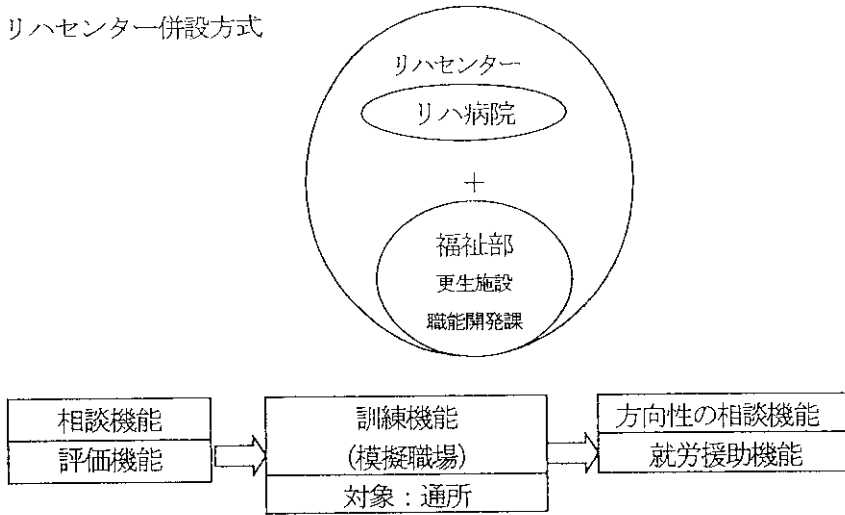
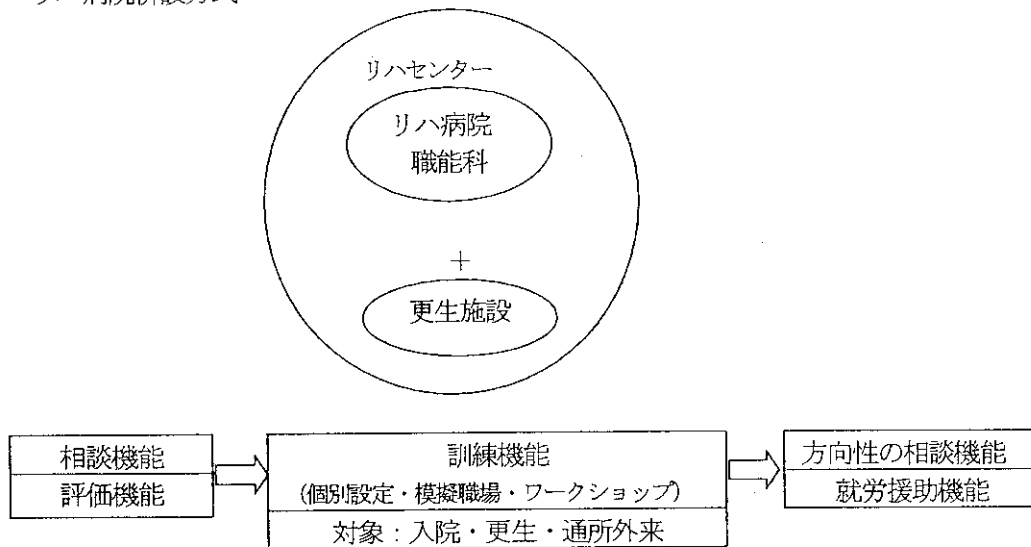


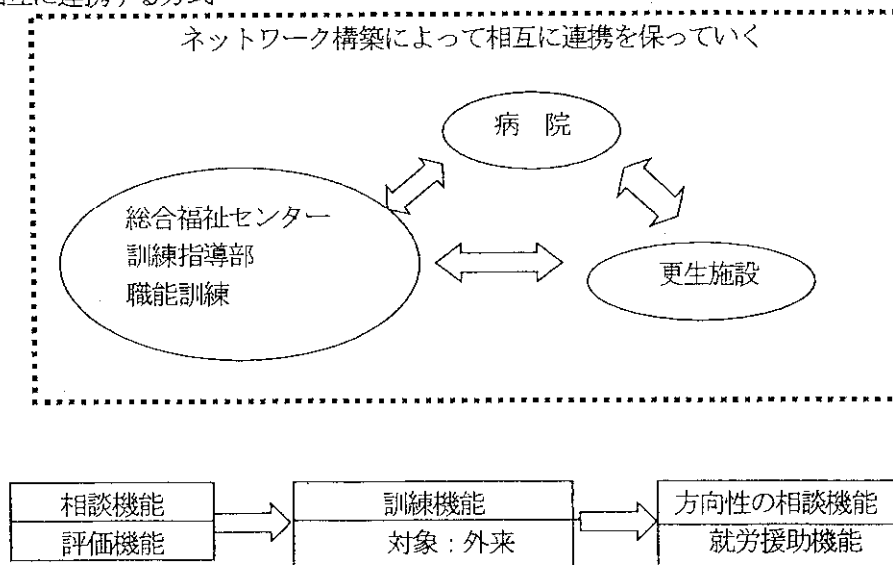
① リハセンター併設方式



② リハ病院併設方式



③ 相互に連携する方式



④ 県などの自治体ごとに総合リハ病院 or 総合病院（心理・ST・OT などリハスタッフがいるところ）



連携ないしは、併設も考慮

障害者就業・生活支援センター

病院と同じ組織に障害者就業・生活支援センターを取り込み、総合的なアプローチをとおして、職業センターと連携して、復職や新規就労など就労援助を行なう。

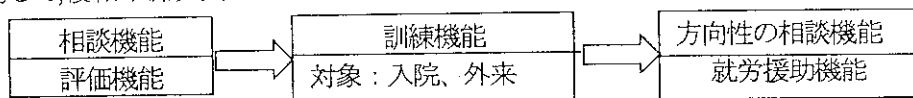


図1 高次脳機能障害者への職能訓練プログラム（システム）の説明

高次脳機能障害の方の場合、職能訓練・就労援助や社会参加には職業指導員、医師、心理、STなどの専門的な評価を必要とすることが多い。又、生活面での評価指導も重要である。このため、高次脳機能障害者の総合的なアプローチには、リハセンターのような、医療、福祉に就労援助機能が加わっている方式が良いと思われる。そこでは、①、②のような方式で先進的取り組みとして行なわれている。現状では、良い方法の1つである。

次に③の方式の場合も、事業を立ち上げるために各リハセンターの研修を通し当該地域の状況（現状）から、このようなシステムを作られた。これは現在高次脳の特設病院がない地域での1つの取り組みの好ましい例となると思われる。

又、④他の地域（県等）では、リハ病院や総合病院で心理・ST等の専門職の配属された拠点病院が取り組むことも可能と思われる。医療スタッフのみならず職業スタッフを加えることが望まれる。たとえば、障害者就業・生活支援センターを併設あるいは、連携の強化を進める方策もある。

上記①～④にいずれも、職業センターや、地域の社会資源と有機的つながりが必要で特に高次脳機能障害に対して拠点となる所がない地域では障害者職業センターの役割は重要である。

医学的リハビリテーションプログラムでの諸手法は（イ）（ウ）においても必要な場合には考慮されるべきものである。

3. 関連職種の関与

包括的高次脳機能障害訓練プログラムと称するように、多面的介入が重要である。一方、地方拠点病院を対象に実施したアンケートで、注意障害を作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士（心理担当者）が共通して訓練対象として取り上げているように、特定の問題について複数の職種が介入する可能性がある。各専門職のもつ技術的な特徴があり、多面的介入に当たりその特徴を生かした注意障害の訓練が工夫されるべきである。

従って、先に記した高次脳機能障害の様々な問題に対して次のような検討が必要になる。高次脳機能障害のほかの問題についても同様の表が今後作成される必要がある。

例：

注意障害に対する対応	各専門職の対応
<ul style="list-style-type: none"> ○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） ○疲労の少ない時間帯に比較的複雑な作業を行う ○興味を失わないように、作業内容を時々変更する ○雑音などの干渉がない環境を用意する ○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 ○作業に集中するように言葉で促す ○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 ○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 ○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 ○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、自己語り法で注意焦点を維持できるよう練習させる ○疲労の徴候を自らと他者が認識する練習をして、疲労に適切な対応を図る。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 ○活動や要求に、次第に戻れるように構造化する 	<p>作業療法士：短い持続時間で、仕事を指導する。その際には、興味の持続が維持できるような工夫が必要である。作業場面のビデオ記録の再生、グループでの他者の行動観察を通じたフィードバックの利用なども可能。</p> <p>言語聴覚士：グループ訓練を通じて、他者の発言を聞いて理解する。内容を要約する。話の順番を守るなどの指導。 個別訓練では、文章を読んで要約する、日記をつけるなどの作業を通じて、言語理解や計算などを通じた注意力の改善を図るなど。</p> <p>臨床心理士（心理担当者）：注意力を必要とする作業を訓練として取り入れる。また、他の職種の行なっている訓練方法について、注意障害の機序から助言を行なう。対象者に、現在行なっている訓練の意味を理解していただくよう動機付けを行なう。</p> <p>看護師：訓練に適した睡眠・覚醒サイクルが維持できるように病棟生活を管理する。ADL 動作訓練も徐々に、左記に注意しながら指導する。</p> <p>その他の職種が関与する場合もある。また、病院や施設の状況によっては、特定の担当者が複数の職種の手法を実施する場合もある。</p>

4. チームアプローチについて

時に、多職種 of 訓練の目標が一致しないこともある。評価結果をチーム全体で検討し、対象者の問題点を全員で共通に認識する必要がある。また、定期的なカンファレンスを通じて、訓練の進行状況、訓練中の生じた問題点などをお互いが共通に理解することが大切である。

専門職間だけでなく、当事者に対する対応が大切である。評価結果、訓練方針、目標などは、家族に対して十分に説明する必要がある。また、家族勉強会あるいは家族会の活動は重要である。当事者の疑問、不安を当事者が出し合い、すでにそのような問題を経験した患者・家族からの助言（ピア・カウンセリング）は、時には、それまでの専門職からの説明に関する理解を促進する可能性がある。また、スタッフにとっても当事者のもつ疑問・不安を理解する上で重要な機会である。

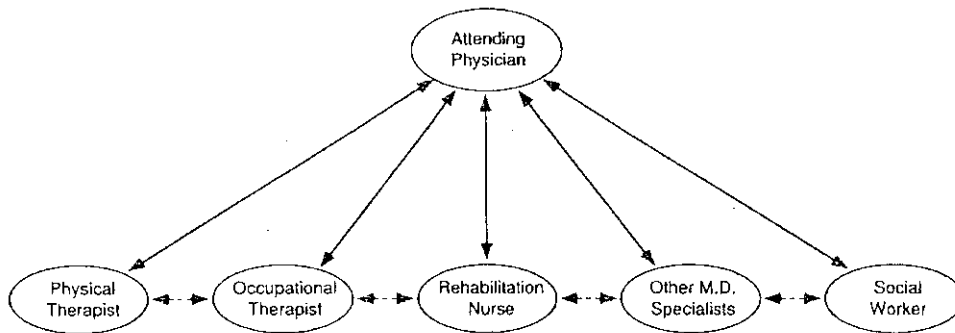


図2 : multidisciplinary team approach を説明する (文献1より引用) (関与する専門職種はここに記載されたもの以外も存在する)

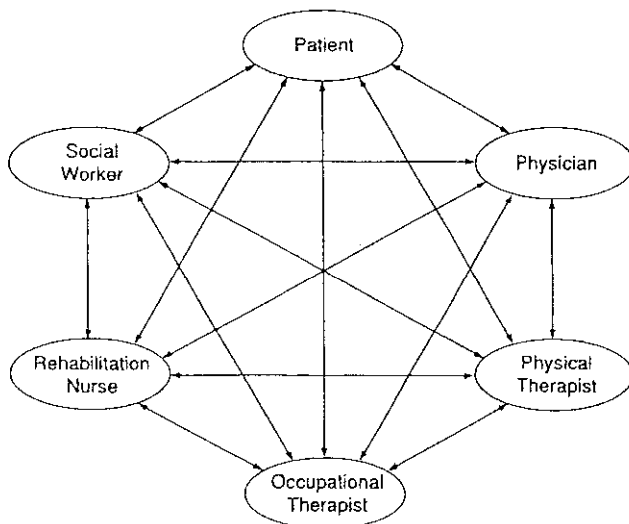


図3 : interdisciplinary team approach を説明する (文献1より引用)

チームアプローチには様々な形態がありうる。図2は Multidisciplinary team approach を示す図である。専門職間のコミュニケーションは存在するが、高次脳機能障害者の問題の共通認識が不足がちになるため、より良いコミュニケーションに対する工夫が必要になる。図3は Interdisciplinary team approach を説明する図である。専門職間のコミュニケーションは良好にとりうるが、チーム全体の意思決定を行なうのに専門職間、患者・家族と専門職間の心理的なダイナミクスに配慮が必要である。専門職数が限られた施設であれば、一人が複数の手技を自由に取りいれて訓練を構成する Transdisciplinary team approach があるが、どの訓練士にも可能であるとは限らないし、本当に正しい技術を提供できているかなどの疑問もある。リハビリテーションセンターのように複数の職種が用意されている施設でなく、社会に近い施設で限られた職種しか関与できない環境に適すとも考えられている。

現在、どのチームアプローチが科学的に有効であるかの証明は行なわれていない。それぞれの施設の状況に応じて、その欠点を補うような工夫をする必要がある。

参考資料

1. DeLisa JA: Rehabilitation Medicine. Principles and Practice. 3rd ed. Lippincott-Raven Publishers, 1998
2. Sadock BJ, Sadock VA(eds): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol.1, 7th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 1999
3. Taylor MA: The Fundamentals of Clinical Neuropsychiatry, Oxford University Press, 1999
4. Maria KB, Bewick KC, Raymond MJ and Benett TL: Executive Functions, In BrainWave-R Cognitive Strategies and Techniques for Brain Injury Rehabilitation, pp.55-70, 1997
5. Ponsford J, Sloan S and Snow P: Traumatic Brain Injury: Rehabilitation for everyday adaptive living. Psychology Press, 1995 (藤井正子 (訳) : 外傷性脳損傷後のリハビリテーションー毎日の適応生活のために、西村書店、2000年)
6. Prigatano GP: Principles of Neuropsychological Rehabilitation. Oxford University Press, 1999 (中村隆一 (監訳) : 神経心理学的リハビリテーションの原理. 医歯薬出版、2002)
7. Wood RLI, Fussey I: Cognitive Rehabilitation in Perspective. Taylor & Francis, London, 1990 (清水 一、千島 亮、原 寛美、宮森孝史、綿森淑子 (訳) : 認知障害のリハビリテーション. 医歯薬出版、1998年)
8. 神奈川リハビリテーション病院、脳外傷リハビリテーションマニュアル編集委員会 : 脳外傷リハビリテーションマニュアル. 医学書院、2001年
9. 土肥信之、岩谷 力、柏森良二編 : 精神機能評価、増補版. 医歯薬出版、1993年

10. 中島恵子：理解できる高次脳機能障害・家庭でできる脳のリハビリ「注意障害」編。
ゴマブックス株式会社、2002
11. 中島恵子：理解できる高次脳機能障害・脳の障害と向き合おう！ ゴマブックス株
式会社、2001
12. 中村隆一（監修）：入門リハビリテーション医学. 第2版、医歯薬出版、2000年
13. 永井 肇（監修）：脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション. 中央法規、1999
年
14. 永井 肇（監修）：脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション、実践編. 事例
で学ぶ支援のノウハウ. 中央法規、2003年
15. 綿森淑子（監訳）、原寛美（訳）：記憶障害のケア. 患者さんと家族のためのガイド.
中央法規、1999年
16. 綿森淑子（監訳）：記憶障害患者のリハビリテーション. 医学書院、1997年

高次脳機能障害標準的訓練プログラム

医学的リハビリテーション・プログラム（概要版）

高次脳機能障害標準的訓練プログラムは、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の3つから構成されている。受傷、発症からの時期からの相対的期間と目標の相違によって便宜的に分けられたもので相互に関連しあう内容である。

この標準的訓練プログラムの作成にあたり、高次脳機能障害支援モデル事業の調査結果を基にした。それらは別に中間報告書（3部作）として発刊されたので参照されたい。標準的訓練プログラムの意味するところは、本邦において高次脳機能障害をもつ人々のリハビリテーションに取り組んでいる医療機関で提供されている必要にして十分な訓練プログラムである。この訓練プログラム終了後に引き続き社会復帰のためのリハビリテーションが提供される必要があることは言うまでもない。

この訓練プログラムを作成するにあたって利用した患者・障害者群の設定についていろいろな問題点が指摘され得るところである。ここでは、集積したデータを統計的に処理し、対象を下記に示すように限定したが、それ以外の患者が訓練を必要としないということでは必ずしもないことを改めて述べておく必要がある。

対象

診断基準に該当する者

発症・受傷から1年以内のもの

リハビリテーション・プログラムの概要

- 多職種による評価の後、チームによるカンファレンスを実施し目標を設定する（多職種チームアプローチ）
- 一定期間の訓練の後、評価を反復し阻害因子があればこれについて検討する
- 訓練後、社会的支援に向け中断のない連続したサービス提供に努める

リハビリテーション・プログラムの基本的考え方

- ◎認知障害そのものに対する改善をはかる
- ◎代償手段の獲得
- ◎障害の認識を高める
- ◎家族アプローチを含む環境調整

これらの方策を組み合わせることでプログラムを作成する

障害の特徴 次のような特徴をもつものがある（重複する場合が多い）

- 注意障害
- 記憶障害
- 遂行機能障害
- 病識欠落
- コミュニケーション障害
- 社会的行動障害等
- 身体機能障害

訓練過程の管理

医師の指示のもとに行われる

定期的評価にもとづき、関連職種による評価会議を開催し訓練経過をモニターする

訓練に併せて適切な医学的管理を必要とする

訓練の場 保険医療機関において、治療、訓練の専用施設外の訓練も含むものとする

訓練期間 訓練期間は訓練開始から4～5ヶ月間とする（資料参照）

評価により改善が得られない場合は訓練を終了し、支援サービスに移行する

訓練に関与する職種

医師：リハビリテーション科、神経内科、脳神経外科、精神科、内科など

医師以外の専門職：心理担当者（臨床心理士）、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師、

リハビリテーション体育等

訓練以外に、医療ソーシャルワーカーの関与も重要である

評価と訓練にかかる時間（単位数/週）

	作業療法士	理学療法士	言語聴覚士	心理担当者	合計
評価	5	2	4	5	16
訓練	15	9	8	8	40
カウンセリング	—	—	—	9	9
合計	20	11	12	22	65

（1単位20分、1時間で3単位）

各症状に対する評価・訓練・指導内容と専門職種の関係

	評価方法	訓練・指導内容	担当職種
注意障害	PASAT、Trail making test、仮名拾い検査、D-CATなど		
記憶障害	三宅式、Benton視覚記名検査、WMS-R、REYの図の再生、リバーミッド行動記憶検査など	認知訓練 代償手段獲得 障害認識 環境調整	医師、心理、OT、PT、ST、看護師、リハビリテーション体育等 (当該施設、医療機関において活用しうる人材を有効に利用して総合的な評価訓練を実施する)
遂行機能障害	WCST、Stroop testなど	カウンセリング	
コミュニケーション障害	SLTA、WAB失語症検査など	(具体的方法は、標準的訓練プログラムとして作成中の医学的リハビリテーション・プログラム、訓練実施マニュアル参照)	
病識欠落	PCRSなど		
社会的行動障害(患者の心理的問題を含む)	SDS、POMS、MMPI、社会生活困難度評価など		
家族への対応	SDS、POMS、MMPIなど		
身体機能障害に対する対応	ROM検査、筋力測定、体幹下肢運動年齢、重心動揺検査、歩行速度など	関節可動域、筋力増強、持久力、巧緻性、失語症・構音・摂食嚥下訓練など(具体的方法は、標準的訓練プログラムとして作成中の医学的リハビリテーション・プログラム、訓練実施マニュアル参照)	
その訓練スケジュール例は、中間報告にモデル的訓練スケジュールとして掲載されている。対象者の受傷・発症からの期間、体力、症状に応じて個々にプログラム内容を作成する必要がある。			

訓練・指導の具体的項目(中間報告書 参照)

追加資料（中間報告書に掲載されていない）

訓練対象者 173 名中、2 回目のデータのあるもの 108 名。そのうち 33 名（31%）で障害尺度の改善が見られた。次に、これら 33 名を受傷発症からの期間を 6 ヶ月時点で 3 群に分けて改善例を調べた。

1. 受傷後 6 ヶ月以内の者は 41 名。そのうち障害尺度の改善例は 18 名（44%）。障害尺度の値にして 1.6。

2. 受傷後 6 ヶ月より後で 1 年以下の者は 25 名。そのうち障害尺度改善例は 8 例（32%）。障害尺度の値で 1.5。悪化例は見られない。

3. 受傷後 1 年より長い者 42 名中、障害尺度の改善例は 6 例（14%）。改善の程度は、障害尺度の値にして 1.2。障害尺度悪化例が 3 例見られた。

従って、受傷発症から 1 年以内は、積極的な訓練が有効と考えられる。