

## 代償戦略の学習と技術の再訓練

代償戦略の学習と技術の再訓練で意味することは何か？

代償的戦略は基盤にある脳機能が効果的に働かないときに、個人が望む目的を達成できるようにする代わりの方法である。

機能障害をマネジメントするための代償性アプローチには数多くの様式がある。これらに含まれるものには；

- i 認知の代償
- ii 学習の強化
- iii 外部補助具
- iv 環境調整

再訓練は脳の特異的機能の実行を改善するため、あるいは特定の課題や活動の実行を改善するために実施される。再訓練は失われた技能を使用しないことを通じて、たとえば受傷後仕事で係わらないことを通じて、その技能に注意を向けることも役に立つ。

代償戦略の学習と技術の再訓練がなぜ重要なのか？

OZC リハビリテーションプログラムに参加するものは、皆ある種の直近の困難を持っていて、多職種間 (interdisciplinary) アセスメントを通じて同定される。領域としては、認知とコミュニケーション (例、記憶、言語、注意、問題解決、知覚)、心理学的やり取り (例、怒りのマネジメント)、身体 (例、体力、スタミナ) 分野が含まれる。クライアントはこれらの領域での問題があつて、有意義な機能的活動に有効に効果的なやり方で参加するのを妨げられると報告する。

研究のエビデンスと臨床経験はこうした長期的困難に焦点を当てる最も有効な方法は、障害された機能を代償する戦略の適用を通してであることを示唆するが、いくつか特異的領域の機能は再訓練に適している。再訓練は特異的機能に役立ち、コミュニケーション、注意、空間注意、読み (Ciceron, et al, 2005)、そして身体体力改善が含まれる。リハビリテーションの目的はクライアントが自分の望む役割や活動に参加できるようにすることであり、これらは長期目標を通じて同定される。代償戦略と技能の再訓練はクライアントの目標に関連した実験場面やプロジェクトへの参加を通して実施される。多くの戦略や技能はプログラム終了後のその他の活動に適用することができることが仮定されている。

OZC では何をしているか？

機能障害をマネジメントして技能を構築するための学習戦略の過程は、クライアントの問題の本態をクライアント自身が十分に気づき理解することを支援することから始まる。これはグループ作業（脳損傷、認知、コミュニケーション、情動の各グループ）とチームメンバーとの個別セッションによって獲得される。実験とプロジェクトの設定、客観的フィードバックの獲得、体験への反映を通じて、クライアントは問題を生じることのある自分の技能や場面の自覚を発達させることを強化される。クライアントは励まされて、活動に参加する戦略の発見と学習する機会を明確にし、これは始めにセンター内で、次いで自宅やコミュニティ場面で行われる。こうした作業は成功体験の提供によって心理学的介入と結びつき、最終的には有意義な機能活動を育てる糧となり、社会参加や自己一体感（アイデンティティ）の改善に役立つ。このアプローチは全体的リハビリテーション法の中核部分であり、いくつかの研究で有効性が示されている。

文献等

Cicerone, et al (2005). Evidence based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. Arch Phys Med Rehabil. 86: 1681-1692.

Eslinger P.J.(ed) 2002. Neuropsychological interventions. Clinical research and practice. London: The Guilford Press.

Solberg M.M. & Mateer C.A. (2001). Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach. New York: The Guilford Press.

Halligan, P. & Wade, D. (2005). Effectiveness of Rehabilitation for Cognitive Deficits.

## 有意義で機能的な目標をめざした活動

これの意味することは何か？

我々は有意義な機能的活動をいうとき、社会参加のための基礎となる日々のすべての活動を意味している。これらは職業的、教育的、レクリエーション的、社会的、自立生活領域にカテゴリー分けできる。われわれの生活に目的と意味の感覚を獲得するのはこれら領域での参加を通してである。通常は、毎日の生活ではこれを意識して考えることはないが、我々の活動は自分にとって個人的に意義のある確かな目的や野心を獲得させることができ、我々の自己同一感に役立つ。

## 心理的介入

心理的介入とは何か？

心理学的介入は感覚や行動を理解する確かな方法に基づいている。特異的な心理学モデルが各個人の特異的ニーズに依存した作業を導くために使用される。これらのモデルから

のアプローチはチームメンバーがクライアントの良い方への変化や特異的な問題への取り組みに関わることでできる方法を提供する。

心理学的ニーズと適応に注意を向けることが重要な理由

ABIの患者は、自分の怒り、抑うつ感や不安感をマネジメントすることの困難を訴えることがあり、自分の損傷を受容することの困難を述べることもあり、個人的にも社会的にも関係性の破綻を経験することが多い。文献的にも臨床経験からも多くのABIをもつ人々はさまざまな情動および行動的变化を生じることを伝えており、時とともにこれらは変化することが多く、リハビリテーションに参加し、自分の人生や生活における最高に期待できる役割や機能を獲得する能力に対して障害となる。その人らしさが変化した、あるいは失われたといった感じ方や、他人から誤解されることがよくある。

脳損傷後の情動、行動、独自意識、自覚は以下の6つの広域で障害されることがある(Williams, 2003) :

- ・生物学的及び器質的要因、例として、疼痛、疲労、いろいろな神経学的障害、認知障害
- ・十勝前要因、例として、以前の生活様式、独自意識、役割
- ・コーピングの様式、例として、困難の回避、アルコールの使用
- ・変化した状況への適応、すなわち、損傷とその後遺症
- ・他人との関係及び他人の反応
- ・社会的つながりと環境(例えば、家庭と仕事;社会的状況;コミュニティ)および役に立つ情報の入手可能性

脳損傷による心理学的結果は複合的で相互に関連することが理解される。これらの結果は、日々の生活で、そしてリハビリテーションで当事者にとって障害となることが多く、家族や専門職を含めて周囲の人々にとっての障害となることが多い。すべての総合リハビリテーションの中で、当事者に関わるすべての臨床チームのメンバーによって、これらの問題が理解される必要があり、注意を向けられる必要がある。認知、行動、体系的及び教育的アプローチ、さらには脳損傷を含む神経学的問題の心理学的結果に注意を向けた集団あるいは治療環境を基盤とするアプローチに関するエビデンスが存在する。

## 治療的環境

治療的環境とは何か?

全体的リハビリテーションにおける「治療的環境」は、適応と社会参加の増加の過程に対して最大限の支援となるような完全な環境(物理的、組織的、社会的側面)の構成体を意味する。この環境はクライアントと臨床家の間の同盟的な親密な作業を支える強力な相互協調感や信頼感覚を具体化する。いくつかの全体的リハビリテーションプログラムは「環境指向リハビリテーション」と記述される。

神経心理リハビリテーションにとってなぜ治療的環境が重要なのか？

基本的に、我々はすべて社会的創造物である。我々の認知、情動及びコミュニケーション技術はレジャーや仕事での活動と密接であることは当然として、さらに家族、友人、および仕事仲間との関係が我々の精神保健や幸福感にとって最も重要である。我々が人生における意義と独自意識を獲得するのはこれらの役割を通じてである。環境指向リハビリテーションは以下のような効果を持つ：

- ・ 自覚と理解を改善し、
- ・ クライアントの生活の領域に対する機能障害の影響を縮小し、
- ・ 独自性（アイデンティティ）における変化を促通する。

これらは社会的つながりの中で生じることが必要である。環境指向アプローチの背後にある仮説(Ben-Yishay, 2000)は、独自性の崩壊感を伴い孤立した感情から、環境内において自分自身と他者の接触を持つ世界に戻り、自分も含まれている感情に移ることである。リハビリテーションの後期やその後の期間に、クライアントはこれを自分自身の社会的世界の中に築き、拡大していく。この社会的つながりは**有意義な機能活動に「意義」をもたらすことができる。**

脳損傷のある人々は構造化されていない環境ではまとまりのある行動をとることが難しい。治療環境は構造化され毎日の予定表を予測しやすくすることで、クライアントはリハビリテーションにもっと完全に関わることができる。社会心理学では、尊敬する同僚によって自分の行動を変えるように影響されると、行動を変えることが多くなることが知られている。そこで、臨床家による個人やグループに基づく働きかけに加えて、そのプログラムのクライアントは他の人の変化を手助けすることができる。クライアントは彼らのグループ活動のいくつかでは一緒に仕事をするのが期待できる。これは他者に向かっての理解の共有と責任の共有の両者に役立つ。これは、クライアントが自分の行動が他者と協力しての仕事に直接的影響を与えることを学習するので、変化の過程に対してもう一つの重要な影響となる。研究によっても、他者と我々の関係の質が我々の感情、認知、および行動機能に影響することが示されている。例えば、心理療法での気分や行動の変化はクライアントが治療関係を「安全」と感じるときに最も生じやすい（中核成分「心理学的介入」を参照）。このことに関連して、別の最近の研究はリハビリテーションにおける治療関係の質が自覚の発達に影響することを示している（Schoenberger, et al, 2006）。

特異的な認知や情動の問題に焦点を当てた、クライアントのコミュニティで実施される一連の個別介入は「環境指向」リハビリテーションと同一の目的を達成できるだろうという議論がある。こうしたアプローチはあるクライアントには適当なこともある。しかし、最近の文献総説でも社会的および労働の活動を増大することに関して全体的リハビリテ

ションの積極的な成果を示す研究が示されている。このアプローチは損傷後少なくとも1年での中等度から重度のABI（後天性脳損傷）をもつ人々に主張される（Cicerone, et al, 2005）。加えて、我々の経験とデータは、この全体的アプローチが軽度から中等度のABIをもつ人々にとくに適していることを示唆する。こうした人々は複合的で互いに影響し合う問題を経験することも多い。

#### OZC ではいかにして治療的環境を創造しているか？

理解の共有の開発に関連したプログラムの中核成分が治療環境の開発に重要な意義を有する。クライアントが理解したと感じ始めると、それは医学的あるいは心理学的ことばにおいてではなく、まさに個人的に、安全で支持的な雰囲気育ては始める。プログラムの身体的な組み立ても重要である。これを促通するために利用される過程は数多くある：

1. センターは急性期リハビリテーション病院から離れたところに位置し、コミュニティ場面にある。
2. プログラムの構造は、集中リハビリテーションから地域での統合段階、フォローアップ、サービス利用者フォーラムを通じての継続的にかかわりまでがある。
3. クライアントとスタッフの比率が高い。
4. 子供を含めて家族はリハビリテーションの協力者として歓迎される。
5. クライアントとスタッフは構造化された時間割を持っていて、個別、グループそしてコミュニティでの面接や会議、治療セッションの話題や部屋に関する情報が明確に記載されている。
6. 部屋はセンター中の見当識を促通するよう部屋番号だけでなく色づけコード化されている。
7. プログラム第1週の導入はクライアントとスタッフによるグループの基本的決まりに関する協力的場面を含む。
8. スタッフとクライアントは毎日一堂に会し、センターの日々の運営に関する問題を討議し、コミュニティ会議での役割と興味を共有する。
9. ある個人の行動が治療環境に破壊的であるなら、これは個人的に（適切な臨床かまたは個別プログラムコーディネータによって）、及び支援付の両方で、コミュニティ会議のグループ場面で、あるいは心理学的支援グループにおいて、注意が向けられる。
10. 週のはじめに、スタッフとクライアントはグループでカバーされるトピックについて話し合う。
11. 週の終わりに、スタッフとクライアントは再び集まり、学習の要点を復習し、グループとしての進歩について話し合う。
12. すべてのクライアントは毎週の心理学的支援グループに出席し、そこではお互いに支援して一緒に仕事をし、自分の生活技能と経験を身につける。

13. スタッフは週に4-6回会って治療環境過程に反映させ、問題を公式化し、必要な行動計画を明確にする。これにはクライアント同士間、クライアントとスタッフ間、スタッフ同士間の不一致、葛藤あるいは「治療的断裂」に関する作業を含むことがある。
14. 正規のグループ場面の中でもそれ以外でもクライアント同士でお互いから学習する機会はたくさんある。
15. プログラムのすべての側面についてクライアントとスタッフ間での効果的なフィードバックが奨励される。
16. リハビリテーションは協力的な作業を強調することから始められ、スタッフは専門性によって、処方によってよりはクライアント“とともに”作業することで技量が高まる。

## 理解の共有

理解の共有により意味することは何か？

理解の共有という言葉は臨床実践における‘公式化’の使用に由来する(Butler, 1998)。公式化は確立された仮説から導かれたモデルとクライアントと家族自身の個人的視点、経験、物語を伴う最善のエビデンスを結びつける介入への地図または道案内とみなされる。OZCではこの概念を我々の個人的臨床作業のすべてに、そしてリハビリテーション経験がいかにして全体として組織化されるかといった方法に適用している。我々はこれをチームの哲学を含む概念に拡大し、チームの視点、明白な価値と目標の共有を含めている。研究や仮説の理解、われわれの知識と経験をその他の専門職や家族と共有、サービスの同僚監査、および過去のクライアントの視点や関与は我々が生み出したい理解の共有の付加的側面である。

われわれはいかにして理解の共有を引き出しているか？

数多くの過程が理解の共有と情報交換を開発し維持するために存在する：

1. 個別プログラムコーディネータ(IPC)の役割：アセスメントとリハビリテーション過程を通じて、定められたチームメンバー、クライアント、その家族、及びその他専門職と少なくとも週1回は接触する。
2. 公式化(Formulation)
3. 多職種間(interdisciplinary)チーム作業
4. 臨床会議、2-3週毎
5. 利用者グループ
6. 家族を含めること
7. 研究、教育、専門職開発(professional development)

## ○ ある日の OZC 利用者グループ会議要約

(補遺 B “Oliver Zangwill User Group Agenda” 参照)

出席者氏名: (9 名)

お詫び(欠席者氏名): (5 名)

前回の会議からの活動:

Anna はビデオ・プロジェクトについて質問した

- スタッフの上席メンバーは皆、質問のリストを未だ編集中である
- これは我々に e-mail で送られてくることになっている
- J.P.の家族は喜んで質問に答える

Robert はホリゾン・プログラムについて質問した

- これは放映されたので、BBC がコピーを OZC に送ってくるだろう

OZC プロジェクトの更新

- エヴェリン・トラストを通して設置される予定のコミュニティ・アウトリーチ・サービスのための入札が行われ、PCT によって承認された
- JP: もう一つの全体的センターが設置されたい？ Sue がそれを調べることにする。
- /ケンブ精神保健/トラスト、小児脳損傷サービスのための提案が入札された。
- Fergus が ALERT 研究に関する予備研究を開始した。

資金配分に関するグループの相談

- なし、しかしリクライニング肘いすは最終的に購入された。

資金調達

Anna が、我々が何かのために資金調達を心がけているかを質問した。

Sue: 前回の会議で、これに関して質問が挙げられたので、病院のチャペル (Hospital Chapel) の利用について話し合い、次回の会議で報告されることになる。

Robert Atkins が我々に慈善が入るように調査を準備したので、利用者のために使える一寸したお金がある。我々は皆、非常に遠く離れて暮らしているので、グループとして資金を調達することは困難である。

JP: /特別に資金調達用紙を作るために既存のスポンサー付イベントを利用するのがよいのではないか？

Barbara が同情的友人のために資金を調達した。

金曜日に「不要ズボン」のイベントあり！

Anna: 癌や小児の慈善は資金調達が容易だが、脳損傷は一般的な関心と呼ぶことが難しい。

Sue: 3 月の脳損傷注目週間にそれをリンクさせることができるかもしれない。

- その準備のために数回の会が行われるだろう、そして地域の有名人として Derek を利用できるだろう。

演者を探すための考え

Sue: スタッフの誰か、または Narrinda Kapur が記憶についてしゃべる。

#### AOB

元気回復の日々は？

- スタッフが年末に終了 (Top-up) の週を調べていた。
- 再就労テストに目を向けては
- JP: スタッフが人々のいる領域を調べるのは役に立つ
- Anna: とても良い思いつき、個人別に作用する、記憶補助具に目を向ける、UBI を使用する、どうして私の記憶はそんなに悪いのか。我々皆が一緒のプログラムにかかわっているわけではないので、その週内に支援グループを持つのは役に立つかもしれない。元気回復の戦略も非常に有用である。
- Sue: 6～8名のグループ、7月の発達週間に誰が適当な人かを調べてみては。毎朝、教材を見直すときに、その朝の我々の理解を試してみる実際の課題について考えて、それから戻ってそれを評価する。その週から学んだことについて考えるのは週末のプロジェクト。おそらく OZC のコース終了後 12ヶ月。
- 何が普通なのか？我々皆が解答を探している！
- 自己批評: 気分グループがこうしたことを軽減するのに役立つことができるかもしれない。
- Jo が Otto にチェコに帰って使用するために道具(手がかりカード)を与えた。

次回の会議

9月16日、司会は Robert

## 2.1.2 オリバー・ザングウィル・センター訪問記録

9月22日(月) Oliver Zangwill Centre

9:30～11:00 Ms Pam Bunting (Senior Brain Injury Case Manager, Anglia Case Management Limited) との面談、情報交換；グループ会議室に於いて

- ① 英国(ケンブリッジシャー)における高次脳機能障害(脳外傷など後天的脳損傷)に対するリハビリテーションの取り組みについて
- ② ケースマネジメントについて  
非常に多くの人々、団体との調整に関わる。  
ケアサービスのマネジメントを行う。  
費用は1時間当たり88ポンド。  
改善して就労したクライアントにしてみれば、「もう結構」というくらい高価。  
週間レポート公式文書など書類が多い。  
1人のCMが担当するクライアント数は10人が限度。



詳細については BABICM(バービカム)の HP に詳しいので参照すること。

\* British Association of Brain Injury Case Management

Case Management の会社は、多くは個人資本の小規模な会社であるが、Headway が UK では大きな団体であり、BIRT(Brain Injury Rehabilitation Trust)や民間保険会社によるものもある。

BIRT は the Disabilities Trust の部門であり、身体障害、自閉症、学習障害、脳損傷をもつ人々にリハビリテーション・サービスを提供する慈善組織である。Andrew からのメールでは Private national charity Brain Injury Trust と表現。

\* Headway のパンフレットに、“hidden disability” という記述がある。Headway (the brain injury association) は全英に 60 か所のセンターをもち、Department of Health によりサポートされているボランティアセクターである。

③ ケースマネジャーの養成について

case manager の資格制度は未確立。

registered OT, PT, SW, Psychologist など。

教育資格を有するものが多い。

2～3 の大学で教育モデルの確立を検討中。

case management の概念は USA から導入されたもの。

case manager の役割と意義に関する社会的認識は乏しい。

④ リハビリテーション・チームにおける医師の役割について

TBI による認知障害(高次脳機能障害)は hidden disability と呼ばれる(日本と若干異なる表現で、英国で unseen disability とは我が国での内部障害)。外見上の障害が見えにくい。

GP はこうした障害に関して無知に近い。

国の認識は乏しく、統計資料を欠く。

チームにおける医師の役割の重要性を否定しないが、リハビリテーションに対する関心は乏しい。急性期病院のリハビリテーションに留まり、コミュニティでのリハ・サービスにはほとんど関与しない。

リハ・カンファレンスにおけるコーディネーションも CM の役割の一つ。

⑤ 経費の支払いについて

コミュニティサービスでの OT,PT,SW,SLT とも不足が著しい。

コミュニティで OT を受けさせようとする 18 カ月待ちである。

費用は基本的に local authority(NHS)が支払う。

住宅施設（入所サービス）などでは個人負担で入手できる高度なサービスもある。

⑥ 職種の呼称について

care manager は qualified social worker が多い（そうでないものもあるが、care manager は資格制度ではない）。local authority に雇用されていて、ケアのコーディネートをを行う。

case manager は private sector, company に属している。care manager とは役割が異なるという。

key worker は施設入所者の care management を行うが、コーディネーターの役割は持たない。

⑦ CM の会社について

多くは個人資本で、慈善団体からの寄付で運営。

個人会社が多い（小規模なものが大半）。

ACM の case manager は 16 名。

BIRT によるもの、私的保険会社によるものもある。

11:00～12:40 Case Examination File(典型事例の研修用ファイル)の学習

14:00～17:30 Professor Andrew Bateman (Clinical Manager, Director of Research, Oliver Zangwill Centre; Clinical Associate Visitor, MRC Cognition and Brain Science Unit, University of Cambridge)と面談、情報収集、意見交換。

① 施設見学

Princess of Wales Hospital は、かつて大規模な空軍病院であったが、近年になって地域の病院として再編成された。病床数は 75 床のみでデイサージェリーも盛んで、患者は外来治療が主で、遠方からの患者は周辺のホテルに宿泊して通う。

リハビリテーションの病棟が 2 つあり、一つは最近追加設置された。

常勤(full time)の PT は 20 名くらいと説明された。

\* プリンセス・オブ・ウエールズ病院は 1940 年英国空軍病院として開設され、その後、内科・外科治療を提供する総合病院として、軍人だけでなく地域住民にも親しまれてきた。1987 年に現在の名称に変更されたが、1992 年に閉鎖されることとなった。しかし、地域圧力グループにより、地域病院として Lifespan Healthcare NHS Trust に委譲され、診療サービスが展開し始めた。その後も医療改革に伴う変遷を経て、2006 年 10 月にケンブリッジシャー・プライマリ・ケア・トラスト (PCT) の一部となった。現在は年間 4 万人以上の患者を診ている。

外来治療が中心で、ケンブリッジの大学病院であるアッデンブルック病院のデイサージェリー部門も併設されている。国際的に有名なオリバー・ザングウィル神経リハビリテーショ

ン・センターを始めリハ・サービスが充実していて、鍼治療やレフレクソロジーなど代替医療も行っていると紹介されている。研究面ではケンブリッジ大学の臨床研究に参画し、糖尿病に関する大きな研究プロジェクトが進行中である。入院病床はリハビリ病棟が主で、二つの病棟（Wicken 病棟と Welney 病棟）が最近患者のプライバシーや尊厳保持を強化するよう再構築され、アッデンブルック病院など急性期病院からの患者のリハビリテーションを担っている。

② 英国における ABI(acquired brain injury)のリハビリテーション医療とリハビリテーション専門職

UK では PT 数は OT の数倍存在し、OT と SLT は OT がやや多い程度。

ドイツやスウェーデンでは PT の数が多い。理由は資格取得が容易だからとのこと、欧州域内でも専門職養成システムは多様である。

(Andrew は OZC に来る前にはロンドン市立大学で PT の教師をしていた。)

③ OZC の活動 (前述)

9月23日(火) Oliver Zangwill Centre

Professor Andrew Bateman

紹介 Dr Fergus Gracey, Lead Clinical Psychologist, OZC

9:00~9:50 Progress meeting(症例カンファレンス、担当スタッフ7~8名)

SLE の女性、脳血管障害を発症して数年の経過。現在は身体症状のマネジメントに関して、アッデンブルック病院リウマチ科での薬物療法の内容が紹介された。訴えの変動が目立ち、事故の病識が乏しく neglect の所見もある。易疲労性も問題である。気分障害も目立ち、感情は不安定である。

10:00~10:30 Community meeting (クライアント数名とスタッフ全員)

SST の朝のミーティングに類似(各自が掛け時計を持って時刻合わせ、自己紹介、共用キッチンの清掃係り分担など役割確認、1968年の出来事についてフリートーク、他)

\* グループ会議に該当、毎朝行われる。

10:40~11:30 チームアプローチについて質疑

(1) チームのスケジュール調整：OZC 内での活動に関する限り問題なし。

クライアントはすべてコミュニティ在住、近隣のホテルに滞在。

スタッフ全員の基本と週間スケジュールは登録されていて、クライアントの治療プログラムとスケジュールも登録されている。それぞれの時間割に合わせてカンファレンスも設定される。

(2) 費用の価格表は今年の7月に改定されている。基本コースは24週間でアセスメントと治療介入に関して、約27,500ポンド、宿泊は50ポンド/日、在宅訪問アセスメント(所要時間、往復の時間、ガソリン代、など)等について設定されている。

Case Managementが1時間当たり88ポンドということだったが(Ms Pam Bunting)、OTやSTや心理についてもほぼ同様。

(3) 医師の役割について：OZCはBarbara Wilsonが創設時以来の部長であった(昨年秋に退職、この時期はブラジルに出かけていて不在)が、心理士他のセラピスト中心のチームで介入し、医師を外した。急性期を過ぎた安定状態にあり、通常医学的管理は問題とならない。必要な医学的評価や管理があれば、ケンブリッジの大学病院(Addenbrooke's Hospital)に依頼することで足りる。昨日朝のカンファレンスの症例はSLEに関連した脳血管障害で、プレドニン投与など例外的に医学的管理の重要な症例であった。

(4) リハビリテーションのアウトカムとRasch Analysis：EBIQについて。

プロセスのアセスメントについては家族の感じ方(ケアの負担度など)でみることも可能である。

\* 今年の11月頃に出版予定の教科書について、BA Wilson, F Gracey, JJ Evans, A Bateman: Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome. Cambridge University Press.

\* 既存のテキスト、BA Wilson, CM Herbert, A Shiel: Behavioural Approaches in Neuropsychological Rehabilitation. Psychology Press (Taylor & Francis Group), 2003.

12:50～13:50 スタッフ昼食会 (Andrewの昨日の誕生祝いを兼ねたスタッフの企画)

14:00～14:40 EBIQ (European Brain Injury Questionnaire)の比較研究について：

スペインから3ヶ月間のサバティカルで共同研究滞在中の心理学者の研究進捗状況の報告とアドバイス。イギリス、フランス、スペインの比較で、63項目中8項目くらいに不一致が認められる。

15:15～16:10 Neuropageについて：心理研究者による研究開発。

アラームだけでなく、対話もあり、携帯電話と組み合わせで高次脳機能障害者の生活管理。作業の遂行には必ずしも役立たない。PDAsの利用、SenseCameraなどとの組み合わせを検討。Voice recognition systemとの組み合わせやvoice recorderも。メッセージの配送とそれを気付かせる方法。それぞれ個別対応でメーカーとの接触を試みる。

16:10～16:40 ECGやActivityのモニター機器の応用可能性についてデモ。

ECGは不安や興奮のモニターに有用。

9月24日(水) Oliver Zangwill Centre

9:10~9:45 予定したクライアントが来られなくなり、アセスメント会議は中止となったので、クライアントの作成したリハビリテーション記録をみて質疑。階段から転落した50歳のTBI女性が自らのリハビリテーション経過をまとめたものである。

\* 医師、医療関係者の障害体験をまとめた書籍: Narinder Kapur, ed. *Injured Brains of Medical Minds. Views from Within.* Oxford Univ Press, 1977. (本書の中に、脳卒中としてp251にA Brodalによる "self-observations and neuro-anatomical consideration after stroke."もある)。

(1) OZCでの費用について、支払いは通常は事故が多く保険会社が半額なし全額を支払い、そうでなくとも半額はNHSから、残り半額はLocal Authorityから支払われる。(ただし、Andrewからの回答なので、別情報での確認を要する。現場の間は企業の収入のメカニズムには詳しくない。)

(2) 動機づけの方法について。

(3) 記憶障害自覚の取り組みについて

10:00~10:30 定例の朝のミーティング。

(ミーティングでの話題は、今日現在の日付、時刻の確認、自己紹介、共用キッチンの役割分担、明日の司会者の確認、次いでクライアントの自己の興味に基づく作品課題の紹介とコメント=クライアントによる実験プロジェクトの説明、など) 直前に、PCT (Primary Care Trust, NHSの組織に属する)から、クライアントの件での調整と運営に関して責任者ら2名が来訪したが、このPCTからの2名も参加した。

10:30~12:00 Fen House 見学。OZCから徒歩10分の距離。

Ms Denise O'Brien と面談。

(Unit General Manager, Fen House, Brain Injury Rehabilitation Trust)

内容については後述する。

14:00~16:00 Eastern Region Brain Injury Forum (BRBIF 案内を参照)

講師: Dr. Fernando Lazaro-Perlado

演題: The Neuropsychiatry of Frontal Lobe Damage

参加者は約20名。参加者で希望者には受講認定証が発行される。

講演内容は、前頭葉損傷による3つの症候群 (Orbito-frontal syndrome, Dorsolateral prefrontal syndrome, Anterior Cingulate syndrome) について、特徴、

半球差、辺縁系の関与、マネジメントについて解説。精神科医がコメディカルに講義をする内容だが、リハビリテーションにおける医師の位置づけが多少見える感じがした。彼にとって、外国人であっても医師の同席がプレッシャーになっているようであり、また医師としての親近感を強く意識していたようである。

OZC での対象について、high functioning of TBI と表現しているのが印象的だったが、その通りである。高次脳機能障害のスペクトラムは広範で、神経精神科医が関わる重度事例は刑務所にいるとも話した。我が国では刑務所における知的障害者の問題がようやく注目され始めたところである。さらに、もう一方の極にはいわゆる植物状態とされる人々がいる。

Fernando の経歴は、スペインの医学校を卒業して初期研修後、1994 年に UK に来て精神科に関心を持ち、ロンドンとケンブリッジで専門医の研修を修了し、一般成人精神科、リエゾン精神科、老年精神科で CCSTs(専門研修終了証)を取得した。また、この間にバーミンガム大学で神経精神科の修士 (Master degree) を取得した。2004 年以來、Crafton Manor でコンサルタント神経精神科医として、ケアにも関与してきたが、それ以前には BIRT の名誉研究員として積極的に研究に関わった。彼の研究領域は後天性能損傷の神経精神医学である。

- \* 東部地域脳損傷フォーラム(ERBIF)の目的は、後天性脳損傷に対する一般及び専門職の意識を高め、東部地域内のクライアント/患者/住民に提供する最新のケアの水準を向上させることである。そのために、専門職とすべてのステークホルダーとの間のコミュニケーションを向上させることを目指し、それによって協働して作業する文化を生み出すことを目的とする。
- \* 次回の東部地域脳損傷フォーラム(ERBIF)は11月26日(水)午後に予定され、フリーセミナーの講師は、Caroline Ferber (Managing Director, Anglia Case Management Ltd.) で、テーマは「介護の実行に関連したリスク-脳損傷ケースマネジャーの役割は？」である。場所は Ipswich の Headway である。

#### ○ オリバー・ザングウィル・センター主催の研修会活動の案内 (補遺 E を参照)

OZC が主催している研修会に関する 2008 年度後半の案内資料では、1 日コースとして、「脳損傷の理解」(支援員、介護者、家族介護者、リハビリ助手、OT、OT 助手、ケースワーカー、脳損傷リハ初心者、を対象)「カップルとの作業」(臨床心理士、ソーシャルワーカー、SLT、OT、触法心理士、リハビリ助手、ケースマネジャー、看護師、カウンセラー、を対象)「自己同一感の変化への理解と作業」(臨床心理士、PT、SLT、OT、触法心理士、リハビリ助手、ケースマネジャー、を対象)のテーマで予定されている。参加費は第 1 では 50 ポンド (家族介護者は無料)、後 2 者は 100 ポンドである。

Fernando が述べていたように、刑務所での事例が問題視されているためであろうが、研修対象職種に触法心理士 (forensic psychologists) が含まれることが特徴的であろうか。ケースマネジャーやリハビリ助手は我が国には存在しない職種である。

## 2.2.1. Fen House の活動紹介

(参照、補遺：Brain Injury Rehabilitation Trust. Fen House. Inaugural Annual Report 2006.)

Fen House 見学、10:30～12:00。OZC から徒歩 10 分の距離。

フェン・ハウスは脳損傷リハビリテーション・トラスト (BIRT) により運営される後天性脳損傷 (ABI) をもつ人々のためにイーリーに建設された新しい居住センターである。

このユニットは 2005 年に開設し、東アングリア地方全体からの ABI をもつ人々のニーズに合うよう設計されている。

### ① リハビリテーション

6 ヶ月以内にコミュニティに再統合されることが見込まれるクライアントで急性期後の集中的リハビリテーションを必要としているもの、及びより長期的リハビリテーションを必要とするさらに重度の損傷クライアントのためにもサービスを提供する。

サービスは個別のニーズに合わせて提供される。フェン・ハウスの理念 (フィロソフィ) は、脳損傷のすべての人々は改善の可能性をもち、損傷の重症度あるいは発症後どれだけ長期経過しているかは問題ではない。

フェン・ハウスのスタッフは神経行動学的モデルの枠組みの中でクライアントの自立と自尊を引き出すことを目的とする。個別リハビリテーションプログラムは構造化した学習プログラム、身の回りと家事など日常的 ADL、余暇時間の利用、地域共同体アクセス技能、行動学的マネジメント技術、社会生活技能訓練 (SST)、及び職業訓練と支援に焦点を当てる。

### ② 居住サービス

フェン・ハウスは質の高い、現代的居住設備を提供し、経験豊富な熟練した専門職からの専門的臨床見守りによって支援される。各クライアントは自分の個別ニーズに合うように考案された個別プログラムをもつ。

フェン・ハウスは 1 戸の独立したフラットを含め 25 室を提供し、すべて浴室トイレ付である。短期クライアントのための 10 床の統合ユニットを運営していて、そこではアセスメントと集中的行動学的リハビリテーションを実施する。また、喪失した技能を再獲得し自立を回復するのに長期間を要する人々のために 15 床の長期リハビリテーション施設を提供する。

フェン・ハウスは十分に完備した治療と訓練設備をもち、広い談話室や前庭や広い野外グラウンドをともに備えている。

### ③ スタッフ・チーム

スタッフは混在したマネジメント・チームと経験豊富な専門職の多職種グループからなる：

- ・臨床心理士
- ・作業療法士
- ・理学療法士
- ・言語療法士
- ・リハビリテーション支援員

\* 各スタッフは自分の専門職の職域を超えて活動する。すなわち、心理士であっても PT や OT や ST や生活支援員や介護支援員の仕事をこなす。クライアントは日中、施設内にいることは稀で、地域の職業訓練センター、スポーツジム、外来リハビリテーションなど個別ニーズに基づいて行動している。スタッフ（セラピスト）は、個別の介助に関わり同行することもあるが、連絡体制（ネットワーク）内で係わる。

#### ④ 2006 年の開設年次報告から

このユニットは目的をもって建設され、2005 年 3 月に開所した。身体障害をもつ成人のための介護ホームとして社会ケア監視委員会に登録（認可）されている。

フェン・ハウスはケンブリッジシャーの歴史的町であるイーリーに位置する。これは BIRT 内の拡大中の全国的連続リハビリテーションと支援サービスの一部をなす。この仕事はその母体の慈善団体のディスアビリティーズ・トラスト (DT) によって支援されている。DT は身体障害、学習障害、自閉症スペクトラム障害をもつ人々のためにも専門的サービスを提供する。イングランド北部の BIRT サービスはリハビリテーション施設資格認定委員会 (CARF) により 2006 年に国際的認定を獲得した。CARF は USA に基盤を置く NPO(非営利機構)である。イングランド南部の BIRT サービスは、フェン・ハウスを含めて 2007 年夏に CARF の査察を受ける予定である。

\* フェン・ハウスも CARF から認定を獲得している。

#### ⑤ 2006 年の臨床活動

プログラムに紹介された全例を、ユニットの総合部長（ジェネラル・マネジャー）と神経精神科コンサルタント（専門医）が概観し、次いで正規の入所前アセスメントが臨床心理士または神経精神科コンサルタントのいずれかにより実施された。これら入所前アセスメントの大多数はこのユニットで実施され、そこでクライアントとその家族はプログラムを直接見る機会をもつ。数多くの紹介アセスメントは紹介元で実施される。たとえば、ケンブリッジの地区教育病院であるアッデンブルック病院 (Addenbrookes' Hospital) で。

2006 年には、全体で 17 クライアントがフェン・ハウスに入所し、12 名が男性、5 名が女性だった。支払基金に関しては、半数は地元地区（ケンブリッジシャー）による基金で、



次に多いのは隣接するサフォークによる基金だった。[ケンブリッジ=8、エセックス=2、ミドルセックス=1、ノーザンプトン=1、オックスフォード=1、サフォーク=3、サリー=1] 入所時、最も多い診断は外傷性脳損傷 (TBI) (例、転倒、道路交通事故、銃撃) で、クライアントの 12 名 (70%) が TBI だった。3 名は脳血管障害 (脳卒中) で、2 名が持続性低酸素性脳損傷 (酸素欠乏による) だった。

入所時年齢は、40 歳代が 35% と最も多く、次いで 20 歳代 (24%)、60 歳代 (18%) だった。

受傷から入所までの期間は、3 分の 1 以上が 12 か月以内、2 名が 1~2 年、5 名が受傷後 4 年以上経っていた。

2006 年中に 12 名がフェン・ハウスのプログラムを終了して退所した。83% が何らかの形で支援されたコミュニティ (自宅または新しい居住施設) での生活に戻った。[部分支援で自宅=8、24 時間支援で自宅=2、病院=1、他のリハビリ・ユニット=1]

## 2.2.2 フェンハウスユニット統括部長との面談

後天性脳損傷による高次脳機能障害 (認知障害) をもつ人の地域生活移行、就労支援を行っている脳損傷リハビリテーショントラストが運営する Fen House を訪問見学し、統括部長の Ms Denise O'Brien (Unit General Manager, Fen House, Brain Injury Rehabilitation Trust) と面談し、活動について説明を受けた。主な内容について以下に要約する。

① Fen House は、BIRT によって運営される新しい入所施設である (2006 年開設)。この施設に接して手前に Lily House と Care House という高齢者の入所、介護施設があるが、これらは PCT による NHS の施設である。後天性脳損傷 (ABI) のリハビリに関しては国家的にも関心は未だ乏しいという象徴的建物配置である。逆に、OZC が NHS に近い施設であり、Fen House は民間組織の BIRT により運営され、いずれのサービス受給においても支払いは NHS (PCT が関与) や保険会社であることから、支払いシステムは同一である。したがって、利用するサービスが NHS 直接であっても私的企業であっても利用者には問題がなく、むしろ政策的には民間サービスの育成に傾いていると理解される。

② Disability Trust が 4 部門に分かれ、その一つが BIRT である (他に、Autism Services、Learning Disability Services、Physical Disability Services)。福祉サービスは医療から切り離され、NHS も国も手当てしてはならない。したがって、慈善団体の支援を受けて運営されている。

\* Denise O'Brien 女史は、元 NHS の職員で、フェン・ハウスの統括部長として運営管理、利用者の入所判定などに関わっている。利用者への支払いは慈善団体が行うわけで

なく、Disabilities Trust の事業の一環として、NHS や保険会社を通じてである。

Disabilities Trust の収入の内訳をみると脳損傷サービスが約 53% を占め、次いで自閉症サービス (約 21%)、身体障害者サービス (約 13%)、教育、学習障害、などの順で、donation の類は 1% にも満たない。2007 年度については、全収入 £36,388,868 に対してボランティア収入は約 £240,000 であった。こうした活動そのものが慈善事業とみなされ、慈善事業収入が 97% を占める。1980 年代からの保健医療改革の中で、彼女のような NHS からの人材の流れが多数存在すると思われる。

- ③ 利用は 12 週コースが基本で、25 床の定員で、Slow Course と Quick Course の 2 チームのセラピストがいる。しかし、超専門職種アプローチ (transdisciplinary approach) により、PT、OT、心理などの職制区別なく、支援介入する。
- ④ アセスメントに基づく進路設計 (就労、復学、在宅、施設介護、等) が主な業務で、結果に基づき、介護付き入所施設か、単身生活か就労かなどを判断し、それぞれ紹介する。入所中もコミュニティでの生活を基本とするので、日中部屋に、あるいは施設内に残っているクライアントは少ない。
- ⑤ 個室が原則で、身体障害合併が目立ち、車いす (電動を含め) 利用者も目立つ。
- ⑥ GP からの紹介もあるが、紹介目的が不適切な場合が多い。
- ⑦ 就労や永続的入所利用や医療リハを含む包括的サービスが期待できるのは York や Colchester にあるが、Ely や Cambridge を含め未発達である。
- ⑧ 自動車の運転訓練や評価はここではできない (可能な施設もある)。

\* Dr. Fernando Lazaro-Perlado (午後のフォーラムの講師、神経精神科医) によると、Fen House や OZC の患者は高機能 TBI (あるいは ABI) と呼ばれる群で、神経精神科医がみているのは重症群で、最重症群は監獄にいて、リハビリテーションサービスを受けてはいない。「高機能」という呼称は興味深い表現である。

## ○ ヘッドウェイについて

Neville Butterworth 卿が 1979 年に自分の脳損傷の息子のために休暇中の居住施設を求める広告を全国紙に出したことをきっかけに、この問いかけに回答した Dinah Minton と夫の Barry (ともに介護士) と、同時期に Butterworth 協に接触した 2 名のソーシャルワーカー、バーミンガムの Philip Lockhart とノッティンガムの Reg Talbott の計 5 名が、脳損傷の介護に関

わる人々すべてのための会議を呼びかけることに合意した。1979年10月23日に23名の介護職と専門家が参加して、Headway が誕生した。当初、全国頭部損傷協会（ヘッドウェイ）（Headway - national head injuries association）と称し、1980年3月に慈善団体として登録された。1991年に、Princess of Wales（ダイアナ王妃）が英国王室パトロンに同意し、以来1996年まで精力的に、熱心に関わり、全国的に展開した。

1997年には慈善グループは中央の独自の団体と各地域の小さな組織（支社）に分かれて、全体の慈善組織の下に活動するようになった。2001年に、名称がヘッドウェイ脳損傷協会（Heradway - the brain injury association）に改められた。現在全英に、100箇所以上のヘッドウェイグループと支社があり、各地域のニーズと入手可能な社会資源に基づいて様々なサービスを提供している（神奈川工科大学の小川喜道氏によると63のヘッドウェイハウスと108のサポートグループがある）。

## ○ 英国におけるボランティアセクターについて

Fen House を運営する BIRT の母体である Disability Trust にしても後天性脳損傷者のリハビリテーションに広く関わっている Headway にしても、任意の慈善団体に発し、ボランティアセクターに位置づけられる。20世紀末には、高齢者介護など福祉サービスの領域ではボランティアセクターが行政機関に代わってサービス提供を行うようになってきている。

「ボランティア」とは、自発的、組織的な活動を総体的に示す用語である。1978年のウルフエルデン報告では、社会的ニーズに対応する4つのシステムの意義が示され、ボランティアセクター（voluntary system）は、市場部門（commercial system）、インフォーマル部門（informal system）、行政部門（statutory system）とともに、公共サービスの多元的システムを維持する役割があることを強調している。1977年において、チャリティ委員会に登録されたチャリティ団体は、約12万6千であった。2000年には約17万4千に増加している。

イギリスにおける今日の行政による社会サービスのすべては、ボランティアな活動に起源を持つ。制度・政策的側面だけでなく、ソーシャルワークについても、1834年に始まる慈善組織化協会（Charity Organization Society: COS）の実践がその起源であるといわれる。さらには、近代社会福祉制度の出発点としては1601年の「エリザベス救貧法」が取り上げられることが多いが、ボランティア活動を支えるチャリティ（慈善）に関する定義づけも同じ時期に定められた「公益ユース法」が原型とされる。

その後、清教徒革命などの市民革命や産業革命に伴う社会構造の変化に合わせて、チャリティ活動やボランティア活動が育成されてきたが、第2次世界大戦後に福祉国家政策が始まると、ボランティアなサービスは福祉国家という政策モデルの陰になり、衰退することが予想された。しかし、王立女性ボランティア協会（Womens Royal Voluntary Service: WRVS, 1938）、エイジ・コンサーン（Age Concern, 1940）、マインド（知的発達障害者運動）（National Association for Mental Health: MIND, 1946）、メンキャップ（Royal Society for Mentally Handicapped

Children and Adults: MENCAP, 1946)、サマリタンズ(「いのちの電話」のモデル)(Samaritans, 1953)、児童貧困行動グループ(Child Poverty Action Group: CPAG, 1965)、シェルター(ホームレス問題)(Shelter, 1966)、など福祉国家政策が始まってボランティア団体の設立機運は廃れなかった。

かえって、チャリティ法(Charity Act, 1960)の制定により、チャリティ団体は制度的に保障されることとなった。これにより4つの具体的意義が認められ、福祉国家としてボランティアセクターが制度的に位置づけられた。意義としては、

- ①チャリティ委員会に公益法人認可の権限を与える。
- ②チャリティ団体を登録制として、財政上の優遇措置を与えた。
- ③チャリティ委員会に小規模組織の試算管理委託を認めた。
- ④国の規制をより緩やかにし、行政から独立した民間組織のあり方を示した。

また、今日的にチャリティと認められる組織の基準は以下のとおりである。

- ①行政や企業とは別の独立した管理運営による組織であること
- ②非営利性、すなわち出資者に利益配分をしない。したがって、協同組合は除外。
- ③活動は広義の公益目的をもつ。
- ④宗教的組織の活動や施設は除外する。

「1992/1993チャリティ法」制定は、コミュニティ・ケア改革に伴い、ボランティアセクターの管理運営の責任制と自主財源調達強化を要請するものであり、専門的資金調達が各団体の課題となった。この過程で、福祉改革の基本原則のひとつとして行政と民間のパートナーシップの促進が強調されるようになった。質のよいサービスを提供するためには、必ずしも政府や地方自治体自らが直接公共サービスを提供する必要はなく、他のセクターが提供するサービスを購入したり、あるいは他のセクターと協同したりしてサービスを提供するほうが望ましいと考えられたからである。特にパートナーとしては地方自治体の役割が強調されるようになった。さらに21世紀に入って、中央政府、地方自治体協議会、全国ボランティア団体協議会などが参加する地方協定委員会により地方協定が策定され、地域社会におけるパートナーシップの構築の推進が図られている。

#### 参考文献

田端光美:第18章 ボランティアセクターの動向. In: 武川正吾、塩野谷祐一・編:先進諸国の社会保障①イギリス、東京大学出版会、東京、1999、pp405-4024.

斉藤満智子:英国におけるボランティアセクター、自治体国際課フォーラム No.151(2002年5月号)

<http://www.clair.or.jp/j/forum/forum/forum151.html> より