

実践編テキスト

講義

障害特性に応じた支援
地域の支援体制

1

大見出し

2

中見出し

3

小見出し

4

講義

障害特性に応じた支援
認知症・発達障害との共通点と相違点

前半

5

高次脳機能障害

重要なこと

これまで知られていなかった新しい病気ではない

脳が傷ついて生じる後遺症のうち、単純な麻痺や感覚の障害以外の総称

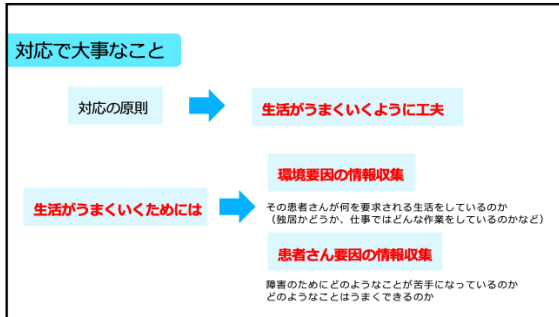
どんな後遺症が残るか → 「脳のどこが傷ついたか」で決まる

「脳のどこが傷つくか」 → 脳が傷つく原因によってある程度の傾向

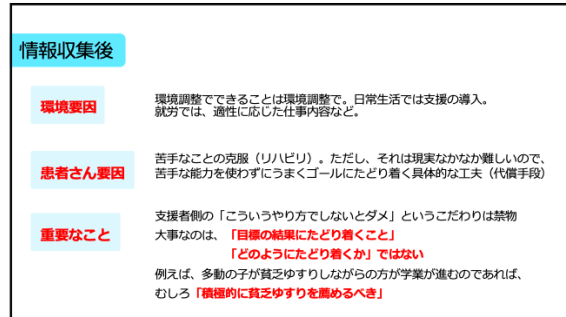
「脳が傷つく原因によって、ある程度後遺症の特徴が決まる」

認知症、発達障害でも結局同じこと

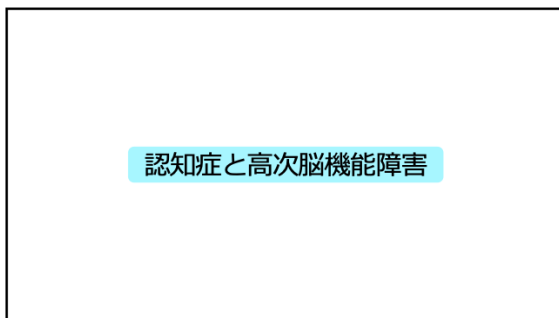
6



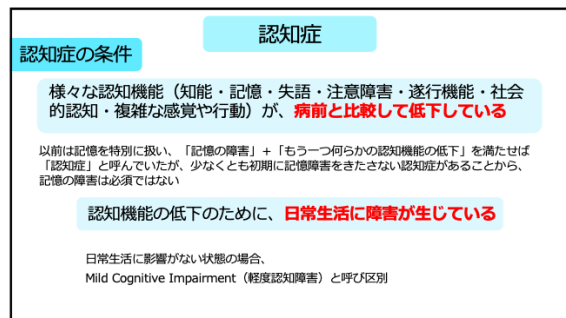
7



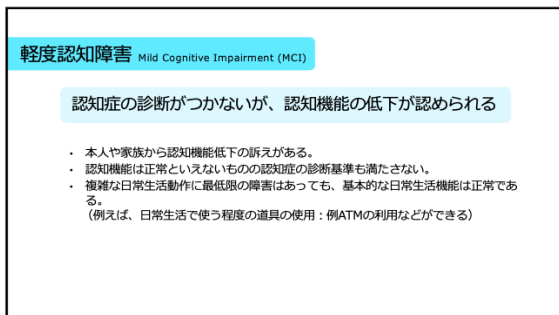
8



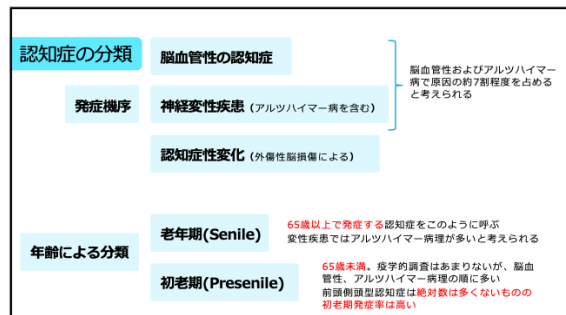
9



10



11



12

脳血管性認知症

脳卒中では、脳梗塞（虚血）、脳内出血などによって脳の一部が損傷し、その部位に応じた後遺症が残る

これはまさに高次脳機能障害



13

変性疾患による認知症

変性とは、病理の用語で、細胞、組織のなかに、生理的には存在しない**異常の物質**、あるいは生理的に存在する物質でも、**異常の部位に、ないしは異常な量に**認められる状態を指す（難病センター-HPより）

神経変性疾患は、神経細胞の中や周りに、このような異常な物質がたまり、それによって**細胞が徐々に死んでいってしまう病気**

アルツハイマー病が最も頻度が高く、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症を合わせ、3大認知症と呼ぶことがある

14

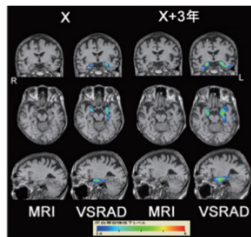
アルツハイマー病（典型例）の脳萎縮

典型的には海馬の萎縮



エピソード**記憶の障害**が生じる

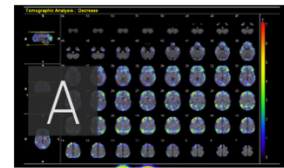
日本老年医学会雑誌49巻4号 松田博史より



15

レビー小体型認知症の脳機能

このタイプの認知症では初期に後頭葉の血流が低下し、**錯視や幻視、抑うつ気分や妄想**がみられることが多い

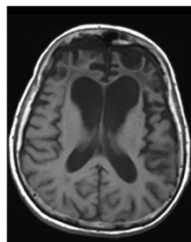


両側後頭部を中心とした脳血流の低下 (SPECT所見)

16

前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症では、前頭葉に粗大な萎縮を認め、怒りっぽさ、こだわりなどの性格変化、社会行動変化を認めることが多いとされる



脳科学辞典より

17

前頭側頭型認知症の症状

性格変化

- 臨機応変さがなくなる（こだわり）
- 怒りっぽくなる
- 無関心
 - 自分のこと・・・整容に気を使わなくなる。
 - 他人のこと・・・他人の言動に無関心
- 環境の被影響性の亢進

18

前頭側頭型認知症の症状

無関心

- いろんなことに関心がなくなる
- 自分のことに関心がなくなると、整容に気を遣わず、着替えをしない、歯を磨かない、お風呂に入らない、などの症状が出る
- 他人のことに無関心だと、going my way behaviour（我が道を行く行動）になる。例えば、診察室に入って、医者を見つめて窓の方に行く、といった行動、診察も終わっていないのに出ていこうとする行動などが含まれる。

19

前頭側頭型認知症の症状

こだわり

- 臨機応変にできないことから生じる。
- 例えば、周遊行動があるが、普通の散歩と違い、雨の日だろうが雪の日だろうが、出かける。「状況に応じて変える」ということができない。周遊行動は、決まったルートを通して行動するという意味で、徘徊とは異なる。
- 物事のやり方なども、同じやり方でやろうとする傾向にあり、制止するとイライラされることがある。

20

前頭側頭型認知症の症状

環境の被影響性の亢進

- 例えば、スイッチは、我々に「押してくれ」とせがんでくる（アフォーダンス）。一般に道具は、我々に道具に対応した行動をするようにせがんでくる。
- 患者さんが診察室に入るなり、机の上においてあるものを手に取り、使おうとする、といった行動がこれにあたる。
- 取り分けつもりで大皿に盛った料理を全部食べようとする、といった行動も含まれる。
- 対策は、刺激が目に入らない、耳に入らない、ように工夫する、ということになる。

21

前頭側頭型認知症の症状

身体感覚の低下

- 多くの場合、自分の身体感覚の低下が生じる。
- 例えば熱を出していても気が付かないなど。
- 膀胱直腸感覚も低下するので、切迫性失禁（直前まで気が付かない）を生じたり、失禁していてもそれに気が付かない、ということが生じる。
- 満腹になっても気が付かないこともあることから、食べ過ぎてしまうことが多いので、家族が調整する必要がある。

22

変性疾患による認知症の特徴

ここまで挙げた3つの病気が、変性疾患による主な認知症

変性疾患による認知症は

- ① どのような物質がたまってしまするか（病名を決定する）
 - ② どこからその物質がたまり萎縮が始まるか（症状を決定する）
- という2つの観点を抑えれば理解が可能

同じアルツハイマー病でも、若年性の非典型例で、海馬以外の部位から脳萎縮が始まる場合（例えば後頭葉萎縮症など）は、初期症状は典型例と全く異なることが知られている。

23

変性疾患の主な原因物質

Alpha-synuclein	**** 主にLewy bodyを形成している物質。どういふ働きをしているかはあまり分かっていない。凝集し不溶性になることでLewy bodyを形成。
Tau	**** 主にNeurofibrillary tangle (NFT)（神経原繊維変化）を形成する蛋白。本来は細胞内微小管の働きに関与していると考えられている。
Ubiquitin	**** Ubiquitin陽性蛋白には、TDP-43蛋白陽性のもと、FUS蛋白陽性のもとがあり、主に前頭側頭葉萎縮症で認められる。
Amyloid βシート	**** 不溶性のアミロイドβ アルツハイマー病で認められる。

24

典型例の臨床症状

- アルツハイマー病 → 変性疾患の中では一番多いと考えられている。典型例では物忘れ（特にエピソード記憶の障害）が初期に生じ、「同じことを話す、聞く、物をどこに置いたか忘れる」などの主訴で来院。
- 前頭側頭型認知症 → 行動型と言語型に分類され、行動型は従来のピック病を含み、「怒りっぽくなった。万引きなどの反社会的行動。」を主訴として来院。言語型は、さらに2型に分けられるが、いずれも「言葉を話しくなくなった」という主訴で来院。
- レビー小体型認知症 → その名のとおりレビー小体と呼ばれる封入体を細胞内に認める。パーキンソン病と原因病理は同一で、初期は**幻視、抑うつ気分、睡眠時行動異常症や自律神経症状が目立つ。**

25

分類のまとめ<1>

- 臨床では、呈する症状による診断が行われる（臨床診断）。例えば、物忘れで発症し、構成失行などの症状、言葉の出にくさなどを伴う場合、アルツハイマー病が強く疑われる。
- 臨床上の**症状は、患者の脳に生じている萎縮部位と関連している。**
- しかし、脳の萎縮の原因となる病理的背景は、**萎縮部位が同一でも複数の原因（原因となるタンパク質）がありえる。**したがって、症候学的にはアルツハイマー病の症状をきたしながら、背景病理（原因タンパク）はCBDである、といった現象が生じる。
- あるいは、背景病理（原因タンパク）がアルツハイマー病でありながら、脳の萎縮が前頭葉や後頭葉から始まるタイプがある。

26

分類のまとめ<2>

- 変性疾患の症状は、変性（つまり脳萎縮）がどこから始まるかによって決まる。
- レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、あるいはアルツハイマー病の非典型例では、「記憶」以外の能力低下が初期に目立つ。
- 脳部位の萎縮は、
その脳部位の機能低下 = 症状
となり、症状の理解のためには神経心理学的な知識が役に立つ。

27

Neurocognitive Disorders 神経認知障害群

DSM-5では認知症(Dementia)という言葉もなくなった

- Delirium せん妄（一過性のもの）
- Major Neurocognitive Disorder 認知症 (DSM-5)
- Mild Neurocognitive Disorder 軽度認知症 (DSM-5)
 - ・複雑性注意
 - ・実行機能
 - ・学習と記憶
 - ・言語
 - ・知覚-運動
 - ・社会的認知

これらの精神機能の内、一つ以上が、以前よりも低下している

ややこしいですが、日本語訳では、認知症という言葉が残された…

記憶は特別な扱いをされていない

28

神経認知障害の構成要素

複雑性注意	→	注意障害（≒意識障害）
実行機能	→	遂行機能障害
学習と記憶	→	健忘症・知能の低下
言語	→	失語症
知覚-運動	→	失認・失行
社会的認知	→	社会的認知障害・社会的行動障害

29

認知症と高次脳機能障害<1>

現在の病名としての認知症（神経認知障害：DSM-5）は、高次脳機能障害を含む概念であり、両者に違いはない。DSM-5においては、神経認知障害の中に、日本でいう認知症も、高次脳機能障害もいずれも含まれる。

現在の日本における相違点

- 認知症 → 進行性疾患（経年的に悪化していく疾患）
- 高次脳機能障害 → 基本的には進行しない疾患

30

認知症と高次脳機能障害<2

進行していくということを除けば、認知症と高次脳機能障害に根本的に異なる点はない。

- いずれも、脳損傷の原因となる疾患によって損傷しやすい脳部位が異なり、結果として現れる症状が異なる。**脳の障害部位が同じであれば、同じ症状を認める。**
- 典型的（老年期）アルツハイマー病（認知症）では、内側側頭葉の萎縮があり、エピソード記憶（日記に書くような記憶）の障害が中心となる。
- しかし、例えばヘルペス脳炎後遺症（高次脳機能障害）でも、**同じ部位が障害されやすく**、後遺症としてはエピソード記憶を含めた長期記憶の障害が中心に生じる。

31

考え方

認知症であれ、高次脳機能障害であれ、**症状は脳の損傷あるいは機能低下部位に対応したものとなる。**

どの脳部位が障害を受けるかは、**原疾患によってある程度一定の法則がある。**

(例：外傷性脳損傷：前頭葉障害、意味性認知症：左側頭葉から側頭極、大脳皮質基底核症候群(CBS)：頭頂葉など)

原疾患によって、**症状のパターンがある程度決まる。**

認知症（特に変性疾患）の場合は、病初期は決まった脳部位の障害から始まるが、徐々に萎縮部位は広がり、広範囲の脳の萎縮が生じていくとともに、全般的な能力低下が生じる。
一方で、高次脳機能障害の場合は、原則的には症状は進行しない。

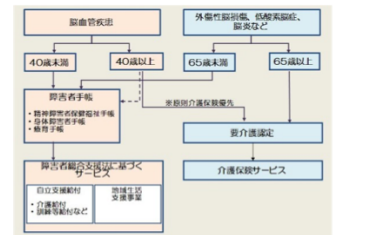
32

治療や福祉的サービスの目的

	認知症	高次脳機能障害
治療	現在の認知症治療は、症状の進行を抑える薬のみ	発症後、時間とともにある程度改善する。また、症状を軽くするお薬がある場合も
ケアの目的	生活の援助、介護者負担の軽減などが主眼	生活の自立、可能なら社会復帰
目標	いかに日常生活を安定して過ごすかを目指す	日常生活の自立と、就労

33

原因疾患と利用できるサービス



34

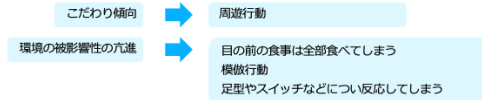
福祉や介護のサービス

現在の年齢	40歳未満	40歳～64歳	65歳以上
障害の原因	—	事故等 脳血管疾患	—
利用できるサービス	障害福祉サービス	介護保険サービス (※介護保険加入者)	—
入所	○ 施設 ショートステイ、グループホーム等	○ 特養、老健、ショートステイ等	—
通所	○ 生活介護 ○ 自立訓練 ○ 就労継続AB	○ デイサービス、デイケア ○ デイサービス(認知症中重度等)	—
ヘルパー	○ 介護、入浴、家事、移動支援等	○ 介護、入浴、家事等	—
訪問	○ 訪問介護 ○ 訪問看護	○ 訪問介護、訪問看護	—
福祉用具、住宅改修等	○ 福祉用具、住宅改修等	○ 福祉用具、住宅改修等	—
相談先	障害者地域生活支援センター 区役所・支所の保健福祉センター	地域包括支援センター 区役所支所の保健福祉センター	—

35

高次脳機能障害の観点から

- 前頭葉機能が著しく低下



- こういった特徴は前頭側頭型認知症特有という訳ではなく、何らかの原因で前頭葉機能が著しく低下すると出現する。
- 少なくとも、認知症症例の症状の一部は、高次脳機能障害（神経心理学）の知識を応用すると対処が可能になるのではないかと

36

工夫点

- この症例は山歩きが好きで、前頭側頭型認知症の「**周遊行動**」をむしろ利用し、山まで歩いてくる決まった散歩コースを設定した。
- 前頭葉の萎縮が進むにつれ、「**環境の被影響性の亢進**」が生じたが、これを逆手に取り、トイレに足型をかき、そこに足を置くように。妻が歯磨きを目の前で行い、真似を指すように。見えなければ反応しないことが多いので、冷蔵庫は妻がいないときは布をかけて隠す。
- 食事は出した分全部食べてしまうので、一人分を一つのお皿に。
- 特定の話題と、歌は好きなので、なるべく取り入れ、語彙がなるべく減らないように努める。

37

別の観点から

- 症状の中には、むしろそれを利用することで、患者さんの健康を維持することに役立つものがある。
- 患者さんの残存能力をいかにうまく使って生活を組み立てるか。
- 困った症状も、困らない形で構造化することでうまく利用できる可能性がある。

38

周辺症状

- 「認知機能の低下」以外の、認知症によって生じてくる様々な症状を、まとめて「**周辺症状**」と呼ぶ。
- 周辺症状の多くは、「認知機能の低下」のような「できたことができなくなる」変化ではなく、「**それまでみられなかった言動がみられるようになる**」という変化。
- ある能力が低下したことで、いわば二次的に生じてくると考えられる症状のこと。

39

周辺症状の理解

周辺症状の多くは、いわば認知機能の低下から二次的に生じるもの。



必ずしも萎縮した脳部位と対応した症状ではない。

分け方

- ① 能力低下から直接生じた症状 (例: レビー小体型認知症の幻視、妄想など)
- ② 能力低下から二次的に生じた症状 (例: 記憶障害の方に見られる物盗られ妄想)
- ③ 心理社会的な要因の大きい症状 (例: 嫉妬妄想)

40

後半に続く

41

42

講義

障害特性に応じた支援
認知症・発達障害との共通点と相違点

後半

43

発達障害と高次脳機能障害

44

発達障害

発達障害者支援法において、「発達障害」は「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」
(発達障害者支援法第二条における定義)

45

医学診断としての発達症

最新の診断分類(DSM-5)では

<p>Neurodevelopmental disorder (神経発達症)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自閉スペクトラム症 ● 注意欠如・多動症 ● 限局性学習症 ● 知的能力障害 	<p>コミュニケーション症群</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 言語症 ● 語音症 ● 小児発症流暢症 ● 社会コミュニケーション症
<p>運動症群</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 発達性協調運動症 ● チック症 	

46

新しい考え方

- 以前の考え方では、例えばアスペルガー障害（自閉症圏）と、注意欠陥多動性障害(AD/HD)の重複診断は不可。
- 実際には両者、あるいは他の神経発達症の症状を有する患者も多いので、新しい分類では、**当てはまるものすべての病名を付ける形**に変更。
- 行為障害や情緒の障害は、神経発達症に二次的に生じる（神経発達症で生きにくい人生を送ってきた結果として二次的に生じる）ものとして、神経発達症そのものからは除外。

47

自閉スペクトラム症

社会的コミュニケーションの領域の障害

- 対人的、情緒的関係の困難さ
- **言語的・非言語的**コミュニケーションが難しい
- 人間関係を発達、維持させることが困難

限局された行動・興味の領域

- **常同的・反復的**行動
- 同一性への固執（変化を嫌がる）
- 限局された興味（**マニアック**）
- 感覚の過敏さまたは鈍感さ

48

注意欠如・多動症

不注意

集中力、注意力の障害（忘れ物、なくしものが多い。片付けができず、探し物に非常に時間がかかる。など）

多動性

落ち着きがないこと（授業中に立ち歩く。落ち着かず、じっと座ってられない。など）

衝動性

衝動的に行動してしまうこと（他人がしゃべっているのにしゃべりだす。思ったことをすぐ口にしてしまう。など）

49

注意機能

① 全般性注意障害

覚醒	全般的な状態を表す。正常な覚醒状態のことを「意識が清明である」と表現
持続性	長期にわたる注意活動（一つのこと集中する活動）を維持する能力
分割	同時に複数対象に適切に注意を分配する能力
選択性	競合する刺激に対する不必要な注意を抑制しながら（抑制）、しかるべき対象に注意を維持する能力（集中）
転導性	適切なタイミングで、注意する対象を変更する能力

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

50

聴覚性空間注意

- 立食パーティーなど、複数の人がざわざわと話をしている状況でも、多くの場合、話をしている相手の声をちゃんと聞き分けることができる。
- この能力が障害されると、複数の人で話し合いをするといったことが難しくなる。
- 拾わないでよいはずの音を拾ってしまうため、いろいろな人の話し声が多重音声のように聞こえ、しんどくなる場合もある。



51

視覚性空間注意

注意機能は、視覚性の探索にも影響

- 探し物が苦手
- 片付けが苦手
- 運転能力
- 視覚性の短期記憶にも影響

52

限局性学習症 specific learning disorder

- 読字の障害（よみ）
- 書字表出の障害（かき）
- 算数の障害（そろばん）

実際には、ほかの症状も。例えば、発達性相貌失認

53

運動症群

発達性協調運動症

その名の通り協調運動の障害。協調運動とは、複数の筋肉、あるいは体と視覚情報を連携して行う運動のことを指す。細かい作業が苦手になる（巧緻運動の障害）、球技が苦手になるなどの症状が含まれる。

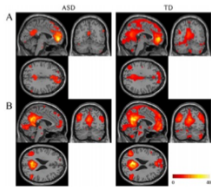
チック症

不規則で突発的な体の動きや発声で、本人の意思とは関係なく生じてしまうことを指す。

54

自閉症スペクトラム症の脳画像

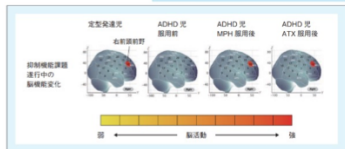
機能MRI画像では、安静時の結合性において、デフォルトモード（内省中の脳活動）の活動領域が、健常発達と比較し小さいことが報告されている。



Default mode network in young male adults with autism spectrum disorder: relationship with autism spectrum traits

55

ADHDの脳活動



注意抑制課題で、右前頭前野の脳活動が低下しており、投薬により改善することが示されている。この部位は、脳損傷でも注意が低下しやすい場所として知られている。

56

脳の問題部位

- 自閉症スペクトラム症では、前頭葉内側面などの機能低下が、注意欠如・多動症では右前頭葉外側面の機能低下が示唆される。
- これらは、それぞれ、他者の情動の理解、臨機応変な対応（内側面）、注意機能（外側面）に重要な場所として知られ、**原因を問わず（つまり発達障害だろうが高次脳機能障害だろうが）、**これらの領域が障害されると、同じような症状が生じることが知られている。

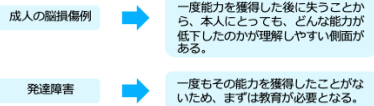
57

発達障害と高次脳機能障害

- 発達障害で認められる様々な症状は、一つ一つの症状は高次脳機能障害でも認められる症状。
(例：不注意、他者の情動が読めないなど)
- 発達障害では、生まれつきの障害であるため、患者は**それが当然の状態と思いがちで、ほかの人たちも同じだと思っている場合も多い。**

58

発達障害の特殊性



- 健常発達の特長と、発達障害の特長を比較して知識として入れることで、健常者と自分の認知・行動特性について、まず知識として理解することを促す。
- 他者の考えや感情については、理屈から類推できるような教育をしてあげるのが理想的。

59

健常発達側の理解の必要性

自閉症スペクトラム症では、「皮肉が通じない」「行間が読めない」などの症状があり、あいまいな表現が通じにくい。

「なるべく早くやっておいてね。」と伝えても、どれぐらい早くやるべきなのか理解が難しい

「何時までに終わらせてください」と、数字を明示することが改善につながる

発達障害の当事者が「健常発達者と自分の違い」を理解するだけでなく、周囲も同じことを理解する必要がある。

60

許容の必要性

物事に決まったやり方、上品なやり方があると思っているのは、健常発達側の論理。こだわりすぎない。

変な姿勢で勉強する、貧乏ゆすりをしながら勉強する、歩きながら本を読む → 「勉強が進む」という**目的が達せられるなら、やり方は何でもよい**

やり方にこだわると、「こだわり対決」になってしまい、得することはまったくくない。

61

目立つ症状以外に

- 注意障害は、高次脳機能障害に伴う注意障害と何ら変わりはない。対策は同じ。
- 提示症例のように、認知機能の特性の偏りがある場合もある。
- 最低限の認知機能検査は行って、例えば耳から学問が有効であればそれを利用するなど、教育にも工夫が必要。認知機能の結果の解釈には、神経心理学的知識が不可欠。

62

障害への対策：基本方針

63

対策の考え方は共通

認知症、高次脳機能障害、発達障害は、それぞれの特徴もあるが、障害された脳部位に対応する能力の障害を認める、という点では同じ

- 下がった能力が何なのか？
- それは、日常生活・社会生活のどういった側面に影響を与えるのか。
- それを避けようとするれば、どう方法があるか。

精神論を振りかざさず、困りごとを未然に防ぐための**具体的方法を工夫することが肝要**

64

観察と情報収集

失敗しやすい場面

怒りっぽくなる場面 →

- うるさいガヤガヤしたところ
- 一度にいろいろ言われたとき
- 夕方疲れてきたとき
- 雨降りの日

忘れ物をする場面 →

- 普段とは違う用事があるとき
- 不安が強いとき

うまくいきやすい場面も情報収集することが肝要

65

避けるべき対応方法

失敗しやすいやり方 → 繰り返し失敗する

同じやり方でやると失敗する → **やり方を具体的に**変える必要がある****

「もっと注意して」「頑張って」やりましょう、では解決にならない。
抽象的な助言は意味がない。

66

障害への2つのアプローチ～負荷の軽減と代償手段～

- ① 低下した能力への負荷の軽減
- 環境の調整 → 注意障害がある場合、静かな部屋で作業をしてもらう
 - 対応の工夫 → 記憶障害がある場合、対応する介護職員をなるべく固定する
- ② 代償手段の活用
- 周りの人に覚えておいてもらいリマインドしてもらう
 - Google calendarなどのデバイスを利用する
 - 部屋のどこからでも見えるホワイトボードに予定を書く
 - ボイスメモ・写真

67

対策の仕方の違い

認知症ケア	高次脳機能障害ケア
少し進行してくると、対策の考案は、介助者が主体に。 理解力の低下があると、なかなか応用が利かない。 主体性は残しつつ、一方で周囲の理解と対応が大事。	失敗を振り返り、できれば ご本人と対策を一緒に考える 。 シンプルな対策で応用が利くようにしてあげる。 ご自身によるご自身の障害把握により、最終的には自分で対策が立てられるように指導していく。

68

構造化

一週間の過ごし方や、物事のやり方を決まりきった形にすること

- ① 覚える量を減らす
- ② 考える量を減らす
- ③ 臨機応変に対処しなくて済む

この方法は、認知機能障害がある方にとって、優しい方法

自由な時間は、**自由に使う時間を予定しておく**、という方法で対処が可能

69

まとめ<1>

- 病名としての認知症（現在は神経認知障害）では、脳損傷の原因を問わず、脳損傷によって能力が低下した状態を指す。
- 高次脳機能障害は本来行政用語であるため、すでに行政サービス（介護保険サービス）などがある認知症性疾患（病状が進行していくタイプの病気）は定義上除外されている。
- 発達障害という言葉も行政用語であり、病気としては自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能障害を含む。これらは、すでに療育手帳、児童相談所などのサービスがあり、高次脳機能障害の定義からは外されている。

70

まとめ<2>

- 発達障害、高次脳機能障害、認知症いずれにおいても、脳の障害部位によって、能力障害の特性が決まる。
- 発達障害は、そもそも健常発達児とゴールを達成するやり方が異なることがあり、それをうまく教育することが肝要。
- 高次脳機能障害では、脳損傷以前の自分を参照にしてみる（経験値がある）、という点で、発達障害患者より有利な側面もある（若年発症の社会参加は例外）。
- 認知症では、支援の側面が、基本的には日常生活をいかにうまく過ごせるか、という側面になる。

71

◎ 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

72

講義

ライフステージに応じた支援
小児期における支援

73

1. 小児高次脳機能障害の特徴

① 小児高次脳機能障害者の実態調査 (野村ら, 2019)

• 発症時年齢
中央値9.8歳

n = 196

74

• 原因疾患

外傷性脳損傷が最も多く、次いで脳血管障害、脳炎・脳症、脳腫瘍、低酸素脳症の順。

原因は多彩である。

脳炎・脳症は他の疾患よりも低年齢。

	外傷性脳損傷群	脳血管障害群	脳炎・脳症群	脳腫瘍群	低酸素脳症群
人数 (%)	109人 (55.6%)	35人 (17.9%)	27人 (13.8%)	17人 (8.7%)	8人 (4.1%)
脳損傷時年齢 (中央値)	10.6歳	10.5歳	5.1歳	10.3歳	7.1歳

野村ら (2019) より一部抜粋

75

• 高次脳機能障害の症状

(野村ら, 2019)

76

② 発達期に障害を負うということ

子どもは成長過程にあり、発達段階がある

↓

高次脳機能障害により、発達課題を乗り越えることがより一層難しい。不適応に陥りやすい。

➔ 障害特性に応じた支援が必要

77

社会復帰先は「学校」である。

成人に比し、社会復帰が早い。

同年齢の子どもたちの成長発達はどんどん進む。

学習内容は高度に、友人関係は複雑になる。

進級や進学により学校環境は変化する。

卒後の社会参加(就労)を目指していく。

↓

その子よりの改善や変化が見えにくく、自己肯定感が育ちにくい。

➔ 心理的サポートが必要

進級・進学により新たな環境への適応が求められる、支援者も変わっていく。

➔ 連携・協働による長期的な支援が必要

自己の障害理解を深め、対処行動を獲得し、環境調整が求められる。

➔ リハビリテーションや心理教育の提供

78

2. 症状と対応方法

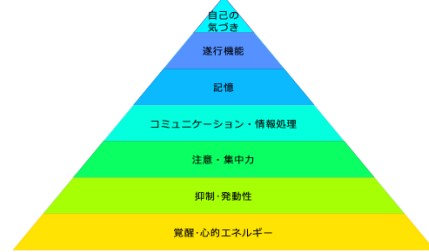
- 高次脳機能障害という観点から要因を考え、対応方法を検討
- 発達途上であることを考慮し、受傷発症前との違いについても情報収集
- 子ども本人の困り感や障害認識を確認
- 卒後の社会参加を見据えて継続的に支援

※発達障害の支援から応用できるものもある
 ※子どもの動機づけを高める工夫をプラス

79

神経心理ピラミッド

Yehuda Ben-Yishay, 大橋正洋 監修, 立神純子 著 (2010) より改変



80

① 注意障害

- 集中が続かず、ぼんやりすることがある
- 2つのことを同時にやるのが難しい
- 聴こえた音や見えた物に逸れやすい
- 人の話を最後まで聞けない
- うっかりミスが多い



81

注意障害の対応

- 注意を引き付けてから伝える
- 用件は1つずつ伝え、確認する
- やるべきところを具体的に伝える
- やり方の順番や予定を示し、見通しを持ち取り組み続けやすくする
- 指さし、見直しなどの代償行動を促す
- 耳・目から入る刺激を少なくする（環境調整）



82

② 記憶障害

- 同じことを何度もたずねる
- 忘れ物や失くし物が多い
- 先生や友人の名前が覚えられない
- 授業や活動の内容を思い出すことが難しい
- 約束を忘れる



※印象に残ることは憶えていることが多い
 ※発達障害の支援からは応用しにくい

83

記憶障害の対応

- 代償手段の活用
 予定・出来事を確認できる手段の獲得を支援
 例) 学校の連絡帳、自宅のカレンダー、市販の手帳、スマホ・タブレットのスケジュールアプリ、カメラで撮影など...
- 環境調整
 手がかりを視覚化する
 物の保管場所や実施手順を一定にする
- 学習方法の工夫
 語呂合わせ、合体漢字など印象深く覚える工夫を



84

③ 遂行機能障害

- ・指示しないと行動できない
- ・学校の支度や部屋の整理整頓が一人ではできない
- ・思いついたことをやり出し、行き当たりばったりの行動が多い
- ・すぐにあきらめてしまい試行錯誤できない



85

遂行機能障害の対応

- ・前もってやり方を伝える
- ・優先順位をつけてあげる
- ・できることから少しずつ手順を増やしていく
- ・手順書を渡してそれを見ながらやってもらう
- ・困った時の対処行動を決めておく



86

④ 社会的行動障害

- ・依存性・退行
甘える、自分ではやろうとしない、やってもらいたがる
- ・感情コントロールの低下
すぐ怒る・キレる・泣く・暴言をはく、ふざける
- ・対人技能拙劣
協調性が乏しい、相手の気持ちが読めない
- ・固執性
こだわり、変更されると混乱する
- ・意欲や発動性の低下
やる気が出ない、ぼんやりしている、興味を示さない



87

社会的行動障害の対応

- ・依存性・退行、意欲・発動性の低下
集団活動への参加を促す
日課や役割を作って促す
まずは一緒にやり、次第に一人でやることを増やす
- ・固執性
メリット・デメリットを伝えて修正を促す
- ・対人技能拙劣
本人と相手の思いを具体化する、SST (Social Skills Training) を活用



88

社会的行動障害の対応

- ・感情コントロール低下
原因を見つけて減らす・取り除く（環境調整）
場所を変えてクールダウン or 許容できる方法で発散
アンガーマネジメントの手法で対処行動を学ぶ
- ★アンガーマネジメントとは…
怒りや悲しみ、不安などの混沌とした否定的感情に気づき、適切に表現したり、
問題解決ができるようになることを目指すもの。
- ※思春期ではより一層対応に難渋することがある
※原因は多角的に検討し、
小さな変化を大きく肯定的にフィードバック



89

⑤ 神経疲労（易疲労性）

- ・脳の疲れにより、できる時とできない時のムラが生じる
- ・疲労のサインを見つけよう
・ぼーっとなる、姿勢が崩れる、あくびをする
・そわそわする、おしゃべりが止まらない



90

神経疲労(易疲労性) への対応

- ・疲れのサイン → 休憩を取る
ストレッチ, 手を止めて少し休む,
深呼吸をする, 水分を摂る, トイレに行く,
保健室で休む, 自宅でゆっくり寝る
- ・疲れた時に休む = 充電
※はじめは支援者の誘導 → 自発的な対応へ



91

3. 復学支援 (学校との連携)



※復学や進学の時、できれば各学期や年度毎にも、学校生活への適応状況や支援の必要性を確認・検討しましょう。

92

・復学

大半は**受傷発症前に在籍していた学校への復学を望む**
身体障害, ADL, 言語機能, 認知機能などの状態に応じて, 適した
学校環境を選択する。その中で子どもの能力を引き出す手立てを用
意する。

※ 合理的配慮 (障害者差別解消法 H28/4月~)

障害のある児童生徒等に対する教育を小・中学校等で行う場合には、「合理的
配慮」として以下のことが考えられる。

- (ア) 教員, 支援員等の確保
- (イ) 施設・設備の整備
- (ウ) 個別的教育支援計画や個別の指導計画に対応した柔軟な教育課程の編成や教材等の配慮

93

・試験登校

本格的な復学の前に慣らし登校をする。
公的な制度や仕組みはなく, 学校と調整が必要。
子どもや親の安心につながる。
受け入れる学校や友人は心構えや準備ができる。

・関係者会議

復学時, 進級や進学時, 学校不適応の時, 就労に向けた支援が
必要な時, などに実施。
受傷からの経過, 障害や症状と対応方法や配慮事項を共有し,
課題について協議する。

94

・教育資源に関する情報提供

経過の中で, 特別支援学級や通級指導教室の利用, 特別支援学校や
サポート校への転校など, 利用可能な教育資源や相談機関の情報を
提供。

※参考資料

全国特別支援学校病弱教育校長会
「病気の子どもの理解のために - 高次脳機能障害 -」
http://www.zentoku.jp/dantai/jyaku/h25kouji_nou.pdf



95

4. 家族支援

子どもを支える家族 = 親 (保護者)
親は受傷・発症への複雑な思いを抱えている

障害を正しく理解し対応できるように → 家族指導

親の気持ちに寄り添い支援する → 心理的サポート

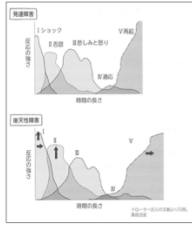
復学や就学, 進学, 特別支援教育の利用, 卒後の社会参加(就
労)などの相談が求められる

→ ライフステージに沿った情報提供や支援の提供

同じ境遇の仲間との出会い → ピアサポート, 家族会

96

家族の障害受容



栗原まな「よくわかる子どもの高次脳機能障害」より

・後天性脳損傷の子どもを持つ親の障害受容は、先天性障害の子どもを持つ親と同じ経過をたどる。反応の仕方がより強く、再発により長い時間を要する。

・池田ら（2009）
学前期の高次脳機能障害児の保護者調査
75名中29名が子どもが障害を持ったことに対し心の整理がつかない。

97

ピアサポートの活用



- ・家族会の意義（鈴木，2010）
当事者と家族は、互いに支え合う仲間に出会える。
会を支える専門職は、臨床上の視野を広げる上で有益である。
- ・小児高次脳機能障害の家族会 12か所（2020/11月時点 ※次頁）
- ・JT BIAキッズネットワーク（2013年9月～）
各地の小児高次脳機能障害の家族会と支援に携わる専門家の全国ネットワークが発足した。年1回の宿泊イベント、MLにより活動報告などの情報交換が行われている。

98

小児高次脳機能障害の家族会

都道府県	会の名称
北海道	NPO法人脳外傷友の会ニロポックル 学齢期親の会
埼玉	ハイリハキッズ埼玉
東京	ハイリハキッズ 高次脳機能障害の子どもを持つ家族の会
東京	ハイリハジュニア 中学生～大学生の高次脳機能障害当事者と家族の会
神奈川	アトム会の会 後天性脳損傷の子どもをもつ親の会
神奈川	川崎市高次脳機能障害の子どもを持つ家族の会エリターフrawー
愛知	NPO法人脳外傷友の会みずほ キッズプラス
富山	NPO法人脳外傷友の会高志 高志キッズ
福岡	NPO法人福岡・翼の会 つばさジュニア

他にも静岡，福井，長崎など増えつつあります

99

まとめ

- ・後天性脳損傷による高次脳機能障害の子どもたちは、成長・発達の途上であり、それぞれの発達課題と高次脳機能障害による課題を乗り越えていくことが求められる。
- ・卒後の社会参加に向けて、自己の障害認識を育み、必要な対処行動を獲得していけるように支援が必要である。
- ・保護者をサポートし、家庭・医療・教育・福祉の連携による、長期的な支援が重要である。

100

文献

- ・野村忠雄，太田令子，吉永勝訓，栗原まな，片桐伯真，武居光雄：小児高次脳機能障害者の実態調査。Jpn J Rehabil Med, 56, 908-920, 2019.
- ・Yehuda Ben-Yishay, 大橋 正洋監修, 立神 絆子 著：前頭葉機能不全 その先の戦略 Rusk通院プログラムと神経心理ピラミッド。医学書院，東京，2011.
- ・栗原まな：よくわかる 子どもの高次脳機能障害。クリエイツかもがわ，京都，p.54, 2012.
- ・池田理恵子，高橋智：学前期の高次脳機能障害児の困難・ニーズと支援に関する研究 -保護者調査から-。東京学芸大学紀要総合教育科学系，第60集，293-321, 2009.
- ・鈴木勉：高次脳機能障害児者の当事者・家族会活動への支援。コミュニケーション障害学，27, 38-42, 2010.

101

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

102

講義

ライフステージに応じた支援 長期経過とフォローアップ

103

ライフサイクルとは

乳児・幼児期 — 児童期 — 学童期・青年期 — 成年期 — 壮年期 — 高齢期
(0~3歳) (4~5歳) (6~11歳) (12~18歳)

課題
信頼・行動の制御→独立・限界探索→生存・技術のマスター→同一性・親密さ・孤立→目的・生産性→自覚の統合
(Erik Erikson 心理社会的発達段階)

「生涯発達：人間は誕生から死まで生涯をかけて発達する存在である」
それぞれの発達段階において乗り越えるべき発達課題があり、それが達成できない場合に心理学的な危機の状態に陥る。

脳損傷を受傷・発症した場合、高次脳機能障害によってそれぞれの発達段階における課題を達成することが更に困難となる。受傷・発症時の年齢相応の問題をかかえつづける。

104

ライフサイクルと高次脳機能障害

すべての年齢に共通して介入すべきこと

- ① 生活の安定 (生活リズム・睡眠・食事・日中の活動性)
- ② 記憶・注意・遂行機能障害に対する介入
- ③ 社会的行動障害に対する介入
- ④ 環境 (学校・職場・家族) に対する介入

- ・ 脳損傷 (高次脳機能障害) によって社会的交流の機会が減少する。
- ・ 社会性を獲得する機会を損失することで、社会性が発達しにくい。
- ・ 受傷・発症時の年齢相応の問題をかかえつづけるために、長期的な介入が必要である。

105

ライフサイクルをとらえてみた高次脳機能障害

乳児・幼児期 — 児童期 — 学童期・青年期 — 成年期 — 壮年期 — 高齢期
(0~3歳) (4~5歳) (6~11歳) (12~18歳)
(Erik Erikson 心理社会的発達段階) (WHO高齢者65歳以上)

脳損傷が生じたそれぞれのライフサイクルの段階で乗り越えるべき発達の課題を考えた対応する

- ・ 児童期・学童期では、成長・発達の間であるもの集団 (学校生活) を支える
- ・ 小学校低学年 (学童期)：発達の課題：生存し適応するために必要な技術をマスターする
注意障害・ワーキングメモリの低下、情動制御困難による生活障害への支援
- ・ 青年期では、思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行う
- ・ 中学生：自我同一性の確立が困難 (自分が何者かという自問に対する肯定的な回答を持っていない)
内面の安定と連続性を保ち、よいモデルを示す。正のフィードバックを行う
記憶、注意障害に対する学習支援を行う
特別支援学校への進取についての心理的支援、学習と並行して就労体験などを取り入れる
- ・ 成年期では就労を目標とする
- ・ 壮年期・高齢期：機能低下を早期に発見し、支援体制を強化する

106

青年期 (中学生・高校生) では、 思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行う

10歳 (小学4年生) 受傷したびまん性軸索損傷の (10年経過) 20歳就労に至るまで

小学生 (10歳時) 受傷 → 小学4年 → 初学 中学3年 → 高校3年 → 20歳

公立一校校 サポート校 障害手帳 (障害者雇用枠)

小学生 中学生 高校生 就労移行支援 就労

周囲の配慮で卒業 動作緩慢 ぼーっとしている 思考が遅い

サポート校 気の合う友人もいる 気持ちは楽になる 動作は遅い、聞きそびれてしまうことあり

就労準備 情報量が多くなったり複数の同時処理に困難をきたしたため、集中的に訓練を行った

青年期 (中学生) への対応
・ 注意障害に加えて記憶障害に対する学習支援、学校・家族への支援を行う

思春期：自我同一性
・ 支援学校への進学に対する心理的支援
・ 環境が変わることで適応できず、孤立する

青年期 (高校生以上)：就労にむけた準備
・ 積極的な作業を就労に結び付けて就労移行支援や職業訓練への導入をはかる

内面の安定と連続性を保つ。正のフィードバックを行う

スーパーでの品出し

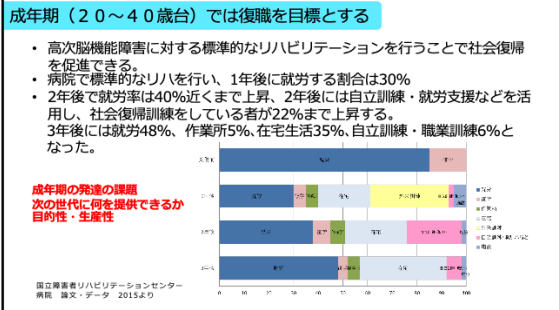
107

就学期の高次脳機能障害の特徴と対応

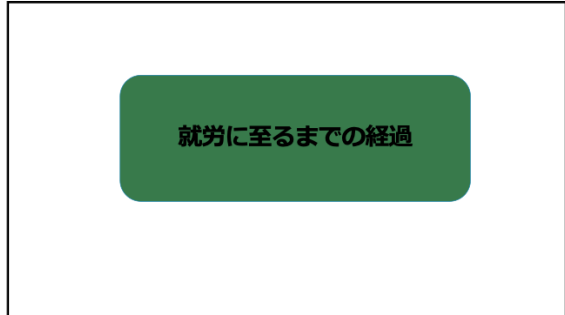
復学から就労にどのようにつなげていくか

- ・ 就学期の高次脳機能障害の記憶・注意・遂行機能障害は回復とともに変化する。
- ・ 心理的発達に応じた対応、家族や学校への説明を同時に必要とする。
- ・ 受前前に属していた集団環境に戻ること (小・中・高校生)、信頼できる友人関係を維持できる環境が望ましい。
- ・ そのため、回復期リハからの復学率は80%と高いが、その後の進学・就労において多くの支援を必要とする。
- ・ 環境がわかることで (進学・就労など)、残存する認知機能障害が軽度であっても (新しいことを覚えられない、複数のことが同時処理できない) など適応障害を起こすことが多い。
- ・ 特に大学18歳以上では、そのために集団の中で孤立し、うつ状態が強くなることもある。
- ・ 学校生活が続けられない、仕事がつまなくてできないことから、障害種での就労や訓練を希望し、申請希望が出される。(精神障害手帳申請者は1/10終了時は2名 (3.3%) だが、追跡調査時点では17名 (28.3%) に増加していた。)
- ・ 問題が生じた段階で、医学的再評価、短期間訓練対応、生活訓練課程での就労準備性に対する訓練、職業リハなど、適切な支援を行う・導入することが、社会参加につながる可能性がある。

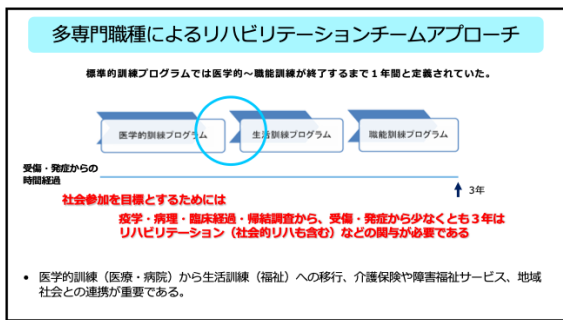
108



109



110



111

就労に至るまでの外傷性脳損傷患者の受傷から3年間の経過

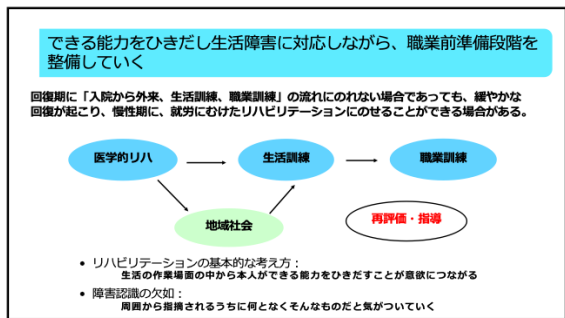
	開始時	1年後	1年後 再評価	3年後	3年後 再評価
典型例 32歳男 外傷性脳損傷 (DAI)	受傷から3カ月 入院リハ実施 標準的訓練・代償手段の活用 WAS-III VIQ81 PIQ86 IQ82 言語理解96、知覚統合93 行動記憶74、処理速度72	病院外来リハ 就労にむけた訓練 環境調整 WAS-III VIQ114 PIQ118 IQ122 言語理解118、知覚統合123 行動記憶107、処理速度102 認知機能全般に改善した	就業会社から 就労 (現職)	職場内配置転換	就労 (一社特 継続)
未診断・未治療例 41歳男 外傷性脳損傷 (高前頭葉)	受傷から1年目に 受診 リハの入られていない 経歴。ホームページをリー ド下、適切に紹介されてい ない WAS-III VIQ81 PIQ89 IQ67 言語理解92、知覚統合61 行動記憶62、処理速度54	病院外来リハ 標準的訓練・代償手段の活用 WAS-III VIQ98 PIQ98 IQ98 言語理解92、知覚統合101 行動記憶96、処理速度81 認知機能全般に改善した (受傷から4年、訓練 開始から3年)	就労移行 支援 の利用	就業支援、職業リハ リハビリテーションを活用し、 障害を前用件で新規就労と なった。 WAS-III VIQ98 PIQ98 IQ98 言語理解92、知覚統合101 行動記憶96、処理速度81 認知機能全般に改善した (受傷から4年、訓練 開始から3年)	就労 (障害者雇 用種)

112

就労に至るまでの低酸素血症者の発症から3年間の経過

	開始時	1年後	1年後 再評価	3年後	3年後 再評価
低酸素血症 41歳男	発症から5ヶ月で入院 リハを開始 記憶障害に対する代償手段・ 注意機能全般の向上をはかる認知 訓練 WAS-III VIQ 65 PIQ 51 IQ 56 言語理解73、知覚統合55 行動記 憶52、処理速度 65 RBMT 標準 4xスクリーニング 1 FAB 16/18	病院入院リハから外来 リハへの移行をはかった 認知機能全般の改善、前頭葉機能の 向上 WAS-III VIQ 71 PIQ 68 IQ 68 言語理解72、知覚統合77 行動記憶 69、処理速度78 RBMT 標準 9 スクリーニング 3 FAB 18/18	心障害 福祉セン ター入所	地域生活支援センターでの作 業を経て、雇用の障害軽減作 業から就業会社へ就労。	就労 (障害者雇 用種)
一酸化炭素中毒 27歳女	発症から7ヶ月で入院 リハを開始 記憶障害が顕著であったが、認知 機能や前頭葉機能は保たれていた WAS-III VIQ 71 PIQ 59 IQ 63 言語理解76、知覚統合61 行動記 憶52、処理速度54 RBMT 標準 2xスクリーニング 0 FAB 16/18	発症から1年6ヶ月 病院入院リハから外来 通院リハ グループ訓練の導入	外来リハ 継続中	発症から2年6ヶ月 生活訓練～移行 就労準備生活訓練の中で実施した 記憶障害の軽減は明らかだが、注意 ・前頭葉機能の向上はした WAS-III VIQ 80 PIQ 71 IQ 73 言語理解82、知覚統合72 行動記憶72 RBMT 標準 2 スクリーニング 0 FAB 18/18	就労 (障害者雇 用種)


113



114

長期的な視点で就労を支援する

- 脳損傷の回復の神経基盤が緩やかな場合がある。
頭部外傷(びまん性軸索損傷)・低酸素脳症など
- 回復に見合った対応が必要である。
標準的な医学的リハビリテーションから、社会的リハビリテーション(生活訓練・就労移行支援・職業リハビリテーション)を利用して就労に至るまでに時間を要する(発症から3年程度)ことが多い。
- 現職復帰をしても高次脳機能障害のために適応できず、配置転換・職場変更となる場合がある。
- 患者本人が、障害者雇用枠での就労や就労継続支援など現状を心理的に受け入れていくには時間がかかる。
→ **長期的フォローが必要**



115

壮年期・高齢期では、機能低下を早期に発見し、介護体制の強化をはかる

50歳台発症 前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血

記憶障害が重度だが、在宅生活を送ることができていた。
発症から5年後にてんかん重積発作を起こし、認知機能が全般的に低下し、認知症に移行した。

37才発症	47才発症	57才発症
発症原因: 大脳動脈瘤破裂	発症原因: 脳動脈硬化	発症原因: 脳動脈硬化
発症時期: 20代前半	発症時期: 40代後半	発症時期: 50代後半
経過: 記憶障害が軽度で、日常生活はほぼ正常	経過: 記憶障害が中等度で、日常生活に支障あり	経過: 記憶障害が重度で、日常生活に著しい支障あり
転帰: 認知機能がほぼ正常に回復	転帰: 認知機能が中等度で安定	転帰: 認知機能が重度で進行

発達の課題: 自らの統合 自らの人生に満足しているか

介護保険のサービス(暫くは)障害者福祉の枠組みで介護を受けました (精神1級)

→ **高次脳機能障害** → **認知症**

家族の介護負担度が大きくなった。支援体制の強化・家族支援が必要である。

116

神経心理学的検査

	X年	X+5年
WAIS-III VIQ	54	54
PIQ	54	54
IQ	50	50
言語理解	54	54
知識統合	60	60
作動記憶	50	50
処理速度	スケールアウト	スケールアウト

X年では、失用性障害あり、時間の流れが遅い。5~10分間のエピソードも想起できない。繰り返して聞かせる必要を有するようになるまで目撃した。

X+5年では、WAIS-IIIの得点も得点できない。

	X+5年
田中ビネー検査	生活年齢 (CA) 55歳11ヶ月 (修正生活年齢 18歳4ヶ月)
	精神年齢 (MA) 2歳3ヶ月
	IQ 12 (基礎年齢1歳)
	言語性 1~2歳級が上げ、4歳級で全問不合格
	円・三角・ひし形模写や打数表又は6歳級まで正答

標準プロフィール0 スクリーニング0

117

重度失語症検査 Part-III - 評価領域別パーセンタイル値プロフィール

X年では呼称、単語理解ともに優れていた。
言語機能の低下を認められたためX+5年に重度失語症検査を行った。

くも膜下出血後に進行性失語を呈し、認知症に移行した症例

評価領域	パーセンタイル
構文理解	10
読みの理解	10
読解・理解	10
音読	10
発話	10
聴解	10
書字	10
数・時計の理解	10

復習は保たれ自話も可能。流暢な発話を呈していた。
しかし重度の物品呼称の障害・単語理解の障害、対象物に対する知識の障害を認めた。
著しい意味理解の障害、失行も加わり、障害手帳は1級・介護保険要介護5となった。

118

高次脳機能障害 DSM-V 神経認知障害群 (Neurocognitive Disorders)

DSM-V 精神疾患の診断・統計マニュアル

- せん妄 意識混濁、注意・思考・感情・行動のあらゆる面を損なう
- 認知症 認知の問題が長期間持続、安定して意識の混濁はない
- アルツハイマー病による認知症
- 血管性認知症
- 外傷性脳損傷による認知症
- パーキンソン病による認知症
- レビー小体型認知症
- HIV感染による認知症
- 前頭側頭型による認知症
- ハンチントン病による認知症
- プリオン病による認知症
- アルコール誘発性
- 他の物質誘発性
- 軽度認知症: 軽度の認知機能障害はあるものの、まだ自立性が損なわれたり、日常的な作業ができないほどではない状態

DSM-V 米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル

血管障害や頭部外傷後に認知の問題が持続する場合は、神経認知障害群の中の認知症に分類される。

119

認知症とは

脳の神経細胞が徐々に壊れてなくなっていく進行性の疾患

- 変性疾患 (アルツハイマー型・レビー小体型)
- 脳血管性認知症
- 若年性認知症 (前頭側頭型認知症)

WHO ICD-10 (国際疾病分類第10版)
アルツハイマー型認知症 血管性認知症 ほかに分類されるその他の認知症

高次脳機能障害とどう違うのか

- 障害された能力と保たれている能力がある。
- 高次脳機能障害は発症時期が明確、知能が低下することは少ない、回復することがあるが認知症では症状が徐々に進行する。

高次脳機能障害から認知症への移行

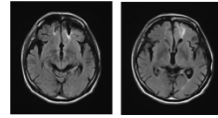
- 頭部外傷や脳血管障害後に認知機能低下が生じるリスクは健常者に比べて高い。
- 5~10年の経過で症状の進行がある。高次脳機能障害のリハビリテーションを行って、社会参加に至った症例でも認知症に至る場合がある。白質病変や脳萎縮などの予備病やてんかん発作と関連する。記憶障害がある場合でも早期発見し、地域包括ケアシステムに導入することが望ましい。

120

受傷・発症から10年経過した症例の現状と支援サービス利用状況

121

事例① 介護保険も障害福祉もサービスを使わずに在宅生活を継続できている



74歳（受傷から10年）両側前頭葉脳挫傷

知的機能は向上しているが、記憶力低下あり

三宅式記憶検査	受傷後	10年後
有関連	7-8-9	5-6-4
無関連	1-3-4	0-0-0

RBMT	受傷後	10年後
標準	18	8
スクリーニング	8	1

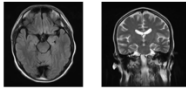
	受傷後	10年後
VIQ	81	95
PIQ	83	88
IQ	80	91
言語理解	84	95
知覚統合	87	93
作動記憶	85	88
処理速度	75	94

日中は畑仕事・食事の準備や買い物はできる
単身だが友人や娘が見守りをしている
予附せぬことに対応できない、記憶力低下が思い込み、つじつまのあわない言動につながる

記憶力低下による生活障害があるが、知的機能が維持されているため、本人・家族ともにサービス（介護保険や障害福祉サービスの介護給付である「居宅介護」）の利用を望まない。

122

事例② 在宅生活を送っているが通所に困難あり、活動量や発動性が低下している



60歳 ヘルペス脳炎（発症から10年）障害手帳2級 介護保険は65歳まで申請できない

三宅式記憶検査	受傷後	10年後
有関連	5-6-4	1-1-3
無関連	0-1-1	0-0-0

RBMT	受傷後	10年後
標準	12	13
スクリーニング	5	5

	受傷後	10年後
VIQ	82	91
PIQ	94	106
IQ	86	97
言語理解	64	80
知覚統合	103	114
作動記憶	109	117
処理速度	78	84

記憶障害は残存するが、注意機能や視覚認知が向上したため、作業系の通所施設の利用を検討したが、

就労継続Bに通所できない。
記憶障害のため、単独での移動が困難。
体調の波があり、発動性低下している。

障害福祉サービスの介護給付である「居宅介護」、「行動援護」や地域生活支援事業の「移動支援」を導入し、活動の場をふやすことで、発動性の向上につながる場合がある。

123

まとめ

ライフサイクルと高次脳機能障害

受傷・発症時の年齢相応の発達の課題をかかえつづけるために、進学・就労において長期的なフォローが必要である。ライフサイクルの段階で求められる課題にもむきあいながら対応することがぞましい。

- ・ 児童期・学童期では、成長・発達の間でもあるもの集団（学校生活）を支えること
- ・ 青年期では、思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行うこと
- ・ 成年期では就労を目標とすること
回復の神経基盤に合わせて長期的な視点で対応することが望ましい。
- ・ 壮年期・高齢期では機能低下を早期に発見し、支援体制を強化すること

高次脳機能障害から認知症に移行した場合介護度の見直しが必要。
発動性向上につながるサービス導入の工夫が必要。

124

講義

多職種連携・地域連携

チームアプローチの重要性
一地域で支える仕組み作り

125

126

チームアプローチがなぜ必要か？

- ① 生活を支えるために
- ② 多領域にまたがる支援
- ③ 環境によって左右されやすく
関わる人によって見立てがちぐはぐに

127

①生活を支えるために

128

②多領域にまたがる支援

129

③環境による影響

環境(刺激)に行動が影響されやすい。

➡ 「どのような環境・工夫・声掛け」が本人にとって能力を
発揮しやすいかを支援者が検討することが重要。

130

情報共有

- 関わる人によって違うことを伝えると混乱する可能性が高くなる
- この人は要求をのんでくれる、この人は厳しいなどの対応の違いがあると、周囲によって当事者の行動が助長されることもある
- 特に社会的行動障害があるとその場その場の対応になりやすく、当事者のニーズや目標が見えにくくなりやすい

↓

関わる人たちが当事者の状態や支援の状況を共有しておくことが、環境調整となったり、ニーズや目標を確認しながら支援することで本人・ご家族のよりよい生活につながる

131

高次脳機能障害におけるチーム支援の意義とは？

- ①～③の理由から重層的に関わる必要がある。
- ご家族も「急な事故や病気による障害」によってショックを受けサポートが必要
また、家族が病気を抱えている場合や未成年者がいる場合もあり、
家族全体の生活を支える仕組みが必要になることもある。

➡ 全体をコーディネート、当事者の支援や家族のサポート
などの役割分担

132

支援チームを作る時に

支援のコーディネートをする機関を中心に声をかける

- 例えば障害福祉の場合
行政(障害福祉課)や委託(一般)相談を担っている生活支援センター
(どのような支援機関に関わってもらったらいいかわからない時には
基幹相談支援センターに相談する場合も)

当事者を中心に支援チームを組み立てる場合と当事者ご家族の
支援チームを作る場合も

- 一家として課題がある場合(老老介護、虐待、DV、ヤングケアラーなど)
は当事者の支援者、家族の支援者それぞれを担う機関に声をかけ、一家に
とって必要な支援を一緒に考える。

133

チームの発展過程

- | | |
|------------|----------------------|
| ① 知り合いになる | 冷静な交流、目的は不一致 |
| ② 試行と失敗 | ベア形成、境界のあいまいさ、疑惑 |
| ③ 全体的な優柔不断 | 葛藤を避けた平衡、士気の低下 |
| ④ 危機 | 露呈、リーダー出現、感情表出 |
| ⑤ 解決 | コミュニケーション、リーダーシップの共有 |
| ⑥ チームの維持 | 課題の共有、相互関係成立、柔軟性 |

野中猛(2014)「多職種連携の技術」

134

支援を行うにあたって気を付けたいこと

サービス(支援機関や場所)につなげたら、
支援チームができるわけではない

- 当事者・家族のニーズは形になるまでに時間がかかることが多い。
- 地域につないだとしても試行錯誤しながら工夫を検討すること
になるため生活が安定するまでに時間がかかることが多い。

支援チームに伴走する

- ライフサイクルの変化や進学・就労・異動・家族形態の変化など
環境が変わることによって、状態の変化が起きやすいため長
期間のフォローが必要となる。

その時々でどう工夫や対応が生活の安定につながるかの検討

135

「家族との連携」と「家族支援」

- 訪問しているとあるご家族の言葉
「主治医の先生も支援者さんも本人の支援者さんだから、家族として
自分の気持ちや困っていることを話しくいんです」

- 全国精神保健福祉社会連合会(精神障害者家族会の全国団体) ホーム
ページより

「家族支援が重要視されるようになってきましたが、現在の家族支援
は『支援者としての家族』に対する支援が中心です。しかし、**私たち
自身も地域で“普通に暮らす”ために支援を必要としているのです**」

→ 家族に「支援者としての行動を依頼している部分」と
「家族のケアとして必要なサポート」を意識して考える。

136

家族と支援者の起こりやすいすれ違い

- ご家族
- 自分なりにがんばってるのに「できてない」と言
われてる気がする…
 - 私だってつらいのに…
 - 相談したいけど、また否
定されたら嫌だな…



- 支援者
- ご本人にとってこう対応
する方がいいのに…
 - サービスで何でもできる
わけじゃない…

支援者との関わりを継続し
にくい状況になりやすい

「家族の理解がない」
との見方になりやすい

137

支援を継続するために

- 記憶障害や社会的行動障害などの状態によって、「同じことが繰り返
返される」場合が多い。
- 同じことが繰り返されることによって、家族と同様に支援者も燃え
尽きてしまうこともある。

◎学習性無力感

長期間、回避不能な嫌悪刺激にさらされ続けると、その刺激から逃れ
ようとする自発的な行動が起こらなくなる。

⇒ 無気力状態は学習されるものもあり、「何をやっても変えられな
い」という感覚が続くと、誰でもやる気を持つことが難しくなる。

→ 支援チームで「小さな変化」や「できていること」を共有する。
支援者のメンタルヘルス対策も大切。

138

地域における支援の仕組み

受理由・年齢によって、利用できるサービスが違い複雑

当事者のニーズと利用できるサービスの組み合わせを工夫して支援チーム作りが必要

- ・頭部外傷(交通事故、転倒、転落等)やその他脳の病気(脳炎や脳腫瘍等)の場合
 受傷時、65歳未満 → 障害福祉サービス
 65歳以上 → 介護保険
- ・脳血管障害(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)の場合
 発症時、40歳未満 → 障害福祉サービス
 40歳以上65歳未満 → 介護保険が優先(第2号被保険者)
 65歳以上 → 介護保険

○ 第2号被保険者は原則介護保険優先 → 介護保険にないサービス(就労系)は障害福祉サービスの併用が可能

○ 各都道府県や市町村によって、単独事業を実施している場合があるため、それぞれの自治体の障害福祉課や相談支援事業所等に確認を!

139

ご清聴ありがとうございました。



140

講義

多職種連携・地域連携

家族(きょうだい)支援・当事者家族会の活動

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

141

今日の家族機能

- ・多くの機能が外部化されたが、残された機能は「ケア機能」

一手段的側面一 ・面倒を見る ・世話をする	一情緒的機能一 ・思いやる ・気遣う
-----------------------------	--------------------------


➡ この機能は、とりわけ障害者の家族により強く求められている。

(植井、2004)

142

従来の家族の機能

- ①性的機能あるいは生殖機能
- ②社会化機能あるいは教育的機能
- ③経済機能
- ④情緒安定機能
- ⑤保護的機能



143

今日の家族機能

- ・多くの機能が外部化されたが、残された機能は「ケア機能」

一手段的側面一 ・面倒を見る ・世話をする	一情緒的機能一 ・思いやる ・気遣う
-----------------------------	--------------------------

➡ この機能は、とりわけ障害者の家族により強く求められている。

(植井、2004)

144

ケアを求められる障害者の家族

- 障害者の一般の暮らしは、法律や制度に残る「家族扶養・介護」が大前提であるという考えから「親」（家族）依存と「本人の我慢」で成り立っている（きょうれん、2012）。
- 家族自らが社会規範や家族規範を内在化し、家族介護を所与のものとして考えがちである（得津、2017）

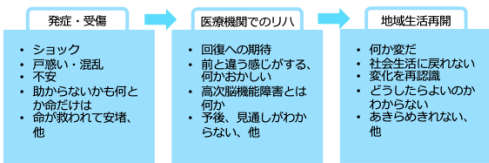
145

高次脳機能障害者とその家族の経験

- 高次脳機能障害は、中途障害である。ある日の突然の疾病や事故などにより脳に障害を負うことにより、その後遺症として高次脳機能障害が起こる。その日を境に、当事者、そして、ご家族はそれまでの日常が失われることになる。
- 高次脳機能障害の見えにくさ、症状を理解することの難しさ、そして対応の遅れが、当事者、そして、家族の生活のしづらさ、生きづらさを増大させてきた。
- 高次脳機能障害は、家族はもちろん、当事者にとって、社会生活の中で起きるさまざまな困難は、予想外の出来事であり、混乱をもたらすことになる。いかにそこから回復できるようになるのか。

146

発症からの経過と家族の困難



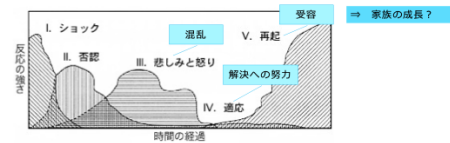
長時間にわたる喪失・葛藤などのストレス、安定と変化の繰り返し

家族内役割や関係性の変化、ライフスタイルの変容が迫られる

147

家族の危機に直面した葛藤・感情反応

- 障害を持つ子どもの親の障害認識と受容の理論から
- ①障害受容の段階的モデル (Drotaretal.,1975)



障害受容の段階的モデル (中田,2007;1995 Drotaretal.,1975による) ※水色部分は青木加筆

「喪失」、それに伴う抑うつ → 「喪失」したものの固執を断念し、新たな関心・価値感・生き方の模索

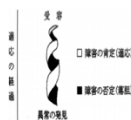
148

②慢性的悲哀説(Olshansky,1962)

悲しみは一過性ではなく、当事者の変化や生活上のさまざまな出来事によって繰り返される。悲哀は常に内在化している。何かの折に悲哀の感情が表面化してくるが、通常の生活は適応的であることが多い。

③らせん型モデル (中田, 1995)

段階説と慢性的悲哀説を統合。障害を肯定する気持ちと否定する気持ちが表裏に存在。表面的には落胆と適応の時期を繰り返すように見えているが、少しずつ受容の過程を進んでいく。



障害受容の螺旋型モデル (中田、1995)

- 適応、不適応を繰り返し経験しながら障害を受け入れていく紆余曲折の過程。
- 生涯を通じた支援が必要。

149

家族の抱えるストレス


- ①高次脳機能障害についてよくわからないこと
- ②当事者への対応の仕方がわからないこと
- ③経済的不安
- ④家族関係・役割の変化
- ⑤制度や医療・社会資源についてよくわからないこと
- ⑥受傷・発病前の当事者と比較してしまうこと
- ⑦孤立してしまうこと
- ⑧ライフステージ、ライフイベントにおいて新たな問題心配が発生し、終わりがみえないこと
- ⑨自分自身のケアが十分に保障されていないこと

◎ 家族が抱えている問題を一緒に考え、解決のためにできることを

150

家族支援の視点

- ・当事者理解のフィードバック
- ・具体的な関わりへの支援
 - 家庭生活の環境づくりへの支援
 - 適切な関わり方への支援
- ・必要とされる情報の提供
- ・家族の心理的安定を支える支援
 - 傾聴・気持ちに寄り添う
- ・孤立させない・つなげる



151

家族会の活動

○高次脳機能障害は、当事者も家族も経験してはじめてこの障害を知るという場合が多い。何が起こったのかわからず、孤立し不安な時は、支援機関につながることももちろん大切だが、それと同時に同じ経験をした家族が体験や気持ちを共有できる家族会が心理的支えになる。

○家族会では、家族間の交流、相談、体験を話したり、自分たちが家庭で行っている支援のアイデアを共有したり、社会資源、福祉制度についての勉強会、情報収集、研修活動を行っている。

152

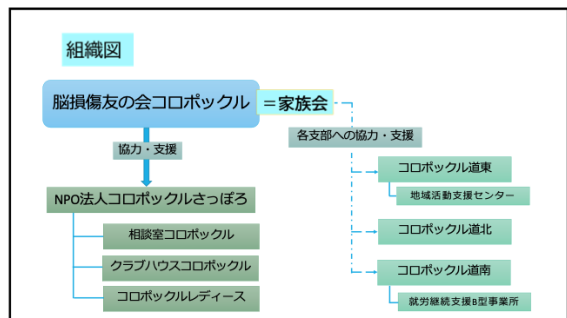
家族会の活動の実際

○脳損傷友の会コロポックル（札幌市）

1999年2月に札幌で設立された家族会。交通事故により脳を損傷し、後遺症を持った子どもの親たちが立ち上げた。その一ヶ月後には、日本で初めての脳損傷者を対象とした作業所を設立。

- ・交流会や会報などを通して会員相互の交流や情報交換を行うとともに、例会、講演会なども通して、高次脳機能障害に対する知識や社会福祉サービスなどの学ぶ機会を提供している。
- ・全国組織「日本高次脳機能障害友の会」の一員として、全国ネットワークの中で脳外傷・高次脳機能障害の実態を訴え、支援体制の確立を訴えるなど活発な活動を行っている。

153



154

脳損傷友の会コロポックルの活動

- ・例会 2ヶ月に1回
高次脳機能障害の知識・制度などの学習の場、家族交流の場
過去のテーマ (9) : 「高次脳機能障害と自動車運転」・「市民見聞人によるサポート」・「当事者・家族交流会」
- ・ポロミナ (妻の会) 2ヶ月に1回
- ・学齢期親の会 & ジュニアの会 各数回
- ・相談会 年2回
- ・相談業務 随時
- ・役員会 毎月1回
- ・会報発行 年3回
- ・その他、日本高次脳機能障害友の会活動参加、講演会の実施、行政との交渉など




155

ポロミナ (妻の会) の中では

- ・「ポロミナは、定期的集まって日頃のことや困っていることを自由に話し合うスタイルで活動しています。大事にしているのは、悩んでいる人の話をじっくり聞くこと、そして、困っているエピソードを皆で考えることです。そのなかで、誰かの発言が誰かの役に立つことがあり、同時に話しながら自分のことを振り返る時間になっています。」
- ・「ここにきてやっとわかってもらえた」
- ・「同じ経験をしている人の話は役に立つ」
- ・「経験した家族の話聞くことで、その後の生活をイメージしやすくなる」
- ・(家族を支援することを通して) 「自分を振り返り初心に戻って、いま一度、本人と向き合う機会になっています」

— 私の夫は高次脳機能障害です (奥宮 00、2020) から抜粋 —

156

家族が家族を支えケアする＝ピアサポート

- ・ピア・サポーターの特徴
 - －純粋に仲間
 - －お互いに貴重な経験を持つ存在
 - －素人と専門職の中間的立場 専門家からの援助で足りない部分を補う
 - －ピア同志で向き合う・わかちあうことで、互いにエンパワーされる
- ・ピアサポートの実践
 - －日常的な言葉で語り合う・聴きあう。お互いにしわからない苦しみや生きづらさを共有することで、不安や孤独を和らげ、共に生きるつながりや支えあう関係性ができる。
 - －相互支援の存在であることに気づき、自己肯定感、自分らしい生活の再構築につながる。

(柳川, 2022)

157

きょうだい児の問題

- ・きょうだい児には親とは異なる心理社会的な問題を抱えていることが多いが、支援体制が整っていない。
- ・きょうだいの関係性は個々の発達や適応に直接的、間接的にも影響を及ぼす。
 - －障害のある子どもが起こす問題に親は緊急に対応せざるを得ないので、親はきょうだい児の意思や気持ち、対応をないがしろにせざるえないことしばしば。サポートしてもらえない
 - －自立を早められる
 - －従順な態度で親に接し協力することが求められる
 - －きょうだいとしての責任感
 - －支援の場とのつながりが薄い



158

きょうだい児の抱える心理的な問題 (柳澤, 2007, 他)

孤独感	障害のある子に親が世話をする時間が多くなる 親の注意が障害のある子に向けられ、自分に関心を持ってもらえない
罪悪感	親の愛情を障害のある子と張り合ってしまったことへの後悔 障害のあるきょうだいを貶すかしく感じることに對する葛藤
憤りや不満	障害のあるきょうだいの世話や家事を課されること 自分自身の時間を取られ、束縛されること
親との葛藤	親からの過剰な期待に対するプレッシャー 親の役割を代行することを求められること
社会性や情緒の発達への影響	障害のあるきょうだいの世話で社会経験が少なくなる きょうだいの役割逆転による不適応
羞恥や困惑	周囲からの好奇心や無理解にさらされる不愉快 障害のあるきょうだいの行動に常に注意を払うことによる疲弊
ライフコース選択時における葛藤	自分自身の人生を歩むことへのためらい 家族のケアを重視する文化、保護者的役割を求められることへのつらさ

159

子どもが子どもらしく育つことができない「アダルトチルドレン」5つのタイプ (吉川, 2008)

ヒーロー	優等生であり家族の誇りとなるような行動をとることで自分の存在価値を得ようと頑張るタイプであり、疲れていても休めない、完璧にできない自分を責める
身代わり	家で学校でも何かとトラブルを起こすことで、家族の中にある葛藤や緊張から目をそらさせる役割をしているタイプであり、内面にある寂しさやつらさを誰にも言えずに行動にあらず傾向がある
いなくなった子	ほめられるわけでも問題を起こすわけでもなく、目立たず存在を忘れられたかのようにしているタイプで、目立たずいることで自分が傷つくことから身を守っているものの、孤独感を強める傾向がある
道化師	おどけた態度やしぐさで家族の緊張を和らげ、場を和ませる役割をするタイプで、自分の辛さをはっきり言葉にすることができないという傾向がある
世話役	小さい時から親の面倒をみたり、愚痴や相談を聞いたりとカウンセラーのような役割を果たし、障害のあるきょうだいの保護者役になったりするタイプで、自分のことはいつも後回しにしているため自分の感情やしたいことがわからなくなる傾向がある

子どもが一人の子どものように扱われる場、気持ちを受け止める場を。

160

ケアラーとしての家族

◎ヤングケアラー

家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、18歳未満の子どものこと、ケアが必要な人は、主に、障がいや病気のある親や高齢の祖父母ですが、きょうだい他他の親族の場合もある。

※若者ケアラー

18歳～おおむね30歳代までのケアラー。ケアの内容は子どもケアラーと同様、ケア責任がより重くなることもある。若者ケアラーには、子どもケアラーがケアを継続している場合と、18歳を越えてからケアがはじまる場合とがある。

一般社団法人日本ケアラー連盟HPより

161

ケアの内容 一般社団法人日本ケアラー連盟HPより

経済的支援	家計を支えるために労働をしている
意思疎通支援	障がいのある家族のために通訳している
見守り支援	目の離せない家族の見守りや声掛けなど気遣いをしている
家事支援	家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている
子育て支援	家族の代わりに幼いきょうだいの世話をしている
トラブル解決支援	アルコール・薬物・ギャンブルなどの問題のある家族に対応している
治療支援	慢性的な病気の家族の看病をしている
デリケート支援	入浴やトイレの介護をしている
生活支援	身の回りの支援
きょうだい支援	障がいのあるきょうだいの世話や見守り支援

⇒子どもとしての育ちや教育の機会を失ってしまふ

162

ヤングケアラーへの支援 (仲田ら, 2020)

- ピアサポート (きょうだい会) の存在
- 家族が悩みを抱え込む構造からの脱却への模索
 - きょうだいが担っていた役割を福祉サービスや公的支援によって分散させる ⇒精神的不安を軽減
- 家族関係の再構築
- 自分自身を大切にできるように
 - 傾聴・共感され境遇と気持ちを理解される機会づくり
 - 楽しめる、自分を大切にできる時間の確保
 - ストレスへのコーピングスキルの獲得支援

→ ライフステージにおいて多様な選択肢から自分自身の生き方を選択できるように

163

おわりに

- 当事者のQOLも家族のQOLもどちらも大切。

しかし、

になりがち にするには?

- ◎家族の暮らし・関係性・役割を再構築するための支援
- ◎それぞれが自分の人生、生き方を探ることができるような支援の実践を

164

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

165

講義

地域支援の実際

コミュニケーション支援

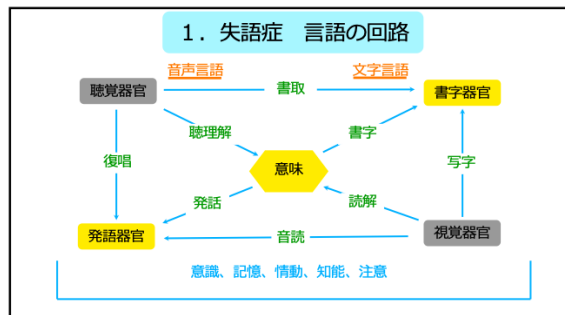
—地域生活・職場での支援—

166

講義の内容

- 失語症の場合
 - 失語症者向け意思疎通支援事業について
- 失語症以外の高次脳機能障害のコミュニケーション障害の場合
 - コミュニケーションにおいて問題となること
 - 対応の方法
- 症例提示
 - 高次脳機能障害の例

167



168

失語症に伴って起こる問題

- ✓ 社会から孤立しがち
- ✓ 障害が理解されにくい
- ✓ 自分に自信が持てない
- ✓ 家族もストレスが多い
- ✓ 社会保障が不十分

169

失語症の場合

2013年（平成25年）度 障害者総合支援法

- ・施行後3年後の見直し対象
「手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のために意思疎通に支障がある障害者等に対する支援の在り方」

↓

- ・社会保障審議会障害者部会における議論

↓

- ・失語症やALSなども、意思疎通支援の観点から、障害ごとの特性やニーズに配慮して、**地域生活支援事業**の中で、意思疎通支援者の養成、派遣の対象とする

170

失語症者向け意思疎通支援事業の経過

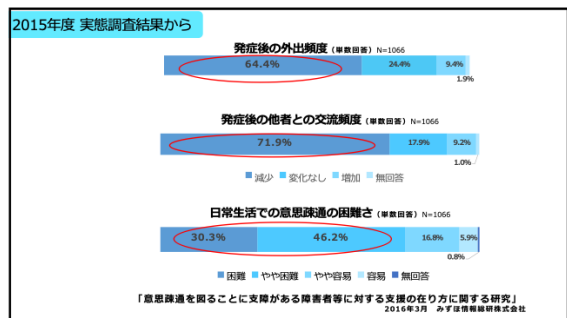
2015年度 障害者支援状況調査研究事業

2017年度 失語症者のための意思疎通支援者養成講座の指導者養成研修会の開始

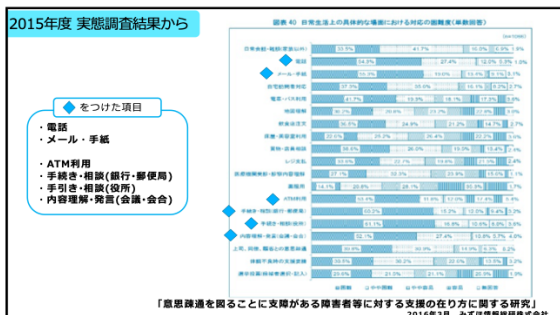
2018年度 各都道府県で支援者養成講習会開始
*指導者養成研修会は厚労省から本協会への委託事業

2019年度 支援者の派遣事業の開始
*派遣内容 失語症のある人が参加する会議・催し物・団体活動及び外出時など

171



172



173

失語症者向け意思疎通支援者養成カリキュラム(案)の目標 (2015年度)

養成目標: 失語症者の日常生活や支援の在り方を理解し、1対1のコミュニケーションを行うための技術を身につける。さらに、日常生活上の外出に同行し意思疎通を支援するための最低限必要な知識及び技術を習得する。

到達目標: 失語症者との1対1の会話を行えるようになり、買い物・役所での手続き等の日常生活上の外出場面において意思疎通の支援を行えるようになる。

養成目標: 多様なニーズや場面に応じた意思疎通支援を行うために、応用的な知識とコミュニケーション技術を習得するとともに、併発の多い他の障害に関する知識や移動介助技術を身につける。

到達目標: 電車・バスなどの公共交通機関の利用を伴う外出や複数の方への支援、個別訪問等の場面を想定し、失語症者の多様なニーズに応え、意思疎通の支援を行えるようになる。

174

失語症者向け意思疎通支援者養成テキストの作成
(2016年度)

【必修科目】 (40時間)

- ・失語症概論 (講2) ・失語症者の日常生活とニーズ (講1) ・会話支援者とは何か (講0.5) ・会話支援者の心構えと倫理 (講0.5) ・コミュニケーション支援技法 I (講4) ・コミュニケーション支援実習 I (実18)
- ・外出同行支援 (講1) ・外出同行支援実習 (実8) ・派遣事業と会話支援者の業務 (講1) ・身体介助の方法 (講2) ・身体介助実習(実2)

【選択科目】 (40時間)

- ・失語症と合併しやすい障害について (講1) ・福祉制度概論 (講1) ・コミュニケーション方法の選択法 (講2) ・コミュニケーション方法の選択法 (実10)
- ・コミュニケーション支援技法 II (講4) ・コミュニケーション支援実習 II (実22)

(講) : 講義 (実) : 実習

175

失語症者向け意思疎通支援事業 養成

2018年度
地域における支援者養成事業の開始

- ✓ 各都道府県、指導者養成研修会の修了者を中心として都道府県言語聴覚士会の支援を受け、一般市民を対象に行われます。支援者の養成を行う。
- ✓ 支援者養成に関わる講師が順次、指導者研修を受け、修了者をふやす。

176

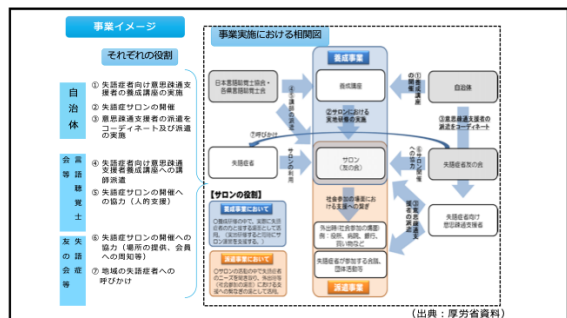
失語症者向け意思疎通支援事業 派遣

2019年度
支援者の派遣事業の開始

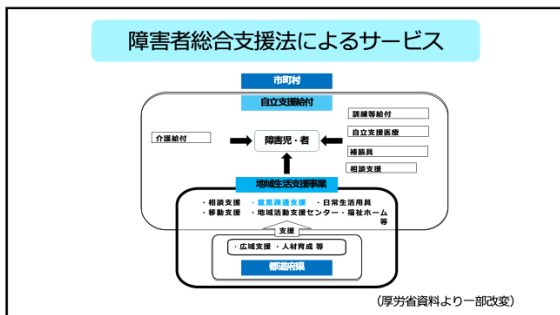
支援内容

- ✓ 失語症のある人が参加する会議
- ✓ 失語症のある人のために行われる催し物
- ✓ 団体活動及び失語症のある人の外出時 など

177



178



179

意思疎通支援者の養成、派遣の概要

2020(令和2)年3月以降

実施主体	市町村	都道府県
支援者の養成	手話奉仕員	盲ろう者向け通訳・介助者 手話通訳者・要約筆記者
支援者の派遣	手話通訳者・要約筆記者	失語症者向け意思疎通支援者 盲ろう者向け通訳・介助者
	失語症者向け意思疎通支援者	手話通訳者・要約筆記者
		失語症者向け意思疎通支援者

180

意思疎通支援の支援内容

- > 同障害者とのコミュニケーションの援助
失語症友の会などに行き、他者とのコミュニケーションを援助する
- > 外出支援
外出に同行し、他者とのコミュニケーションを援助する
- > 交通機関利用援助
目的地に向かう駅・バス停などの利用で、路線図や表示板などを読み理解することを援助する
- > 会・会議での内容理解援助
会議などで周囲で話されていることを分かりやすく本人に伝達する
意見がある時は伝えやすくなるよう援助する
- > 買い物・娯楽施設などの利用援助
購入に関する援助・受付や利用システムの利用などを援助する
- > 公共施設の利用援助
銀行・役所・郵便局などに行き手続きなどの援助を行う

181

望ましい支援者とは

- > 本人のことばの表出・理解の状況に合わせた対応ができる
 - ・適宜、コミュニケーションの内容を本人に確認する
 - ・要点を絞って伝える
 - ・大事なことは単語でメモを書き、見てもらいながら伝える
 - ・短く、分かりやすい言葉で伝え、長々と話さない
 - ・言葉以外の手段（表情や身振り、絵や写真、図など）を多く使う
- > 本人のテンポに合わせる
 - ・ゆっくり待つ、本人をせかさない
 - ・矢張り早く質問しない
- > 本人に対する態度・姿勢
 - ・対等な立場で接する
 - ・本人が主役であるという前提で、本人の意図を知ろうと一生懸命、努力する
 - ・わからないときにわかったふりをしないで、わからないことを正直に伝える
 - ・表出・理解が成功したときに一緒に喜ぶ

182

意思疎通支援事業の実施状況

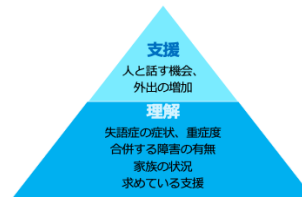
	(件)*	
	養成事業	派遣事業
2018年度	13	-
2019年度	19	3
2020年度	26	7
2021年度	42	10
2022年度(予定)	42	22

* 単独の自治体の他、政令指定都市や中核都市との共催も含まれている。
(2022年3月日本語聴覚士協会
士会対象アンケート調査結果から)

183

失語症のある人の 社会参加を促進するためにできること

失語症のある人それぞれの理解が地域、社会で支える支援の基礎である。



184

2. 失語症以外の高次脳機能障害による コミュニケーション障害の場合

- ・ 背景 注意障害や記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害、情緒障害、人格変化などに関与して出現
- ・ 非失語性 談話レベルで顕著な症状
- ・ 困り感 コミュニケーションは困り感の高い項目の一つ
本人の自覚は家族より乏しい傾向がある

185

談話とは何か

談話：まとまった意味を伝える文の集まり
会話、ナラティブ（語り）、手続きの説明を含む

会話時に配慮が必要なこと

- ・ 場面にふさわしい話題の選択をしてそれを維持する
- ・ 話し手と聞き手の役割の適切な交替
- ・ 相手の発話意図や言外の意味の推論
- ・ 誤りが生じた時はその修正
- ・ 場面に応じた表現法やことば遣いの使用

186

Griceの会話の公理

1. 質の公理
真実と信じていることを話す。信じていないこと
や根拠のないことを言わない。
2. 量の公理
求められている情報は過不足なく提供する。
3. 関連性の公理
話題に関係のないことを言わない。
4. 様態の公理
不明確な表現を避ける、あいまいなことは言わない、簡
潔に順序だてて話す。

187

会話において必要とされること

- 会話における意味の理解
文字通りの意味の理解+発話意図の推論、知識との照合
- 会話における表出
伝達しようとする意図の言語表出+意味が相手に伝わった
かどうかのモニター
- 認知機能の関与
注意、記憶、遂行機能、推論、ワーキングメモリ、感情、
心の理論など

188

会話における高次脳機能障害による コミュニケーション障害の特徴

- ✓ 相手の話の意図をくみ取ることができない。
- ✓ 話にまとまりがない。
- ✓ 内容を要領よく組み立てて話すことができない。
- ✓ 話題を適切に切り替えられない。
- ✓ 話し手と聞き手の役割交替が適切にできない。
- ✓ 勘違いや思い込みがある。
- ✓ 場面に応じた言語表現ができない。
- ✓ 皮肉や冗談が通じにくい。
- ✓ 不適切な表現やことば遣いがみられる。
- ✓ 相手の表情から発話意図を読み取れない。

189

ナラティブにおける高次脳機能障害による コミュニケーション障害の特徴

ナラティブ

体験を語る、情景画や4コマ5コマなどの連続絵の説明
発話意図に基づいて命題を形成する

- ✓ 命題の形成が適切さに欠け、周辺情報を話すことができない。
- ✓ 発話全体の意味的統一に欠ける。
- ✓ 因果関係などを推論した文の発話が少ない。
- ✓ 説明の理解では婉曲に表現されると理解できないことがある。

190

談話の評価

- ✓ ナラティブや会話の評価
- ✓ コミュニケーション障害の特徴を捉える。
- ✓ 認知機能検査の得点は良好でもコミュニケーション障害が明らか
となる例もある。
- ✓ 多くの場合、自己認識が低く、症状や問題を指摘されても否認
する傾向がある。

191

リハビリテーション

リハビリテーションの実施では自己認識が低く、
症状や問題を指摘されても否認する傾向があることに十分留意する。
障害への自覚的な発言や行動には注目して、それを認めていくことも重要である。

- ✓ 背景にある認知機能障害のレベルに対応したリハビリテーション
を実施する。
- ✓ 覚醒を促したり、刺激への反応を引き出すことから開始する場合
もある。
- ✓ 集中的なリハビリが可能となれば、散漫で脱線の多い会話の減少、
発話の正確性や適切性の向上、言語理解の改善を目指す。
- ✓ 環境に適応できているように見えるレベルでは、コミュニケー
ションの問題を中心に对应し、職場復帰などを旨す。

192

リハビリテーションにおける留意点

- ✓ エラーレス・ラーニング
- ✓ 課題の実行状況を本人がモニターして言語化する
- ✓ ソーシャルスキル・トレーニング
- ✓ 環境調整の必要性
- ✓ ピアグループへの参加促進
- ✓ 社会資源の活用
- ✓ 多職種連携

193

症例

【症例】 30代前半 男性 建設業（家族経営）妻と2人暮らし
 【原因疾患】 頭部外傷
 【神経学的所見】 運動麻痺なし
 【神経心理学的所見】 発症1か月 記憶障害、著明な注意障害 知的機能の低下

【経緯】
 急性期病院から回復期病院に転院後、注意障害、記憶障害、知的機能の低下などに対するリハビリテーションが実施された。

運動麻痺がなかったこともあり、本人の強い希望で、発症3ヶ月で自宅退院となった。退院後、家族経営であった建築業に復職したが、時間を守らない、易怒性が高く、他の社員と口論になる。また自宅でも妻との口論が絶えないなどのトラブルが目立ち、家族の希望により発症6か月時点で外来受診となった。

194

症例

【神経心理学的所見】 発症6か月時点（外来開始時）
 WAIS-III VIQ107 PIQ97 FIQ101
 WMS-R 言語性記憶89 視覚性記憶80 一般性記憶85
 RBMT 標準プロフィール
 CAT視覚性抹消「3」97%（120秒）「か」89%（134秒）
 TMT A：120秒 B：158秒
 BADS 年齢補正標準化得点99

【評価まとめ】
 失語症は認めなかったが、落ちのある連続絵（4コマ）では主題が十分理解できなかった。また問いかけに対して最低限の応答をすることが多かった。記憶はWMS-Rでは得点の低下を認めたが、RBMTではカットオフ値以上で、日常生活上も記憶面の問題は認めなかった。注意機能では処理速度の低下が認められた。遂行機能はBADSでは大きな低下を認めなかった。復職はしたいというが、復職における問題点は把握できていなかった。

195

症例

【リハビリテーション】
 長期目標：復職を果たす。
 短期目標：注意における処理速度の改善、問題解決能力の改善

具体的な訓練内容：

- ・ 計算課題
- ・ 連続絵を適切に配列し、内容を記述する。その後、言語聴覚士とその内容を確認する。
- ・ 文章を読んで、内容について説明する。
- ・ グループ活動に参加し、ゲームなどを実施する。
- ・ グループ活動を通じ、他者との交流や挨拶、また時間の管理を自ら行うように促した。
- ・ 家族には外来通院時、同席してもらい、症状や対応について繰り返し、説明を行った。

196

症例

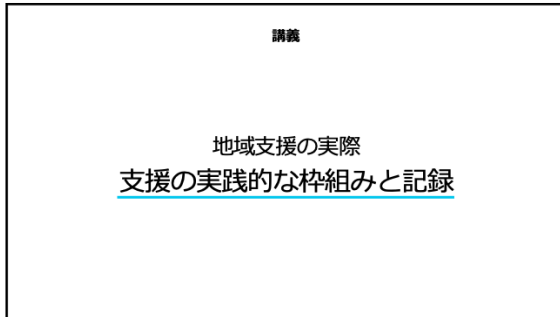
【開始2年後の状況】
 WAIS-III、WMS-R、RBMTなどの得点上は大きな変化は認められなかった。
 CAT視覚性抹消「3」95%（70秒）「か」95%（80秒）
 TMT A：68秒 B：80秒
 であり、処理速度は改善を認めた。

機能レベルの問題は若干、改善し、また自己の状況に関する認識もできる場面がふえた。グループ活動参加時には他者とのコミュニケーションも円滑となった。復職も果たすことができた。家族の理解と配慮によって職場でも家庭でも生活が成り立つようになり、他の社員とのトラブルは起こっていない。

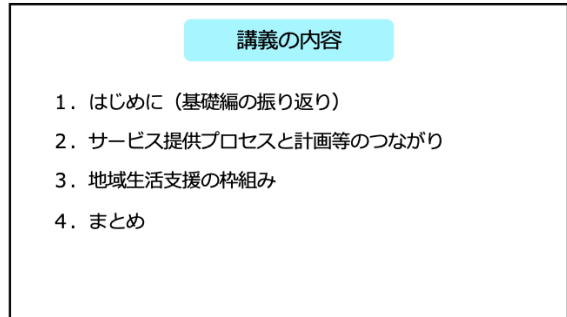
197

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

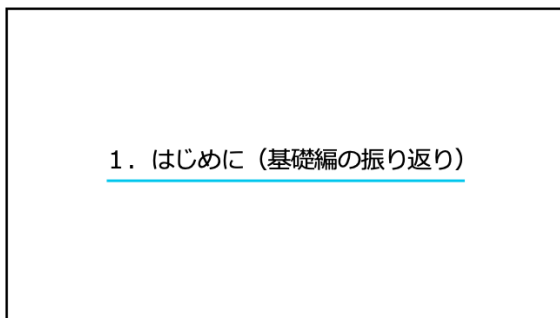
198



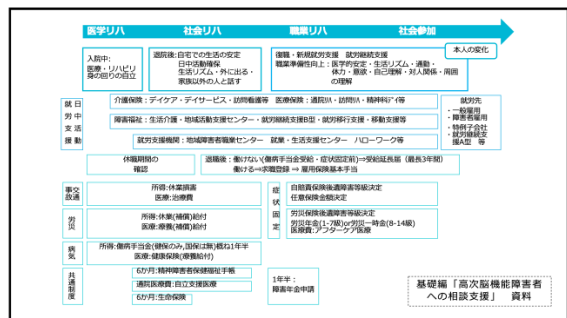
199



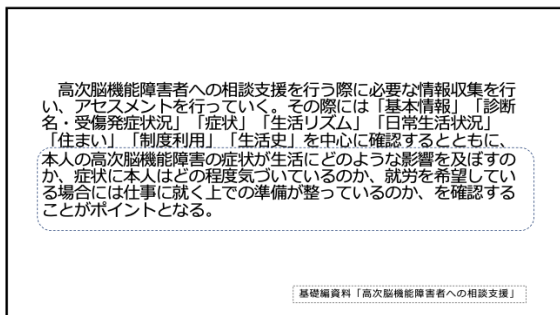
200



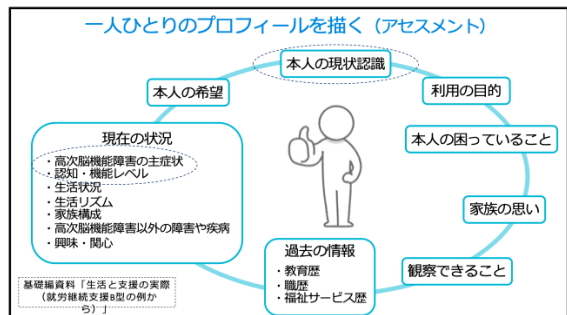
201



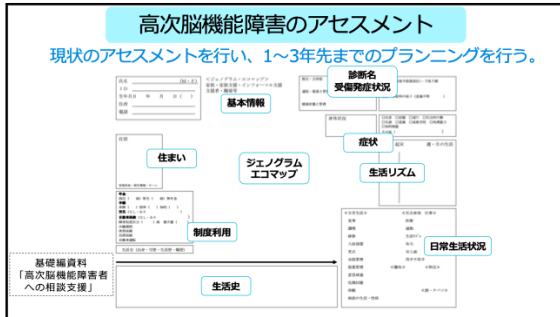
202



203



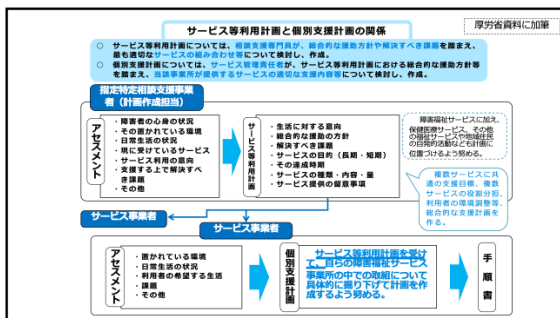
204



205

2. サービス提供プロセスと計画等のつながり

206



207

- ### サービス等利用計画作成上の留意点
- 【備えるべき特徴】**

 1. 自立支援計画であること
 2. 総合支援計画であること
 3. 将来計画であること
 4. ライフステージを通した一貫した支援計画であること
 5. 不足するサービス・資源を考える契機であること
 6. ネットワークによる協働であること

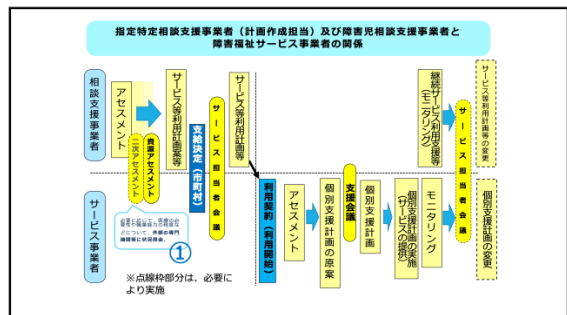
【作成のポイント】

 1. エンパワメントの視点が入っているか
 2. アドボカシーの視点が入っているか
 3. トータルな生活を支援する計画となっているか
 4. 連携・チーム計画となっているか
 5. サービス担当者会議が開催されているか
 6. ニーズに基づいた計画となっているか
 7. 中立・公正な計画となっているか
 8. 生活の質を向上させる計画となっているか
- 日本相談支援専門員協会
サービス等利用計画作成サポートブック
- 高次脳機能障害の特性等への留意**

208

- ### 高次脳機能障害の方のサービス等利用計画作成上の留意点
- ① 生活全般にわたるアセスメントにより、本人のニーズ（生活課題）を整理する一方、障害特性に起因するものに特に着目する。
 注意障害、記憶障害、遂行障害が日常生活にどのように影響するか社会的行動障害の状況や対応方法
 - ② 生活全般にわたる総合支援計画であることを目指す一方、本人の障害認識を踏まえ、訓練系サービスの利用が必要な点を明確にする。
 自立訓練や就労移行支援を提供する事業所との連携がスムーズに
 - ③ 他のサービス利用に際して、障害特性上の留意点を明記する。
 関係者の一致した対応、支援の枠組みづくりを促す
 - ④ 本人が希望する生活に向けたステップであることを明記する。
 支援プロセスへの本人や関係者の合意を促す
 - ⑤ 訓練系サービスのモニタリングについて、頻度の設定に留意する。
 訓練場面の見学等を通じて、本人理解を深める

209



210

書式例 自立訓練（職業訓練） 個別支援計画

氏名	性別	生年月日	所属	担当	サービス担当者氏名		
住所	〒	市	区	町	番		
利用者の生活状況 （生活する上で必要とするサービス）	②						
個別支援計画の目的	②						
実施期間	年	月	日	～	年	月	日
実施場所	②						
実施内容	③						
実施計画（実施プラン）	年	月	～	年	月	日	②
計画（内容・方法・頻度など）	回数	回数	回数	回数	回数	回数	②
1	月	～	月	月	月	月	②
2	月	～	月	月	月	月	②
3	月	～	月	月	月	月	②
4	月	～	月	月	月	月	②

上記、計画に実施します。 (記入・実施時期)

217

個別支援計画から手順書へのつながり

- ① 個別支援計画に基づいて実際に支援・サービス提供が行われるが、支援者によって対応が変わらないよう、必要に応じて手順書を作成する。
- ② 手順書は、具体的な支援内容が実施する順にまとめたもので、支援者が交代しても本人に同じように働きかけることができる。また、本人が見直しを持つことができ、安心感にもつながる。
- ③ 手順書の内容に沿って、支援結果を記録することで、支援内容のモニタリングに役立つばかりでなく、本人へのフィードバックがしやすくなる。

218

書式例 様 支援手順書

種別	<input type="checkbox"/> 在宅内見守り	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> その他	実施者	担当者
作成日	年	月	日	②	③
サービス内容	手帳・重要事項・疑問点	本人・家族の役割	記録		

219

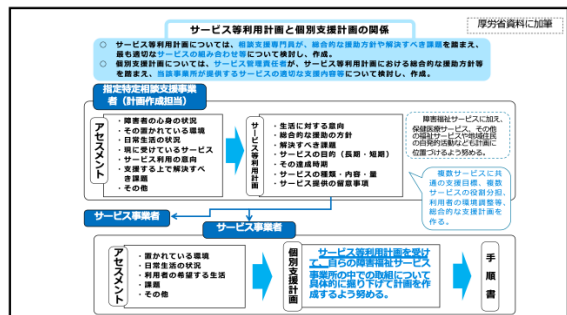
記録について

- ① サービス等利用計画、個別支援計画にも「記録」は必要不可欠
- ② 記録書式は事業等に応じて様々であるが、支援計画中の支援目標・支援内容に対応していると、モニタリングの際にポイントが明確となり、フィードバックにも活用しやすい
- ③ 専用システムを活用することも多く、必要に応じて、統一したキーワードを盛り込むことで、検索しやすくなる。

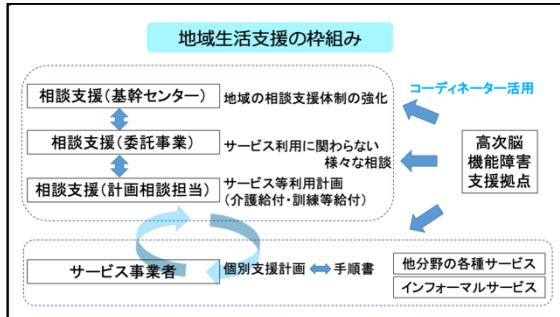
220

3. 地域生活支援の枠組み

221



222



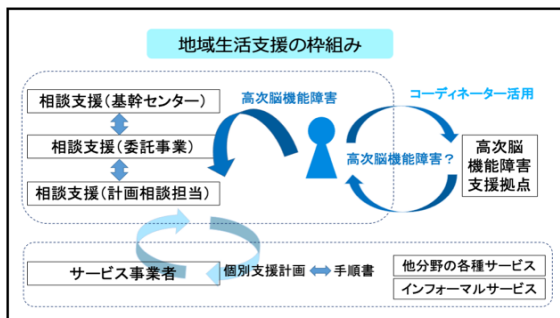
223

「一次キャッチ」のポイント

- ・外傷性脳損傷(交通事故)や脳血管障害のエピソード
- ・高次脳機能障害の特性が見受けられる
注意障害、記憶障害、遂行機能障害
社会的行動障害
- ・本人に自覚はないが、家族や職場関係者が困っている
 (「性格が変わった」「別人のように…」)
- ・精神科にかかって投薬しているが、何かしっくりこないなど

* 高次脳機能障害支援モデル事業 2001年(平成13年)～ ⇒ 知らないまま?
* 他の障害の特性との重複、類似

224



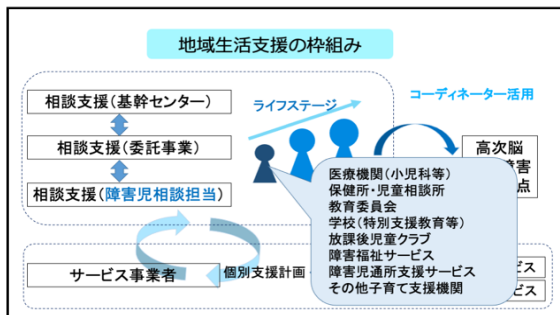
225

ライフステージの視点

- ・高次脳機能障害は、成人のイメージが強い
「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」
→ 生産年齢層(15歳以上65歳未満)が多い印象
→ 発症前にいかに戻るかというイメージ
→ 治療～リハ～生活訓練～就労支援…
- ・ただ、例えば交通事故に遭う可能性は子どもでも高齢者でもある
【子ども】 親の養育観の理解、発達段階に即した支援、療育・教育分野との連携(大人になったら)
【高齢者】 症状の自覚の有無、家族関係、地域包括Cや介護保険事業者との連携

○ 日頃の連携基盤が前提→困難事例のみの連携はあり得ない

226



227

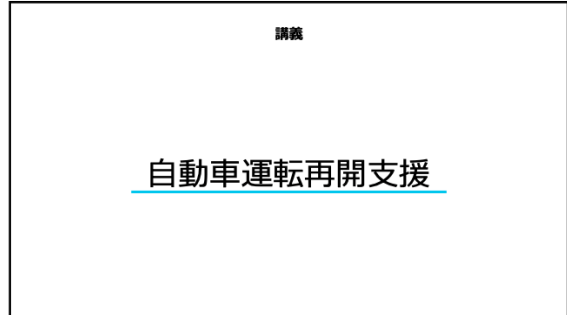
まとめ

- 高次脳機能障害の特性や支援上必要な配慮を、支援者間、事業所間でどのように共有するか、がポイント
- サービス利用に関する枠組み、地域生活支援の枠組みを活用しながら共有し、実践につなげる
- 高次脳機能障害支援拠点の活用が重要
- 「掘り起こし」や「ライフステージ」の視点も重要
* 特に、「学齢児ならではの」関係者との連携に留意

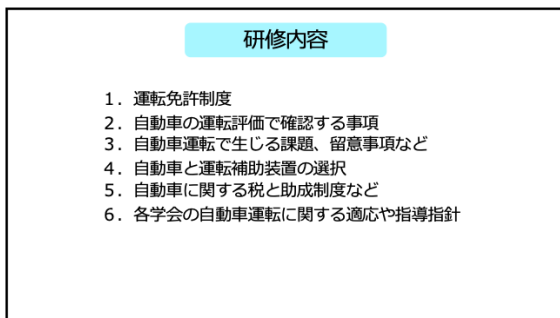
228



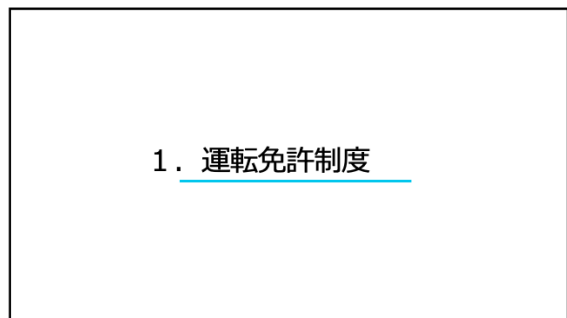
229



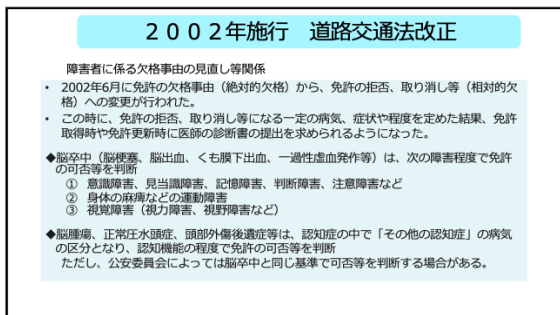
230



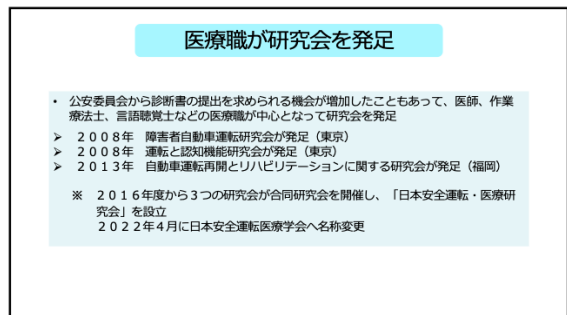
231



232



233



234

2014年施行 道路交通法改正（1）


一定の病気等に係る運転者対策

1. 免許取得・更新時に、病気の症状等に関する「質問票」の提出義務
⇒ 虚偽記載の者に罰則

(参考)
2011年栃木県内で意識を失ったことがあることを申告せず、クレーン車を運転中にてんかんを発生し、死に事故が起きたことが契機

2. 診察した者が一定の病気等に該当すると認知した時
⇒ 医師による任意の届出制度

(参考)
2014年6月から2018年12月の間に798件の届出あり。その内、約4割が取消や停止処分



235

2014年施行 道路交通法改正（2）

一定の病気等に係る運転者対策

3. 一定の病気等に該当する疑いがあると認められる時
⇒ 免許の効力暫定停止制度
4. 一定の病気等であることを理由に免許を取り消された時
⇒ 取り消しから3年以内に病状が快復し、免許を再取得する際には試験の一部免除（技能試験、学科試験）

無条件で3年以内は一部免除ではない。免許証の有効期限が切れた場合は以下の基準が適用される。特に、失効日から6か月を経過した場合は注意が必要。

ア. 失効日から6か月を経過しない場合
免許試験のうち、技能試験及び学科試験が免除されます。なお、やむを得ない理由により免許証の更新を受けなかった方は、過去の運転経歴が基準に適合したものであれば、優良運転者又は一般運転者とされます。

イ. 失効日から6か月を経過し、3年を経過しない場合
やむを得ない理由のため、上記アの期間内に試験を受けることができなかった場合には、当該事情がやむを得ない期間内であれば、免許試験のうち、技能試験及び学科試験が免除されます。過去の運転経歴が基準に適合したものであれば、優良運転者又は一般運転者とされます。

236

現行の運転免許手続き

病気や事故で障害が発生

↓

心身に障害が残った 心身に障害が残らない

↓

リハビリテーション

↓

(臨時) 適性検査
・身体機能の状態(運動、視聴覚障害)
・病気によって診断書の提出が必要

↓

問題あり 問題なし

↓

取消・停止拒否・保留 運転再開 教習所へ入所

一定の病気に係る免許の可否等の運用基準

1. 統合失調症
2. てんかん
3. 再発性の失神
4. 無自覚性の低血糖症
5. そううつ病
6. 重度の眠気症状を呈する睡眠障害
7. その他の精神障害
8. 脳卒中
9. 認知症
10. アルコールの中毒者

※上記の1～10は、医師の診断書の提出を求められる病気

237

2. 自動車の運転評価で確認する事項

238


運転評価で確認する事項（1）

1. 運転免許証の記載内容
 - ① 有効期限 ⇒ 失効した場合は、できるだけ速やかに更新手続きを行う。
 - ② 交付年月日、免許の条件等、裏面の記載
発病、受傷前に交付された場合は、運転を再開する前に臨時適性検査を受けるように促す。条件等や臨適について記載のある場合は検査済。
2. てんかん発作の有無
最終発作日から、最低でも2年以上を経過していないと運転は不可。
3. 視力、視野など
 - ① 複視があってもセンターラインや立体障害物が二重に見える場合は、運転を控えた方が望ましい。
 - ② 視力は、両眼で0.7以上かつ1眼でそれぞれ0.3以上、1眼の視力が0.3に満たない場合は他眼の視力が左右150度以上で視力が0.7以上。
 - ③ 同名半盲や同名四半盲がある場合は運転を控えた方が望ましい。両眼で視力の条件を満たせば視野検査は行わないため、視野が狭くても運転を許可してしまう可能性がある。なお、同名四半盲は水平方向の視野欠損がなく、斜め方向の視野が30度以上の場合は運転の可能性あり。

239

右同名半盲とは

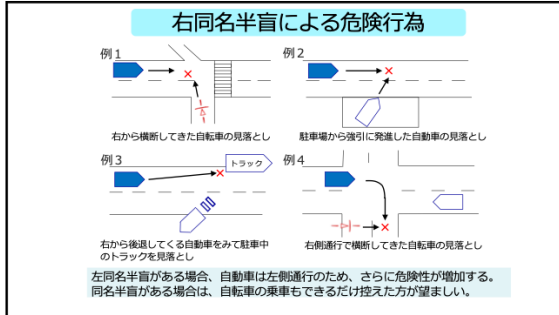
右同名半盲の見え方のイメージ



右四半盲
右下四半盲

左同名半盲の見え方のイメージは、見えない方向が反対側になります。

240



241

運転評価で確認する事項（2）

4. 高次脳機能障害
 自動車の運転は注意力を保持しつつ、短時間でミスなく認知、判断、操作を繰り返し求められるため、障害程度によっては困難な課題となる。

従って、日常生活動作が概ね自立し、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害の程度が重度ではないこと。また、注意を一定時間保てる体力的な要素も必要。病識欠落があると被害効果に強く影響する。自動車の運転練習が行える程度まで機能が回復しても、注意障害が主な原因で単独運転が困難な事例が見られる。

失語症の程度は、言葉の理解力および交通事故時の110番や119番への通報、説明能力を有すること。具体的には支援者の指示や助言を理解でき、応答が可能なこと。交通事故時には発生状況を口頭、またはスマートフォンや携帯電話などを使用して速やかに連絡できること。これらに心配がある場合は、同乗者を乗せ、撮影範囲の広いドライブレコーダーを設置することが望ましい。

242

運転評価で確認する事項（3）

5. 運動障害
 片麻痺者は、健側に運転補助装置を増設することで操作は可能。運動失調のある場合は、アクセルペダルからブレーキペダルへの踏み替え反応時間の遅延、踏み替えた時にペダルの踏み位置の不安定、加減速の操作に不慣れが生じる。また、ハンドル操作は微調整が困難で、走行位置を安定して保てないなどの課題が生じる。患側の下肢に痙攣のある場合は、踏み替えや踏みに課題がなくともペダルを安定して踏み続けることが困難なため健側の下肢操作が望ましい。

6. 知覚障害
 運動障害がなくとも、足部がペダルのどの位置を踏んでいるのかが分からず、ペダルを踏み外したり、ペダルを踏み直したりして加減速の時期が遅れる。運転中に足元を確認することで、前方不注意になるため健側の下肢操作が望ましい。

7. 家族の同意
 障害の有無に関係なく交通事故を起こす可能性があり、事故時には家族も事後処理の対応をすることがあるため、障害後の状況を一番近くで良く見ている家族の同意を得ることが望ましい。

243

（参考）当センターの実車評価の内容

運転基礎感覚評価は所内コースで実施。総合判定が、3項目中重度以上が訓練の対象となる。ただし、訓練を開始しても進捗状況によっては中止する場合あり。

運転基礎感覚評価表				
評価項目	評 価	得点	合計	判 定
1 駐 車	①前進・後退及び駐車のための操作は安全、円滑にできるか。	0/1	0点	不合格
2 合 路	②発進・駐車時に合路を出しているか。	0/1	1点以下 不合格 2点以上 合格	
	③右左折時に合路を出しているか。	0/1		
3 安全確認	④発進時、目線またはミラーで安全確認をしているか。	0/1	1点以下 不合格 2点以上 合格	
	⑤安全確認で安全の感覚を確認しているか。	0/1		
4 進行位置	⑥前方・左側通行ができるか。	0/1	3点以下 不合格 4点以上 合格	
	⑦道路幅狭部に駐車することができるか。	0/1		
	⑧道路幅狭部に駐車した際に車幅を測ることができるか。	0/1		
	⑨右左折、カーブの進行位置は安全か。	0/1		
	⑩右左折時に進路変更をしているか。	0/1		
5 進行速度	⑪道路幅狭部に定めた速度で走行することができるか。	0/1	0点 不合格 1点 合格	
	⑫進行速度に応じてメリハリのある速度で走行することができるか。	0/1		
総合判定	各項目について、「はい」は2点、「いいえ」は0点として加算し、合計点を算出する。算出した評価項目の合計数によって左側に判定する。			
判定	1項目以下 不合格 2項目 留意 3項目 中重度 4項目 重度 5項目 重度以上			

244

3. 自動車運転で生じる課題、留意事項など

245

高次脳機能障害による課題（1）

1. 所内コース

記憶障害	課題の場所が覚えられない。通ってきた道順を覚えていない。脱輪・接触を覚えていない。助言を覚えていない。乗車した場所を覚えていない。コースを指示後に助言をすると指示を覚えていない。狭路や後退で連続でハンドルの切り返しをする次の操作が分からない。
注意障害	脱輪・接触が多い。右折後の右側通行。突然、進路が保てなくなる。発進時や交差点で安全確認をしない。先急ぎの運転になる。著しい右寄り走行、左右の車高感覚の誤差が大きい。左側の障害物と接触する。1時間の中で同一課題の良否の差が大きい。
遂行機能障害	場所に応じた速度選択をしない。同じミスを繰り返す。右左折の合図を出さない。右左折、進路変更の合図時期の早遅がある。合図と進路変更に一貫性がない。後退の課題で切り返しが多い。

246

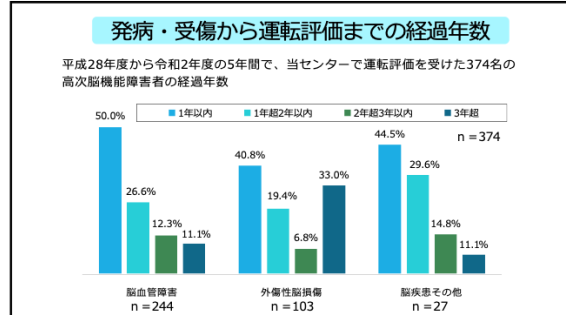
高次脳機能障害による課題（2）

2. 一般道路

記憶障害	どこへ行ったのか覚えていない、助言を覚えていないため同じミスを繰り返す。新しい道を覚えられない。事故に遭いそうになったことを覚えていない、交通事故後の対応が困難。
注意障害	前車の発進、減速、青信号に変わったことに気づかない。信号、標識、標示、横断歩行者、横断自転車、自動車を見落としやすい。直進路、曲進路で走行位置が安定しない、車間距離を保てない。時間経過とともに運転ミスが増加する。
遂行機能障害	走行場面が変わった時に速度が不適切。駐車車両を避ける時に他車を妨害する。信号機の無い交差点を直進時に、状況に関係なく全て徐行する。合図と進路変更に一貫性がない。

社会的行動障害は、当センターで運転評価や訓練を受ける段階で課題となった事例はほとんど見られない。一部あった例としては、職員との会話中に敬語が正しく使えていないとことで怒り出し、その場を離れる。対向車の強引な右折や、前方へ割り込まれた時に、「何だ、あの車は」と声を荒らげたり、「チッ」と舌打ちしたりする場面が見られた。

247



248

- ### 現状の課題
- ◆脳卒中などにより高次脳機能障害が残存しても、その程度によって安全に運転を再開できる人が存在することから、適切な運転評価と練習を行うことが求められている。
 - ◆しかし、免許取得後に病気が癒えた方が、運転を再開する前の再教育制度はないため、適切な評価に基づく運転練習を受けることが困難な状況である。
 - ◆従って、高次脳機能障害の方が、安全に運転を再開したくても練習を受けることが難しく、また、自分勝手な判断で運転を再開してしまう場合がある。
 - ◆病院で運転シミュレータを使用し、運転の評価を行っているところでは、評価をきっかけに教習所と連携して再教育を受けるように支援していくことが望ましい。

249

運転再開で支援して欲しいこと

1. 運転免許証の有効期限が切れている場合は、できるだけ速やかに更新手続きを行うように助めて欲しい。
2. 脳卒中、脳外傷などで後遺障害がある場合、運転を再開する前に住所地の運転免許試験場で臨時適性検査を受けるよう助めて欲しい。
3. 運転を再開する前に、実車を使用した運転練習（教習）を受けるよう助めて欲しい。特に、右下肢の麻痺によって左下肢で左アクセルを操作する場合は必須

◆ 練習場所のご案内（当センターでも定員に空きがあれば練習可能）

全日本指定自動車教習所協会連合会HP

障害者教習

Honda 運転復帰プログラムHP

Honda 運転復帰プログラムHP

プラントアップ講座

250

- ### （参考）運転練習時の留意事項
1. 乗降時、片麻痺や体幹の不安定が原因でバランスを崩して転倒しやすいため、支援者はすぐ側で見守る。
 2. 乗車は、先に座席へ腰掛けたと後に片足ずつ乗せる。
 3. 下車は、先に地面へ両足をつけてから立ち上がる。
 4. 感覚麻痺によって、シートベルトを患側上肢の上に装着した状態になりやすいため、上肢がベルトの上に位置しているか確認。
 5. 右左折の口頭指示を間違えやすいので指差しも併せて行う。
 6. 後退中は患側の下肢の位置がずれやすいので、ペダルに対する下肢の位置を確認。
 7. 患側の下肢でペダル操作をする場合は、踏力、ペダルの踏み位置、加減速の円滑さを確認。
 8. 所内で脱輪や接触などがあった時は、口頭だけでなく下車して確認。
 9. 左右の障害物に対する距離感覚の習得。
 10. 路上で失敗した時、事後にドライブレコーダの映像を見ながら確認。
 11. 運転時間の経過に伴う注意の持続力の確認。

251

4. 自動車と運転補助装置の選択

252

日本高次脳機能障害学会

日本高次脳機能障害学会ホームページ掲載
「脳卒中、脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断」について

神経心理学的検査法（2020年6月）
脳卒中、脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断

J-SDSA（2020年12月）
脳卒中ドライバーのスクリーニング評価日本語版（J-SDSA）の適応と判断


259

日本リハビリテーション医学会

脳卒中・脳外傷者の自動車運転に関する指導指針
(2021年5月発刊)

【内容】

- 運転指導にあたる医療職、行政職、技術職、教習所関連職および当事者、家族の共通の手引書
- 道路交通法などのわが国の法制度や、国内外のこれまでの研究報告から、脳卒中・脳外傷者の自動車運転再開をどのように進めるか、その手続きや必要な評価について、わかりやすく解説



260

◎ 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

261

演習

障害特性の理解と対応方法

262

演習の内容

1. 演習のねらい
2. 高次脳機能障害の特性と対応法
3. 演習 I（ロールプレイ）
4. 演習 II（事例のアセスメント）
5. まとめ

263

高次脳機能障害の特性

高次脳機能障害の特性と心理的防衛

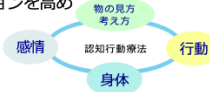
- 身体障害に比べ、高次脳機能障害は本人も周囲も症状に気がつきにくく、気がついていてもそれが障害であると理解するには時間を要する。
- 失敗した時に症状に気づくため、拒否や否認等の心理的防衛が働く。
- 気がつくことで、発症前の自分と今の自分とのギャップ、周囲の人との関係では、理解しあえなくなったことに混乱と喪失感が生じる。
- 言葉が表面的になりやすく、言いたいことをうまく伝えられない等のコミュニケーション上の特性によっても誤解を招きやすく、不安全感や孤立感を強める。
- 周囲の人は、高次脳機能障害者の現実認識のずれや以前との変化に対し、理解しづらい思いを抱え、それぞれギャップが大きいほどお互いの苦しさは強くなり、軋轢が生じやすくなる。
- 高次脳機能障害の特性に心理的な防衛反応が加わることで、より感情反応が大きくなり、周囲の人間関係や社会への適応が阻害される。

264

対応のポイント①

ポジティブな支援

- 物の見方や考え方（認知）、感情、身体、行動は連動しているため、どれかがポジティブになればポジティブの連鎖が生まれる。
- 安定した人間関係を構築するために「できないことではなくできること、できていること」を積極的にフィードバックすることでポジティブな感情が生まれモチベーションを高め代償手段の獲得や意思決定への自信にも結びついていく。



265

対応のポイント①

ポジティブを見つけるコツ

- 歩ける、マニュアルを見て行動できる等、当たり前と思うことや些細なことに目を向ける。
- 本人が忘れていたり気がつかないうちにできるようになっていることを伝えることでお互いに回復を意識することができる。
- ポジティブフィードバックすることは、安全に増加させたい行動だけにする。飲食や嗜好品、金銭に関することは、その行動がエスカレートすることがあるため注意が必要。

266

対応のポイント②

コミュニケーションにおける配慮

- コミュニケーションの特性や心理的抵抗に配慮し、傾聴の基本である否定しないで聞くことを大事にしなが、具体的に質問し、本人の思いや考えを整理し、確認しながら進める。
- 周囲が感じている困っていることと本人の困りごとは異なることが多いため、決めつけないことも大切。
- 障害特性に応じ、失語症の場合は各々のコミュニケーション能力、記憶障害の場合は、書きながら視覚的に確認できる等の工夫も必要。

267

演習

①ロールプレイ

268

演習の目標

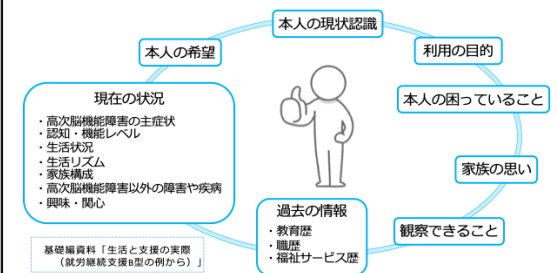
ロールプレイ：「役割(role)」と「演じる(play)」を組み合わせた言葉であり、実際に起こる場面を想定し、疑似体験を通じて対応を学ぶ方法

目標：

- ①高次脳機能障害者役：高次脳機能障害者の感情を理解する。
高次脳機能障害者家族の役：高次脳機能障害者家族の感情を理解する。
- ②面接者役：障害特性に配慮したコミュニケーションを理解する。
- ③観察者役：ポジティブな視点を持ち、ポジティブフィードバックを行う。

269

一人ひとりのプロフィールを描く（アセスメント）



270

方法

1. 役割を決める：自己紹介	} 10分
・面接を受けるAさん（家族）役	
・面接者（施設職員）役	
・観察者	
2. 場面①を演じる（1回5分）	} 15分×2回
3. 振り返りシート1に従い感想を伝え合う（10分）	
4. 役割を交代して（1～3を再び実施）	} 15分×2回
5. 場面②を役割を交代しながら2回実施	
6. 振り返りシート2を記入	} 15分
7. クロージング（最後に一言ずつ感想を述べる）	} 5分

271

Aさん（22歳・男性）

両親と2歳下の大学生の妹との4人家族。Aさんは中学1年の時に小脳出血で発症し、ごく軽度の失調症状と症候性てんかんが残存しましたが、その後は普通学校を卒業。就職内定済みの大学4年時の8月、脳腫瘍により失調症、記憶障害、遂行機能障害、易疲労性、意欲・感情のコントロールの低下、聴覚・視覚の過敏性が見られました。リハビリ病院では、大好きなおしゃべりや楽しいスタッフ達とは楽しく過ごせますが、厳しいスタッフや苦手なリハビリにはやる気が起きず不規則な態度を取っていました。1度目の発症後に身体障害者手帳4級を取得していました。病院からは、1回目の発症後から軽度の高次脳機能障害があった可能性と就労にあたり高次脳機能障害の配慮が必要と言われましたが、折角内定した就職をしたという思いが強く、何とかなるだろうと思っていました。2ヶ月のリハビリ病院の入院を経て、12月末に自宅退院し、その後は外来でリハビリに通いながら職業センターで就労に向けた準備をする予定でしたが、職業センターには3日行って「こんなことでなくても何とかなる」と怒り、行くのをやめてしまいました。家にいるとやる気が起きず、何か家族から言われるとイライラして物にあたり、口論になることもしばしばでした。生活リズムは安定していましたが、退院後、自宅でてんかん発作を起こし、何度も病院に運ばれることもありましたが、内定先の職場からは、元々障害者枠（身体障害）での就労なので高次脳機能障害があっても大丈夫と言われ、4月に就職しました。

272

Aさん

就職後、仕事が覚えられず単純作業も疲れて続かず、そのうち周囲の目が気になり、プレッシャーを感じるようになりました。職場では、休憩時間は他の職員と楽しそうにおしゃべりしているのに、仕事になると「調子が悪い」と早退するため上司は理解に困っていました。Aさんは「職場は誰も自分のことをわかってくれない」、「プレッシャーをかける上司が悪い」と怒っていましたが、退院後から相談しているピアサポーターに「無理しなくていいんだよ」と言われ、「わかってもらえた」と思い1ヶ月で退職することにしました。退院後、気は楽になりましたが、徐々に無職であることが気になり、焦りと不安からイライラと落ち込む日々が続きました。6月、ピアサポーターが勤めている就労継続支援B型に直接相談に行きました。そこでピアサポーターの働いている様子や利用者さん達が明るく作業をしている姿を見て居心地の良さを感じました。家族や病院とも相談し、9月からはあくまでも就労までの体慣らしのつもりで通所することにしました。利用者さん達とはすぐに打ち解けられて楽しく過ごしていますが、作業で頑張ってしまうと翌日は起きられなくなったり、てんかん発作があり、1年経過しても週4回の通所がやっとです。このままでは就労は難しいのではないかと思う不安や就労しなけらばならないという思い、1ヶ月でも就労経験がある自分が他の利用者さんの作業能力に追いつかないことへの可立ちや落ち込み、家族に暴言を言ったりの迷惑をかけたくないのかけがえのないこと等、どうしたらいいか困っています。

273

Aさんの母親

最初は病院で高次脳機能障害と言われた時は受け入れられませんでした。感情の起伏が激しくなり、ネットで洋服を頻りに買う等、金銭管理もうまくできませんでしたが、以前からそのような傾向はあったので、障害とは思いませんでした。親としては、なぜか子だけが病気になるのか、息子に申し訳ないと思っています。元々と関わることが好きでしたが、中学ではいじめを経験しました。失調症でうまく動けないために体育やクラスで行動する時に足を引っ張っているように思われたのだと思います。以前からそうでしたがますます人前では目立たず自己主張しなくなりました。中学の頃からの親しい友人は1人いて、今も交流を続けています。親としてはどうしても普通の人生を歩んで欲しいと思い、就労もして欲しかったのですが、それが息子のプレッシャーになっていったのかもしれないです。就労していた時は、息子は家に帰ってくるまでイライラして当たり散らし毎日が辛かったです。いけないとは思っていても私も言いにくいになってしまっていました。今もイライラや落ち込みがありますが、あの時と比べるとだいぶ安定してきたように思います。2回目の発症後、高次脳機能障害とてんかんで精神障害者福祉手帳2級を取得し、障害年金2級も受給しています。働けなくても障害年金もありますし、私たちが生きているうちは面倒を見ます。とにかく体調を崩すことが心配で、元気でいてくれることが願いです。気持ちの浮き沈みがありますが、皆さんに良くしてもらっているようで本人も楽しんでそうです。ただ、私たちがいなくなったら後のことを考えるとどうなるのか不安です。

274

施設職員から見たAさん

Aさんは、施設内では感情的になることはあまりありませんが、苦手な作業や嫌なことをする時にはダラダラしたり、作業を覚えられず、ため息をついたりします。職員が「どうしたの？」と聞くと「調子が悪い」と言いますが、自発的に訴えることはありません。施設では、調子が顔や態度に現れるので、その都度体調を確認するようにしています。知的機能はボーダーライン、視覚・聴覚の過敏性があるためサングラスや耳栓で対処しています。礼節は保たれ、誰とでも良好にコミュニケーションを取ることができず、話に夢中になると作業の時間になっても話し続けてしまいます。アニメ、音楽、筋トレ、ゲーム、漫画が好きで、人に頼られると嬉しそうに張り切って頑張ります。作業では、コーヒー豆の選別やパソコン入力等の巧緻性が求められることは時間がかからず、疲れやすいです。Aさんは販売作業を希望していますが、お客さんとおしゃべりに夢中になり他のお客さんに気づかなかつたり、立ち仕事は調子が悪くなるとの訴えがあったり、てんかん発作を考えると座ってできる作業をさせたいと考えています。本人は、作業ができないのは失調症の影響だと考えていて高次脳機能障害とは思っていない様子です。どのような作業が向いているのかわかりにくく、こまめな休憩を取りながらその日の調子によっていくつかの作業を組み合わせて行っています。家族関係は良好で、Aさんご両親のことを大切に思っていますが、特に母親に対して家では暴言を吐くことがあり、そのことを反省してよくピアサポーターに相談しています。

275

振り返りシート1

場面設定：再アセスメントのための面談

- ①「Aさん」を演じて感じたこと
②「Aさんの母親」を演じて感じたこと
- 「面接する施設職員」を演じて感じたこと
- 「観察者」として感じたこと
- 「ファシリテーター」をして感じたこと

276

振り返りシート2

ロールプレイを通して考える

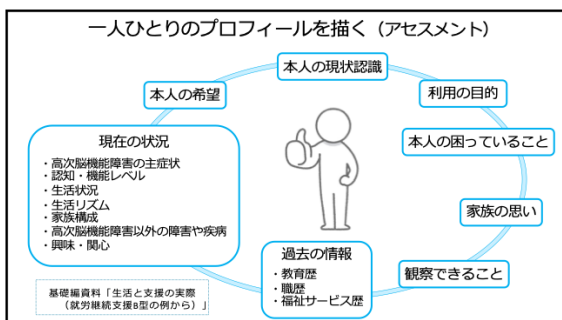
1. Aさんはどのような思いを抱えていると思いますか？
2. Aさんはどのようなことに困っていると思いますか？
3. Aさんの希望は何だと思いますか？
4. Aさんの母親はどのような思いを抱えていると思いますか？
5. Aさんの母親の希望は何だと思いますか？

277

演習

②グループワーク：事例検討

278



279

個人 10分 グループ15分

280

アセスメントシート(1)

【基本情報】 Aさん：24歳・男性

病歴：

現在の状態：

障害者手帳の有無：

【過去の情報】

過去の経歴：

学歴：

【現在の状況】

- 高次脳機能障害の主症状
- 認知・機能レベル（できていることも）
- パーソナリティ
- 生活リズム
- 家族構成
- 高次脳機能障害以外の障害や疾病
- 興味・関心

【経済状況】
父親の収入、障害年金

【利用の目的】

281

アセスメントシート(2)

【本人の希望】

【本人の困りごと】

【家族の思い】

【現状認識】

【観察できること】

282

Aさんに必要な対応や支援

目標：

根拠：

目標に向かうための具体的な方法：

283

個人 10分 グループ15分

284

アセスメントシート1 (例)

【基本情報】Aさん：24歳・男性
 中学1年の時、小脳出血発症。軽い失調症と慢性てんかんが残り、大学4年の8月脳腫瘍を発生。回復期リハビリ病院に2ヶ月入院。その後、外来リハビリを実施。障害者職業センターには3日行ってやめる。大学卒業後、障害者枠で就労したが1ヶ月で退職。退院後にいけいん発作が出現し、体調が安定しない。ピアサポーターの支えもあり、1年間就労継続支援B型通所中だが、体調が安定しないため週4回の通所が精一杯。

【障害者手帳】
 ・中学1年の時の小脳出血で失調症状態
 身体障害者手帳 4級を取得。
 ・2回目の発症後、高次脳機能障害とてんかんで精神障害者福祉手帳2級を取得
 障害年金 2級受給

【経済状況】
 父親の収入、障害年金

【過去の情報】
 ・中学ではいじめを経験。
 ・大学卒

285

【現在の状況】
 ・高次脳機能障害の主症状
 意欲・感情コントロールの低下（感情の起伏、暴言落ち込み等）、抑制力の低下（話し続ける、ネットショッピング等）、記憶障害（作業を覚えられない）、注意障害（おしゃべりに夢中になり他のお客さんに気づかない）、実行機能障害（金銭管理ができない）、易疲労性、聴覚・視覚の過敏性
 ・認知・機能レベル
 知的水準はボーダーラインレベル。散歩自立。失調症の影響もあり細かい動作に時間がかかる。礼節は保たれ、人との関係性が保たれている。代償手段（耳栓等）を使用。
 ・生活リズム
 保たれているが、無理をすると崩れやすい。
 ・パーソナリティ
 人と関わることが好きだが、自信がなく被害的な認知傾向があり、人前ではあまり自己主張しない。ストレスは家族に向かいやすい。
 ・家族構成
 母親と3人暮らし。2歳違いの妹（大学生）
 ・高次脳機能障害以外の障害や疾病
 産後性てんかん
 ・興味・関心
 アニメ、音楽、筋トレ、ゲーム、漫画



【利用の目的】
 就職への準備→体調管理

286

アセスメントシート2 (例)

【本人の困りごと】

- ・体調が安定しない。
- ・てんかん
- ・家族にイライラをぶつけてしまう。
- ・作業が思うようにできない。
- ・できない自分を認めたくない。
- ・先が見えない。
- ・就職したいが難しいと思う。
- ・どうしたらいいかわからない。

【現状認識】

- ・自分の障害は失調症であり、高次脳機能障害は認めたくない思いがある。
- ・今の状況は満足ではないが、就労は難しいと感じ始めている。

【本人の希望】

- ・周囲の人と同じように就労したり楽しみたい。

- ・親を喜ばせたい。安心させたい。

【家族の思い】

- ・自責の念
- ・健康でいて欲しい。
- ・将来が心配
- ・でもやっぱり人並みに就労したり、結婚して幸せな人生を送って欲しい。

【観察できること】

- ・調子にムラがあり、コーヒー豆の選別やパソコン等、細かい作業の時に多く、易疲労性が高まり負荷がかりやすいと考えられる。

287

Aさんに必要な対応や支援シート (例)

目標：「体調管理をして心と体を健康に過ごす」
 (心：自信をつける、体：週4回の通所)

根拠：体調の波や自信のなさが、就労に対する焦りや不安を高めている。不安は否定的な感情を強め、それが家族に向い、本人も何とかしたいと思っている。そのためには心と体の健康が大事だと考えた。

目標に向かうための具体的な方法：

- ①自分の状態に気づき、調子が悪くなる前に休んだり周囲に伝えられる。
- ②ストレス対応法の意識づけと強化
- ③他者と楽しんだり、他者の役に立てるようなことを見つける。
- ④ポジティブフィードバック（プラスの行動の強化）

288

目標に向かうための具体的な方法（例）

①自分の状態に気づき、調子が悪くなる前に休んだり周囲に伝えられる。
毎日の調子をノートに記入することで、調子は天気や前日の疲労度も関係していることを確認し、調子が悪い時は職員に伝え、少し休んで無理な場合は帰宅、回復した場合は作業を続けることにした。チャレンジしたい作業は体調を確認しながら、短時間から行うようにした。

②ストレス対応法の意識づけと強化
洋服買うことで高たされない思いを解消していることに気がつき、将来を考えて自制しようと思うようになった。小遣帳を作成し現金を必要以上に持たない、ネットショッピングで使える額を決めた。たまにストレスを感じて洋服を買い、後から落ち込むこともあるが、その回数も減らしてきた。また、イライラしてきたら散歩に出かける、寝るなどの対処法や当事者会で悩みを相談したり、楽しみを得たことで、焦らなくていいと思えるようになってきた。

③他者と楽しんだり、他者の役に立てるようなことを見つける。
当事者会や親子で家族会に参加したことで、高次脳機能障害が自分だけではないことや高次脳機能障害への対処法を学ぶ機会を得た。また同じ趣味を持つ人との出会いにより、大好きなバンドを組もうと呼びかけ、自分も同じ障害で悩んでいる人たちの役に立ちたいと、ピアサポーターを目指したいと希望が出てきました。

④ポジティブフィードバック（プラスの行動の強化）
無理しないことをポジティブに捉えるよう本人と家族に積極的に伝えていきました。

289

まとめ

1. ロールプレイを通じ、高次脳機能障害の本人や家族は当たり前前の生活を望んでおり、それが叶わないことに対する心理面への配慮が必要であることを体験した。
2. 意欲・感情コントロール低下の背景には、不安や不安全感があるためコントロールのための直接的な介入の前に自信をつける等の精神的な安定を図る必要がある。そのためには当事者会や家族会、ピアサポーター等、仲間やロールモデルとなる人達の存在は大きく、その方々に繋げることも有効である。
3. 再発、症状の悪化や加齢等により、目標を一旦あるいは永続的に下方修正せざるを得ないケースの場合、「Well-being」という観点から他の目標を掲げつつ長期的な視点に立って、その人のペースに寄り添いながら進めていくことが求められる。

290

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

291

演習

**環境調整による支援と
記録に基づく支援の評価**

292

演習の内容

1. 演習のねらい
2. 事例の紹介
3. 演習 I（アセスメントのポイント）
4. 演習 II（支援内容の見直し）
5. 演習 III（支援手順書の作成と記録の活用）
6. まとめ

293

1. 演習のねらい

294

この演習の獲得目標

- ① 相談支援専門員・サービス管理責任者等の障害福祉サービス従事者、その他関係者が、高次脳機能障害者児の支援上の課題の解決に向けて、再アセスメント・支援の見直しを行うことができる。
- ② 生活支援における環境調整の視点や、記録の活用の重要性について理解する。

295

障害福祉サービス従事者にとっての高次脳機能障害者児支援の節目

- ① 医療機関での治療・リハビリを終え、障害福祉サービスを利用する場合
- ② 障害福祉サービスの利用後、支援上の課題が生じて、支援内容の見直しが必要な場合
- ③ 医療や福祉・教育との関係が途切れて、「埋もれ」てしまったケースの「掘り起こし」

296

2. 事例の紹介

297

TRさん（30代女性・精神障害手帳2級・障害基礎年金2級）

<生活歴>

- ・大学在学中（19歳）のとき、脳炎により意識不明となった。
- ・意識回復後も寝たきり状態が続き、高次脳機能障害の診断も受けた。
- ・リハビリにより独歩が可能となり一旦退院したが、将来の生活を考えて、施設入所による自立訓練事業を利用した（21歳）。
- ・就労移行支援事業を利用し、トライアル雇用を経て、介護施設でパート勤務することとなった（22歳）。
- ・親元から離れた自立した生活を本人が希望し、ヘルパー利用をして、マンションで一人暮らしを始めた（31歳）。
- ・1ヶ月ほどで訪問するヘルパーへの好き嫌いを口にするようになり、ケア中に苛立った様子を見せることも目立ってきた。

298

本人・家族の希望

<本人>

- ・一人でも生活できるようになりたい。
- ・新しいことはすぐに覚えられないので、自分のペースで取り組んでいきたい。
- ・両親以外にも相談できる相手を見つかけたい。
- ・自分の障害のことを理解して欲しい。

<家族（両親）>

- ・自分たちが元気なうちに、一人暮らしができるようになって欲しい。
- ・家族以外に相談できる相手を見つけて欲しい。
- ・本人の障害やペースに合わせて支援をして欲しい。

299

情報①

<家族>

```

    graph TD
      F1(61) --- F2(58)
      F1 --- C1(31)
      F1 --- C2(29)
      F1 --- C3(25)
  
```

<日課>

	月	火	水	木	金	土	日
7 起床・朝食							
8 出勤							
9							
12 パート勤務							
16 退勤							
17 夕食							
19 入浴							
22 就寝							

AM ← パート → PM

ヘルパー ヘルパー

300

情報②

領域	主な情報
生活基盤	収入：基礎年金2級+パート給与（11万円ほど）
健康・身体	服薬後は包装をとっておき、翌日捨てる。
日常生活	ADLは自立
コミュニケーション	他者の意思理解が難しいことがある。
社会生活	屋外移動：慣れない場所への移動や移動先での行動に不安 金銭管理：通帳管理やATM使用に支援が必要。
余暇・趣味	交友関係はほとんどない。スマホで音楽を聴く。
教育・就労	
家族関係	
障害特性	記憶力低下（繰り返しにより改善が期待できる） 情報処理速度低下

301

情報③

<ヘルパー事業所（サービス提供責任者）からの情報>

- ヘルパー3名で対応している。
- ケア開始時のサービス担当者会議で役割分担したことに沿って、家事援助（調理、洗濯、掃除の部分支援）と移動支援（買物）を提供している。
- 本人の様子やケア内容は、ヘルパー間でノートを介して共有している。
- ケアを開始して1ヶ月ほどで、ヘルパーを特定の1名に固定して欲しいという要望をいただいたが、他のケアの関係もあり、困っている。
- また、ケア中に陰しい表情で、気になることを繰り返し言い続けることがあり、ヘルパーはどうか対応してよいか分からず、困っている。
- 嫌な思いをしたり、苛立つと、母親にLINEするようで、母親からも問い合わせを受ける。

302

3. 演習 I

303

課題解決に向けたアセスメント

本人の希望に基づいて、一人暮らしを始めたTRさんですが、1ヶ月ほどで、訪問するヘルパーへの好き嫌いを口にするようになり、ケア中に苛立った様子を見せるようになってきました。

ヘルパー事業所でも対応に困っており、この状況が続くとケアの継続は難しくなるかもしれないとのこと。

支援チームのリーダー格であるあなたは、何とかしたいと思っていますが、

- (1) 課題解決に向けて、どんな情報が必要ですか？
- (2) それはどのような見立て（仮説・想像）によるものですか？

304

個人ワーク10分 グループ共有15分

305

ワークシート①

(1) 課題解決に向けて、どんな情報が必要ですか？

(2) それはどのような見立て（仮説・想像）によるものですか？

306

追加情報①

領域	主な情報
生活基盤	収入：基礎年金2級+パート給与（11万円ほど）
健康・身体	服薬後は包装をとって置き、翌日捨てる。
日常生活	ADLは自立、IADLは一部支援（記憶障害・遠行障害の影響）
コミュニケーション	他者の意思理解が難しいことがある。
社会生活	対人関係：思うようにならずに育立つ。好き嫌いが顕著。同世代をライバル視。 番外移動：慣れない場所への移動や移動先での行動に不安 金銭管理：通帳管理やATM使用に支援が必要。
余暇・趣味	交友関係はほとんどない。スマホで音楽を聴く。
教育・就労	情報の視覚化が必要。職場環境の変化が情緒に直結する。週1回の面談で安定している。プラス評価が不可欠（失敗を極度に嫌う）。
家族関係	自分で判断ができず、家族を頼りがち。
障害特性	記憶力低下（繰り返しにより改善が期待できる） 情報処理速度低下

307

追加情報②

- TRさん自身は…
- ヘルパーによって言うことややるが違うから困る、頭が混乱する、イライラしてくる。
 - インターフォンを鳴らした後、挨拶だけの人、事業所名と名前を告げる人、名前だけ言う人がいる。
 - 買い物と一緒に出かけても、私がメモを忘れてきて無駄になったことがあった。メモがあっても、どの店で買えばよいか分からないこともあった。買い物メモを作るときも手伝って欲しい。
 - 一緒に調理をするときなど、いろいろなことを言う人がいる。
 - 自宅の警備システムをセットし忘れたこともある。

308

見立て（例）

- ヘルパー間の情報共有が不十分で、ケアに統一性がなく、本人を混乱させているのではないか。
- いくつもの用件を、配慮なく、本人に口頭で伝えて済ませてしまい、理解できないままになっているのではないか。
- ケア内容やヘルパーの人選に、本人の意向が反映されていないのではないか。
- できたことを評価する場が必要なのではないか。
- 必要な相談相手が身近にいないのではないか。

309

4. 演習Ⅱ

310

課題解決に向けた支援の見直し

これまでの情報や「見立て」を踏まえ、どのように支援の見直しを図りますか？
必要な取組を挙げて下さい。

311

個人ワーク15分 グループ共有30分

312

ワークシート②

解決すべき課題	取り組むべきこと	留意点
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

313

ワークシート② (記載例)

解決すべき課題	取り組むべきこと	留意点
1.ヘルパーのケアの統一	ヘルパーの支援手順書を作成し、訪問からケアの提供、退室までのポイントを統一する。	本人の役割も明確にする。必要な声かけも統一する。
2.やることを忘れてしまう	忘れやすいことをメモする、目につく場所に貼る。	本人と話し合って決める。
3.好き嫌いが激しい	同世代のヘルパーを選べる。事業所内で、障害特性についての学習会を行う。	支援手順書に従ってケアに入ることができるヘルパーを増やすことも必要。
4.できたことを評価する機会が必要	本人と、できたことを確認する機会を定期的に設ける。	本人と振り返ることができるよう記録をとる。
5.家族以外に相談できる相手がいない	生活面の相談相手を見つけるために、職種の定期相談を参考にする。	

314

5. 演習Ⅲ

315

支援手順書の作成と記録の活用

TRさん
「買い物と一緒に出かけても、私がメモを忘れてきて無駄になったことがあった。メモがあっても、どの店で買えばよいか分からないこともあった。買い物メモを作るときも手伝って欲しい。」
「買い物をするときにメモを見忘れたり、メモを見ていても買い忘れたりすることがある。」

(1)どのようなことをヘルパー間で共有しておけば、改善できるでしょうか？

316

個人ワーク10分

317

ワークシート③

(1)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割
買い物準備		
買い物支援 (移動支援)		

(2)

振り返りの留意点

318

ワークシート③ (記載例)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割	記録
買い物準備	1) 冷蔵庫内の食材や調味料、その他の必要品を確認して、買い物メモを作成する。 2) 購入する店舗ごとに書き出す。	ヘルパーと一緒に買う物を決めて、行く店ごとにメモに書き出す。メモを財布に入れる。	メモを財布に入れるのに、声かけが必要でした。
買い物支援 (移動支援)	1) 本人が商品を選ぶ・支払いをするのを見守る。 2) 支払いの前に、買い忘れがないか確認する。	メモを見ながら、買い物をする。レジにならぶ前に、買い忘れがないか確認する。	メモを出さずに買い物始めたので、声かけしました。

振り返りの留意点

319

記録のまとめ

利用者名 TR 様 作成者名 ○○ ○○ 令和4年 月 日作成

本人の役割	(笑)	(木)	(土)	(笑)	(木)	(土)	(笑)	(木)	(土)	(笑)
買い物準備	△	—	○	○	—	○				
買い物	△	—	△	○	—	△				
...										

◎ 自立 ○ 見守り △ 声かけ ▼ 困難

【備考】
・買い物準備は、声かけがなくてもできています。
・買い物は、店員が案内していると焦ってしまっています。

320

支援手順書の作成と記録の活用

(2)記録を踏まえて本人と振り返る際の留意点を挙げましょう

321

ワークシート③

(1)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割
買い物準備		
買い物支援 (移動支援)		

個人ワーク5分 グループ共有5分

(2)

振り返りの留意点

322

ワークシート③ (記載例)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割	記録
買い物準備	1) 冷蔵庫内の食材や調味料、その他の必要品を確認して、買い物メモを作成する。 2) 購入する店舗ごとに書き出す。	ヘルパーと一緒に買う物を決めて、行く店ごとにメモに書き出す。メモを財布に入れる。	メモを財布に入れるのに、声かけが必要でした。
買い物支援 (移動支援)	1) 本人が商品を選ぶ・支払いをするのを見守る。 2) 支払いの前に、買い忘れがないか確認する。	メモを見ながら、買い物をする。レジにならぶ前に、買い忘れがないか確認する。	メモを出さずに買い物始めたので、声かけしました。

振り返りの留意点

- ・その日のうちに、課題を確認しておく。
- ・否定的な表現は避け、次回に向けた励ましを心がける。
- ・一定期間内の振り返りにより、必要に応じて本人と支援方法を見直す。

323

6. まとめ

324

自立生活援助 個別支援計画

氏名	TK 様	性別	男	生年月日(西暦)	昭和50年〇月〇日	居住者	〇〇 〇〇	障一七次(障害種別)	■ 難聴 ■ 難聴 (両耳)
住所	〒*****		地区	*****		居宅介護支援	居外編による上下肢機能障害 (身体之助) 高次脳機能障害		
利用目的	一人暮らしを続けながら訓練を受けて、また転倒として仕事に戻りたい。								
自立生活援助の目的	仕事復帰に向けて、住居日常生活の中でできることを増やしていきながら生活できるようにしたい。作業の増加に慣れて、生活リズムが維持できるようにしていきたい。								
実施期間	令和4年4月1日 ~ 令和4年3月31日								
生活状況の課題	目標	実施内容	実施期間	担当職員					
1 体音が聞き取れない状況が改善できなかった。	一人暮らし生活の不安を軽減する(55歳定年退職)。	体音の聞き取りの練習(スマホアプリ利用)を一対一で行い、録音機能を活用し、ヘルパーに指導を受けることを行う。	4月 ~ 6月						
2 居宅介護支援一人で行うことができない。	必要事項を自分で済ませることができるようになる。	認知機能に合わせた練習を行う。慣れてきたら実践を行う。認知機能に合わせた練習を行う。	4月 ~ 6月						
3 自立生活に慣れていない。収入が不安定で生活が安定していない。	1ヶ月の収入を安定させ、収入が不安定にならないようにしたい。	一緒に生活支援を行い、収入が不安定にならないようにしたい。収入が不安定にならないようにしたい。	4月 ~ 6月						

上記、計画に同意する。 月 日 氏名

331

居宅介護支援計画から手順書・記録へのつながり

【紹介例2】

- 一人暮らしの定着を図る30代女性のケース
- ヘルパー利用による不安の軽減のため、手順書を詳細に作成し、本人と共有
- 否定的な声かけに敏感なため、記録やフィードバックの際に留意し、信頼関係の構築に努めている
- フィードバックの際に、「記録のまとめ」を活用している

332

居宅介護支援計画

氏名	TK 様	性別	男	生年月日(西暦)	昭和50年〇月〇日	居住者	〇〇 〇〇	障一七次(障害種別)	■ 難聴 ■ 難聴 (両耳)
住所	〒*****		地区	*****		居宅介護支援	居外編による上下肢機能障害 (身体之助) 高次脳機能障害		
利用目的	一人暮らしを続けながら訓練を受けて、また転倒として仕事に戻りたい。								
自立生活援助の目的	仕事復帰に向けて、住居日常生活の中でできることを増やしていきながら生活できるようにしたい。作業の増加に慣れて、生活リズムが維持できるようにしていきたい。								
実施期間	令和4年4月1日 ~ 令和4年3月31日								
生活状況の課題	目標	実施内容	実施期間	担当職員					
1 体音が聞き取れない状況が改善できなかった。	一人暮らし生活の不安を軽減する(55歳定年退職)。	体音の聞き取りの練習(スマホアプリ利用)を一対一で行い、録音機能を活用し、ヘルパーに指導を受けることを行う。	4月 ~ 6月						
2 居宅介護支援一人で行うことができない。	必要事項を自分で済ませることができるようになる。	認知機能に合わせた練習を行う。慣れてきたら実践を行う。認知機能に合わせた練習を行う。	4月 ~ 6月						
3 自立生活に慣れていない。収入が不安定で生活が安定していない。	1ヶ月の収入を安定させ、収入が不安定にならないようにしたい。	一緒に生活支援を行い、収入が不安定にならないようにしたい。収入が不安定にならないようにしたい。	4月 ~ 6月						

上記、計画に同意する。 月 日 氏名

333

TR 支援手順書

提供日	年	月	日	実施者	本人の役割	記録
5分					居宅介護支援員が来た時に居宅介護支援員が行き、インターフォンが鳴った時に居宅介護支援員がドアを開け、必要事項を確認して決断を行う。	
10分					ヘルパー(前回の買物)が来た時に必要事項を確認し、ヘルパーと一緒に買物を行う。必要事項を確認し、ヘルパーと一緒に買物を行う。	
5分					買物準備(買物の準備)が来た時に必要事項を確認し、ヘルパーと一緒に買物を行う。必要事項を確認し、ヘルパーと一緒に買物を行う。	
60分					買物(買物の準備)が来た時に必要事項を確認し、ヘルパーと一緒に買物を行う。必要事項を確認し、ヘルパーと一緒に買物を行う。	

334

記録のまとめ

利用日	TR 種	作成者	〇〇 〇〇	令和4年	月	日	作成
本人の役割	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)
買物準備	△	△	△	△	△	△	△
買物	△	△	△	△	△	△	△
買物準備	△	△	△	△	△	△	△
買物	△	△	△	△	△	△	△
買物	△	△	△	△	△	△	△
買物	△	△	△	△	△	△	△
買物	△	△	△	△	△	△	△

◎ 自立 ○ 見守り △ 声かけ ▼ 困難

【備考】
「買物準備」は一通り、自分で済ませることができています。
「買物」の作成は開始ですが、身体が重たくなり、スーパーで取り出すことを忘れやすいようです。
「月×日」スマホをポケットに置き忘れていました。

335

◎ 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究

336