

高次脳機能障害者支援の手引き I

牛山 武久 編



国立身体障害者リハビリテーションセンター
(WHO指定研究協力センター)

2006年 12月

国立身体障害者リハビリテーションセンターは、1995年に「障害の予防とリハビリテーションに関するWHO指定研究協力センター」となった。以下に委任事項を記す。

1. 障害の予防と軽減を図る医療、リハビリテーション技術の研究・開発を行い、WHO研修員および他の職員の教育と訓練を通じてこのような技術の利用についての情報の普及を図る。
2. 社会生活技能を高めるための技術を障害をもつ人々とともに開発し、専門家の教育と訓練を通じて技術に関わる情報の普及を図る。
3. 障害をもつ人々のための地域型リハビリテーション（CBR）、プライマリー・ヘルスケア等の社会的支援システムの現状について調査と研究を行う。
4. 利用者が入手し易い福祉用具を、障害をもつ人々とともに研究・開発する。
5. 障害をもつ人々の保健・医療・福祉専門家の教育と訓練のため手引書を製作する。
6. 障害をもつ人々のリハビリテーションについての会議とセミナーを企画する。

国立身体障害者リハビリテーションセンター
障害の予防とリハビリテーションに関するWHO指定研究協力センター

リハビリテーションマニュアル 19
「高次脳機能障害者支援の手引きⅠ」

発行 平成18年12月26日

編者 牛山武久

発行者 ©国立身体障害者リハビリテーションセンター

総長 岩谷力

埼玉県所沢市並木4-1 〒359-8555

Tel. 04 (2995) 3100 (代)

Fax. 04 (2995) 3102

E-mail whoclbc@rehab.go.jp

序

このマニュアルは高次脳機能障害の、診断とリハビリテーションに係わる専門職の方々や行政担当者および本人とその家族の方々が利用し、高次脳機能障害を理解しそれを克服する手引きとなることを目的としている。特に本書は行政的見地から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害、注意障害、遂行障害、社会的行動障害などの認知障害に焦点を当てて書かれた。

外傷性脳損傷者や脳血管障害者の中に異常行動がみられ、本人は自分の脳機能の障害に気づいていない、或いは、障害を理解していないことを臨床のなかで経験する。本人も困っているし、まわりの家族や職場の方も困惑している。また障害が軽度な方では、行動は正常に見えるが、約束の時間が守れない、仕事が完結できないなどから就労は無理と判断されるケースが出てくる。コミュニケーション能力の障害や対人関係を保つ技術の障害から更に様々な社会生活の障害に発展していく。

本書はこれらの問題解決の基本的な方法と訓練の仕方を述べており、訓練の結果はリハビリテーションの帰結と深く関係し、高次脳機能障害者の長い人生に重要な役割を果たすものである。編者は、平成13年から17年の5年間に行われた国の高次脳機能障害支援モデル事業に責任者として係わり本書を纏められた著者と、この事業の関係者に深く感謝の意を表し、このマニュアルが高次脳機能障害者の自立と就労に役立つことを切に願い、成果を期待するものである。

牛山 武久

編者

牛山 武久

国立身体障害者リハビリテーションセンター

執筆者

中島 八十一

国立身体障害者リハビリテーションセンター

目次

序

編者／執筆者

はじめに	1
第1章 高次脳機能障害診断基準ガイドライン	2
高次脳機能障害診断基準	
I 主要症状の解説	4
1 記憶障害	4
2 注意障害	4
3 遂行機能障害	5
4 社会的行動障害	5
II 外傷性脳損傷後のMR I 所見	7
1 慢性期に特徴的な器質病変として認められることが多いMR I 所見	7
2 高次脳機能障害と関連があるとされるMR I 所見	7
III 高次脳機能障害とICD-10	8
第2章 高次脳機能障害・標準的訓練プログラム	9
概要	
1 高次脳機能障害について	9
2 訓練について	10
I 医学的リハビリテーションプログラム	16
1 記憶障害	16
2 注意障害	18
3 遂行機能障害	20
4 社会的行動障害	22

II	生活訓練プログラム	24
1	評価	24
2	訓練の計画	24
3	訓練の実施	25
4	効果測定	29
5	その他	30
III	職能訓練プログラム	31
1	職能訓練、職業リハビリテーションとは	31
2	高次脳機能障害者の職業リハビリテーションの目的	31
3	職能訓練の諸段階	31
4	職業リハビリテーションの実際	32
5	就労支援	37
6	効果の測定	38

はじめに

世界保健機構発刊の国際生活機能分類にある b 164「高次認知機能」について、外傷性脳損傷や脳血管障害などの後天的疾患によりこれが損傷された者では、適切な支援サービスを利用することは、日本の保健福祉行政上、長い間、その位置付けが不明確なままであった。

日本において障害者は身体障害者、精神障害者、知的障害者の3つに区分され、それぞれが異なる法に基いて異なる障害者福祉の仕組みが構築され運用されてきた。外傷性脳損傷や脳血管障害などにより高次認知機能の障害をもつ者やその家族から、自分たちはそのいずれの仕組みからももれてしまうという不満の声が大きく上がり始めたのが1990年代後半のことであった。

日本の厚生労働省はこのような不満の声に適切に対処するため、平成13年度から5カ年計画として「高次脳機能障害支援モデル事業」を立ち上げ、当該障害を明確に器質的精神疾患として定義し、内因性精神疾患や変性疾患などと区別する操作的診断基準を作成した。加えて、日本での標準となる医学的訓練プログラム並びに社会復帰のための支援プログラムを作成した。また、都道府県ごとに地理的条件や社会資源を勘案した地域の実情に応じた支援ネットワークを構築するための方策を提言した。この提言の中核にあるのが、都道府県ごとの地域支援拠点機関とそこに配置される支援コーディネーターである。

高次脳機能障害支援モデル事業は平成17年度に終了し、障害者自立支援法の成立と相俟って、新たに地域生活支援事業の一環である高次脳機能障害支援普及事業に引き継がれ、日本全国で実施される一般事業となった。そのような当該障害に対する支援策について各地方自治体が取り組みを始める機運の高まりの中で、本書は高次脳機能障害者への標準的な支援サービスを各地方自治体で円滑に実施するためのマニュアルを提供するために作成された。

第1章 高次脳機能障害 診断基準ガイドライン

高次脳機能障害をもつ人たちには、その障害の特性を踏まえて適切な医学的リハビリテーションや生活訓練、就労・就学支援などが必要であると考えられている。それらのサービス提供への門戸を開くために行政的見地から高次脳機能障害診断基準が作成された。

このガイドラインは、診療報酬請求や障害者手帳申請時の診断書作成にあたり、高次脳機能障害という診断名または障害名を記載するときに、高次脳機能障害支援モデル事業で作成された高次脳機能障害診断基準を正しく適用するためのものである。

Iの「主要症状の解説」では診断基準にある認知障害のうち主要なものについて解説するとともに、診断に利用される神経心理学的検査を示した。

高次脳機能障害の原因疾患は多様であるが、IIの「外傷性脳損傷後のMRI所見」では、特に外傷性脳損傷の慢性期における画像診断について詳述した。外傷性脳損傷のうち特にびまん性軸索損傷が高次脳機能障害の原因となっている症例では、時間の経過とともに一見しただけでは画像診断では所見が得られにくくなることもあり、そのような症例を含めて診断精度を高めるために診断のポイントを示した。また、高次脳機能障害と画像所見との関連についても示した。

IIIの「高次脳機能障害とICD10（国際疾病分類第10版：ICD10の精神および行動の障害（F00-F99）」では、精神障害者保健福祉手帳の診断書作成時などICD10分類の記載を求められる際の便宜のために適用される区分を示した。また、高次脳機能障害診断基準に該当する疾患、除外する疾患をICD10の分類に沿って整理することにより、診断基準の理解を深めることにした。

高次脳機能障害診断基準

「高次脳機能障害」という用語は、学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる巣症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。

一方、平成13年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において集積された脳損傷者のデータを慎重に分析した結果、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を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらについては診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要なことが明らかとなった。そこでこれらの者への支援対策を推進する観点から、行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶことが適当である。その診断基準を以下に提案する。

診断基準

I. 主要症状等

1. 脳の器質的病変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。

II. 検査所見

MRI、CT、脳波などにより認知障害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害のうち、身体障害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、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。

IV. 診断

1. I～IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
2. 高次脳機能障害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害者として診断されることがあり得る。

また、この診断基準については、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。

I 主要症状の解説

1 記憶障害

前向性および逆向性の健忘が認められる。全般的な知的機能の低下および注意障害を示さない場合は典型的な健忘症候群である。

- ① 前向健忘：いわゆる受傷後の学習障害である。受傷ないし原因疾患発症後では新しい情報やエピソードを覚えることができなくなり、健忘の開始以後に起こった出来事の記憶は保持されない。参考となる検査法は、ウェクスラー記憶検査、対話記銘課題（三宅式など）、単語リスト学習課題（Rey 聴覚的言語学習テストなど）、視覚学習課題（Rey-Osterrieth 複雑図形検査、ベントン視覚記銘検査など）。
- ② 逆向健忘：受傷あるいは発症以前の記憶の喪失、特にエピソードや体験に関する記憶が強く障害される。自伝的記憶に関する情報の再生によって評価するが、作話傾向のため関係者への確認を行ったり、遅延間隔を置いて再度この課題を行い、1回目と2回目の回答が同一であれば正答と見なすことによって、患者の反応の妥当性を確認する。

軽度：最近の記憶や複雑な記憶でも部分的に覚えている。意味的関連のない項目を結びつけるなど難度の高い検査で障害を示す。

中等度：古い記憶や体験的に習ったことなどは保たれている。最近の新しい記憶、複雑な事柄の記憶などは失われている。

重度：前向健忘と逆向健忘を含む全健忘、ほとんどすべての記憶の障害である。

その他、作話や失見当識が見られる。作話は、実際に体験しなかったことが誤って追想される現象である。その内容も変動することが多い。よく用いられる当惑作話とは、その時その時の会話の中で一時的な記憶の欠損やそれへの当惑を埋めるような形で出現する作話で、多くは外的な刺激により出現し、その内容は過去の実際の記憶断片やそれを修飾したり何らかの形で利用しているようなものを指している。検者の質問によって誘発され、捏造された出来事をその内容とする。

2 注意障害

① 全般性注意障害

集中困難・注意散漫：ある刺激に焦点を当てるのが困難となり、ほかの刺激に注意を奪われやすい。参考となる評価法としては抹消・検出課題、ストループテスト、心的統制課題が挙げられる。

注意の持続・維持困難：より軽度な注意障害では長時間注意を持続させることが困難になる。時間の経過とともに課題の成績が低下する。課題を行わせると最初は

できても 15 分と集中力が持たない。参考となる検査法としては Continuous Performance Test、抹消課題が用いられる。

② 半側空間無視

脳損傷の反対側の空間において刺激を見落とすことをはじめとした半側無視行動が見られる。同名半盲と混同しないようにする。右半球損傷（特に頭頂葉損傷）で左側の無視がしばしば認められる。参考となる評価法としては線分2等分、線分抹消、絵の模写などが行われる。なお左同名半盲では両眼の一侧視野が見えず、眼球を動かさなければ片側にあるものを見ることができない。同名半盲のみの場合は、視線を見えない側に向けることによって片側を見ることができ、半側無視を起こさない。

軽度：検査上は一貫した無視を示さず、日常生活動作で、あるいは短時間露出で無視が認められる。なお、両側同時刺激を行うと病巣反対側を見落とす、すなわち一側消去現象(extinction)を示す。

中等度：常に無視が生じるが、注意を促すことで無視側を見ることができ。

重度：身体が病巣側に向き、注意を促しても無視側を見ることができない。

3 遂行機能障害

① 目的に適った行動計画の障害：行動の目的・計画の障害である。行動の目的・計画の障害のために結果は成り行き任せか、刺激への自動的で、保続的な反応による衝動的な行動となる。ゴールを設定する前に行動を開始してしまう。明確なゴールを設定できないために行動を開始することが困難になり、それが動機づけの欠如や発動性の低下とも表現される行動につながることもある。実行する能力は有しているために、段階的な方法で指示されれば活動を続けることができる。

② 目的に適った行動の実行障害：自分の行動をモニターして行動を制御することの障害である。活動を管理する基本方針を作成し、注意を持続させて自己と環境を客観的に眺める過程の障害により、選択肢を分析しないために即時的に行動して、失敗してもしばしば同様な選択を行ってしまう。環境と適切に関わるためには、自分の行動を自己修正する必要がある。この能力が障害されることにより社会的に不適切な行動に陥る。評価法としては、BADS（遂行機能障害症候群の行動評価）等がある。

4 社会的行動障害

① 意欲・発動性の低下：自発的な活動が乏しく、運動障害を原因としていないが、一日中ベッドから離れないなどの無為な生活を送る。

② 情動コントロールの障害：最初のいらいらした気分が徐々に過剰な感情的反応や攻撃的行動にエスカレートし、一度始まると患者はこの行動をコントロールする

ことができない。自己の障害を認めず訓練を頑固に拒否する。突然興奮して大声で怒鳴り散らす。看護者に対して暴力や性的行為などの反社会的行為が見られる。

- ③ 対人関係の障害：社会的スキルは認知能力と言語能力の下位機能と考えることができる。高次脳機能障害者における社会的スキルの低下には急な話題転換、過度に親密で脱抑制的な発言および接近行動、相手の発言の復唱、文字面に従った思考、皮肉・諷刺・抽象的な指示対象の認知が困難、さまざまな話題を生み出すことの困難などが含まれる。面接により社会的交流の頻度、質、成果について評価する。
- ④ 依存的行動：脳損傷後に人格機能が低下し、退行を示す。この場合には発動性の低下を同時に呈していることが多い。これらの結果として依存的な生活を送る。
- ⑤ 固執：遂行機能障害の結果として生活上のあらゆる問題を解決していく上で、手順が確立していて、習慣通りに行動すればうまく済ませることができるが、新たな問題には対応できない。そのような際に高次脳機能障害者では認知ないし行動の転換の障害が生じ、従前の行動が再び出現し（保続）、固着する。

II 外傷性脳損傷後の MRI 所見

1 慢性期に特徴的な器質病変として認められることが多い MRI 所見

i) 脳挫傷や頭蓋内血腫後の変化

T1 低信号、T2 高信号を示す局所性ないし広範な壊死、梗塞所見や脳萎縮所見など。

(注：前頭葉や側頭葉の先端部や底部にみられることが多い。)

ii) びまん性（広範性）脳損傷（びまん性軸索損傷を含む）後の所見

脳室拡大や広範な脳萎縮、脳梁の萎縮、脳幹損傷や脳幹部萎縮所見など。

(注) 深部白質や脳梁、基底核、上位脳幹背側の損傷や滑り挫傷 (gliding contusion) がびまん性 (広範性) 軸索損傷の特徴的所見とされるが、急性期にこれらの部位に出血性病変があった場合には慢性期に T1 低信号、T2 高信号として残ることがある。ただし急性期には浮腫性病変 (T1 等信号、T2 高信号) のみのこともある。そのような場合には慢性期には異常を認めないかあるいは同部の萎縮のみが残存することもある。

iii) その他

一例ないし両側の硬膜下水腫や外水頭症の所見が見られることもある。

2 高次脳機能障害と関連があるとされる MRI 所見

i) 深部白質損傷所見

ii) 脳室拡大

とくに側脳室下角の拡大や第3脳室の拡大

iii) 脳梁の萎縮

iv) 脳弓の萎縮など

注：MRI で異常が認められなくても高次脳機能障害を呈することがある。

(付) ①脳室拡大や海馬萎縮と IQ との関連が報告されている。

- ・ 深部白質損傷や脳室拡大所見と動作性 IQ (PIQ) 低下
- ・ 左側脳室下角の容積増大と言語性 IQ (VIQ) 低下
- ・ 右側脳室下角の容積増大と PIQ 低下
- ・ 左海馬の容積減少と PIQ 低下

②急性期に認められる脳幹や脳梁損傷など、びまん性 (広範性) 軸索損傷に特徴的な所見は、高次脳機能障害が後遺することを 推測させる

③小児の高次脳機能障害と関連があるとされる MRI 所見

- ・ 深部白質や脳幹損傷所見
- ・ 前頭葉損傷所見
- ・ 小脳の萎縮所見

Ⅲ 高次脳機能障害と ICD-10（国際疾病分類第 10 版：ICD-10 の精神および行動の障害（F00-F99））

- ・ F04, F06, F07 に含まれる疾病を原因疾患にもつ者が高次脳機能障害診断基準の対象となる。
- ・ この 3 項目に含まれる疾病をもつ者すべてが支援対象となるわけではないが、他の項目に含まれる疾病は除外される。例：アルツハイマー病（F00）、パーキンソン病（F02）
- ・ 原因疾患が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などであり、記憶障害が主体となる病態を呈する症例は F04 に分類され、対象となる。
- ・ 原因疾患が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などであり、健忘が主体でない病態を呈する症例は F06 に分類され、対象となる。注意障害、遂行機能障害だけの症例は F06 に分類される。
- ・ 心的外傷後ストレス障害（PTSD）は F43 に該当し、除外する。
- ・ 外傷性全生活史健忘に代表される機能性健忘は F40 に該当し、除外する。

ICD10 国際疾病分類第 10 版（1992）

高次脳機能障害診断基準の対象となるもの

F04 器質性健忘症候群，アルコールその他の精神作用物質によらないもの

F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害

F07 脳の疾患，損傷及び機能不全による人格及び行動の障害

高次脳機能障害診断基準から除外されるもの

F40 恐怖症性不安障害

F43 重度ストレスへの反応及び適応障害

第2章 高次脳機能障害・標準的訓練プログラム

概要

1 高次脳機能障害について

高次脳機能障害者とはどのような者か（定義）

第1章の高次脳機能障害診断基準に適合するもの

高次脳機能障害者にみられる症状にはどのようなものがあるか

（用語説明、<http://www.rehab.go.jp/ri/brain/betten.html>）

次のような特徴がある。

- | | |
|----------|-----------|
| ● 記憶障害 | 身体機能障害として |
| ● 注意障害 | ● 片麻痺 |
| ● 遂行機能障害 | ● 運動失調 |
| ● 半側空間無視 | |
| ● 病識欠落 | |

巣症状として

- | | |
|------|--------------|
| ● 失語 | 社会的行動障害等 |
| ● 失行 | ● 依存性・退行 |
| ● 失認 | ● 欲求コントロール低下 |
| | ● 感情コントロール低下 |
| | ● 対人技能拙劣 |
| | ● 固執性 |
| | ● 意欲・発動性の低下 |
| | ● 抑うつ |
| | ● 感情失禁 |

高次脳機能障害はどのように見えるか

高次脳機能障害は外見上分かりにくいことが多いと言われている。それは我々ひとりひとりに個性があり、内面的な特徴は実際に付き合ってみないと分からないことが多いのと同様である。高次脳機能障害者では、脳の器質的病変の結果、社会生活において次のような点を周囲の人から指摘されることがあり、高次脳機能障害に気付くための大切な手がかりとなる。

- 約束の時間に間に合わない
- どの仕事も途中で投げ出してしまう
- 記憶障害を補うための手帳を見ると、でたらめの場所を書いてしまう
- ぼんやりとしている
- 何度も繰り返し質問する
- 子供の食べ物を取って食べてしまう
- お金を気前よく使ってしまう

- 失敗は、上司のせいで自分の責任ではないと言い張る

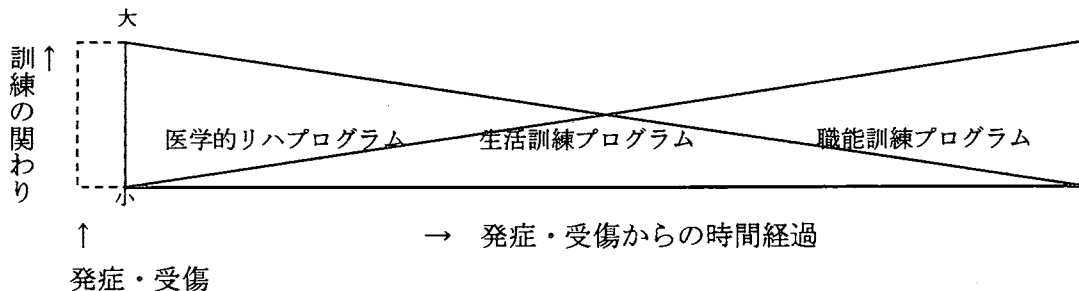
2 訓練について

どのような訓練があるか

訓練プログラムには、発症・受傷からの相対的な期間と目標によって次の3つの訓練がある。

- 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

医学的リハビリテーション（以下、医学的リハプログラムと略す）には、個々の認知障害の対処をめざす（認知リハビリテーション）以外に、心理カウンセリング、薬物治療、外科的治療なども含まれる。一方、生活訓練、職能（職業）訓練では、認知障害が大きな問題であったとしても、訓練の対象は認知障害そのものではなく、日常生活や職業で必要と考えられる技能を獲得することに主眼が置かれている。



訓練の実施体制

医学的リハプログラムは医師の指示によって行う

医学的リハプログラムは医師の指示によって行われる。高次脳機能障害支援モデル事業では、大部分のケースが病院もしくは身体障害者更生施設で訓練を受け、残りのケースは地域利用施設や作業所を利用していた。生活訓練や職能訓練では、医師以外の者が中心になる可能性があるが、いずれも一連の訓練であり医学的情報ならびに医師との連携は重要である。いずれにしても利用者の問題を担当者間で共通に認識して目標をぶらさずに訓練することが大切である。

訓練に関わる職種

医師：リハビリテーション科、神経内科、脳神経外科、精神科、内科など

医師以外：心理担当者、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師、リハビリテーション体育士、医療ソーシャルワーカーなど。生活訓練や職能訓練は、生活

指導員や職能指導員が行っている。

訓練時間

発症・受傷からの時期や状況（ケースの体力、集中力など）によって調整する。

モデル事業では、複数職種の間与（評価・訓練等）を合計すると週 65 単位（1 単位は 20 分、従って 21 時間）、各職種では週 11 単位から 22 単位（4 時間から 8 時間弱）で、平均で週 16 単位（5 時間 20 分）であった。

訓練期間

- 医学的リハビリテーションプログラムは最大 6 ヶ月実施する
- 種々のサービスを連携して合計 1 年間の訓練が望ましい

平成 16 年 4 月から、「高次脳機能障害診断基準」に基づいて高次脳機能障害と診断された場合、診療報酬の対象とされることになった。また、平成 18 年 4 月から、脳血管疾患リハビリテーションの限度 180 日を超えて訓練を受けることができるようになった。

モデル事業の報告では、訓練を受けた障害者で障害尺度に改善のみられたケースの 74%が 6 ヶ月で、97%は 1 年でその成果が得られている。従って、機能回復を中心とする医学的リハプログラムは、開始から最大 6 ヶ月実施する。その後は、必要に応じて生活訓練・職能訓練を加えて連続した訓練を実施する。全体で 1 年間の訓練が望ましい。もちろん、症状が軽症の場合、重症であっても改善が見られる場合はこの限りではない。

訓練の移行

医学的リハプログラムから生活訓練、職能（職業）訓練への移行は、認知障害が依然存在するとしても、日常生活や職業で必要と考えられる技能の獲得が重要と判断された場合には生活訓練、職能訓練に移行する。また、医学的リハプログラム中であっても、必要があれば生活訓練や職能訓練の内容を加味する。また、生活訓練の結果、改めて医学的リハプログラムを受ける場合もあり、訓練の流れは医学・生活・職能と一方向性とは限らない。

訓練の継続と終了

訓練の継続・終了は 1～3 ヶ月毎の評価によって決定する。高次脳機能障害で指摘される各症状の軽減、身体機能、ADL、神経心理検査、障害尺度変化などを参考にし、訓練終了後は、本人・家族のニーズによって支援へ移行する。

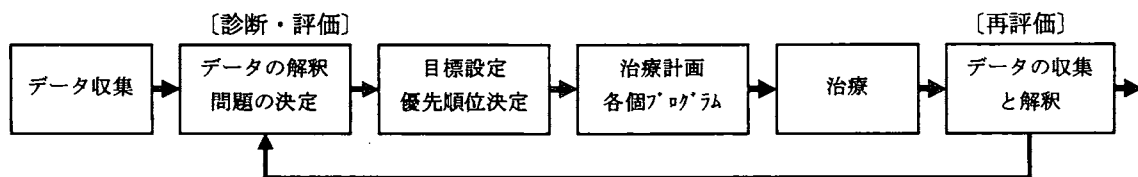
職種毎の訓練の具体的内容

高次脳機能障害者の訓練には多くの専門職が関わっている。その訓練内容は、専門性の高いものや、職種間で共通の問題を取り扱うものも混在している。例えば、ある高次脳機能障害者の注意障害について、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士（心理

担当員)、看護師がそれぞれの立場で取り組んでいる。しかし、理学療法士も、通常行う歩行訓練やバランス訓練以外に、一般道路での歩行、交差点での横断といった訓練(応用歩行)を注意障害の観点から行うことも場合によっては必要である。

高次脳機能障害者に対する訓練の進め方

リハビリテーションでは、疾病の診断・治療だけでなく、疾病がもたらす機能障害、機能的制限(能力低下)の評価およびケースの生活歴や社会経済的環境と家庭環境を考慮して、将来目標を立て、その目標実現のために必要な計画、具体的プログラムを立て、実施し、一定期間後に再評価し、必要に応じて目標・プログラムに修正を加え、最終的な目標に到達するという過程をとる。



医学的リハビリテーションの進め方

高次脳機能障害の評価とは

私たちは子供の頃から学校・社会生活を通じて学習し、時間や約束を守る、お金を無駄に使わないなど一定の範囲の行動が取れるようになっている。一方、約束の時間に間に合わないことの原因は、約束したことを忘れてしまう、時間を忘れる、何かに熱中している、別のことに気を取られる、道を間違えるなど、さまざまな可能性がその背景にあり得る。約束を守らないことは、受傷・発症に関係なく以前からあった可能性も考える必要がある。

高次脳機能障害についてどのような問題があるか考慮する際に次のような点に注意する。

- 受傷・発症前の生活歴、知的レベル、行動特性の聴取(脳の器質病変によって生じたものか)
 1. 行動観察による評価
 - (ア) 視点を決めて
 - (イ) 高次脳機能障害の何が問題か→どの検査をもちいるか
 2. 神経心理検査をもちいた評価
 - (ア) 平均値と分散
 - (イ) 高次脳機能障害者に特有の反応
 3. 課題をもちいた評価

- (ア) 総合的に判断する
- (イ) 場面・状況を考慮する

評価するにあたって、家族、職場の仲間、教師などの生活や仕事の場での情報が重要である。また訓練実施場所においては、看護師、各専門職などからの情報が必要となる。その上で、どのような認知障害の特徴があり、どれが生活の困難の原因として関与している可能性があるかの見当をつける。先の「約束が守れない」ケースであれば、記憶障害が中心の問題かどうかといった判断を行う。

次に、特定の機能に対応した神経心理学的検査方法を行う。人の認知機能は多面的であり複数の検査によって総合的に判断する必要がある。また、検査に当たっては検査を実施する場所、騒音などの環境、課題の難易度など十分に配慮する。

訓練の実施場所によっては、全ての専門職種がそろっていないこともある。このような場合は、検査を分担し職種に特異的な訓練手段を別の職種の人（心理の検査をSTが行う、コミュニケーションをOTのグループで訓練するなど）に変わって分担する。

訓練の計画を立てる

高次脳機能障害に関する評価結果に基づいて目標を設定する。一般的には、対象者のニーズが考慮されるが、高次脳機能障害では本人の判断や認識が必ずしも適切でないこともある。本人、家族、学校や職場と十分な話し合いを通じて、障害の程度にあった現実的な目標を定めることが重要である。目標としては、復職、復学などがあげられるが、高次脳機能障害の回復過程を考えると、医学的リハビリプログラムの期間には達成することができないこともある。従って、医学的リハの場面では、本人がイメージしやすく、短期間である程度実現が可能な目標を設定するのがよい。訓練実施には、各スタッフの意思統一を図って実施する。連続したサービス構築の観点から、早期から支援コーディネーターも加えた訓練・支援体制を確立することも必要である。

具体的な目標が重要

本人が容易にイメージできる現実感のある目標がよい。具体的には、身体面では、トイレ動作の自立、歩行の自立などはイメージしやすく訓練の必要性についての理解も得やすい。高次脳機能障害は、本人が自覚していないことも多く、訓練を実施することについて本人の納得が得られにくいことがある。評価に基づいて、日常生活、職場、学校などでの問題点を明らかにし、この問題点を本人に理解してもらうことが大切である。カンファレンスを通じて関連職種の意思統一を予め図る必要がある。スケジュールを立ててそれに基づいて行動できる、小遣い帳をつけて金銭管理ができる、料理の献立を考えて必要なものを揃えることができる、パソコンの操作ができる、など実生活に即した目標で、能力に見合ったものを本人、家族等と相談して設定する。

実施方法には、病院であれば入院訓練、外来訓練がある。更生訓練施設では入所あるいは通所で、その他の施設は通所で行う。

訓練を行う際の留意点

1. 課題の選択

本人の日常生活や職業に関連した現実的なものを採用する。
できる限り本人の興味や関心に合致するものを選択する。
達成感が得られるよう課題の難易度を調整する。

2. 訓練の進め方

訓練は段階的に進める。
訓練効果を本人にわかりやすくフィードバックし、訓練意欲が維持されるよう努める。

3. 環境の調整（本人が混乱しにくい環境設定は、訓練を効率よく実施するためにかかせない）

病室や訓練室の物理的環境の調整。
環境の構造化：手がかりの提示、行動のパターン化など。

4. 一般化の努力（訓練場面でできたことが日常生活に応用できるための対応が必要）

病院内のさまざまな場所や状況で練習する。
訓練環境を家庭生活や職場の環境に類似して設定する。
家庭でも実行できるよう家族の協力をえる。

訓練の実施に当たって上記の点に注意する必要がある。

訓練に共通する考え方

また、認知障害自体の改善が最も期待されるが、必ずしも完治しない現状では、いずれの症状に対しても、次のような戦略を取ることが必要である。

- ① 認知障害に対する改善（狭義の認知リハビリテーション）
- ② 代償手段の獲得
- ③ 障害の認識を高める
- ④ 環境調整（家族へのアプローチを含む）

①は、高次脳機能障害者の注意障害、記憶障害といった特定の認知障害に対する訓練法である。狭義の認知リハビリテーションにあたる。このような訓練が有効でない場合は、残された機能を用いた代償手段②を訓練する。例えば、記憶障害で言語的記憶に比べて、視覚的記憶が残されている場合に、絵で描かれた手がかりを活用する。一方、障害者自身が自らの機能障害を認識できると、種々の代償手段が活用しやすくなる③。従って、実際の検査・実施結果をその場で提示あるいは、ビデオ記録を行い再生して本人にフィードバックするといった方法をとることがある。障害による不都合が少しでも減るように周囲の環境を整える手段④も講じる。例えば、家族に障害を説明し理解してもらい、障害者が混乱に陥る前に適切なタイミングで援助を依頼する、大切なものを見つけやすいように整理する、身に付けておくなどがこの方法である。

実際に標準的訓練プログラムを開始する場合

これまで高次脳機能障害者の訓練を特別に実施していなかった病院・施設の方々にとっては、具体的にどのようにチームを運営するか不明な点が多いと思われる。日頃のリハビリテーションと比較してどのようなことに特に注意するか、改めて述べる。

1. あなたの病院あるいは施設にはどのような職種の方が働いているか。
 - (ア) できるだけ多くの職種の関与を促す。必ずしも全ての職種がそろっている必要はないが、評価・訓練を分担して実施する体制を作る（特に、医学的リハビリプログラムは医師のリーダーシップが必要である）。
 - (イ) 一人のケースについて各職種が評価する。
 - (ウ) カンファレンスを開いて、各ケースについて目標の設定を行う。
チーム・リハビリテーションにはいくつかの形式がある。高次脳機能障害では抽象的な問題を扱うことが多いため、担当者相互の理解を深めるためインターディシプリナリー・チーム・アプローチが好ましいとされる。
 - (エ) 訓練を実施する。
従来行われている1日の訓練時間では不十分である。訓練室での訓練をさらに病棟で実行する工夫、宿題の実施により空き時間を少なくする、一日のスケジュールをわかりやすく作成するなどの工夫をする。
現実的な訓練課題の選定、訓練の過程で生ずる心理的問題への対応など、実際の経験を通じてチームの実力を高めてゆく必要がある。
 - (オ) 結果を判定する。
漫然と訓練を実施することは好ましくない。定期的に評価を繰り返し、訓練プログラムの妥当性、訓練実施体制の見直しが必要である。ケース自身あるいは家族からの評価も大切である。
2. 近くに生活訓練や職能訓練を提供する施設があれば連携する。
訓練の早期から連携をとる。高次脳機能障害では、短期間の訓練で完治することを期待するのではなく、得られる多くのサービスを導入して、高次脳機能障害が持続していても、本人や家族ができるだけ安心して生活できる状況を用意する。訓練で利用する施設としては、病院（一般病院、リハビリテーション病院）、身体障害者更生施設、授産施設、地域利用施設、小規模作業所などがある。これらの施設の連携が大切である。

これらの過程を管理するために、次のような評価表を利用し、基本的情報（年齢、病歴、社会的背景など）、問題点の抽出（機能障害、能力低下（機能的制限）、心理学的検査など）、訓練目標の設定、具体的訓練内容の確認、各専門職の関与、訓練結果の評価、まとめを行うことが、各専門職、本人、家族にとって問題とその対応を共通に認識するのに有効である。

I 医学的リハビリテーションプログラム

1 記憶障害

ア. 症状

次のような場合に記憶障害を疑う。

- 約束を守れない、忘れてしまう
- 大切なものをどこにしまったかわからなくなる
- 他人が盗ったという
- 作り話をする
- 何度も同じことを繰り返して質問する
- 新しいことを覚えられなくなる

ここに示したような問題があり記憶障害が疑われる場合、記憶のどのような側面が障害されているか、どのような機能は比較的良好かについて検討する。どのくらいの時間、あることを記憶しておくことが出来るか、言葉の意味・自分の体験・操作など、どのような種類か、言葉を介しての記憶と見て覚える記憶に違いがないか、といった内容の検討が、その後の訓練との関係で大切である。それぞれの内容は次のとおり。

記憶にかかわる時間

- 即時記憶あるいは作動記憶（調べた電話番号をかける間の記憶など）
- 長期記憶（必要なときまで蓄えておく記憶系）
- 遅延記憶（例：さっきかけた電話番号を思い出す）
- 近時記憶（例：先週の金曜日の活動について）
- 遠隔記憶（例：学生時代の出来事）
- 展望記憶（これから行なおうとする計画についての記憶）

記憶の種類

- 事実（意味記憶）（知らない間に覚えた知識、例：米国の首都はワシントン）
- 個人的体験（エピソード記憶）（自分に起こった出来事）
- 技術や手続き（例：車の運転、ワープロで書いて印刷する）

記憶の形

- 言語的記憶（書かれたもの、話されたものなど言語と言う形態の情報）
- 視覚的記憶（人の顔、図柄、見取り図など、視覚的な形で覚えられる記憶）

記憶の段階

- 符号化（情報を取り込んで登録する）
- 貯蔵（情報を記憶の中に入れて、次に必要なときまで保管すること）
- 検索（必要なときに記憶を呼び起こすこと）

記憶の引き出し方

- 再生（記憶力を頼りに思い出すこと）

- 再認（例：以前見たことがあるかどうかを、認識しなおす）

記憶された時期

- 逆向記憶（事故や病気の前にあった出来事の記憶）
- 前向記憶（事故や病気の後の出来事の記憶）

記憶にかかわる評価を通じて、どのような記憶障害の特徴があるかを明らかにする。

イ. 評価

次のような検査によって行う。

- （全般的記憶検査）WMS-R（ウェクスラー記憶検査）
- （言語性記憶検査）三宅式記銘力検査
- （視覚性記憶検査）ベントン視覚記銘力検査、REY図形テスト
- （日常記憶検査）RBMT（リバーミード行動記憶検査）

訓練に当たって、次のような点に注意する。

- 記憶障害の重症度、障害されている領域、比較的保たれている領域を把握する。
- 他の認知障害の有無を検査する。
- 誤りのない学習を目指す。

ウ. 訓練

次のようなものがある。

反復訓練

環境調整

内的記憶戦略法

- 視覚イメージ法
- 顔一名前連想法
- ペグ法
- 言語的方略
- PQRST法（Preview予習、Question質問、Read精読、State記述、Testテスト）
- 言語的仲介法
- 語頭文字記憶法
- 脚韻法
- 物語作成法

外的補助手段

情報を外部に貯蔵する方法と内部に貯蔵された情報にアクセスするための手がかり法がある。記憶障害があると手段そのものを忘れてしまい、これらを活用することが出来ない。自覚を促し積極的に活用するためには、訓練として取り上げ習得させる。

その他の方法

- 領域特異的な知識の学習
日常的機能に関係ある情報の獲得に焦点をあてた方法で、人名学習、新しい語彙

の獲得等に用いられる。

- 手がかり漸減法

用語の定義を呈示後、1文字ずつ追加して、正しく反応できるまで続ける。その後、手がかりが1文字ずつ取り去られ、最終的には手がかりなしで正しい反応が得られるようにする方法

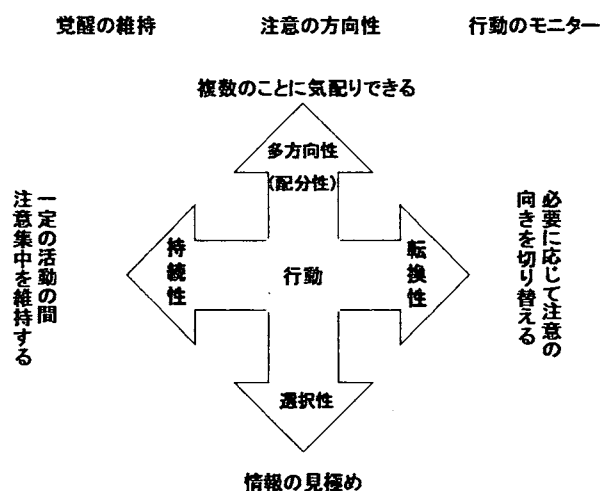
2 注意障害

ア. 症状

注意障害は次のような特徴からその存在を予想する。

- 椅子や車椅子で寝ていることが多い
- 車椅子で病棟内を歩き回り、他の部屋に入っていく
- 他人に興味を持ち、くっついて離れない
- 隣の人作業に、ちょっかいを出す
- 周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする
- エレベータのドアがあくと、乗り込んでしまう
- 作業が長く続けられない
- 人の話を、自分のことと受け取って反応する

これらの状況は、注意障害に特異的なものではなく、別の高次脳機能障害の要素が加わっている可能性もあるが、気付くための手がかりとなる。注意はすべての認知機能の基盤であり、広く社会生活を営むためのあらゆる行動に含まれ、これを統合する役割をもっている。注意には、下図のような要素があると考えられ、これらがバランスよく保たれている必要がある。



イ. 評価

注意障害の有無と程度は次のような観察で行われる。

覚醒度チェック

- 傾眠傾向
- 易疲労性
- 活動性の低下
- 雑音などへの耐性
- 落ち着かない

日常生活や職業場面における行動観察

- 面接
- 課題（検査）
- 生活場面の観察

注意障害があるケースの評価・訓練では、課題や環境に配慮する。一方、評価や訓練の段階が進めば、意図的に環境を変えて課題の処理速度が低下しないか、注意持続か可能かどうかを検討することもできる。

ウ. 訓練

受傷・発症から間もない時期には当然、意識障害が重なっている可能性が高い。訓練をいきなり開始することは適当でないこともある。

- 訓練導入前 刺激の制限
- 訓練導入 積極的な刺激の導入によって注意機能／行動を活性化させる
- 生活環境を調整する（個室から多数室へ）
- 対応する人を調整する（決まった職員から複数の職員へ）
- 訓練環境を整備する（個別からグループへ）
- 神経心理学的検査を実施する
- 注意障害に対する訓練を行う
- 適応的行動スキルを獲得する

訓練にあたって、初期には次のような配慮が特に必要である。

- 個室で決まった担当者が対応する
- 短時間で完成できる課題と休息の活用
- 課題の困難度の調整 次第に複雑なものへ
- 注意障害の特徴にあわせた課題の選択へ

[注意障害に対する課題例]

基礎的な課題（一部非売品）：

- APT (Attention Process Training)
- Brainwave-R
- 頭が働く練習帳
- 家庭でできる脳のリハビリ（注意障害編）
- 公文式教材（幼児教材や算数・数学、国語、英語による教科学習訓練）
- パズル誌、新聞や週刊誌のパズル
- 幼児教育関連テキスト
- ゲーム（カルタ、そっくりさんゲームなど）
- MSP (Mental Stimulation Program 東京都老人総合センター)
- 神奈リハ版「まちがいさがし集」

実的な応用課題：

- 電卓計算
- 辞書調べ
- 郵便番号調べ
- 電話帳調べ
- 交通路線調べ
- 校正作業
- 集計作業
- パソコン、ワープロ
- Brainwave-R：PRO-ED 社
- 頭が働く練習帳：脳損傷のリハビリテーションのための方法、新興医学出版株式会社
- 家庭でできる脳のリハビリ（注意障害）：理解できる高次脳機能障害、ゴマブックス

3 遂行機能障害

ア. 症状

遂行機能障害は次のような所見が見られる。

- 約束の時間に間に合わない
- 仕事が約束どおりに仕上がらない
- どの仕事も途中で投げ出してしまう
- 記憶障害を補うための手帳を見ると、でたらめの場所に書いてしまう
- これまで異なる依頼をすると、できなくなってしまう

遂行機能障害は次に示す様々の要因が関与するので、どのような機序が原因になっているかを評価する。また、注意障害や記憶障害などが原因となっている可能性

もある。

作業を良く観察し、失敗や誤りの起こり方から特定の機序を探る。

- 自己認識
- ゴールセッティング
- プランニング
- 発動性
- 自己モニタリング

イ. 評価

神経心理学的検査：BADS, WCST, 簡易前頭葉機能検査 (FAB), TMT, ストループテスト, WAIS-R, Verbal fluency test, ハノイの塔, 標準高次動作性検査, GATB, コース立方体テスト, 手帳診断紐結び検査, 箱づくりテスト, 4コマまんがの説明, 読書力テスト (速読)

行動評価：具体的課題 ペーパークラフト・手芸・木工を通じて日常生活や職場での行動観察

特定の機序が関与すると判断された場合、訓練として次のような検討を行う。

- その部分を補う治療 (薬物等) を検討する
- 作業過程を分解し、それぞれの過程をルーチン化する
- ルーチンの連続を訓練する
- 一定の過程で失敗が起こる場合、その部分を介助する

ウ. 訓練

- 直接訓練 (必要な行為、動作やその組み合わせを練習する)
- 自己教示・問題解決訓練 (解決法や計画の立て方を一緒に考える)
- マニュアル利用 (手順どおりに自分で作業を遂行する)
- 環境の単純化 (スケジュールを大きな枠組みで示し、行動をパターン化する)
- 行動療法 (誘導、指示の与え方を工夫する)
- 遂行結果のフィードバック
- 代償方法の獲得

これらの方法を

- 机上課題 (ワークブックなど)
- 作業活動課題 (組み立てキットなど)
- 日常生活動作課題 (更衣訓練や家事など)
- 職業生活課題 (書類作成など)
- グループでの作品制作課題
- 社会生活課題 (スケジュール管理など) に用いて訓練を行う。

4 社会的行動障害

ア. 症状

依存性・退行、欲求コントロール低下、感情コントロール低下、対人技能拙劣、固執性、意欲・発動性の低下、抑うつ、感情失禁、その他（引きこもり、脱抑制、被害妄想、徘徊など）が含まれる。

次のような特徴があるとされる。

- 興奮する、大声を出す、暴力を振るう
- 思い通りにならないと、決まって大声を出す
- 他人につきまとって迷惑な行為をする
- 訓練士に、付き合えと強要する
- 不潔行為やだらしない行為をする
- 自傷行為をする
- 自分が中心でないと満足しない

イ. 評価

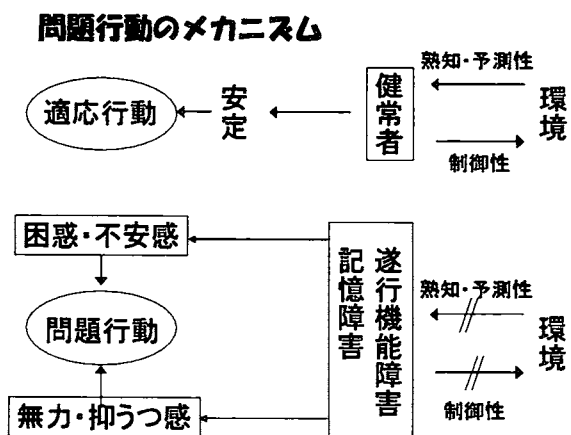
- 生活、訓練場面で、問題となる社会的行動障害がどのようなきっかけで生ずるか記録して分析する（文脈の調査）。
- 反社会的行動、退行については適応行動尺度（ABS）、S-M 社会生活能力検査などを用いることが出来る。
- 鎮静剤の使用など、誘引となる原因がないか、検討する。

ウ. 対応

- 環境の調整
 - ① 静かな環境に置く
 - ② 余りたくさんの人に囲まれない環境
 - ③ 疲れさせない環境に置く
- 行動療法的な対応：ケース自身、何が問題になっていて、これにどう対処するか一緒に考える。できれば、誓約書を書いてもらったうえで実行する。
 - ① 正の強化：社会的な強化（誉める、励ます、注意を引くなど）を用いる
 - ② 中断（time-out）：TOOTS（time-out on the spot）を用いて、不適切な行動をとった場合、そのような行動を無視して担当者はその場からしばらく姿を消す。あるいは、ケースを訓練室の外に数分間置く。
 - ③ 反応コスト Response cost：行動に対価を与える。行動を抑制できれば対価は高いままで、特定の品物と交換ができる。
 - ④ 飽和による回避行動の治療：大声を発するケースが、大声を発するたびに、数分間大声を出させておく。
 - ⑤ 陽性処罰：使用は余り好ましくないと考えられる。

高次脳機能障害者に見られる記憶障害、遂行機能障害等が、環境の変化を予測して予め対処すること、自ら環境に働きかけることを困難にし、その結果起こった失

敗体験が不安・混乱、無力・抑鬱感を生じ問題行動の原因になりうることも報告されている (図)。



坂爪、1998

II 生活訓練プログラム

生活訓練は、そのケースの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はかれるようにすることを目的とする。

高次脳機能障害者の場合、訓練をとおして障害に対する認識を高め、その代償手段を獲得することが大きな課題である。また、本人に対する直接的な訓練のみならず、家族への働きかけも含めた環境調整が重要である。

1 評価

訓練の場は、医学的リハビリテーションより社会的リハビリテーション施設が中心になると考えられる。

〈病院の場合〉

神経心理学的検査・行動観察・面接等により、①身体機能・高次脳機能・精神機能障害など障害の評価、②日常生活において支障をきたしていることなど生活障害の評価、③家族背景・生育歴・住環境・経済状況など環境面の評価を行う。評価の結果をふまえ、個々のニーズや状態を考慮した課題や、入院生活環境を設定する。

【留意点】

- ・ 本人と家族それぞれの障害の受け止め方について把握する。
- ・ 小児の場合は、発達段階を考慮する必要がある。
- ・ 入院生活において初めて問題点が出てくることもある。実際の入院生活や訓練場面も活用し、随時評価を行う。
- ・ ニーズと要求、本人の主観的評価と第三者の客観的評価の相違を知っておく。

〈身体障害者更生施設の場合〉

障害者ケアマネジメントの手法と同様に、本人の生活状況や置かれている環境の状況を理解し、本人及び家族の希望を引き出し、主訴から具体的な生活ニーズを探す。医学的評価や神経心理学的評価があれば、なお評価が有効になる。

【留意点】

- ・ 障害の認識が不十分で、主訴と現実にギャップがあるケースが多い。
- ・ 認知や行動の障害は、外見からわかりにくい。普通の対応が可能なケースもあり、本人と家族の双方から話を聞くことが必要である。
- ・ 生活ニーズを探す際には、支援ニーズ判定票をはじめ既存の標準化された判定票を用いる。
- ・ わかりにくいことや聞きにくいことは信頼関係ができてから聞く。

2 訓練の計画

評価で得られた情報をもとに、将来的な目標とそれに向けての課題を整理する。本人および家族の希望だけでなく、実際の生活状況もよく把握した上で、本人にとって

真の課題は何かを明らかにする。本人および家族とも十分話し合った上で、具体的な課題とそれに対する訓練（支援）内容、支援の担当者、期間等を確認し訓練（支援）計画を立てる。

【留意点】

- ・ 計画を作る場合も、本人あるいは家族の希望と現実との間に大きなギャップのある場合、長期的な目標と共に短期目標を設定して支援を行い、その結果をフィードバックし、また新たな目標設定をしていく作業の中で、現実的な目標へと近づけていく。
- ・ 短期目標については、具体的で本人にわかりやすい内容と言葉で設定する。
- ・ 認知機能障害や行動障害の影響が大きいケースには、生活リズムの確立や生活管理能力の向上を目指す。
- ・ 日常生活活動には大きな支障はみられないケースは、実際の体験をとおして社会生活能力を高めるよう対応する。
- ・ 入院中の場合は、日中の活動性を高める工夫をする。
- ・ 連続したサービスの観点から、その後のプログラムを用意する。

3 訓練の実施

病院においては、①声かけ ②モデリング ③介添えなど系統的な介入を行う。

身体障害者更生施設では、明確な日課や生活の枠を用意し、実際の体験場面を多く持つことや、訓練や生活場面で起きた問題はその場で本人に返し行動の修正を促すリアルフィードバックの手法を重視した訓練・支援を行う。

①生活リズムの確立

記憶の問題や発動性、意欲の低下などから、自ら日課を組み立て生活することが難しく、ベッドで過ごす時間が多くなったり、昼夜逆転といった生活時間の乱れが生じたりすることも多くみられる。

このような人たちに対しては、施設内での生活をとおして、規則正しい生活習慣を身につけてもらうことや日中の活動性を高めるための働きかけをする。

感情や欲求のコントロールが難しく、日課の遂行や対人面で問題が生じやすい場合も、明確な生活の枠組みを提示することで生活の安定へとつながることも多く、日課の流れにそって生活できるよう、その都度、声かけ、誘導、確認などを行う。

【留意点】

- ・ 本人に不安や混乱を与えないために、一日の予定や週間スケジュールをわかりやすい形で提示する。
- ・ 日中は、活動性を高めるためにも様々な訓練や活動を用意する。ただし、その人に適した活動の量や内容を見極めつつスケジュールを組む。
- ・ 訓練と訓練の間の空き時間をできるだけなくし、連続した訓練スケジュールとすることで、本人も行動しやすく生活が安定する場合もある。

- ・ 入院生活や施設での生活が本人に大きなストレスとなっていないか観察する。
- ・ 精神的に落ち着かず訓練参加状況も日によって変化が激しいようなケースの場合、スタッフ間で「連絡ノート」を記載し、定期的に（週単位くらいで）スタッフミーティングを開き、スタッフ間の情報の共有化と対応の統一を図る。

【訓練のヒント】

- ・ 施設での入所生活は周囲の人たちと同調した行動が必要となるため、自然に生活のリズムがついていく場合が多い。通所においてもそれ自体が生活の軸となるため、生活のリズムがつきやすい。個々の状況に応じて週1回から週5回の利用へと段階的に通所回数が増減できるとよい。

②生活管理能力の向上

日課の管理

日課に沿って自ら行動できるようにするために、スケジュール表の活用等、代償手段の獲得をはかるとともに、分かりやすい目印や案内表示をつけるなどして生活しやすい環境を整える。

スケジュール表や手帳などそのケースに適した代償手段を用いてその利用の定着化を図る。訓練開始前に「朝の打ち合わせ」の時間を設け、参加メンバー間でその日のスケジュールを確認する。訓練の終了後も「集まり」を設け一日のふりかえりをおこなって、記憶の呼び起こしや代償手段の必要性を認識してもらう。

服薬管理

毎回渡しから1日渡し、1週間渡しと段階的に自己管理の幅を広げる。チェック表を渡して服薬ごとにチェックしてもらう。1回分ずつ分けて入れられ、服薬の確認がしやすいカレンダー型のポケットケースや薬ボックスを活用する。

金銭管理

持っていればあるだけ使ってしまうケースもあり、計画的な使用ができるように、管理の方法について本人・家族と話し合い、期間と金額を決めて渡し小遣い帳をつけてもらう。定期的に小遣い帳と残高の確認を行い、管理に対する意識化や習慣化を図る。

【留意点】

- ・ スケジュール表は本人の状況に合わせ以下の点を考える。
 - ◇週間スケジュール表とするか、1日ごとのスケジュール表を用意するか。
 - ◇1日のスケジュールをこちらで書いたものを用意するか、自記式にするか。
 - ◇行ったことを自ら確認するために、一つの日課が終了するごとにスケジュール表にチェックや記録をしてもらうかどうか。
 本人の現在の能力に合ったものを選ぶ。また利用にあたっては、関係スタッフとも連携して、時間ごとに確認の促しなどして、定着を図る。
- ・ スケジュール表や手帳については、見てわかりやすいシンプルなものにする。情報はできるだけひとつに集めると良い。

- ・ 持ち歩く時は取り出しやすく、すぐ目に入るように、またどこかに置き忘れないように、首から下げて携行するなど工夫する。

【訓練のヒント】

- ・ スケジュール管理では電子手帳やPDA（個人用の携帯情報端末。手のひらに収まる大きさの電子機器で、パソコンのもつ機能のうちいくつかを実装したもの）が有効な場合もある。シンプルに構造化されているものを選び違和感のない代償手段として活用する。

③社会生活技能の向上

地域での生活に向け、また本人の将来目標に合わせ、買物・市街地移動・一般交通機関利用などの外出訓練、調理訓練、あるいは一戸建ての建物を利用しての生活体験実習などを行う。実際場面で評価し、その問題点を本人にフィードバックして訓練を積み重ねる。

身体機能面からくる障害と高次脳機能障害の双方の問題について評価し訓練する。

【留意点】

■外出訓練について

- ・ その場での状況判断や応用を求められる部分が多く、高次脳機能障害者にとっては苦手な部分でもある。まず目的やコースを限定して、ステップを踏んで実施する。趣味や文化活動を目的にすると生活の広がりも期待できる。
- ・ 決まった行程に沿って行動できても、途中で別の用件が入ったり変更があったりするとそれに対応できない場合があり、そうした状況についても把握する。
- ・ 通勤や通所等、将来利用する場面が明確な場合は、実際に利用するコース・時間帯で訓練し、実用化を目指す。
- ・ 初めての場所や経路では単独での移動は困難でも、住み慣れた場所であればほとんど迷うことなく行動できる場合もあり、そうした状況についても把握する。

④対人技能の向上

施設での集団生活は「擬似社会」での生活体験の場でもあり、その中での日課の遂行や対人交流を通して得るものも多い。一方、集団生活では対人トラブルも生じやすいが、その場での客観的な事実を本人にフィードバックしていくことで自らの障害に対する認識を深める機会ともなる。

訓練場面や集団生活の中で問題がおきた場合は、問題がおきたその場で事実を説明し行動の修正や望ましい行動を指示する（リアルフィードバック）。

また、対人技能の獲得などを目的に、グループプログラム（グループワーク）を行う。課題に対し、メンバー間の意見交換や役割分担、計画・実行・反省といった過程を通して対人技能の向上を図る。内容としては、福祉制度や社会資源などを学ぶためのグループ、外出計画や新聞作りなど企画を達成するためのグループなどが考えられる。

【留意点】

■グループに関して

- ・ まずグループが成立するよう、メンバー構成に配慮する。
- ・ できるだけ1回の活動の時間内で、実施した結果をメンバーに返す。
- ・ 継続して取り組む課題については、毎回、グループの目的、現在取り組んでいる内容、前回行ったことなどを確認しながら進める。

⑤障害の自己認識・現実検討

障害の自己認識のためには、できるだけ実際の体験をしてもらい、そこで出された結果を本人にフィードバックしつつ、現実検討を進める。

その手段としては

- ・ 「対人技能」のところで述べたように、訓練や生活場面を通してリアルフィードバックする
 - ・ グループでのメンバー間のやり取りを通して、自らの課題を考える機会を作る
 - ・ 地域で生活している障害当事者の話を聞く
 - ・ 模擬職場的な訓練場面を活用しての作業体験を行う
 - ・ 利用可能な社会資源の情報提供と見学
 - ・ 地域作業所や授産施設、一般企業などで実習する
- などが考えられる。

病院においては、まず画像や神経心理学検査等、高次脳機能障害の評価結果を本人に分かりやすく説明することが求められる。画像（特にPET・SPECT）は、視覚的で分かりやすいため本人が理解しやすいようである。

【留意点】

- ・ 社会資源の見学や実習先は、そのケースの将来の生活拠点を踏まえて選ぶ。
- ・ 実習の結果は、実習先の職員から直接本人に伝えてもらった方がよく、家族も同席できるようにする。

⑥必要とする支援の明確化

障害の自己認識や現実検討が進む中で必要な支援の内容も明らかになるが、障害の特性から本人にとって有効で現実的な生活設計を考えることが難しい場合も多い。その場合は、支援する側が、本人の状況に合わせ、環境の方を調整し、今後の社会参加場面や支援の体制を整える。

本人の認識と客観的な評価との間に大きな隔たりがある場合、そこに到達するまでの最初のステップとして、今何が必要かに重点を置き、検討を進める。

こちらが考えた支援内容や今後の方向性について、本人が消極的であり拒否的であっても、実際にその中でやってみると比較的スムーズに適応する場合もある。ここでも実際の体験が大切であると言える。一方、結果的に適応できない場合もあり、その時の問題の整理や支援体制の再構築も含めた継続的な支援が必要である。

【支援のヒント】

- ・ 支援体制を考えるにあたっては、友人や同僚、ボランティアなどのインフォーマルな社会資源の活用も考える。事前に十分なオリエンテーションを行う。このような資源を活用することで、対人技能を身につけたり、良き話し相手を得て精神的安定が図られたり、生活意欲を高めるきっかけとなったりする。

⑦家族支援

家族にとって、身内が障害を負ったことに対する精神的なショックは大きく、またその障害を理解し受け止めるまでには相当の時間を要す。このため本人同様、家族に対しても不安や負担の軽減が図られるような支援が必要である。

また、本人だけでは生活を組み立て遂行していくことは難しく、何かしら他者の支援もしくは支持が必要となる。そうした支援体制をつくっていく上でも、家族の障害理解と協力は不可欠である。

家族からの相談等に対する個別の支援とともに、社会資源についての情報提供、勉強会や家族懇談会の実施、地域の当事者団体の紹介などを継続的に行う。

【留意点】

- ・ 家族が孤立することのないように支援する。
- ・ 受傷してからの期間について考慮し対応する。
- ・ 高次脳機能障害者を持つ家族の特徴として、受傷前と言動が大きく変わってしまったことに対する戸惑いや不安、受傷前とほとんど変わらない部分とうまく対処できなくなった部分が混在していることへの戸惑い、脳外傷者では年齢的に比較的若いケースが多くそれだけに将来の不安と回復への期待が大きいことなどがあげられる。このような個々の家族の気持ちや立場をよく把握し、丁寧な対応を心がける。

4 効果測定

評価（アセスメント）は、得られた情報と個人の特質とを関連づけ、訓練目標への到達度、予測的な解釈に用いる。個人の特性や問題を把握して、介入方法や行動変容の可能性等を検討し、社会生活力の向上や適応のためのリハビリテーション計画を策定するために必要なプロセスである。

評価は、活動や参加の社会生活上の困難さについて、個人の価値観、障害の多様性、環境との相互作用性など、様々な状況から行う。訓練は、能力レベルの評価にならないよう、施設とはいえ、退所後の活動や参加の場を想定した模擬的な訓練環境を設定することや、リアリティあふれる社会環境との調整を通して実施されることが望まれる。評価は、初期段階、訓練中期段階、訓練終期段階に行われ、的確に解釈するための判断や重み付けにおいては、支援員の専門性が重要な役割を果たす。

一方、生活訓練の効果測定は、医学的リハを経て、なおかつ残存する障害の状態に基づき、日常生活や社会活動に必要な力を高め、社会生活への適応を図ることが重要な視点になる。すなわち、労働能力・日常生活能力・社会活動能力等の社会生活困難

度（社会生活能力）が、訓練介入前と後でどのように改善されたかについて評価することによって、一定の効果の測定が得られる。

また、サービスの質について、利用者（家族を含む）から退所時に確認する事も有効である。入所して良かったこと、入所して悪かったことや問題点、入所目的の達成について、訓練メニューの有効性、職員の対応等があげられる。

さらに、成果の評価だけでなくプロセスの評価も重視すべき点である。利用者の満足とその果実である成果は、前述の社会生活困難度の改善、利用者の満足に加え、サービス提供体制についても総括されることが求められる。成果とは、利用者の満足とサービス提供者の意識、専門性から始まる的確なプロセスの評価を含む統合的な目標達成を指標にする。

【留意点】

- ・ 利用者（家族等）による効果測定は、「退所予定者感想（満足度）」アンケートを作成し実施するとよい。
- ・ サービス提供体制のプロセスの効果測定は、各施設独自に策定することが望まれる。

5 その他

地域移行への支援

高次脳機能障害者に対しては、長期的、包括的な支援が求められる。

地域への移行に際しては、関わる関係機関に、障害に対しての適切な理解と対応をしてもらうため、本人の持つ障害特性や行動特性、支援方法等について、本人および家族の同意を得た上で、文書等にて情報提供を行う。また、場合によっては今後の支援の方向性や内容を整理するため、関係スタッフ間で支援者会議を持ち、支援の連続性を図る。

Ⅲ 職能訓練プログラム

1 職能訓練、職業リハビリテーションとは

職業生活に要する技能を職能と呼ぶことがあるが、ここではこの定義に従って職業に就くために必要な訓練全般を職能訓練と呼ぶ。

職能訓練には、準備訓練、職業訓練（技能講習）が含まれる。受傷・発症からの時期が短い者でも職業を意識した訓練が病院や施設で行われる場合がある。これを職能訓練前の訓練と呼ぶが、前述の医学的リハプログラムや生活訓練と重なる部分である。

また、訓練の定義を外れるが、就労支援も一部含み、全体を広い意味で職業リハビリテーションと呼ぶ。本稿は訓練に関するものであるが、職業については生活訓練と同様、社会との繋がりが強く、訓練以外に支援の項目を切り離すことはできない。従って、本マニュアルでは、支援を含み職業リハビリテーションの観点で記述する。

2 高次脳機能障害者の職業リハビリテーションの目的

高次脳機能障害者の職場での問題は、機能的には障害が少なく、一見何でもできそうだが、仕事を任せるとミスばかりといった『外見』と『実際にできる仕事』のギャップによるものが多い。

そのため、次のような目的をもったサービスを提供することが有効と考えられる。

1. 可能な業務、適応面など職業上の課題を明らかにする。
2. 職業的な障害認識をすすめ、補償行動の獲得を図る。
3. そのうえで、本人にとって適切な職務を選択し、職場の環境調整などを行い、安定した就労の実現を支援する。

3 職能訓練の諸段階

高次脳機能障害者の職業までの道のりは、一般に、受傷・発症→急性期医療→リハ医療・訓練（認知評価・訓練、職能訓練前の訓練）→（生活訓練）→職能訓練（職業準備訓練、職業訓練）→就労支援（移行支援、定着支援）、という流れをたどる。

- 職能訓練前の訓練は、職業準備以前において実施されるもので、急性期から実施される可能性がある。対象者は将来希望が明確でなかったり、希望と現実の能力に大きく乖離がみられたり、機能訓練が優先のケース、認知訓練を作業場面で試行するケースが含まれる一方、軽度もしくは入院中の回復が著しく就労準備がほぼ整ってきたケースも混在しているという状況で行われる。別の表現では、医学的リハビリテーション場面で行われる職業的な訓練ということも出来る。この訓練は、病気や事故等で障害を受けたケースにとっては職業リハビリテーションの最初のステップであり、就労生活に向けた基礎的な評価・訓練が主体となる。職能訓練前訓練の対象者は、医学的リハビリテーションの急性期～亜急性期～安定期の幅広いライフステージにまたがる。
- 職業準備訓練の段階では、本人自身が抱える高次脳機能障害に注目できるよう

になり、職能訓練の必要を本人が理解し、代償手段の活用などに目的意識を持って取り組むことが大切である。

- 就労支援の段階では、本人が障害を適切に理解した上で就労への意思を明確に示しており、必要に応じて実施された訓練や基礎的な認知訓練がほぼ終了していることが望ましい。

4 職業リハビリテーションの実際

評価

評価のポイントは、①職業生活の階層構造を踏まえたうえで、②個人情報把握・確認することである。

① 職業生活の階層構造

働くということは、基礎としての生活があり、その上に毎日きちんと通勤できるという『勤務能力』、職場での人間関係などの『適応能力』、そしてどのような仕事なら通用するかなどの『作業遂行能力』が積み重なった階層構造からなる。高次脳機能障害者に限らず職業リハビリテーションをとらえる場合、注目しがちな作業遂行面だけでなく、このような階層構造を押さえる必要がある。

② 評価時に必要な確認事項

◇ 個人情報

- ・ 対象者に就労ニーズがある、職能訓練の必要性がある等
 - ・ 就労ニーズ：デマンド（要求）との相違、具体的ニーズの把握等
 - ・ 一般情報：経歴、家庭状況や経済状況等の基本情報
 - ・ 障害状況、就労関連情報：受傷後の就労経験があるケースでは就労時の状況、またモニタリング時には訓練・支援の過程での状況確認や効果測定が重要
- 評価の結果、職業リハビリテーションの対象とならない場合もある。

◇ 検討事項

- ・ 有効な訓練・支援の方法（内容や技法）、適切な訓練・支援の施設・機関の選定

【特記事項】

評価にあたっては、次の点に留意する。

<障害特性>

- ・ 可能な作業は何か
- ・ 処理能力はどの程度か
- ・ 環境要因はどうか

<障害認識の重要性>

<効果的な訓練・支援>

- ・ 職業生活のシミュレーションを行う
- ・ 現実直面と適切な助言をする

- <家庭生活の重要性>
- <長期的視野をもつ>
- <制度の活用>

職リハ計画の策定

職業リハビリテーション計画（訓練計画）を策定するにあたっては、本人・家族の同意のもと、評価に基づいて目標、期間を決める。

高次脳機能障害者の主訴は現実離れをしたものも多く、本人の理解が得られない場合は全面否定せず「長期目標」として聞き取り、実現可能な「短期目標」を本人了承のうえで担当者が作成する。

職業リハビリテーション計画書は、できるだけ分かりやすく作成する。

職能訓練前の訓練

職能訓練前の訓練は、職業準備以前において実施されるもので、急性期から訓練として用いられる可能性がある。別の表現では、医学的リハで行われる職業的な内容の訓練ということもできる。職業前訓練は、病気や事故等で障害を受けたケースにとっては職業リハビリテーションの最初のステップであり、就労生活に向けた基礎的な評価・訓練が主体となる。職業訓練前の訓練とは、医学的リハの急性期～亜急性期～安定期の幅広いステージに及ぶ可能性がある。

基本的に、医学的リハプログラムで用いたものと同様の評価、訓練を行う。用いる教材、技能等はより職業訓練に関連する。

職業準備訓練

（１）職業準備訓練の目的

職業準備訓練とは、「模擬職場」＝「職場」を意識して環境を設定し、就労復帰もしくは新規就労するため能力評価や能力開発を行う。

前項に述べたとおり、評価、職業前評価をもとに本人の同意のもと訓練担当者が訓練計画書を作成し、職業的なニーズを整理した上で、職業準備訓練を行う。

<留意事項>

- ① 実際の訓練課題を遂行し、現状の課題を整理する（出来ること、出来ないこと）
- ② 職業に関する自己の意識（思考）を確認する。⇒障害認識とのずれを把握する
- ③ ①、②を通じて、環境を調整し、補償行動を身につける
- ④ 作業能力の見極めと改善を行う（補償行動の獲得）
- ⑤ 適応能力の見極めと改善を行う（補償行動の獲得）
- ⑥ （新規就労者、就労経験が無い人は特に）職業生活スタイルを確立する
- ⑦ 就労についての具体的な方向性を確立する⇒ 新規就労を考えるケースなどが挙げられる。

(2) 作業遂行

高次脳機能障害は記憶力や注意力だけでなく、判断力や遂行機能の低下を伴う場合も多い。認知面の障害は仕事を進めるうえで可能なものと困難なものを生じる。そのため、職業準備訓練における作業遂行面の把握としては、どの程度の質、どのような種類の業務・作業であれば“仕事として通用するのか”を具体的に知ることが、ケース・職員双方にとって重要になる。

【ポイント】

次のような検討を行う。

- ・ 設定課題の分析
- ・ 設定課題のレベル
- ・ 実際の体験と適切な助言
- ・ 対処法の獲得と周囲の配慮
- ・ 記録の重要性
- ・ 行動観察の重要性

<留意事項>

- ・ 高次脳機能障害者の能力の把握
- ・ 情報のコントロールが必要
- ・ 見極めが必要
- ・ 信頼関係が前提

◆ 高次脳機能障害者にみられる問題と対処法

職場でよくみる高次脳機能障害者（とくに外傷性脳損傷患者）の作業遂行面の問題とその対処法を紹介する（PC関係は「職業訓練（技能講習）」参照）。職員は『できる仕事』の把握とともに、どのような環境設定（対応の仕方や職場の配慮など）によって作業能力が改善し、安定した職業生活が可能になるかを把握する。

<情報処理>

- ・ 照合の課題などで注意ミスが減らない
一定規を当てて確認し、1行ずつ「r」チェックをつけるなどの方法により確実性をあげる。
- ・ 速度と正確さの双方を要求されるとミスが増える
一仕事は速度と正確さの両方が必要であるという点の意識化、そのうえで繰り返し作業することでどの程度改善するかを確認する。
- ・ 注意箇所が複数あると完全にできない
一ファイルの際に穴あけのみに注意がいつて位置がずれる、複数の指示のあるコピー（拡大、表裏印刷、等）の際に何か1つ忘れるなどの問題がよくみられる。その場合は、同時に複数のことに注意を払うのが苦手になったことを認識させ、そのうえで事前に確認事項を書き出して1つずつチェックしながら

ら作業を進めるなどの対処法を身につけるのがよい。

- ・ 効率や工夫・判断が悪い
 - 部品を取りやすい位置に置けない、指示書を見やすい場所に置けないなど。
 - “工夫”や“判断”は苦手なため、どの程度できるかの把握とともに、苦手なことの認識をすすめて、対処法を検討する。確実な対処法がない限り、業務としては避ける方が無難である。
- ・ 複数の指示を一度に言われる、複数の指示者から言われると混乱する
 - 前者は「1つずつ言ってください」「メモを取るのでゆっくり言ってください」など指示者に言えるようにする。後者の場合、改善されなければ、同じ内容でも複数の人から言われるのは苦手、指示者は1人にしてもらう配慮が必要などの認識を図る。
- ・ 優先順位や段取りがつけられない
 - 手順が決まっていない業務は苦手になったことを認識してもらう。そのうえで、手順の確認がしやすい方法を検討する。

<記憶>

- ・ メモを書くだけで活用できない
 - 仕事のメモは、必要なことを書く→必要時に確認する→適切に活用する、という能力が求められ、スケジュール帳に比べると高い能力が必要となる。対処法として、1)スケジュール用の手帳、訓練用の業務ノートに分ける、2)業務ノートは「作業」「事務」「PC」など訓練内容ごとにインデックスなどを貼って記載箇所を明確にする。それにより実用度を見極める。
- ・ 思い込んで違うことをする
 - 「中途半端な記憶は仕事に支障」を常時フィードバックし、「指示はしっかり聞く」「メモをとる」を徹底する。高次脳機能障害者に対する指示は“簡潔に”“具体的に”が原則であるが、不十分な場合は配慮をより重視する。それでも問題がある時はメモを渡す、職員がノートに記載するといった対応もある。
- ・ 指示書を確認せずにミスをおこす
 - 「記憶に頼ると仕事に支障がある」「指示書は必ず見る」を繰り返してフィードバックし、記憶障害の認識を促したうえで指示書を活用することを習慣化する。指示書自体に目が向かない場合は、作業手順を書いた表示プレートを置く、機械に直接手順書を貼るなどの設定もある。
- ・ 途中で作業手順や内容が変わる
 - その都度フィードバックして認識を深め、手順が確立するまで繰り返す。作業内容の複雑さが原因の場合は、指示書の利用や工程の細分化などを検討する。
- ・ 昼休みなどで間があくと再開するか分からなくなる。実施済と実施中が混在する
 - 前者の対処法としては、1)メモを見て開始するように訓練する、2)メモ確認が定着しない場合は課題に「ここまで終了」と書いた付箋等を貼る、3)課題自体を忘れる場合は机など目に入りやすい所に「午後は名簿作成から」などを明記した紙を

貼る、など。後者は「実施済」「実施中」を明記した表示プレートなどによりはっきりと分かるようにする。いずれも、自分で対処できるのか、配慮が必要なのかによって実用性は異なる。

(3) 適応

高次脳機能障害の特徴のうち、社会的行動障害（依存性・退行、感情・欲求のコントロール低下等）によって、対人関係を円滑に構築することが出来ないケースが多く見られる。また、記憶障害、注意力障害、遂行機能障害等によって、上司から指示を受けても、忠実に業務を遂行したり、報告したりすることが出来ず、結果として就労継続が困難なケースがある。

【ポイント】

- ・ 就労にとって環境適応が重要であることを意識させる。
- ・ 周囲が行動分析を行なう事で、課題を把握する。
- ・ 問題点を現実的に把握するため、直接的な指摘を行う。
- ・ 課題に対して、どのように改善するのか整理してアプローチする。

<留意事項>

- ・ 高次脳機能障害者の能力の把握
- ・ 情報のコントロールが必要
- ・ 見極めが必要
- ・ 信頼関係が前提

職業訓練（技能講習）

職能訓練の範疇には職業訓練（技能講習）が含まれる。高次脳機能障害者にも、何か技能を身につけたい、技能がつけば就職できる、といった希望は当然ある。就職するためにパソコン（以下PC）を覚えたいという高次脳機能障害者は多いが、技能習得に関しては、高次脳機能障害者の作業能力についての障害特性を周知していなければ逆効果になる可能性も高い。実際、PCの専門学校を卒業したという理由で、PC関係の仕事で就職したが仕事にならないというケースは多く見られる。

【ポイント】

- ・ 高次脳機能障害者の作業能力
 - ・ Windows の操作は、操作の種類によって高次脳機能障害者にとって不得手な能力を要求されるため、十分に使いこなせない場合が多い。
 - ・ パソコン操作レベルの見極め
 - ・ 高次脳機能障害者に対する基本的対応の重視
- ※ 職業訓練に関して、高次脳機能障害者に求められる技能がその能力を超えていれば、部分的に可能あるいは技能として獲得できても、応用など活用することは困難となる場合が多い。とくにコンピュータ関連については、前記のように苦手

となっている能力が要求されることが多いので、実施課目の課題分析は、より重要である。

5 就労支援

就労支援とは

障害者の就労形態には、「一般雇用」「在宅就労」「保護雇用」「福祉的就労」等がある。

このように就労を広く捉えた場合、就労形態の如何に関わらず、“働きたい”という障害者のニーズに対して支援を行うことが就労支援といえる。

病院における就労支援

(ア) 職場に籍がある場合

復職に向けた具体的な支援内容を以下に記す。

職能評価と情報の整理

- 家族状況
- 居住地域
- 就労に向けての本人の行動（観察）
- 身体障害（資料及び面接で状況を確認）
- 高次脳機能障害（神経心理学的所見、スクリーニング検査）
- 作業耐久力（作業評価）
- 作業遂行力（作業評価）
- 移動能力（身体的側面、高次脳的側面）

本人の意向確認と支援

- 就労意欲
- 復職に向けたカウンセリング

職場情報の収集

- 復職についての事業所の意向
- 復職調整の事業所窓口担当者、産業医
- 休職期間、休業補償（傷病手当金、有給休暇）
- 配置替えの可能性
- 本人に合わせた業務創出の可能性
- 職場の業務内容と本人の職務
- 職場環境（物理的・心理的）
- 事業所の職務を訓練用として提供される可能性
- 職場実習の可能性

職場への情報提供

- 復職への本人家族の意向

- 本人の高次脳機能障害に関する説明
- 障害理解と配慮、代償手段の必要
- 各種助成金制度
- 職場環境整備への助言
- アフターフォローについて

職場実習

- 実習計画（期間、時間帯、場所、実習内容、キーパーソン、通勤経路）
- 実習契約、保険
- 職場実習評価表によるチェック
- 実習のまとめと結果報告
- 必要があれば再実習を行う

復職と定着指導およびアフターフォロー

- 問題が出れば関係者間で役割分担し解決を図る
- アフターフォローの期間は各実施機関で取り決める

(イ) 新規就職をめざす場合

本人と家族から就職への意向を確認する。職能評価と情報整理を経て、就職をめざす決定を行う。ハローワークにて求職登録を行う。集団職業相談会への参加や、就職情報誌、新聞折り込みチラシ、インターネットなどからも可能性を探す。

事業所体験実習は本人を評価することが目的で雇用を前提としないが、実施中に事業所の障害者理解が深まり、後日正式採用に至る事例もある。以下、職場実習、復職、定着指導、アフターフォローの支援を行う。

(ウ) 一般就労が難しい場合

現状では一般就労が難しいと思われる場合には、福祉的就労を経て一般就労をめざす選択肢がある。

福祉施設における就労支援

職能訓練部門等を有する各地のリハビリセンターや更生施設、あるいはステップアップに積極的な授産施設なども、これらを踏まえて就労支援を行っているが、以下で福祉施設が行う就労支援について紹介する。

高次脳機能障害者の就労については、新規就労もしくは復職において就労支援を行うが、わずかな環境の変化でも不安定になりやすい。本人が実施可能な業務に合わせた新規就労や復職に関する移行支援や、フォローアップとしての定着支援などがある。

6 効果の測定

職業リハビリテーションの効果測定は、訓練や支援を行うことにより、介入前と

介入後（含、途中）でどのように改善・変化したかを測ることを目的とし、その把握をもとに、支援者は職リハ計画の修正や次の段階に移行する場合の再計画の策定が可能となる。いわば、効果測定はモニタリングに不可欠である。また、効果測定はケースの変化だけでなく、支援者の訓練・支援技術の適切性を測るという機能も有する。

【効果測定のポイント】

高次脳機能障害者の就労は“外見”と“できることのギャップ”による問題が生じやすい。そのため、効果測定は何を測るかという“視点”が重要である。高次脳機能障害者の職業リハビリテーションにおいて、訓練段階で重要なのは①作業遂行能力や適応能力などの職業準備性の程度、そして②障害認識の程度、などを明らかにする視点である支援者はそれらの把握がなければ、適切な就労支援はできない。