1~3)。

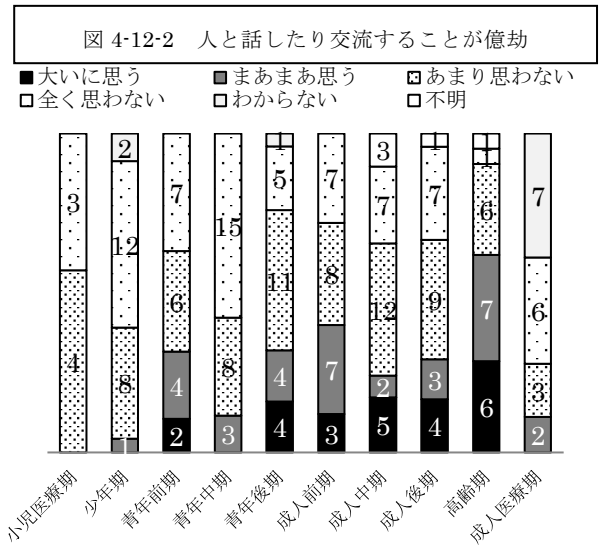
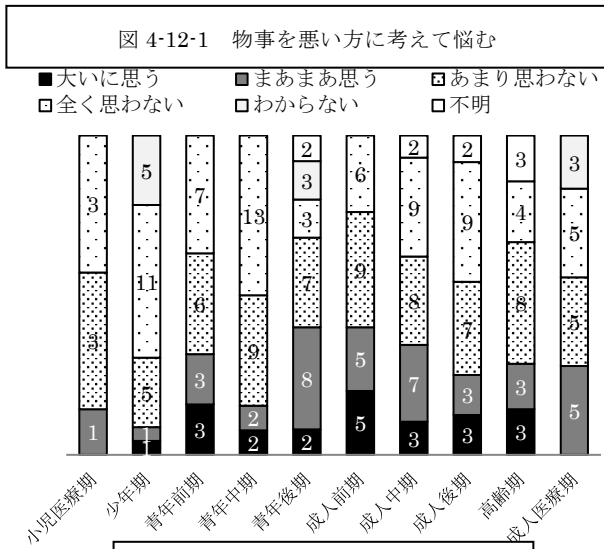
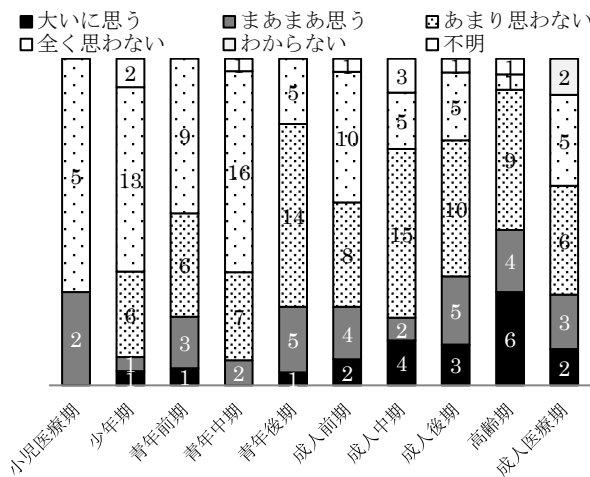
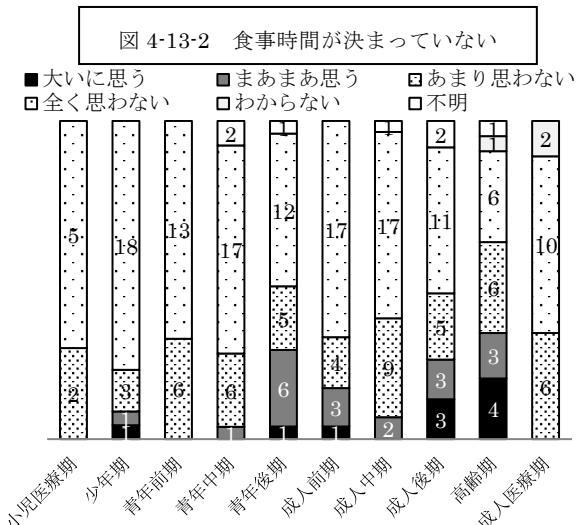
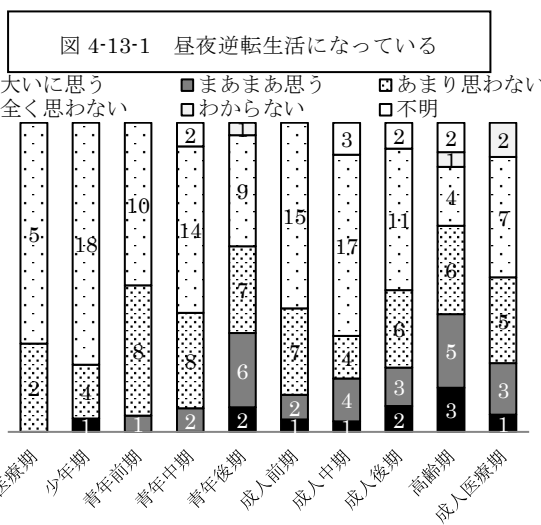


図 4-12-3 表情が乏しい



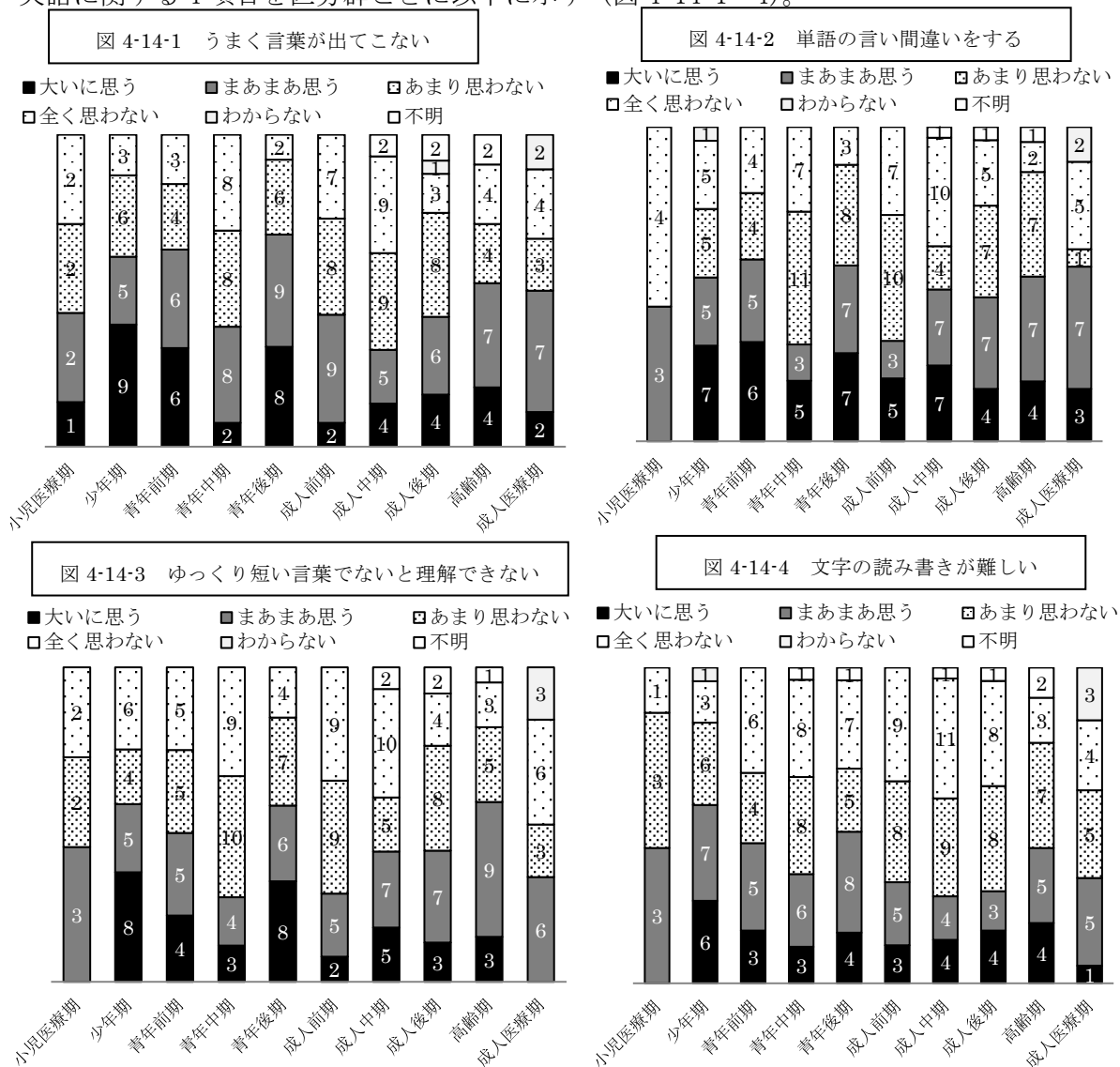
⑬生活リズムについて

生活リズムに関する2項目を区分群ごとに以下に示す(図4-13-1~2)。



⑭失語に関すること

失語に関する4項目を区分群ごとに以下に示す(図4-14-1~4)。



考察

1) 基本情報に関すること

発症後あまり時間が経っていない成人医療期と当事者年齢50歳以上の比較的高い年齢層では配偶者の回答が多かった。青年後期の20歳代から成人期中期の40歳代以前までは結婚経験者がかなり多いと思われるが、本調査の回答者はほとんどが親であることから、40歳以前の働き盛りの当事者年齢の受傷・発症は、経済状況も大きく変わることや他の家族の面倒をみるといった状況が推測され、配偶者は時間的にも気持ち的にも本調査に応じる余裕のないことが推測される。また、受傷・発症後のどこかの時点で離婚等の事態が生じていることも推察できるが、受傷・発症後離婚または結婚生活を維持しているかを確認する項目はかなり聞きにくいこともあり本調査項目には入っていないので判断できないが、少なくとも当事者の日常生活行動の介護・見守りは多くの場合親がしていることがわかる。

一方小児医療期のデータ数が少ないのは、小児期の医療が成人のようにリハビリテーション病棟で対応されることがほとんどなく小児医療各部門に分散されているため<sup>1)</sup>症例が集めにくかったことも要因として考えられる。

## 2) 調査時年代群別にみる回答者の精神的負担感について

精神的負担感とは個人的感情であり、回答者本人の性格特性に加えて、それまでの生き方や今現在置かれている環境によって大きく異なる。本調査では具体的な日常場面における感情だけではなく、回答者の負担感にどのような要素が関係しているのかを検討した。

精神的負担についてみると、小児医療期の回答で全員負担感が「大きい」又は「やや大きい」と答えていることについては、『病院では、息子のように後天性の障害を抱えている子はいませんでした。誰にも悩んでいる気持ちを言えず、いつも孤独な感じがしました。』<sup>1)</sup>とあるように、小児期発症の場合、入院中に同じ原疾患で治療を受けている子どもを持つ家族同士が会う機会の少なさとも関係しており<sup>1)</sup>、家族が入院中の混乱期に不安等の思いを互いに交し合う機会がないまま孤独な環境に置かれていることであろうことが推測できる。小児医療期の当事者年齢は12～17歳が7名中6名を占めており、復学に際しても不安や進学を控え受験などの問題も目前に控えている年代である。本調査が横断的調査結果という限界はあるものの、教育期になり学校生活にそれなりの見通しが立つと精神的負担感は低減化することが推測できる。

一方、成人医療期の負担感の少なさである。医療機関入院治療中はほとんど精神的負担感の大きさが意識されていないが、多くはリハビリ目的入院者であり、日常的な訓練スケジュールに対応できる自立度の高い人たちが対象であることが推測できる。したがって、小児期のように日々の付き添いを求められがちな小児医療期に比して、家族の負担はかなり少なくて済むことが考えられる。しかし、退院後生活期に入ると、日常生活の細々した場面で認知機能障害に起因する言動が目立ち始め、急激に負担感が増大する。医療期と生活期のギャップは、退院後の介護者の混乱や疲労感となって表れるのではないかと推測できる。

## 3) 当事者との続柄と精神的負担感の関係について

発症時代では教育期に発症し成人期に達している親と成人期発症の配偶者・親の負担感の大きさが、小児教育期にある親の負担感に比して大きいことがわかる。発症時期は別にしても、この年代は社会生活期に入っており就労状況や経済状況も含めて、現状が何とか問題なく過ごせることで安心するというよりも、親亡き後の当事者の自立生活に対する不安が現実味を帯びてくる。回答者の精神的負担感の大きさは、将来を見据えた中での不安と深く関わっていると思われる<sup>3)</sup>。

続柄では、渡邊<sup>4)</sup>による調査では、Zarit 介護負担感スケールの得点でみると配偶者の介護負担感が親に比べて高かったと報告しているが、本調査において回答者の主観では配偶者と成人期発症者の親の負担感には大きな違いはみられなかった。回答者の感覚と Zarit 介護負担感スケール結果とは必ずしも一致しているとは言えないのかもしれない。

認知機能障害に起因する言動の日常生活場面での出現度合いとの関係では、当事者年齢40～50代で、出現度合いが少ないにもかかわらず負担感が大きいと答えている要因は何かを検討するために続柄との関係でみた結果、回答者が親であり、配偶者は一人もいなかった。おそらく、高齢化する親自身の体力や気力とともに、親亡き後の当事者の自立に関する不安が、精神的負担感に影響しているのではないかと思える。

## 4) POMS2-A 短縮版の結果と精神的負担感について

2) の項でも述べたが、精神的負担感は個人の性格傾向や生育環境および現在置かれている環境によっても異なる。POMS2 (Profile of Mood States Second Edition) は「思考、情動、反応および想像などの、経験したできごとを判断する機能は、情動—認知—行動のネットワークに結び付けられる」<sup>5)</sup> 連合ネットワーク理論を基盤に「気分は情動よりも長く持続する



ため、気分の方が連合ネットワークにより強く影響する。気分は長く持続し、その連合を慢性的に刺激するために、ネットワーク全体に影響を及ぼす機会が多くなる」<sup>5)</sup>として、考案された気分尺度の一つとして McNair らによってアメリカで開発され、1971年に初版が出版された。その後 Heuchert により改訂され 2012年に出版された。日本語版は 2013年から国内での標準化が始まり 2015年(横山 和仁 監訳)に出版された。

本調査では、原則対面式で回答された場合、同時に POMS2-A 短縮版の記載を依頼し同意を得た者に本質問紙の記入をしてもらった。

筆者は、近年高次脳機能障害当事者を日常生活場面で介護・見守りをする家族のグループワークを行う際 POMS2-A 短縮版の記載もしてもらい、グループワークの効果尺度として取り入れてきた経験を有する。この経験の中で、グループワーク参加者の変化と本質問紙の結果が比較的連動している印象を持っていたこともあり、介護・見守り者の態度変化の要因として気分も大きく影響している印象を得ていた。とくに精神的負担感といった感情がどういった気分要素に影響されているかを検討してみることで、日常生活で当事者介護や見守りに重い負担感を抱えている家族に必要な支援は何かを探ることができるのではないかと思う。

前置きが長くなったが、本調査結果から重度負担感群から軽度負担感群にかけて、ネガティブ項目・ポジティブ項目にかかわらず、いずれの下位項目の T 得点も「高い」および「やや高い」者の割合が減じていくことがわかる。本結果はこうした個別項目の検討だけではなく全体のプロフィールの流れを見ることも必要であり、群別プロフィールを取ると、ネガティブ項目に関してはマニュアルにある非臨床群と不安障害・気分障害のプロフィール<sup>5)</sup>の中間に(重度負担群はどちらかという不安障害・気分障害等の臨床群に近く中等度負担群は非臨床群と臨床群の中間)プロットされるが、ポジティブ項目ではどの群も非臨床群と同じか高いことが特徴であった。この結果から、高次脳機能障害者の介護・見守りにかかわる家族の気分特性は特に抑うつ気分の高さが特徴ではなく、ネガティブ項目の中でも CB(混乱—当惑)や TA(緊張—不安)の方が重度・中等度負担群では高いことが特徴といえるのではないかと思われる。しかし、臨床群との大きな違いは、ネガティブ項目ではなくむしろポジティブ項目の高さであろう。特に F(友好)の高さが挙げられる。この傾向は、必ずしも高次脳障害を有する家族の一般的な傾向ではなく、本調査対象者のうち成人生活期の 86%・小児教育期の 75%が家族会(同じ高次脳機能障害を持つ家族同士の出会いの場)を持つ事例の多さが影響しているのではないかと思う。家族会参加経験の有無の比較では、家族会参加者と非参加者では、ポジティブ項目の中でも F(友好)の項目が参加経験者でやや高いことが特徴であろう。

以上のことから、精神的負担感が大きくネガティブ項目が高くても、臨床群に入らないでいるのは、家族同士の出会いの場を持つことで互いに共感しあい支え合う体験を重ねていることでポジティブ項目の高さがあるからではなかろうか。家族同士や当事者同士のピアサポートの意義を傍証することのできる結果であろう。おそらく全国的に見れば、同じ辛さや苛立ちを持ちながらも共感しあい支え合う場を持つことなく、家族内だけで対応せざるを得ない介護・見守りに関わっている家族も多く存在するであろうことは想像に難くない。

## 5) 認知機能障害出現度合いと精神的負担感について

### (1) 認知機能障害の出現度合いと精神的負担感の関係

症状の出現度合いが高い者ほど精神的負担感は大きく、出現度合いが低い者ほど精神的負担感は軽く感じる傾向は認められるが、症状出現度合い合計数が 120 以上(「あまり思わない」にちらほら「まあまあ思う」が混ざる程度、ないしは特定の項目が「大いに思う」があつて

もその他は比較的「あまり思わない」「全く思わない」が多い)は精神的負担感が「大きい」「やや大きい」と答えた者が多く、反対に120以下は「少ない」「やや少ない」が目立っている。また、当事者の調査時年齢が15～20歳前後の高校生・大学生および40歳代前半に当たる当事者を抱えた家族は、認知機能障害の出現度合いが低くても精神的負担を大きいと感じていることがわかる。前者は社会人として巣立っていく準備を始める時期であり、後者は介護・見守り者である親の年齢が高齢期に入る時期で親亡き後の不安があろうことは、回答者との続柄の項でも述べた。

以上の事から、症状出現度合いの高さは精神的負担感を大きくさせる重要な要素ではあるが、それ以外にも精神的負担感に影響する要素は複雑に絡み合っていることが推測できる。

#### (2) 認知機能障害に関する個別項目別に見た出現度合いについて

全体的な特徴として、医療期では、小児・成人期共に具体的な日常生活における各認知機能障害の行動特性はあまり気づかれておらず「わからない」の回答頻度が高い。おそらく、病院といったパターン化された日課が明確になっていることと、介護者が四六時中当事者と接しているわけではないために気づかれにくいことが推測できる。したがって、主治医やスタッフから認知機能障害の存在を示す評価データを見せられても、それが生活場面でどのように出現するのには実感できないと思われる。この時期に無理に家族に理解してもらおうと苦心するよりも、退院後のケアをどうするかが最も優先される事柄であろう。

もう一つの特徴は、60歳以上の高齢群の出現度合いの高さである。これは、高次脳機能障害ゆえの問題だけでなく加齢に伴う各認知機能の減退も関係していると考えられる。言い換えれば、高齢期になれば、受傷・発症によりもともと有していた認知機能障害の諸症状が一気に加速化していくともいえよう。

記憶障害・注意障害・遂行機能障害・神経疲労は、項目により多少のばらつきはあるが、比較的高い割合で気づかれている。

個別認知機能領域でみると、①記憶障害では医療期を除いてどの年代においても各項目が高い割合で気づかれている。なかでも「その場では理解していても、時間が経つと覚えていない」「忘れ物が多い」のように近時記憶障害<sup>6)</sup>に見られる項目はどの年代層でも出現度合いが高い。②注意障害では「集中力が持続できず、すぐ飽きてしまう」といった注意の持続性に関する行動は15歳以下の少年期・青年期前期および高齢期に多くみられ、青年期中期の16歳以上から成人期後期の50歳代では相対的に出現度合いが低下する。一方「〇〇しながら××するなど、一度に複数のことができない」のように分割性注意が必要な課題は全年代層で高い出現度合いである。一方「左右など見落としやすい(半側空間無視)」に関する項目はどの年代層でも出現度合いは低かった。③遂行機能障害では「片づけ等の段取りが付けられない」「物事の優先順位が付けられない」「予期しないことが起こると、対応できず混乱する」のように状況判断や目的のある行動を計画・実行するための展望記憶、自分が取っている行動が目的に沿って適切であるかどうかを検証するセルフモニタリング能力<sup>7)</sup>といった多岐にわたる能力を駆使する必要がある行動障害に関する項目は、どの年代層においても出現度合いが高かった。④神経疲労に関しては「集中することがあるとその後疲れてしまう」成人医療期以外は小児医療期も含めてどの年代層でも出現度合いが高かった。

上記4領域の認知機能障害の出現度合いは設定項目や年代層によって多少の変動はあっても高いことが特徴である。

上記4症状以外で、①小児・成人医療期・高齢期を除き調査時年齢が高くなるにしたがって出現度合いが低下する傾向を示す項目は、依存・退行領域の「小さな子供と対等にケンカ

をする」・コミュニケーション障害領域の「周りがしらけていても、気づかずしゃべり続けるなど、その場の空気が読めない」脱抑制領域の「他人が話している最中でも思いついたことをしゃべってしまう」失語領域の「平仮名や漢字の読み書きが難しい」であった。これらの日常生活場面に見られる症状は、受傷・発症前に社会的適応行動としてどの程度身に着けていたかと関わって、行動をコントロールしているのではないかと推測できる。その分、当事者のストレスは高いことが予想される。②反対に小児・成人医療期・高齢期を除き調査時年齢が高くなるにしたがって出現度合いが高くなる傾向を示す項目は、障害の気づきに関する領域の「自分のできていないことを認めず失敗を否定する」固執性の領域の「ちょっとしたルール違反でも許せない」抑うつ領域の「表情が乏しい」であった。抑うつ以外の2項目については、当事者の受傷・発症以前の自己像が強く残っており、「こんな失敗を自分がするはずがない」「こういうルール違反を放置しておくことは許せない」といった強い正義感が自己内の基準でのみ発動することによるのではないかと思える。

以上の事から、高次脳機能障害発症による認知機能障害が見られやすい日常生活での言動として説明するにあたっては、本調査結果における高い出現度合いを示す項目を選択することも参考になるのではないかと思う。

原疾患別にも検討したが、特に疾患別で出現度合いに大きな違いはなかった。発症からの経過年数別でも検討したかったが、基本項目時点で具体的発症年齢未記載者が多く検討困難であった。

## 結論

日常生活における介護・見守りをを行っている家族が、さまざまな外部支援者により支えられる人から、当事者はもちろん他の家族をも支える人に育っていく道筋を考えるにあたって、回答家族の精神的負担感の軽重がどういう要素によって成り立っているかを探る必要があった。

本調査全体を俯瞰してみると、①当事者の日常生活場面で起こる混乱や辛さをどの程度障害として認識できるか②当事者の現状だけでなく将来に対する不安感がどれだけ軽減できるか③当事者や他の家族を支える大変さに変わりはなくても、同じ悩みを経験している他の家族との出会いで共感や対処法の知恵を受け止められるか、といったことが、日常生活の介護・見守りにあたって家族の精神的負担感と深く関わっていると推測できた。

## 引用・参考文献

- 1) 「脳損傷友の会コロポックル」会報 46号 (2011年)
- 2) Juvia P. Heuchert & Douglas M. McNair: Profile of Mood States Second Edition  
POMS2 日本語版 マニュアル 横山和仁監訳 P31 2015.5.1 金子書房
- 3) 上掲書 P75
- 4) 今井 雅子: 親亡き後の問題と子どもの自立 こーじ通信 NO.93 高次脳機能障害者と家族の会 2018.4
- 5) 渡邊 修: 高次脳機能障害のある方のご家族への「介護負担感」に関する実態調査 日本損害保険協会 交通事故医療研究助成による報告書 2019.10.8
- 6) 緑川 晶: 臨床神経心理学 9章 症候群の理解② 記憶障害(健忘症) p125 緑川晶・山口加代子・三村将編 医歯薬出版 2018.4.10
- 7) 上田 幸彦: 上掲書 10章症候群の理解③ 遂行機能障害 p136