

高次脳機能障害標準的訓練プログラム

高次脳機能障害支援モデル事業

訓練プログラム作業班

高次脳機能障害標準的訓練プログラム

はじめに

高次脳機能障害は、肢体不自由など誰もが容易に認識することのできる障害と異なり、一見して認識することが困難なものが多い。この点は、当事者は勿論、家族、医療、福祉関係者にとっても同様で、「怠け者」とか「人が変わった」と誤解されることが少なくない。大切なことは、より多くの関係者が高次脳機能障害について認識し、その障害をおった者が現時点で考えられる最適の医療や社会的サービスを受けられるようなネットワークが作られることである。

ここに示す標準的訓練プログラムは、モデル事業に参加している拠点病院が現在実施している一般的な評価、訓練について述べている。モデル事業をきっかけにして、今後、多くの医療機関や施設でこれらの方法が実践されるようになることが期待される。

評価と訓練に関する全般的な考え方

急性期の医療の後、高次脳機能障害が疑われる場合、必要に応じて以下の評価や訓練を実施する。発病・受傷からの経過、特に、高次脳機能障害の諸症状の推移、訓練による変化の可能性、機能回復の見通し、長期的な連続したケアの中における訓練の位置付け、後遺症の可能性、慢性期に移行した場合に利用すべき社会的サービスの形態・可能性などは、患者、家族に正確に説明する必要がある。また、このような全般的展望は、患者・家族・介護者・医療スタッフの間で共通に認識される必要がある。

1. 評価内容

高次脳機能障害をもつ者の特徴を個々について明らかにし、その機能障害を理解した上で用いることのできる手法を適応していく必要がある。この点で、対象者の高次脳機能を多面的に分析する必要がある。

個々の機能障害の有無だけでなく、その障害の発生する機序についての考察することが望ましい。例えば、記憶障害については、意識障害が影響している可能性はないか、なければ、手続き記憶と陳述記憶のいずれの障害が中心か、また、記憶の入力、貯蔵、出力のどの過程の障害が中心かといった検討である。これは、後の訓練方法を選択する上での手がかりになる。評価は、それぞれの施設において種々の専門職が分担して実施する。

2. 訓練内容

高次脳機能障害支援モデル事業、訓練プログラム作業班においては訓練プログラム（包括的高次脳機能障害訓練プログラム）を受傷、発症の時期からの相対的な期間と目標の違いによって便宜的に下記の3つに分けて検討した。

- 医学的リハビリテーション・プログラム
- 生活訓練プログラム
- 職能訓練プログラム

モデル事業に参加した拠点病院に対して行ったアンケート調査から、専門職と訓練内容

の対応は次のように要約することができる。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士（心理担当者）、看護師等の行う訓練は、それぞれの職種のもつ専門性はあるものの、共通の問題を対象とすることが多い。すなわち、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士（心理担当者）、看護師等は共に、注意障害、記憶障害といった項目を訓練対象としている。一方、生活訓練、職能訓練では、注意・記憶と言った問題を持った対象者ではあるが、方法としては機能障害そのものを対象とするより、生活におけるさまざまな活動であったり、職業において必要とされる事項であったり、より現実的な対応を行っているとも考えられる。

	医学的リハビリテーション	生活訓練・職能訓練
専門職種	PT、OT、ST、心理士等	生活訓練、職能訓練の担当者
訓練の主たる目標	注意、記憶、遂行機能障害など機能障害を直接扱う	生活、作業を通じた高次脳機能障害諸機能に対するアプローチ

医学的リハビリテーションには、個々の認知障害の対処（認知リハビリテーション）以外に、心理的対応や薬物治療、外科的治療が含まれる。また、生活訓練、職能訓練においても、医学的リハビリテーションで用いられた対処法、医学的治療は、比率はやや少なくなつたとしても同様に配慮する必要がある。逆に、医学的リハビリテーションにおいても、生活訓練、職能訓練での手法を一部取り入れることもありうる。

いずれの訓練も、基本的に次のような戦術を取る。

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

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

(ア) 医学的リハビリテーション・プログラム

以下に、各認知機能障害についてそれぞれの対応をしるすが、まず、評価を実施しその認知機能障害の有無、その機能障害が認められる場合は、更にもその病態機序についての分析を行う。その上で、訓練方法を選択する。

直接刺激法：課題の反復練習によって課題遂行にとって必要な認知機能を強化する

戦略的置換法：保たれている能力を活用して課題が遂行できるようにする

外的補助法：利用可能な道具を用い環境を調整することで課題がうまく遂行できるようにする

また、注意障害、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの高次脳機能障害は全く独立して存在するわけではない。即ち、発病・受傷から時期が短い場合は、意識障害が残り、注意・記憶・遂行機能・行動など全てに影響を及ぼす可能性がある。次ぎに、意識障害が改善しても、次には注意障害の存在が、記憶、遂行機能などに影響することもある。注目する高次脳機能障害に、関与しうる様々の機序を階層的に捉える必要がある。

① 注意障害について

1. 注意障害に関する評価

注意には、

- ① 知覚的スキャンニング（視覚的または聴覚的刺激源を定位する）
- ② 選択的注意（広い情報の中から、特定の手がかりを選ぶ）
- ③ 覚醒（小さな変化をみつけて反応できる状態）
- ④ 注意の持続（注意の集中）
- ⑤ 注意の変換（注意の焦点を移動することができる）
- ⑥ 注意の容量（必要な情報が十分量得られる）
- ⑦ 注意の分配（同時に複数に気を配る）

などの機序が働くと考えられている。注意に関連する評価、観察を通じてどのような機序が当該患者にとって大きな問題になっているかを検討する。

2. 対応方法

評価結果に基づき、それぞれの職種 of 訓練にあたり、下記のような対応について配慮する。

- (ア) 作業の途中で休憩を組み込む（例：15分作業したら5分間の休憩）
- (イ) 疲労の少ない時間帯に比較的複雑な作業を行う
- (ウ) 興味を失わないように、作業内容を時々変更する
- (エ) 雑音などの干渉がない環境を用意する
- (オ) 作業に必要な情報量を少なく、情報を提示するタイミングを調節する
- (カ) 作業に集中するように言葉で促す
- (キ) 一つの工程から、次の工程へ移れるように、言葉や書いた手がかりを用意す

- る。工程から無駄な部分を除いて、論理的に配置する
- (ク) 指示など記憶しなければならない事項を反復させる。口述録音機 dictaphone などは、大切な言葉を記録して、再生するのに有用である
 - (ケ) 時間によるストレスなどを軽減するために、作業を終了させるのに現実的な時間枠を設定する
 - (コ) 与えられる指示をゆっくり喋ってもらい要点を明らかにしてもらおうよう障害者自身が依頼できるように訓練する、あるいは、自己教示法で注意焦点を維持できるよう練習させる
 - (サ) 疲労の徴候を認識する練習をして、適切な対応を図る。ストレス管理、リラクゼーション、瞑想などは有益な方法である
 - (シ) 活動や要求に、次第に戻れるように構造化する

① 記憶障害について

1. 記憶障害に関する評価

記憶に関わる次のような視点がある。

- (ア) 記憶にかかわる時間
- (イ) 情報の種類
- (ウ) 情報の形
- (エ) 記憶の段階
- (オ) 記憶の引き出し方 (思い出し方)
- (カ) 記憶された時期 (けがや病気の前からか、その後からか)

記憶にかかわる時間

- ① 即時記憶あるいは作動記憶 (調べた電話番号をかける間の記憶など)
- ② 長期記憶 (必要なときまで蓄えておく記憶系)
 - 1. 遅延記憶 (例: さっきかけた電話番号を思い出す)
 - 2. 近時記憶 (例: 先週の金曜日の活動について)
 - 3. 遠隔記憶 (例: 学生時代の出来事)
- ③ 展望記憶 (これから行なおうとする計画についての記憶)

記憶の種類

- ① 事実 (意味記憶) (知らない間に覚えた知識、例: 米国の首都はワシントン)
- ② 個人的体験 (エピソード記憶) (自分に起こった出来事)
- ③ 技術や手続き (例: 車の運転、ワープロで書いて印刷する)

記憶の形

- ① 言語的記憶 (書かれたもの、話されたものなど言語と言う形態の情報)

- ② 視覚的記憶（人の顔、図柄、見取り図など、視覚的な形で覚えられる記憶）

記憶の段階

- ① 符号化（情報を取り込んで登録する）
- ② 貯蔵（情報を記憶の中に入れて、次に必要なときまで保管すること）
- ③ 検索（必要なときに記憶を呼び起こすこと）

記憶の引き出し方

- ① 再生（記憶力を頼りに思い出すこと）
- ② 再認（例：以前見たことがあるかどうかを、認識しなおす）

記憶された時期

- ① 逆向性記憶（事故や病気の前にあった出来事の記憶）
- ② 順向性記憶（事故や病気の後の出来事の記憶）

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

2. 代償法

評価結果に基づいて、以下のような対応を行なう。

(ア) 環境を変化させる（記憶に頼る必要性を少なくする）

メモ帳、決まった場所への掲示、決まった場所に物を置くなど

(イ) 記憶の外的補助具を利用する

日記、システム手帳、ノート、目覚まし時計、タイマー、電子手帳など

この際、記憶の段階で符号化（入力）、貯蔵、検索のどこに問題があるかで、メモ帳の活用方法に工夫が必要になる。

(ウ) 決まった日課に従う

日毎、週ごとに決まった日課に従って生活する。

(エ) 組み合わせによる代償的「記憶システム」構築

定期的に参考にするリストを作る、アラームを活用するなどの組み合わせ

(オ) 心身の健康

② 遂行機能障害について

1. 様々の要因（2に提示する）が関与するので、評価が必要。
2. 適切な固有な測定方法はないので、作業を良く観察し、失敗や誤りの起り方から特定の機序を探る。
 - (ア) 自己認識
 - (イ) ゴールセッティング

(ウ) プラニング

(エ) 発動性

(オ) 自己モニタリング

3. 特定の機序が関与すると判断された場合、

(ア) この部分を補う治療（薬物等）を検討する

(イ) 作業過程を分解し、それぞれの過程をルーチン化する

(ウ) ルーチンの連続を訓練する

(エ) 一定の過程で失敗が起こる場合、その部分を介助する

③ 病識欠落

1. 病識欠落に関連する評価の実施

PCRS（Patient Competency Rating Scale 患者能力評価スケール）が知られている。患者本人、家族、治療者、それぞれの回答によって、病識欠落（障害の自己意識性）の評価が出来る。

2. 対応方法

(ア) 患者の認知障害を本人に理解させる

(イ) 日常生活に照らして、意味ある仕方で問題の情報を伝える

(ウ) ワークトライアルの試み

(エ) フィードバックを与える、監督役を引き受けてもらうように家族、友人、職場の同僚、同級生を教育する

(オ) 患者に、特定の行動の頻度を記録させる

(カ) 作業の遂行をビデオテープに記録する。再生する際に、患者は「あなたのやり方について、どんなことに気がきますか？」と一般的なやり方で質問する

3. これらの訓練は看護師、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士（心理担当者）、生活訓練担当者、職能指導員などが関与する。

④ 社会的行動障害について

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

1. 評価について

(ア) 生活、訓練場面で、問題となる社会的行動障害がどのようなきっかけで生ずるか記録して分析する（文脈の調査）。

(イ) 反社会的行動、退行については適応行動尺度（ABS）、S-M 社会生活能力検査などを用いることが出来る。

(ウ) 鎮静剤の使用など、誘引となる原因がないか、検討する。

2. 対応方法について

(ア) 環境の調整

- ① 静かな環境に置く
- ② 余りたくさんの人に囲まれない環境
- ③ 疲れさせない環境に置く

(イ) 行動療法的な対応：患者自身、何が問題になっていて、これにどう対処するか一緒に考える。できれば、誓約書を書いてもらったうえで実行する。

- ① 正の強化：社会的な強化（誉める、励ます、注意を引くなど）を用いる
- ② 中断 (time-out)：TOOTS (time-out on the spot) を用いて、不適切な行動をとった場合、そのような行動を無視して担当者はその場からしばらく姿を消す。あるいは、患者を訓練室の外に数分間置いておく。
- ③ 反応コスト Response cost：行動に対価を与える。行動を抑制できれば対価は高いままで、特定の品物と交換ができる。
- ④ 飽和による回避行動の治療：大声を発する患者が、大声を発するたびに、数分間大声を出させておく。
- ⑤ 陽性処罰：使用は余り好ましくないと考えられる。

(ウ) 神経薬理的治療

⑤ 心理的問題について

前項目の社会的行動障害も心理的ストレスで増強、軽快が見られる。ここでは、患者自身、家族、介護者に及ぶ心理的ストレスに起因する不安、緊張、抑うつなどの心理的問題を扱う。

1. 評価について

抑うつは Zung の自己評価式うつスケール (SDS)、多面的には MMPI などの評価法がある。簡便には POMS が用いられる。高次脳機能障害者だけでなく、家族、介護者も心理的ストレスを感じている場合があり、家族、介護者の心理評価も必要に応じて考慮する。

2. 対応方法

(ア) 高次脳機能障害について正しく理解する（症状について、患者の状況について）

(イ) リハビリテーションスタッフとの話し合い、家族会への参加

(ウ) 心理カウンセリング

(エ) 場合によっては、薬物療法を検討する。

⑥ 身体機能障害に対して

1. 評価について

2. 対応方法

- (ア) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によって行なわれる筋力訓練、関節可動域訓練、上肢運動機能訓練、巧緻性訓練、言語訓練、ADL訓練など
- (イ) 時に、麻痺、運動失調の改善が著しく、従来の理学療法士による訓練では足りない例がある。このような場合は、リハビリテーション体育やその他の職種により、地域での移動、公共交通機関を利用した外出などを実施する。

⑦ 医学的管理

1. 神経薬理学的治療（文献1～3より引用）

- (ア) 注意障害 プロモクリプチン、アマンタジン
- (イ) 知能障害 用いられている睡眠薬、向精神薬の副作用でないか注意する
- (ウ) 精神症状
 - ① 攻撃性・焦燥感・不安など
 ベータブロッカー（プロプラノロール）、抗てんかん薬（カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウム）、向精神薬（ハロペリドールなど）、三環抗うつ剤（アミトリプチン）、炭酸リチウム（リマス）
 - ② 感情爆発 向精神薬
 <向精神薬の使用にあたっては、過鎮静に十分注意する>
 - ③ うつ症状 抗うつ剤（デジプラミン、SSRI）
 - ④ 燥状態 塩酸クロジジン、
 - ⑤ 幻覚 向精神薬
- (エ) てんかん 抗てんかん薬（フェニトイン、フェンバルムなど認知機能に影響のあるものを避ける。
- (オ) 睡眠障害 適切な睡眠剤の処方（ベンゾジアゼピン系薬剤）
- (カ) 発動性低下など プロモクリプチン、アマンタジンの投与
- (キ) その他
 - ① 筋弛緩作用のある抗痙縮剤（バクロフェン、ダントロレンナトリウム）の注意・覚醒障害に対する悪影響を考慮する。
 - ② 高血圧治療 メルトラン、プロプラノロールなどは避ける
 - ③ 塩酸ドネペジル（アリセプト）（意欲低下に）

2. 内分泌障害 ACTHの増加、甲状腺ホルモン減少、尿崩症、SIADH、女性化乳房、乳汁漏出症など

3. 外科的治療

- (ア) 水頭症 検査とシャント手術の適応を検討する

(イ) 難治性てんかん 外科的治療

(イ) 生活訓練プログラム

1. 訓練の基本

高次脳機能障害者に対する生活訓練は、その障害特性である記憶、注意、遂行機能等の障害の改善に視点をおくのではなく、認知訓練等を経て、なおかつ残存する障害の状態に基づき、日常生活や社会活動に必要な力を高め、社会生活への適応を図ることが重要な視点となる。よって、本人に対する直接的訓練のみならず、環境調整、家族等に対する支援など、生活全般における幅広い対応を必要とするとともに、個々の訓練内容は生活全体の中で相互に関連付けられながら実施される必要がある。加えて、効果的訓練を実施するに当たっては、訓練時間内だけでなく、生活全般をトータルに捉え、訓練を行っていく必要がある。状況に応じては起床、就寝に関する支援が必要な場合もあり、24時間の生活全体での関わりが必要となる。

2. 目的

- (1) 日常生活活動や社会活動能力の向上
- (2) 個々の障害状況に応じた支援の形態（支援内容、支援頻度等）の明確化

3. 訓練内容

- (1) 生活管理能力の向上
 - ①スケジュール管理
 - ②身辺管理（食事、排泄、入浴、整容等）
 - ③家事管理（洗濯、清掃、調理、衣類管理、整理・整頓、買い物、金銭管理等）
 - ④移動（公共交通機関の利用）
 - ⑤自己健康管理（服薬管理、体調管理等）
- (2) 生活リズムの確立（生活の枠作り）
 - ①個々の状況に応じた一定の生活スケジュールの策定
 - ②生活リズムの確立、習慣化
 - ③生活活動性の向上
- (3) 社会生活技術訓練
公共交通機関を利用した外出、買い物などの具体的な社会活動
- (4) 対人技能の向上
社会的ルール、自己抑制、他者への配慮、基本的マナー、異性との対応などの適切な判断と行動の獲得
- (5) 障害の自己認識、現実検討
障害に起因する問題整理（因果関係の理解）、対処法のアドバイス
- (6) 必要とする支援の明確化
単独で遂行可能な活動、支援を要する活動（内容、頻度、程度、方法等）の明確化。
- (7) 家族支援
家族からの相談対応、心理的支援、学習会、社会資源の情報提供等

4. 訓練の方法

(1) アセスメント

生活訓練を行うに当たっては、医学的評価、神経心理学的評価とは別に、高次脳機能障害に起因する生活上の問題把握のため、既存の標準化された日常生活活動の尺度並びに独自におおよそ以下の事項を参考に、日常生活動作や生活・健康管理について確認を行う必要がある。

- ①ADLの状況。
- ②IADLの状況
- ③生活リズム（週、日単位での日課時限）
- ④移動の状況（公共交通機関利用を含む）
- ⑤対人関係の状況（挨拶、言葉遣い、ルールを守る、異性関係の問題、依存度等）
- ⑥障害の自己認識の状況
- ⑦余暇時間の使い方
- ⑧家族の抱える問題点

アセスメントは初期段階、訓練中期段階、訓練終期段階に行われ、訓練の効果測定を行う。また、日常生活動作や活動は客観的にその改善を捉えることが難しい側面も多々ある。よって、本人と本人を取り巻く者（家族等）に対して、訓練前と後でどの様に生活が改善されたか（家族の介護、介助量が減った、コミュニケーションがとりやすくなった、活動範囲が広がった等）について、「満足度」を確認することも有効であると考えられる。

(2) ゴール設定

上記の評価結果並びに本人、家族のニーズに基づきゴール設定を行うが、高次脳機能障害者の場合、最終的ロングゴールの他に直近の目標となるショートゴールを本人のわかりやすい内容、言葉で設定し、ショートゴールの達成を積み重ねていくことが効果的であると思われる。

(3) 訓練の手段

訓練内容に記載した事項の訓練を行うに当たり、以下の様な方法を内容に沿って組み合わせて行くことが必要である。

- ①動作に対する直接的な技術指導や知識の供与（ADL、IADLの訓練）
- ②グループワークの活用（知識獲得、集団対人技能獲得）
- ③ピアカウンセリングの活用
- ④集団の中で一定の役割を与える
- ⑤失敗した場合の即時フィードバックと問題点についての話し合い
- ⑥記憶補助手段の実生活上の活用（パスケース、システム手帳、メモリーノートな

どの活用)

⑦実習、体験（具体的社会活動の遂行、参加）

⑧スケジュールに沿っての行動や活動性向上のための日々の声かけ、励まし

5. 留意事項

- (1) 訓練で行ったことが訓練場面だけで終わらず、できるだけ速やかに実際の生活の中で行なってもらうことが、行動の定着に有効である。
- (2) 部分的な訓練要素の訓練ではなく、実生活を体験又は疑似体験する中で訓練を組み立て、問題点を把握することが有効である。
- (3) 訓練チームの中には、必ず支援のコーディネーターの役割を果たす者（ケアマネージャー、生活指導員）が必要である。
- (4) それぞれの訓練は別々な訓練として位置づけるのではなく、一連の生活活動の中で組み立てる必要がある。
例えば、「買い物」という活動を考えるとき、その構成要素としては移動、金銭管理、商品知識、コミュニケーション等が総合的に必要となる。活動の構成要素の何ができて、何ができないのか、或いはできないことをどの様な方法で補完するのかを考えていく必要がある。
- (5) 日常生活動作（ADL）は病院においてOT、看護師が訓練を行っており、生活訓練で対象とするのは基本的動作の獲得ではなく、これらの訓練で獲得した動作の実生活上の問題点に関する部分である。
- (6) 個々の訓練終了後には、その個人の社会復帰形態に合わせ、関係者に対して本人の持つ障害特性、行動特性、指示・対応方法等の適切な理解を得るための「個別支援方法マニュアル」を作成することが訓練効果を実生活に反映する上で有効である。
- (7) 本人自身に働きかけ改善を目指す部分と、環境を本人の状況に合わせて調整する部分を明確にすることが重要である。
- (8) 訓練終了後の生活環境調整に当たっては、支援班で作成したリストに基づき、関係者と連携して行う必要がある。
- (9) 家族、本人に対する「満足度調査」は、極力訓練担当者以外の第三者により行われることが望ましい。
- (10) 対象者の中には、何に対しても興味を示さないようなモチベーションが極度に低下している場合があるが、このような場合、本人の受傷前後の状況等を詳細に検討し、まずは本人が興味を持つことを見つけ出すことが必要となる。この際重要なことは、訓練担当者側にできるだけ多種多様な活動（趣味活動、遊び、運動等）体験の材料を準備しておくことである。
- (11) 利用者の障害特性やニーズ、地域特性等に合わせ、入所・通所などの多様な訓練形態があることが望ましい。

(ウ) 職能訓練プログラム

1. 職能訓練の基本

高次脳機能障害者（『高次脳機能障害支援モデル事業』の診断基準の規定によるもの）の職業上の問題は、機能的には障害が少なく、一見仕事ができそうだが、任せるとミスばかりといった、『外見』と『実際にできる仕事』のギャップによるものが多い。適切な職務を選択し、就労のための環境を調整するために、職能訓練などの職業リハビリテーションサービスの提供が重要となる。なお、職業生活を維持するにはそれを支える家庭生活の安定が欠かせない。

<目的>

- ・ 可能な業務、適応面など職業上の課題を明らかにする
- ・ 職業的な障害認識をすすめ、補償行動の獲得を図る
- ・ 適切な職務を選択し、環境調整など必要な就労支援を行なう

<特徴>

- ・ 仕事は正確性、速度、判断力などが生活場面より要求され、職場としての適切な言動が求められるため、高次脳機能障害者にとって課題が出現しやすい。
- ・ 障害特性と仕事のもつ特性から、職業生活をシミュレーションできる環境（就業規則、職制、業務などを設定した模擬的な職場など）での職業準備訓練（作業遂行面、適応面などの職業準備性に対する訓練）が、『高次脳機能障害者の職能訓練』として効果的。

2. 訓練の方法

職業リハビリテーションサービスは、アセスメント→職能訓練（職業準備訓練、職業訓練）→就労支援（移行支援、定着支援）というプロセスで実施する。

(1) アセスメント

- ・ 適切な職業リハビリテーションを行なうためには、まずアセスメントが必要となる。それに基づいて職業リハビリテーション計画を作成する。アセスメントについては次のようなものがあげられる
 - 情報収集＝ニーズ把握、基本情報（生活歴・職歴、生活・就労状況、家庭状況、等）、障害情報（医療情報、認知評価、等）
 - 職業評価＝標準化した検査（適性・興味検査、等）、ワークサンプル法（作業素材を使用した評価）、場面設定法（模擬的な職場等での評価）、職務試行法（実習等、実際の職場での評価）

(2) 職能訓練

①職業準備訓練

◇可能な業務を知る、障害認識をすすめるために

- ・ 作業や業務を通して職業上の困難があることを『体験』する
- ・ 作業ミスや職場として不適切な言動などに対して『適切な助言（＝フィードバック）』を行う。高次脳機能障害者は適切な助言がないと、都合のいい解釈に陥る傾向が強い
- ・ 作業の確実性を上げるためにメモをとる、判断に迷う場合は上司に指示を仰ぐなど『対処法』を学ぶ。また、混乱しないための指示方法など『必要な配慮』を行なう

- ・ 以上の過程によって、できる仕事の範囲や適応上の問題、必要な支援内容などを明らかにする。同時に本人も職業的な障害認識をすすめ、対処法を獲得していくことができる

◇訓練を確実にすすめるために

- ・ 常に“仕事として”十分か不十分か、適切か不適切かという、仕事の枠組みによる助言の方が理解しやすい
- ・ 多様な認知障害・行動障害を有するため、職業行動全体をとらえる行動観察が大切
- ・ 記憶が不十分な場合が多いだけに、訓練の記録が重要
- ・ 障害認識が順調に積み上がるケースばかりではない。能力には限界があり、能力以上のフィードバックは逆効果となる場合もある

②職業訓練

- ・ 職能訓練の範疇には、技能習得を目的とした職業訓練（PC講習等）も入るが、高次脳機能障害者の特性を把握したうえで行う

(3)就労支援

①移行支援

- ・ 職業準備訓練でケースの職務状況を把握し、新規・復職時とも適切な環境調整（職務（再）設計、対応の仕方、障害特性の情報提供、等）を行なう
- ・ 求職活動は公共職業安定所の障害者援助部門を利用できる（障害者手帳所持者対象、未所持の場合は制度は利用できないが対応は可）
- ・ 職場実習は実際に業務がこなせるか、職場環境になじめるかなどを体験でき、仕事に対する意識が高まるという期待もできる。会社にとっても障害を具体的に理解する場となる
- ・ ジョブコーチは業務習得に時間が必要な場合、職場に十分な理解や対応の仕方を求める場合だけでなく、お互いの連携を密にする効果がある

②定着支援

- ・ 高次脳機能障害者は環境要因（周りの対応や刺激など）の影響が大きい。そのため就労後、不安定になることもある反面、障害認識がすすむ場合もある。離職やその後の再訓練も視野に入れる必要がある
- ・ 環境の変化などで混乱するケースも多い。支援が必要な時、すぐに介入できる体制を整える。具体的に問題が生じた場面で介入することが本人にも職場にも有効である

(4)マネジメント

- ・ 職業的な障害特性などケース状況を把握し、他機関や職場とのマネジメントを行う支援者の役割は重要である。支援のキーパーソンは職能（職業）指導員や職業カウンセラーなどが担う場合が多い

3. 職能訓練の内容

①訓練課題

- ・課題がどのような要素で構成されているかという視点が必要
- ・作業系 例：単純反復作業＝簡易組立等、手順を迫える作業＝分類・多工程・手順書が必要な作業等、判断や見通しを伴う作業、機械取扱い作業、など
- ・事務系 例：基礎学力・事務処理関係(漢字、計算、割合、電卓、電話メモ、等)、PC関係(基礎操作能力、入力、編集、等)、電話対応、対人業務、など
- ・学習系 例：グループワーク、学力学習、就労情報提供、見学、など
- ・課題の選択は、実際の業務やその応用、検定・試験の利用、職員が行う業務の代行など
- ・業務としての依頼や設定を行うと役割・責任が明確になる

②評価の視点

- ・作業遂行能力、適応能力など職業行動全体を把握する視点が必要

1)作業遂行能力

例：作業可能水準 (A. 単純反復作業、B. 1 つずつの確認・手順を追う作業、C. 判断や見通しを伴う作業、の可能レベル)、PC操作能力、学習性、指示理解、作業速度、集中力・耐久性

2)適応能力

例：意欲・態度、職場規律の遵守、適切な言動、対人関係、感情の安定、環境変化(指示や業務量、業務変更等)への耐性

◇ 評価基準

例：就労対象外／福祉的就労(生産性低)／福祉的就労(生産性高)／一般就労(限定業務)

4. 職リハ全国展開の可能性

高次脳機能障害者への職能訓練プログラム〈システム〉

拠点病院での取り組みを参考に各県の実情に合わせ、現在ある資源を活用、拡充を通してより良いリハプログラムを作るためのハード面のスタイルを以下に提案する。予算、職員配置などでの配慮や、拠点病院を中心に地域全体をカバーしきれない場合の地域のニーズに合わせた障害者就業・生活支援センター設置を検討する必要がある。以下は、イメージ図である。

方向性の相談機能とは、職業センター、作業所、授産所、更生施設などの有効な福祉資源の活用を促す。

就労援助機能は、職業センターと協力したジョブコーチなど含む援助機能である。