

## 第一編 高次脳機能障がいについての理解

## 第1章 高次脳機能障がいとは

脳の機能を大きく二つに分けて、生命維持に関わる基礎的な生理学的機能（血液の流れの速度、呼吸や体温の調整、覚醒（巻末参照）リズム、運動調整等）と、注意・感情・記憶・行動などの高度な脳の働きとされる高次の脳機能として考えることもある。高次脳機能障がいと呼ばれる障がいは、高次の脳機能を司る部位が主に損傷されることによって生じるとされる。

### 1. 主な原因

#### 脳血管起因のもの（脳血管障がい）

脳梗塞：脳の血管が詰まり、血流が途絶えた結果、酸素や栄養が届かず脳が壊死に至る。

脳出血：頭蓋内に出血を起こし脳の機能を損なう。

#### 外傷（交通事故など）によるもの

交通事故、転落などの不慮の事故、スポーツ事故などにより、頭部に急激な外力がはたらき、脳が損傷する。

びまん性軸索損傷：外傷による脳損傷のうち、明らかな局所の<sup>そうしょうじょう</sup>巣症状（巻末参照）がないものの、高次の脳機能が損傷されたときに表に表れる症状を示すもの。神経軸索が損傷していると考えられるが、通常の画像診断では変化が描出されない場合が少なくない。

#### その他の疾患によるもの

脳炎などの感染症や脳腫瘍、低酸素脳症やアルコールなどの中毒等による脳の損傷もある。

### 2. 脳の各部位のはたらき

脳はその部位によりそれぞれ異なった機能を分担しているため、脳損傷に際しては、損傷を受けた部位のもつ特定の機能が損なわれやすい。このため、損傷部位の確認によって症状を推測したり、症状によって損傷部位を推測することが可能な場合がある。

しかしまた、特定の機能を持つ部位と異なった部位の損傷でも、その特定部位と同じような障がいを呈することもある。脳の各部位は相互に複雑につながっていることが多く、一か所に生じた損傷がこのネットワークを介して、他部位にも影響を及ぼすことがあるためと考えられている。

## 脳の各部位のはたらき

### 大脳のはたらき

**前頭葉**は、問題解決や計画、判断など、人間が感情や衝動を受けてどのように行動するかをコントロールしています。人格や社会性などにおける著しい変化は、この領域への損傷によって起こります。

**頭頂葉**は、感覚や身体の位置を知ったり、時間を理解したり、物体を認知したりといった働きを持っています。

**側頭葉**は、記憶や学習の機能の他、会話や音楽のような聴覚情報を受け取り処理する機能を受け持っています。  
また、人格や感情、性行動もつかさどっています。

**後頭葉**は、色や大きさ、形、距離などといった視覚情報を認知し、解釈するなどの働きを持っています。

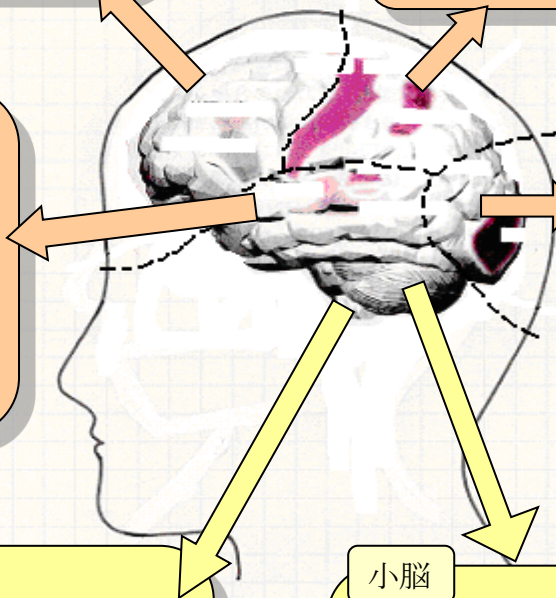
### 脳幹

脳を脊髄に連結させています。覚醒（巻末参照）や呼吸、体温、心臓の活動などをコントロールしています。脳神経は脳幹から出て、嚥下（巻末参照）や発語、眼球運動といった多くの機能をコントロールしています。

### 小脳

背中側、大脳半球の下に位置しており、平衡感覚や大きな身体運動に必要な筋肉の調整を行います。人間がどのくらい早く、どのくらい懸命に、どのくらい遠く、どちらの方向に体を動かせばよいのか知らせる働きを持っています。

脳の働きって  
どんなものなの  
かしら？



いろんな部分がそれぞれの働きをしているのね。それで傷ついた部分によって現れる症状もさまざまなんだ。

### 3. 診断基準

「高次脳機能障がい」という用語は、学術的には脳損傷に起因する神経心理学的症状全般を指し、認知障がいのほか失語・失行・失認など単独の<sup>そししょうじょう</sup>巣症状（巻末参照）も含まれた概念である。平成13年度に開始された国の高次脳機能障がい支援モデル事業では、記憶障がい・注意障がい・遂行機能障がい・社会的行動障がいなどの認知障がいを主たる要因として日常生活及び社会生活への適応が困難な人が少なくないことが確認された。

この人たちの福祉サービスの利用や支援施策を推進するために、このような人々の持つ認知障がいを指して、行政的に「高次脳機能障がい」と呼ばれるようになったが、医療関係者と円滑な連携を行うためにも、両者を区別して理解しておく必要がある。

#### 高次脳機能障がいの診断基準

##### 【I 主要症状等】

- ① 脳の器質的病変（巻末参照）の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。
- ② 現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障がい、注意障がい、遂行機能障がい、社会的行動障がいなどの認知障がいである。

##### 【II 検査所見】

MRI、CT、脳波などにより認知障がいの原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

##### 【III 除外項目】

- ① 脳の器質的病変に基づく認知障がいのうち身体障がいとして認定可能である症状を有するが上記主要症状（I-②）を欠く者は除外する。
- ② 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
- ③ 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障がい、進行性疾患を原因とするものは除外する。

##### 【IV 診断】

- ① I～IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障がいと診断する。
- ② 高次脳機能障がいの診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。
- ③ 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

なお、診断基準のIとIIIを満たす一方で、IIの検査所見で脳の器質的病変の存在を明らかにできない症例については、慎重な評価により高次脳機能障がい者として診断されることがあり得る。また、この診断については、今後の医学・医療の発展を踏まえ、適時、見直しを行うことが適当である。

厚生労働省社会・援護局保健福祉部 国立障害者リハビリテーションセンター『高次脳機能障害者支援の手引き（改訂第2版）』2008より引用

## 4. 主な症状

### 記憶障がい

新しい情報を覚え、それを保持し、必要な時に引き出せなくなることをいう。事故や病気以降に経験した出来事の記憶や、新しいことの学習が難しくなることが多い。しかし、事故や病気以前の記憶の喪失、特にエピソードや体験に関する記憶が障がいされる場合もある。

#### 【症 状】

- ・人の名前や顔が覚えられない。
- ・その日の予定を思い出せない。
- ・道を覚えられず迷う。
- ・人との約束を守れない。
- ・同じことを何度も聞いたり話したりする。
- ・時間がたつと忘れやすくなるが、数秒前など直前の記憶は比較的保たれていることが多い。
- ・時間が少し空いたり、注意がそれた後は、思い出すことが難しくなる。
- ・暗記するよりも、経験した記憶の方が保たれやすい。
- ・記憶の方法（聞いて覚える、見て覚える）によって、記憶のしやすさが異なる場合がある。
- ・記憶の欠落部分を無意識に補おうとして、事実とは異なる事柄を話す場合がある（作話）。

#### 【対 応】

- ・スケジュール管理に、外的補助手段（携帯電話・カレンダー・メモ等）を活用する（P.13 コラム『代償手段(外的補助手段)の代表例』参照）。
- ・その日にあった出来事、重要な事柄を、記録しておく。
- ・繰り返し同じ経験を積めるようにする。
- ・繰り返し同じ情報を伝えるようにする。
- ・一回に伝える情報は、少なく（短く）、わかりやすいものにする。
- ・記憶の方法（聞いて覚える、見て覚える）のうち、どちらが記憶しやすいのかを把握し、その方法を用いて情報を伝えるようにする。

### 注意障がい

物や人に注意を向け、集中し、それを維持することができなくなることをいう。注意は意識状態（＝覚醒(巻末参照)）や易疲労性、意欲・発動性と深く関連しており影響を受けやすい。

後述の神経心理ピラミッド（P.26『7. 神経心理ピラミッド』参照）より、注意はピラミッドの土台部分との関連性が深く、上段を積み上げる上で重要な役割（基礎）を担っているといえる。

### 【症 状】

- ・気が散りやすく、注意散漫になる。
- ・ぼんやりしていて、反応が鈍い。
- ・集中力に欠け、集中力を持続できない。
- ・作業を行うスピードが遅く、時間がかかる。
- ・ミスをしやすく、自分でミスしたことに気づきにくい。
- ・一つの物事に固執してしまい、他のことにとりかかれない。
- ・同時に二つ以上のことができない（話をしながら作業をすることができない等）。

### 【対 応】

- ・まわりの環境の刺激を減らす（なるべく静かな環境にする）。
- ・集中できる時間内に作業を終え、休息をとるようにする。
- ・ミスがないかどうか、確認することを習慣づけする。
- ・一度に二つ以上の作業を行わないようにする（一つ一つ作業を行う）。
- ・一回に伝える情報は、少なく（短く）、わかりやすいものにする。

## 遂行機能障がい

物事を計画し、それを実際の行動に移す過程の障がいである。論理的に考えることや、問題を解決すること、推察することが難しくなる。

### 【症 状】

- ・見通しを立てられず、一つ一つ指示しなければ行動できない。
- ・自ら行動を開始できない。
- ・予期せぬ出来事が起きると、混乱し、行動が止まってしまう。
- ・物事の優先順位が決められない。
- ・要点を絞り込むことが難しい。
- ・物事を段取りよく進めることができない（柔軟性が乏しく、効率よく対応できない）。
- ・必要に応じて誤りを修正し、計画を変更することができない。

### 【対 応】

- ・あいまいな指示は避け、具体的でわかりやすく伝える。
- ・見通しを明確に伝える（いつ・どこで・誰が・何を・どのように行うか）。
- ・作業を一つずつ書き出してリストにまとめ、一つ終えてから次にとりかかれるようにする。
- ・頻繁に立ち止まり、その都度確認してもらう。
- ・混乱して修正しづらくなったら、作業を中断し、他者の助けを求めるよう伝える。

## 代償手段(外的補助手段)の代表例

### メモリーノート

障がいを補うツール（代償手段）はさまざまあるが、記憶障がい（予定や出来事を忘れてしまう）や遂行機能障がい（効率よくものごとをこなせない、手順がわからなくなる）を補うもののひとつとしてノートなどの紙媒体の利用があげられる。代表的なものとしては予定を記入するためのスケジュール帳（月ごと・週ごと・日ごとのスケジュール）や記録メモ（実際におこなった事柄の記録）、そして自由メモ（内容は様々考えられるが、スケジュール以外の忘れてはいけない重要な事柄など）などがあげられる。その内容を見てわかるように、何か特別なものがあるわけではなく、一般に日々の生活管理に利用されるようなツールである。そして、支援者と情報共有できるということでも大きな意味を持つ。高次脳機能障がいがあると、それらを適切に利用することが難しいため、各自に適した様式を作成・選択したり、記入・参照するための訓練を行ったりすることが必要となる。

このように高次脳機能障がいの代償手段として利用されるノート全般を「メモリーノート」と呼ぶ（P.85－P.87 資料『メモリーノート様式例』参照）。導入や訓練、使い続けるための工夫、ノートの様式の選定などについては画一的に行うのではなく“その人にあった”形で行うことが重要である。

### IT 機器

メモリーノートは紙のノートの利用を想定するが、携帯電話やスマートフォン、タブレット型パソコンなどの IT 機器を代償手段として利用することもできる。IT 機器でも予定や記録、メモとしての機能が想定されるが、IT 機器ならではの使い方として、予定管理のためのアラームの利用や記憶を補うためのボイスメモ・カメラなどの利用が考えられる。

### 掲示型のツールなど

ツールを常に携帯する意味では、メモリーノートや IT 機器の利用が望ましいものの、「ホワイトボード」「カレンダー」といった掲示型のツールも日常生活においては利用がしやすいと言える。また、「付箋」「地図」「手順書」など、必要に応じて、さまざまな形でのツールを考え、利用することが生活のしやすさにつながる。

## 社会的行動障がい

社会的行動障がいに関しては、さまざまな症状があり、ひとくくりにはできないが、社会参加の阻害要因になりやすい、対人場面でトラブルにつながりやすい、特定の検査で検出することが難しく元々の性格として誤解されやすいといった特徴がある。また、他の認知障がい（記憶障がいや注意障がい、遂行機能障がいなど）や周囲の環境が要因となって社会的行動障がいとして現れることもある（例：注意障がいのため、周囲の物音が気になり、イライラ感が増して怒ってしまうなど）。そこで、対応にあたっては行動の観察・記録・分析を行い、要因を特定することが重要である。その上で、対応を含めた支援法の検討を行う。

また、対応の基本として、「安心できる環境を設定する」「一貫した支援態度を示す」「適応的な考え方や行動を習得できるように働きかける」といったことがあげられる。また、“各症状は本人の努力不足や性格に起因しているわけではなく、脳損傷の結果生じているものである”ことを理解し、本人の現在の状態を受け止め、サポートする気持ちが非常に重要である。

### 【症 状】

- ・すぐ他人を頼るようなそぶりを示したり、年齢よりも幼い態度を取ったりする（依存性・退行）。
- ・自身の欲求に従って行動する（例えば、食べたいと思ったら目の前にあるものすべて食べてしまうなど）（欲求コントロール低下）。
- ・感情をうまく抑制することができず、些細な出来事に対して急に怒りだす（感情コントロール低下）。
- ・状況を理解したり、相手の考えていることを察したり共感したりすることが難しくなる（対人技能拙劣）。
- ・一つのものごとにこだわって、簡単に気持ちを切り替えられない（固執性）。
- ・周囲に無関心で、他者に指示されないと動けず、自発的な行動が見られない（意欲・発動性の低下）。
- ・些細なことで泣いたり、笑ったりして止まらなくなることがある（感情失禁）。

### 【対 応】

- ・「らしさ」（「大人らしさ」など）がどういったものかを伝える。
- ・ルール化する。
- ・他のことに目が向くような対応をする。
- ・怒りを落ち着かせるため、話題や場所を切り替える。
- ・「怒ったら損である」ことをあらかじめ伝える。
- ・状況を理解できるように、具体的に伝える。
- ・こだわりの範囲をルール化したり、約束事を決めておいたりする。
- ・意欲を持てるようなきっかけを作ったり、関わりを持ったりする。
- ・周囲はむやみに反応せず、冷静に対応する。



## コミュニケーション障がい

### 失語症

言語を習得した後に、脳の中の「言葉をつかさどる部分」が病気や事故のために損傷されることによって起こる言語障がいである。「聞く、話す、読む、書く」が障がいされる。また、重症度によりその症状は様々である。

#### 【症 状】

- ・言いたいことは頭の中にあるのに言葉が出てこない。
- ・言い間違いをする。
- ・言われたことの内容が理解できない。
- ・文字が理解できない。
- ・文字が書けない。

#### 【対 応】

- ・できるだけ静かな場所で、一対一で話す。
- ・短い文章で、ゆっくり、はっきり話す。
- ・具体的な言葉や実物を見せながら、または内容を文字に書いて見せながら話す。
- ・仮名文字より漢字のほうが理解しやすい場合が多いため、文字を書いて見せるときには漢字を使う。
- ・聞き返しが多い場合でも、言葉が理解しにくいためであり、聴力が低下しているわけではないことを理解する。
- ・一つ一つの内容を確認しながら話をすすめる。
- ・話を途中で遮ったり、急かしたりせずにゆっくり時間をかけて聞く。

### 高次脳機能障がいに伴うコミュニケーション障がい

失語症のような明らかな言語機能の障がいを認めないにも関わらず、高次脳機能障がいの症状により、社会的な関わりの中で以下のようなコミュニケーションの問題が生じることがある。

#### 【症 状】

- ・指示語が多いため具体的に伝わらず、発話量の割に内容が伝わりにくい。
- ・抑制がきかず、自分の関心のままに一方向的に話し続けてしまう。
- ・やりとりの中で話が逸れてしまい、何の話をしていたかわからなくなってしまう。
- ・要点をまとめて伝えることができない。
- ・相手の細かい言い回しを気にする。
- ・自己判断で勝手な解釈をし、偏った受け取り方をするため誤解が生じる。

### 【対 応】

- ・聞き手側が一つ一つ内容を確認しながら聞く。
- ・本人の話にまとまりがなくなったら、話を戻すようにする。
- ・聞き手側が理解できたことを書いて見せながら、話題の整理をする。
- ・抽象的な話は理解しにくいいため、具体的に伝える。

### 失 行

身体に麻痺などの運動障がいがないにも関わらず、いつもできていた行動がうまくできなくなることをいう。

### 【症 状】

- ・フォークを逆さまに持ち食べる。
- ・着替える方法がわからず混乱してしまう。
- ・歯ブラシの使用方法がわからず、唇をブラッシングする。

### 【対 応】

- ・歯を磨く等の日常的な事が困難な場合、介助者が手を添える等で誘導し、正しい動作を繰り返し行い、再獲得できるように関わる。
- ・物の置く位置をわかりやすくしたり、物を簡単に使える様に（ズボンの前後がわかるように目印を付ける等）工夫し、環境を整える。
- ・本人の混乱や自信喪失を防ぐために、介助者は本人の状況を慮り、間違いを過度に指摘し修正するのではなく、できた事を褒めゆっくりと関わる。

### 失 認

①見たり、聞いたり、触ったりというそれぞれの感覚で、それが何であるかがわからない、②自分の体の部位がわからなくなる、等がある。

### 【症 状】

- ・ハサミを見てもそれが何であるかわからないが、触るとハサミとわかる。
- ・麻痺のある手足が自分の体の一部であるという認識が薄い、あるいは他人の手足と主張する。

### 【対 応】

- ・障がいされていない感覚を用いて、それが何であるかを確認する様に関わる。例えば目で見てわからない場合、手で触って動かしてみると何かがわかることがある。
- ・体を認識できるよう、本人自身で体を見たり触れたり、体を動かし使用する機会を作る。

## **半側空間無視**

見えているはずなのに、片側（損傷した脳半球の反対側）の空間に対して、気がつかない状態をいう。右脳半球損傷により、左側に起きることが多い。

### **【症 状】**

- ・気づきやすい側のみ、首が向いている（右側を向いていることが多い）。
- ・食卓の片側にある皿に気づかず、食べようとしない。
- ・車椅子をこぐ際、片側の物や壁にぶつかる。
- ・体の片側を洗い残す。
- ・片側の袖を、きちんと通せていないことに気づかない。

### **【対 応】**

- ・反応しやすい側から、話しかけるようにする。
- ・テレビ等の生活用品は、気づきやすい側に置くようにする。
- ・気づきやすくするために、目印をつけたりする。
- ・気づかないことに対して、自覚を促し、注意を向けてもらう。

## **その他の症状**

### **病識欠如（自己認識の低下）**

自身に障がいがあることに気づかなかつたり、症状を十分に理解ができていなかったりする状態を言う。高次脳機能障がいは周囲からだけでなく、自身からも障がいが見えにくい・理解しにくいと言われている。

病識が欠如したり、自己認識が低下したりしていると、本来必要な支援や訓練を受けることが難しくなり、同じ失敗を繰り返してしまうなど、さまざまな問題が生じる可能性がある。そのため、体験的に自身の状況を理解できるような場を設定したり、直接フィードバックをしたりして、本人に障がいがあることに気づいてもらうことが重要になる。また、他の当事者の状況を参考にしてもらいやすいグループ訓練への参加も有効である。一方で、自身の障がいに気づくということは、本人がショックを受けたり、ストレスフルな状況に陥ったりすることにもつながる。そこで、気づきを促す際には、本人の傷ついた気持ちを受け止めると同時に、「できなくなった部分をどう補うか」といった具体的な対処法を考えたり、本人の得意な能力やいいところを伝える“ポジティブな行動支援”を行ったりすることも大切である。

### 易疲労性（疲れやすさ）

脳損傷後は脳の疲労を起こしやすくなっており、認知的・精神的・身体的にも疲れやすくなることが多く、これを易疲労性と呼ぶ。そして、脳が疲れると、例えば集中が続きにくくなる、覚えにくくなる、イライラしやすくなるといった症状が見られる。こういった疲れについては本人が気づかないことも多いため、周囲が疲れのサインを指摘することも必要になる。そして、こまめに休憩を取ったり、あらかじめ疲れに配慮した活動のスケジュールを立てたりといったことで対応していく。また、周囲からは「やる気がない」など意欲の問題や努力不足と勘違いされることも多いため、周囲が理解することも重要と言える。

### 抑うつなど

脳損傷後、気持ちが落ち込んだり、何もやる気がおこらなくなったりするなどの抑うつ状態になる人は多いと言われている。脳損傷後の失敗体験・自身の変化を受け入れられないことが原因になったり、サポートの少なさ・人間関係が上手くいかない事などの社会的要因が関連していたりするという報告もある。状態によっては精神科などで薬物療法や心理療法を受けることが必要になる。また、社会的要因が問題となっている場合、支援者は社会的なサポートを調整することも求められる。その他、不安障がいや睡眠障がいなどの症状が出ることもあるため、抑うつと同様、状態像に応じて精神科などで専門的支援を受けることを要する。

#### **TBI-31**（P.88 資料『TBI-31「脳外傷者の認知—行動障がい尺度」質問用紙』参照）

（神奈川県総合リハビリテーションセンター・吉備国際大学臨床心理学研究科）

脳外傷者の生活を観察することで、生活での不適応行動の程度（疲労・健忘性・情動コントロール等）を評価する。対象者の日常の様子をよく知っている人が質問用紙に回答するが、さらに本人も質問用紙に回答することで、病識等を探ることもできる。

高次脳機能障がいの各症状は独立したものではなく、相互に影響しあっている。神経心理ピラミッド（P.26『7. 神経心理ピラミッド』参照）を参考にすると理解しやすい。

たとえば、基礎レベルに位置する注意障がいは高次レベルに位置する記憶障がいや遂行機能障がいに影響を与えやすい。

## 第2章 高次脳機能障がいのリハビリテーション

### 1. 高次脳機能障がいのリハビリテーションとは

高次脳機能障がいのリハビリテーションは、本人の状態・状況（発症・受傷からの期間や目標を含む）に合わせて実施していく必要がある。そのためには、まず本人に対する適切なアセスメントを行うことが求められ、同時に、本人を支える周囲の状況・環境を把握することも重要になる。そして、リハビリテーションにおける基本的な考え方や標準的訓練プログラムは存在するものの、各個人の状態像・目標は様々なため、それらに合わせた個別の支援計画を組み立て、適宜見直しながら訓練や家族等支援・環境整備などを進めることが必要となる。

また、個別訓練だけでなく、グループでの訓練が有効であると言われている。他の当事者との交流により、一人で体験する以上の気づきが得られたり（P.22 コラム『障がい認識・自己への気づきについて』参照）、お互いを参考にすることで、訓練が進みやすかったりするといった効果が考えられている。

### 2. 訓練に関する共通の考え方

どのような訓練を進めるにあたって、留意すべき共通する考え方が以下の4点である。

#### ①認知障がいに対する改善

特定の認知障がいに対する認知訓練の実施

#### ②代償手段の獲得

残された機能を用いた代償手段・代償行動の獲得訓練

#### ③障がい認識を高める

自身の障がいを認識することで訓練への参加や代償手段、対処法の利用を促進したり、現実的な進路を考えやすくなる

#### ④家族へのアプローチを含む環境調整

障がいによる困難さを減らすように周囲の環境を調整する

### 3. 標準的訓練プログラム

標準的訓練プログラムは発症・受傷からの相対的な期間と目標によって3つの訓練が示されている。

#### 医学的リハビリテーションプログラム

注意障がいや記憶障がいといった認知障がいに対して、直接的にアプローチし、障がいそのものの回復を図る認知訓練を中心に行う。狭義の“認知リハビリテーション”とも言える。医療機関で実施され、セラピストと一対一で行う机上課題や作業課題などを用いた訓練が中心に

なる。このような認知訓練は発症・受傷後一年程度の間に行うと特に効果的と言われているが、能力の評価や維持、本人の自己認識向上のためには発症・受傷からの期間に関わらず、行う意味は大きいと考えられる。また、認知面の改善と合わせて、グループでの訓練参加の効果（他者との交流による気づきや訓練意欲の促進等）を見込んだグループ訓練は精神科デイケア等で提供されており、集団での認知訓練やグループ活動等が実施されている。

### 生活訓練プログラム

日常生活能力や社会活動能力を高め、日々の生活の安定と、より積極的な社会参加が図れるようにすることを目的に行う。そのため、訓練を通して障がいに対する認識を高め、その代償手段を獲得することが主眼となる。具体的には、生活リズムの確立や生活管理能力・社会生活技能・対人技能の向上、障がいの自己認識・現実検討を目標に、環境調整や家族支援を組み合わせ訓練を進め、同時に、必要とする支援を明確化していく。高次脳機能障がいの特化し、生活訓練プログラムをパッケージとして訓練を実施する場所として主に自立訓練施設（大阪府内であれば大阪府立障がい者自立センターや堺市立健康福祉プラザ生活リハビリテーションセンター、大阪市更生療育センター、東大阪市立障害児者支援センターレピラ サポートスペースここりど）が挙げられる。また、医療機関では外来や訪問リハビリテーションにおいて生活訓練プログラムの要素を含んだ訓練が提供されている。そして、地域の障がい福祉サービスの日中活動を利用することでひとつひとつの要素について高めていくことも可能であると考えられる（例えば、定期的に通所施設へ通うことで生活リズムを確立したり、その施設で他の利用者と交流したりすることで、社会生活技能や対人技能の向上を促すことは可能である）。

### 就労移行支援プログラム

就労を目指す方に実施するものであり、可能な業務、適応面などの職業上の課題を明らかにし、その結果に基づき、職業生活に必要な技能、習慣などの獲得を目指すものである。その際、職業技能や代償行動の獲得、職業的な障がい認識の向上に向けての訓練を実施するだけでなく、適切な職務の選択や環境調整についての支援を行うことも重要な要素になる。主に就労支援施設（就労移行支援事業所など）で実施される。

（以上、3つの標準的訓練プログラムについての詳細は厚生労働省社会・援護局保健福祉部 国立障害者リハビリテーションセンター『高次脳機能障害者支援の手引き（改訂第2版）』2008 参照）

## 4. 訓練の移行について

訓練については“医学的リハビリテーション”のような機能回復の観点から、“生活訓練プログラム”、“就労移行支援プログラム”のような日常生活・社会生活（職業生活含む）への適応、具体的な能力の獲得という観点へシフトしていく。その一方で、必要であれば各訓練段階において、他の訓練の内容を加味したり、一度通過した訓練についても再度実施したりするなど、訓練の流れは一方向に限らないこともある。また、訓練はひとつの施設では完結しないこ

とがほとんどである。そのため、次の施設（段階）へ移る際は前の段階で行った訓練や支援内容が次の施設の支援者へも伝わるよう、切れ目の無い支援体制を構築していくことが重要である。以上のように、各訓練については明確な切れ目があるわけではないため、例えば医療機関にて生活訓練・就労移行支援プログラムの内容が実施されたり、自立訓練施設にて認知訓練（医学的リハビリテーションの要素を含んだもの）や復職支援がなされたり、就労支援施設にて生活訓練プログラムの要素が含まれた訓練が提供されたりするということが実際に行われている。支援拠点機関や医療機関を除けば、高次脳機能障がい専門のリハビリテーションを提供する社会資源が少ないのが現状である。地域の支援ネットワークを構築し、利用できる資源を適切・柔軟に活用することが望まれる。

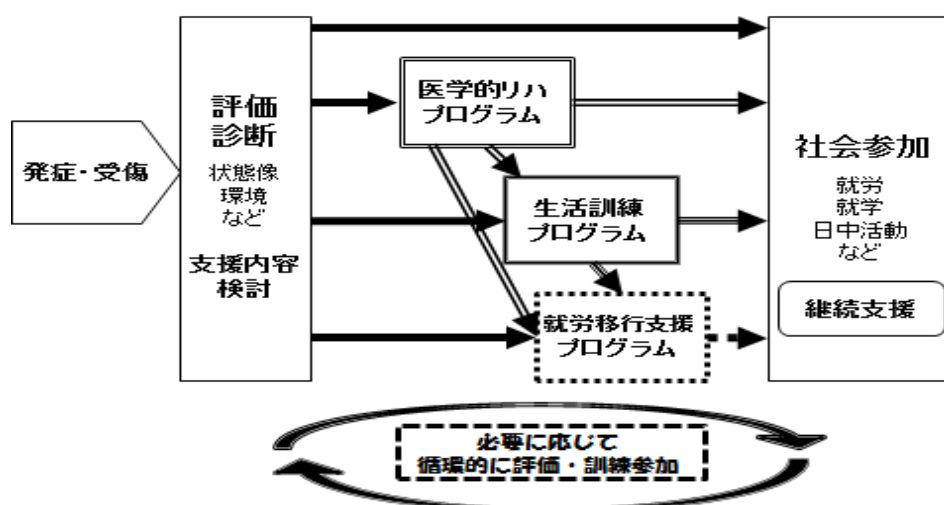
## 5. 身体面への配慮

脳損傷者の多くは高次脳機能障がいだけでなく、身体障がいや体力・筋力の低下など、身体に関する問題が重複する。認知面のリハビリテーションと共に、身体機能へのアプローチも行うことが、身体・認知両面の訓練に効果的であると考えられる。

## 6. 支援に関わる人々

高次脳機能障がい者のリハビリテーションについては、認知面、心理面、身体面、社会面と多角的な視点が必要となる。そのため、それらに対応できる幅広い職種が関わることを望ましいと言われている。それが難しい場合には支援拠点機関などの専門機関に助言を受けながら支援にあたることもひとつの方策と考えられる。また、リハビリテーションにおいて家族が「支援者」として担う役割は大きいと言える。ただし、家族が背負う負担を踏まえ、家族への支援も同時に展開することは必須である（P.72『第8章 家族支援』参照）。

《リハビリテーションフロー図》



## 障がい認識・自己への気づきについて

当事者本人が社会参加のための訓練や代償手段の獲得などに取り組んだり、様々な支援を受けたりするためには、自身にそれらが必要な意味を知ったり、気づいたりすること、すなわち障がい認識や自己への気づきが重要になる。そのため、本人に気づきを促し、障がい認識を高めることが社会参加のために大きな意味を持つ。一方で、『病識欠如』の項（P.17 参照）で述べたように、高次脳機能障がいの症状に対して十分に気づきを持つことは容易ではないと言われている。また、神経心理ピラミッド（P.26『7. 神経心理ピラミッド』参照）でも最も高次レベルであると示されている。得てして障がい認識や気づきのなさは本人の問題としてとらえられがちだが、本人の障がい認識に焦点を当てる際は、まず“周囲の人たちが本人に対する認識を高めること”（＝本人の状態像・障がいはどのようなものを正確に把握すること）が重要と言える。

本人の気づきを高める第一歩として、支援者や家族により、本人が気づきを得られるような環境設定を行ったり、適切なフィードバックを行ったりすることがあげられる。また、いきなり現実に直面させるのではなく、本人の気づきの段階（どこまで気づきがあるのか）を踏まえ、安心できる環境でフィードバックを行うことや気づきに伴うストレス（“できない自分”や“変わってしまった自分”に対するショック等）に対する心理的ケアを合わせて行うこと、そして、気づきの問題（障がいに気づいていない）と心理的な抵抗（障がいを受け入れたくない）を取り違えないように注意することも必要である。

気づきのうながし方の例として以下のようなものが考えられる。

- ・一般論として脳損傷後の症状を説明する
- ・自身の現状を体験できる場面を設定する
- ・リアルフィードバックを行う（その時・その場での指摘、行動の修正）
- ・結果だけでなく、同時に対処法や訓練目標も伝える
- ・できない部分を指摘するだけでなく、できる部分も伝えて評価する
- ・「気づきがあった」ことをほめる
- ・本人が受け入れやすい相手から伝える
- ・振り返りの時間を設定する
- ・確認事項を紙面に残し、繰り返しチェックする
- ・グループ訓練や当事者同士の交流の場に参加してもらう（他の当事者の様子を参考に自分のことを考えたり、共感を得たりすることができる）



医療機関の診断、リハビリを経て、地域の生活に復帰した事例			
年齢	40 歳代	性別	男性
症状	記憶障がい	注意障がい	遂行機能障がい 社会的行動障がい
その他			

Aさんは40歳代でくも膜下出血を発症し、ICU（集中治療室）（巻末参照）での約2週間の治療後、回復期病棟へ入院されました。麻痺は軽度でしたが、失語症及び記憶・注意・遂行機能・自発性の低下がみられ、自宅復帰にあたり排泄リズムを確立することが課題となっていました。

入院当初は、リハビリパンツ内に失禁があっても気づくことが難しかったため、1時間ごとに膀胱エコーで尿量を計り、排泄確率の高い時間帯でのトイレ誘導を行いました。感覚性失語（巻末参照）の影響から、「トイレに行きましょう」の声かけで「トイレ」が何を意味するのか理解することが難しかったのですが、声かけと同時に指差しを行い、言葉と実際の物・場所を結び付ける作業を繰り返すことで、徐々に理解力が向上し、トイレに行く習慣ができました。また、失禁の際のパットの処理方法がわからず混乱がみられた為、何度も練習を行い、自分で処理できるようになりました。トイレでの排泄が成功する回数も増え、約3か月の入院期間を経て自宅退院となりました。

退院後は、外来での作業療法（巻末参照）・言語聴覚療法（巻末参照）を実施しています。退院当初は、妻の声かけがなければ朝の整容、更衣が行えませんでした。行動をルーティン化し、徐々に「次何するんやった？」とAさんに思い出して頂く形での声かけ方法に移行していくことで、決まった時間に整容、更衣が自ら行えるようになりました。また、家事の練習も行い、今では洗い物、風呂掃除、掃除機かけ、家庭菜園の水やりなどがAさんの役割となっています。

Aさんは、病前は社交的な方でしたが、現在は家族や慣れたスタッフ以外の人とのコミュニケーション機会が少ない状況です。このため、高次脳機能障がい当事者・家族の会を紹介し、先日参加されました。周りの方の話を十分には理解できませんが、少し自分から話しかけることができました。今後も、興味のある行事への参加を通し、コミュニケーション機会の拡大につながればと考えています。

退職後、単身生活と新規就労を目指し、医学リハ→生活訓練→就労移行支援と段階的に進んだ事例			
年齢	30 歳代	性別	男性
症状	記憶障がい	注意障がい	遂行機能障がい 社会的行動障がい
その他	自己認識の低下、身体障がい無し		

Bさんは、単身で、コンピューター関係の会社で働いていましたが、30歳代の時に脳出血を発症しました。回復期病棟では理学療法（巻末参照）・作業療法（巻末参照）・言語聴覚療法（巻末参照）にて集中的に認知・身体機能に対する訓練を受けました。

結果、身体機能に問題はなくなりましたが、依然、認知機能は低下しており、目標とする単身生活や就労といった日常生活、社会生活に課題が残ると考えられたため、自立訓練施設（生活訓練・以下、A施設）に入所されました。A施設では、病院よりも活動量や自身で行動する場面が多いため、日中疲れて寝ていることが多い、集中が続かないプログラムがある、自主的に約束・時間通り行動するのが難しい等の課題が確認されました。また、「明日からでも仕事ができる」と話すなど、自己認識も難しい状況でした。

そのため、体力づくりとしての歩行訓練や認知訓練、記憶の代償手段としてのメモリーノート（P.13 コラム『代償手段(外的補助手段)の代表例』参照）訓練などを行いました。自身の状況については、グループワークで他の利用者の状況を聞いたり、職員からのフィードバックを受けることで、少しずつ理解を進めることができました。

また、単身生活に向けては、外出訓練・生活実習（買い物・調理等）・家族見守りでの外泊訓練を行いました。その上で単身生活を開始し、A施設での訓練は通所へ切り替えました。また、A施設利用中に退職されていたため、新規就労を目指して障害者就業・生活支援センターに相談し、本人の状態にあった就労移行支援事業所を見つけてもらいました。少しの間、A施設と就労移行支援事業所とを並行して利用、情報交換しながら、メモリーノートをより仕事で使いやすいものに改善するなどの工夫を行いました。

引き継ぎ期間終了後、就労移行支援事業所に毎日通うことになりました。そこでは、十分に確認できていなかった仕事における具体的な課題（疲れやすさ、同時作業の難しさ、細かい手順忘れ等）が見出されました。

そこで、施設内の作業や施設外の実習で訓練を進め、どのように課題へ対処するか、環境を整えるかということを支援者と一緒に整理していきました。また、訓練と並行して就職活動を行い、障がい者雇用で就職先がみつかりました。周囲の理解が十分でなかったり、新たな環境に慣れるのに時間がかかったりするなど、しんどいことも多いけれど、「働ける喜び」を感じながら頑張っておられるそうです。

医療・福祉機関、家族が連携して、家事や子育てができるようになった事例			
年齢	30 歳代	性別	女性
症状	記憶障がい	注意障がい	遂行機能障がい 社会的行動障がい
その他			

Cさんは、毎日2人の子育てに励む日々を過ごされていましたが、脳の病気で、記憶障がいと遂行機能障がいが残りました。さらに、その障がいに起因して予定外のことが起きるとご自身の中で処理できず、強い不安を持つという特徴のある方です。

病院を退院して不安いっぱいの中での地域生活がスタートしましたが、通院でのリハビリテーションの段階から医療機関と自立訓練施設のセラピスト同士が情報共有を行い、障がい特性と回復経過とその後の地域生活像をイメージしていきました。失敗からくる不安の増大を避けるために、地域生活における困り事をできるだけ事前に整理し、医療から福祉へ一貫性のある支援ができる体制を作りました。

退院当初には、同じ食材ばかりを購入してしまい冷蔵庫の中がいっぱいになることや買物帰りに道に迷い、ご自身の子どもに手を引いてもらって帰ることなどがありました。Cさんはご自身の失敗についてショックと嫌悪感を持つことで自信を失うことの多い状況となっていました。

訓練は、まずできることを増やし自信を取り戻すことを目標に、実生活に即した内容のものを実施しました。

例えば、チェック表や携帯電話をうまく使って通り慣れた近所のスーパーでの買物訓練や自宅の冷蔵庫を整理する訓練を行いました。家事をサポートするCさんの家族にもこれらの方法を伝え、周囲が同じ支援をできるよう調整しました。これらの積み重ねによりCさんのできることが増え、徐々に自信を取り戻すことができました。

また、突発的な事象への対応が困難でしたが、困った時には、予め決めておいた連絡先に携帯電話で報告と指示を仰ぐという方法で不安を感じる機会を減らすことができました。例えば電車の遅延など当初は対応できなかった事象でも次第に不安を感じることはなくなりました。

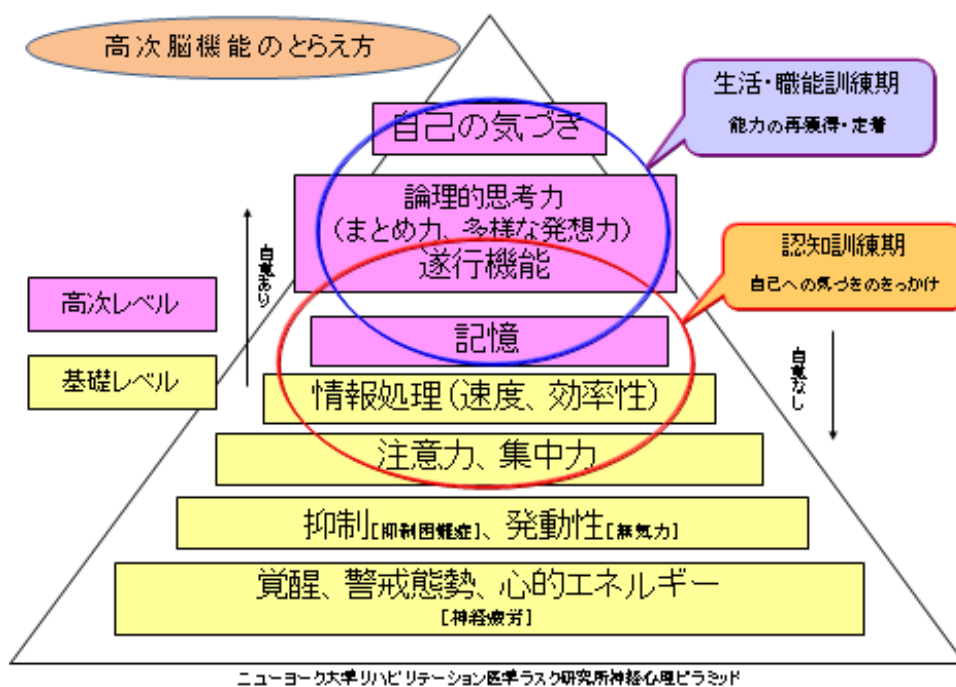
現在は子育てに奮闘しながらも仕事についても復帰意欲を持たれ、障害者就業・生活支援センターとの連携を行いながら、職業評価や就労体験を通じて自分らしい生活の再建を目指されています。

## 7. 神経心理ピラミッド

図の通り、認知機能の働き方には順番があり、下の階層の機能は基礎であり、その上にあるすべての機能に影響する。高次脳機能の改善を図るには、上位にある高次脳機能ばかりに介入するのではなく、下位の覚醒(巻末参照)や疲労等を整える必要がある。この考え方をを用いて、症状の理解や介入に役立てる。

例)

- ① ぼーっとしており新聞を読むことが難しい場合、まず目を覚ます必要がある。
- ② 疲労しやすく仕事がすすまない場合、仕事の効率ばかりを追うのではなく疲労に配慮することが重要となる。



神経心理学的ピラミッド(旧版)((立神粒子 『前頭葉機能不全 その先の戦略』医学書院 2010) 大阪急性期・総合医療センター リハビリテーション科 作業療法室により改変)

## 8. 神経心理学的検査

測定機能	主な検査	内容・目的等
知能・発達	ウェクスラー式知能検査	
	WAIS-IV成人知能検査 [16歳0か月～90歳11ヶ月]	言語性IQ、動作性IQ、全検査IQの3つのIQに加え、「言語理解」、「知覚推理」、「ワーキングメモリー」、「処理速度」の4つの群指数を測定し、多面的に知的能力を測定できます。
	WISC-IV知能検査 [5歳0ヶ月～16歳11ヶ月]	全検査IQならびに「言語理解」、「知覚推理」、「ワーキングメモリー」、「処理速度」の4つの指標得点群指数を測定し、多面的に知的能力を測定できます。
	DN-CAS認知評価システム [5歳0ヶ月～17歳11ヶ月]	「プランニング」「注意」「同時処理」「継次処理」の4つの認知機能(PASS)の側面から知能を捉えることができます。
	田中ビネー知能検査V [2歳～成人]	子どもの知的発達を測定できます。成人は、「結晶性領域」「流動性領域」「記憶領域」「論理推理領域」の4領域で分析的に測定できます。
	日本版レーヴン色彩マトリックス検査	言語を介さずに施行でき、被検者に負担をかけずに推理能力(知的能力)を測定することができる検査です。
	改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)	9項目の設問で構成された簡易知能スケール。簡易に実施できるため多くの医療機関や施設等で使われています。言語性の検査のみで構成されているため失語や難聴の方には施行が困難で、非言語性の能力は測定できません。
Mini-Mental State Examination (MMSE)	11項目の設問により、認知機能や記憶能力を簡易に測定できる検査です。HDS-Rと似ており、相関も非常に高いですが、HDS-Rと異なりこの検査には動作性の検査が含まれています。	
注意	トレイルメイキングテスト(TMT-A、TMT-B)	ランダムに配置された数字を順に線で結んでいくPart Aでは選択性注意を、数字と文字を交互に結んでいくPart Bでは転換性注意をそれぞれ測定します。
	標準注意機能検査法(CAT)	注意障がいの有無やその程度を測定するもので、PASAT、SDMT等7つの下位検査から構成されています。
	かなひろいテスト	文章の読み取りと特定の文字に印をつけるという作業を同時に行うことで、いわゆる前頭葉機能における二重課題を測定します。
記憶	ウェクスラー記憶検査(WMS-R) [16～74歳]	包括的な記憶検査で、平均を100、標準偏差を15とする「一般的記憶」「注意／集中力」「遅延再生」の3指標、および「一般的記憶」を細分化した「言語性記憶」と「視覚性記憶」の指標が得られます。
	日本版リバーミード行動記憶検査(RBMT)	人名や道順の記憶や展望記憶等、より日常に近い場面を想定した記憶力を測定することができます。
	三宅式記銘力検査	言語性・聴覚性の近時記憶を測定する検査です。有関係語ならびに無関係語それぞれの組合せを記憶、想起するもので、簡便に実施することができます。
	REYの複雑図形検査(ROCF)	視覚性記憶検査として代表的な検査で模写、直後再生、遅延再生からなり、視覚性記憶のみではなく、視覚性認知、視空間構成、運動機能なども評価できます。
	ベントン視覚記銘検査	10枚の図版を使用し、主に視覚性即時記憶を測定します。脳の損傷や疾患への感度が高いと言われています。
遂行機能	遂行機能障害症候群の行動評価日本版(BADS)	「日常生活上の遂行機能」(みずから目標を設定し、計画を立て、実際の行動を効果的に行う能力)を総合的に評価します。
	慶応版ウイスコンシンカードソーティングテスト(KWCST)	発想や視点の転換ができず、1つの考えや視点にこだわり柔軟な思考ができなくなる「高次の保続」がないかを調べる検査です。