

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、一日中ベッドが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的健忘は 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

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 | |
| ● 病識欠落 | 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。

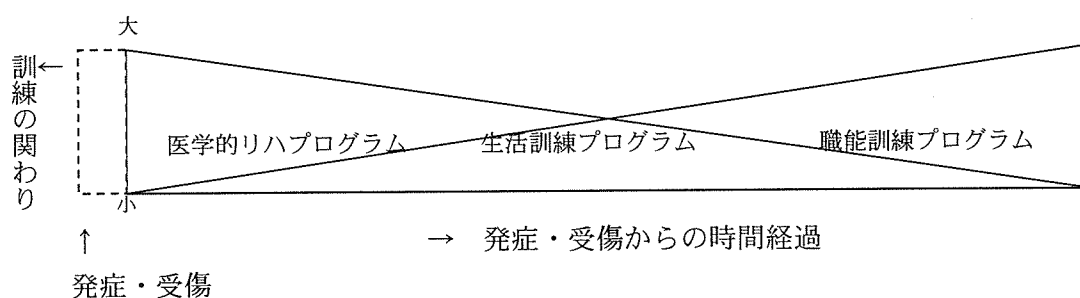
- 約束の時間に間に合わない
- どの仕事も途中で投げ出してしまう
- 記憶障害を補うための手帳を見ると、でたらめの場所に書いてしまう
- ぼんやりとしている
- 何度も繰り返し質問する
- 子供の食べ物を取って食べてしまう
- お金を気前よく使ってしまう
- 失敗は、上司のせいでは自分の責任ではないと言い張る

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

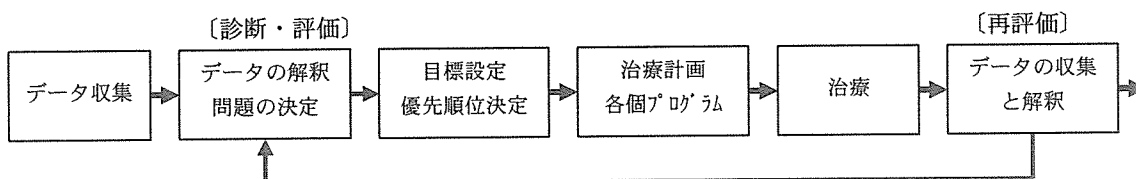
訓練の継続・終了は 1～3 ヶ月毎の評価によって決定する。高次脳機能障害で指摘される各症状の軽減、身体機能、ADL、神経心理検査、障害尺度変化などを参考にし、訓練終了後は、本人・家族のニーズによって支援へ移行する。

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。

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－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

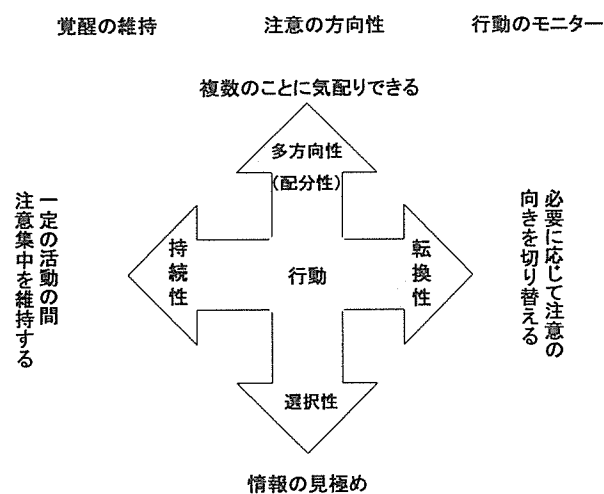
(2) 注意障害

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
- 隣の人の作業に、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
- 適応的行動スキルの獲得する

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

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、でたらめの場所を書いてしまう
- 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、付き合いと強要する
- 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

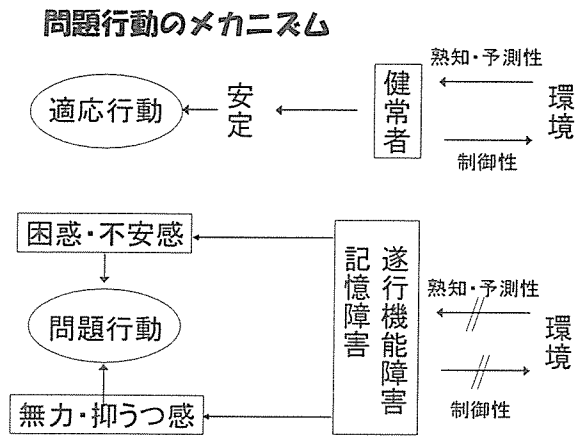
- 生活、訓練場面で、問題となる社会的行動障害がどのようなきっかけで生ずるか記録して分析する（文脈の調査）。
- 反社会的行動、退行については適応行動尺度（ABS）、S-M 社会生活能力検査などを用いることが出来る。
- 鎮静剤の使用など、誘引となる原因がないか、検討する。

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）：T00TS（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。

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。

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。

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。