

## 第2章 高次脳機能障害・標準的訓練プログラム

### 概要

#### 高次脳機能障害者とはどのような者か（定義）

第1章 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 |           |
| ● 病職欠落   | 社会的行動障害等  |

巣症状として

- |      |              |
|------|--------------|
| ● 失語 | ● 依存性・退行     |
| ● 失行 | ● 欲求コントロール低下 |
| ● 失認 | ● 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。

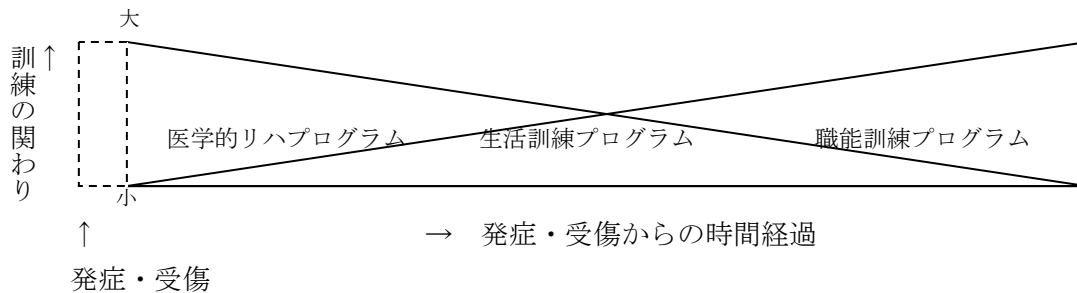
- 約束の時間に間に合わない
- どの仕事も途中で投げ出してしまう
- 記憶障害を補うための手帳を見ると、でたらめの場所を書いてしまう
- ぼんやりとしている
- 何度も繰り返し質問する
- 子供の食べ物を取って食べてしまう
- お金を気前よく使ってしまう
- 失敗は、上司のせいで自分の責任ではないと言い張る

## 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

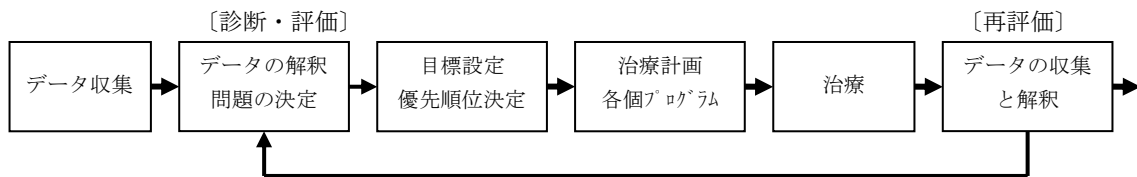
訓練の継続・終了は 1～3 ヶ月毎の評価によって決定する。高次脳機能障害で指摘される各症状の軽減、身体機能、ADL、神経心理検査、障害尺度変化などを参考にし、訓練終了後は、本人・家族のニーズによって支援へ移行する。

### 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く。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。