

## 脳外傷の包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの試み

### Practice toward the holistic and comprehensive neuropsychological rehabilitation program for TBI patients

永吉美砂子<sup>1)</sup>, 黒木 俊秀<sup>2)</sup>, 上田 幸彦<sup>1)</sup>, 高橋 雅子<sup>1)</sup>, 塩永 淳子<sup>1)</sup>

要旨：脳外傷後遺症である高次脳機能障害に対するリハビリテーションとして、われわれは、包括的・全体論的リハビリテーションプログラムを実践した。当センターのプログラムの特徴は、①個別訓練とグループ訓練の重層化、②患者が自信を持てる治療環境の提供、③家族の治療参加、④スタッフが患者との治療共同体を形成、⑤カンファレンスによる柔軟な治療戦略の設定・修正、⑥障害程度、経過年数による対象者の選別なし、⑦患者・スタッフ割合を低くした質の高いサービスの提供、⑧精神科とリハ科の連携による重層的なサービスの提供、⑨社会復帰に向けた支援ネットワーク体制の構築、である。このプログラムで2年間訓練を施行した患者は29名で、そのうち1年間の訓練評価が得られた8名について、効果を検証し臨床的に改善を認めた。29名全体の社会参加率は58.6%で、なかでも就学を目標にした患者は全員就学を果たした。

**Key Words**：脳外傷，包括的・全体論的リハビリテーション，高次脳機能障害，認知障害

#### はじめに

脳外傷による後遺症は、身体障害のみならず認知や情動機能に支障をきたす高次脳機能障害を伴いやすく、就労・就学中の若年層に多いことから、患者、家族、および社会が被る損失の程度はきわめて深刻である。国（厚生労働省）は、この問題に対処するため、高次脳機能障害支援モデル事業を平成13年度より開始した。当センターは、このモデル事業に、平成14年度から参画したことを契機に、医療と福祉の両方の機能を持つ、身体障害者福祉センターA型という利点を生かし、現行の医療制度の枠組みの中で、包括的・全体論的リハビリテーションプログラムを実践した（永吉ら、2005）。Malec, J.F. & Basford, J.S. ら（1996）によると、この包括的・全体論的リハプログラムは、以下のように定義されている。Ⅰ. 神経心理学的方向付け、Ⅱ. 統合的治療、Ⅲ. グループによる介入、Ⅳ. 専用の資源、Ⅴ. チームの一員に神経

心理学者が存在、Ⅵ. 近親者の正規な参加、Ⅶ. 試験的な雇用あるいは自立生活、Ⅷ. 多面的な結果の評価が行われること、である。この定義は、脳外傷の多彩な症状を考慮して組み立てられており、この定義に基づいたプログラムを受けた者は、認知機能、情緒、社会的機能が改善し、71%から87%がボランティアや雇用につくことができるといふ報告がある（Cicelone, 2000）。

われわれは、平成14、15年度の2年間、この包括的・全体論的リハビリテーションプログラムを実施したので、訓練効果を報告する。

#### 1. 当センターにおける包括的・全体論的リハビリテーションプログラム

##### a. スタッフ

プログラムを行うスタッフは、臨床心理士（以下CP）3名、理学療法士（以下PT）1名、作業

1) 福岡市立心身障がい福祉センター Misako Nagayoshi, Yukihiko Ueda, Masako Takahashi, Atsuko Shionaga : Fukuoka City Handicapped Person's Welfare Center

2) 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野 Toshihide Kuroki : Kyushu University Hospital

療法士（以下OT）2名，言語聴覚士（以下ST）2名，リハビリテーション医（以下リハ医）1名の計9名である。

## b. 内容

1. 個別訓練 2. グループ訓練 3. 家族カウンセリング，4. 社会適応訓練 5. 生活・介護支援 6. 就労・就学支援 7. 権利擁護，を行った。平成15年度の訓練スケジュールとスタッフ・患者の配置を図1に示す。

### 1. 個別訓練

〈1回/週，50分/回，CP，PT，OT，STが担当〉

①個別カウンセリング，②認知トレーニング，③リラクゼーション

患者の神経心理学的検査結果やスタッフ間で把握した日常生活上の問題点等から，基底にある認知障害の抽出と残存している認知機能を特定し，スタッフカンファレンスで本人の治療戦略を協議した。そこで得られた訓練目標や到達度を，本人・家族へ説明し，自尊心や動機を高め，障害認識を進めることに務めた。

### 2. グループ訓練

グループ訓練は，患者の障害程度に応じて構成し，小グループと大グループを組み合わせた。

(1) 小グループ〈1回/週，50分/回，グループに応じて担当者を編成〉

①女性グループ，②認知トレーニング小グループ(A,B)，③障害認識・受容グループ，ジョブグループ，これらのグループ訓練のうち②について述べる。

認知トレーニング小グループでは，障害の程度に応じて，復職・復学・就労・就学を目標とするAグループ，介助量軽減を目標とするBグループに分けた。Aグループでは注意の持続や転換，記憶の改善，代償手段の獲得を目標に，計算問題や間違い探しなどの課題を行った。Bグループでは，介助量軽減や自己表現の確立を目標に，パソコン，日記，書字などの訓練を行った。

(2) 大グループ〈2回/週，60分/回，PT，OT，ST，CP，リハ医が担当〉

①障害認識・対人関係技能改善グループ

このグループ訓練は，1. 他のメンバーの抱える問題を自分の問題として認識し，自らの障害を客

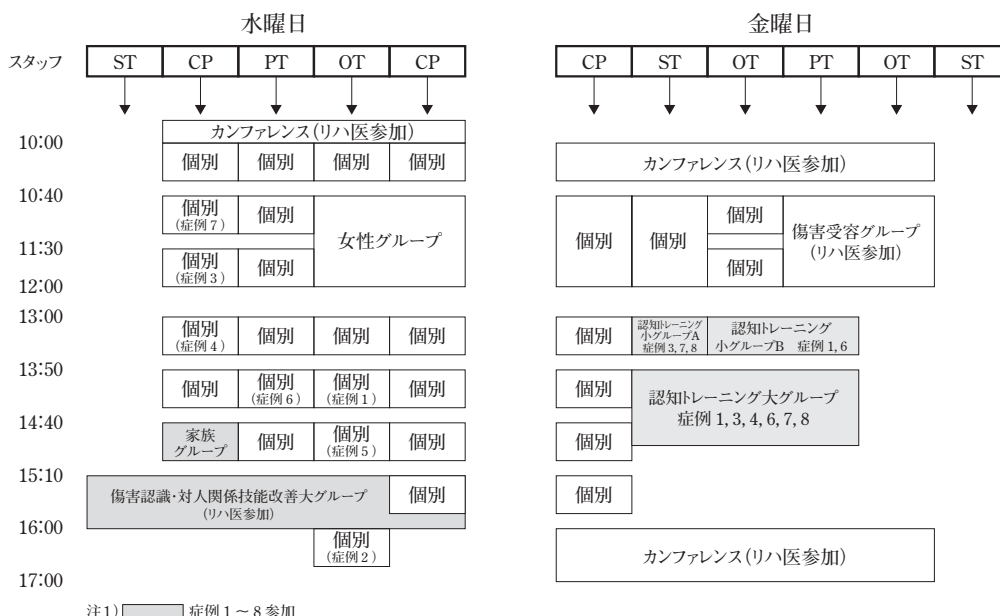


図1 プログラムの構造：スタッフとメンバーの配置

観視できるようになること、2.社会的に望ましい対人関係技能を習得すること、を目的に行った。方法は、CPが毎回示すテーマについて、各自が自分の考えや意見をまとめ、メンバー全員の前で発表する。そして、他のメンバーの意見を聴き、他者に肯定的なフィードバックを行うというものである。スタッフはCPを中心にPT・OT・ST・リハ医が職域を越えて介入し、患者の横に座り、記憶や考えを引きだし、思考を整理するための援助を行った。ここでは、患者1～2名に対しスタッフ1名の割合で対応した。

グループ訓練の部屋には、障害の認識を進めるため、各メンバーの問題点（障害内容）・ゴール・解決方法を記載した紙を貼り、常に自分の問題点を思い出し、他のメンバーからもアドバイスを受けられるようにした。

②認知トレーニング大グループでは、STを中心にPT、OTが介入し、コミュニケーション手段の確立、注意、記憶、思考スピードの改善や代償手段の獲得を目的に行った。内容は、新聞記事の要約、メモの習慣化、スケジュール管理、81マス計算等により、注意や思考の改善を図った。具体的には各自が興味のある新聞記事を持参し、要約や感想を他のメンバーの前で発表し、意見交換を行う、1週間の出来事の報告、認知ゲーム、スケジュール手帳の使用訓練などで、情報処理能力の向上や対人関係技能の改善を目指した。こだわりの強さ、遂行機能障害や身体障害があり、グループの中にあっても個々の患者に対応する必要がある、スタッフ・患者割合は、ほぼ1対1～2で対応した。

### 3. グループ家族カウンセリング

〈1回/週、30分/回、CPが担当〉

グループで行い、家族が相談する内容に対して、CPが具体的な対処法を指導した。高次脳機能障害、行動変容、家族のストレス対処法の講義も適宜行った。新しく参加した家族に対して、受傷経過の長い家族が経験者として励ますというピアカウンセリング的交流も行われた。グループに参加できない家族には、個別担当スタッフがカウンセリングを行った。

### 4. 社会適応訓練

〈不定期、ST、PT、OT、リハ医が担当〉

交通機関やデパート利用、買い物体験、飲食店利用、調理、カレンダー製作などを行い、対人関係技能の改善を図った。

### 5. 生活・介護支援

①パニックへの対応、②対人関係構築の援助、③スケジュール管理、④こだわりへの対応、⑤相談援助、⑥活動参加援助、⑦家族支援、⑧福祉サービスの紹介や行政への諸手続きの援助、などにより本人をとりまく環境調整を行った。脳外傷の後遺症である感情コントロール低下により、家族の心労は深刻で、パニックを回避する方法を指導したり、本人が、緊急避難的に入院できる病院の紹介なども行った。

### 6. 就労・就学支援

①就労先の選定や調整、②他機関との連絡調整、③定着支援、④職場への実地見学、⑤復学・進学支援、⑥障害理解を求めて、職場や学校との連携、である。主な連携機関は、福岡障害者職業センター、福岡県障害者雇用支援センター、福岡市障害者就労支援センターなどである。ジョブコーチを積極的に利用し、会社との連絡調整を行い就労定着を実現した。

作業所で仕事をしている患者の作業上の問題点を把握するため、実地見学を行い、作業所と一緒に対策を検討し定着を図った。

### 7. 権利擁護

脳外傷は、交通事故や労災事故など、民事訴訟の対象となることが多く、係争中の脳外傷者も多い。担当弁護士に対して障害に関する一般的な説明や個別の症状についての情報提供等を行っている。また、患者からの相談に対して、弁護士を紹介しトラブルを予防した。

以上の1～7を統合した、心障センターにおける支援ネットワーク体制を図2に示す。

## 2. 対象と方法

平成14年5月から平成16年3月までの約2年間、当センターで訓練を施行した患者29名のう

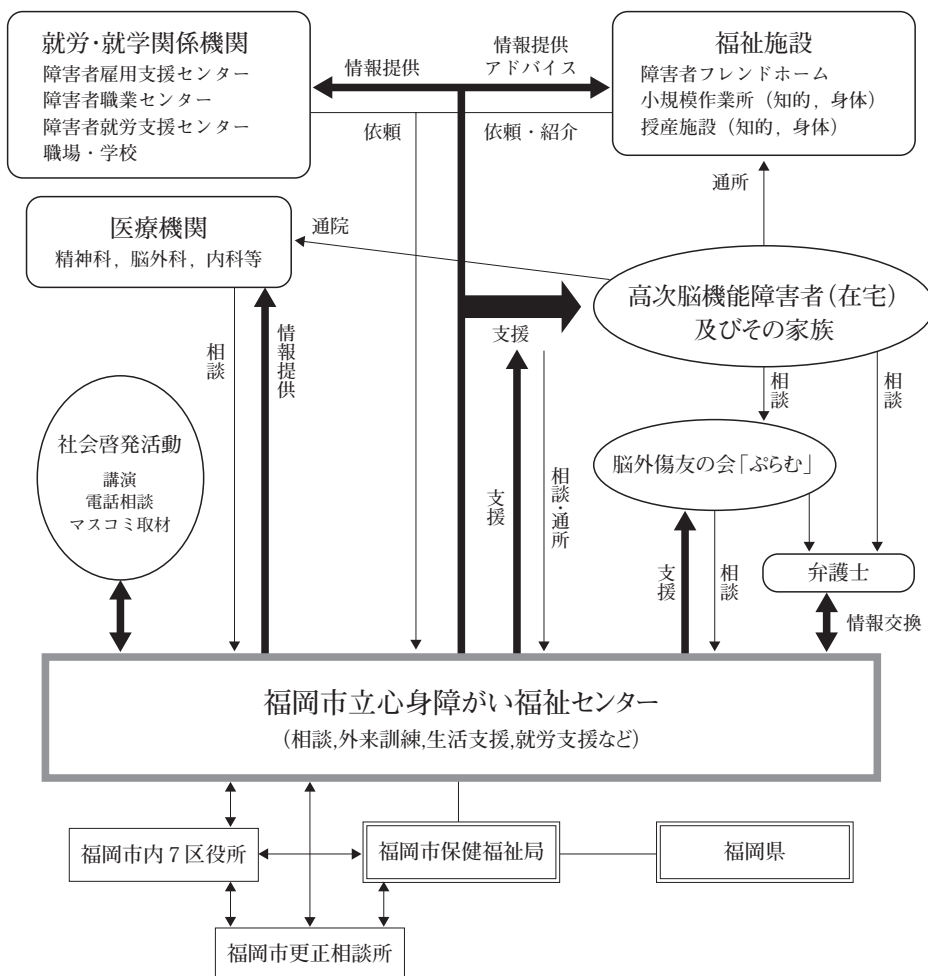


図2 福岡市立心身障がい福祉センターの高次脳機能障害者支援体制図

ち、継続的に評価が可能であった8名を対象に、1年間のプログラム施行結果を分析した。対象者の詳細は表1の通りである。8名はすべて男性で、年齢は23歳から46歳である。受傷や発病から3年以上経過後、当センターを受診した。8名はすべて在宅で、症例1以外は他施設のリハビリテーションを受けていない。定期的な精神科診察と内服治療を受けているのは症例5のみである。障害像はさまざまであるが、受傷後経過期間が3年5ヶ月～9年5ヶ月と、長期に経過した例が多い点特徴的であった。

### 3. 評価

知的機能や心理社会面の評価は、以下を用いた。一般的な知的機能に関しては、長谷川式簡易痴呆スケール (HDS-R) とウェクスラー成人知能検査 (WAIS-R) の一部を、注意機能に関しては、かなひろいテストと Trail Making Test (TMT) を用いた。遂行機能に関しては、ウィスコンシンカードソーティングテスト (WCST) を、記憶に関しては、リバーミード行動記憶検査 (RBMT) を用いた。情動面に関しては、気分プロフィール検査 (POMS) を用いた (横山ら, 1994)。POMSは緊

張・不安 (T-A), 抑鬱 (D), 怒り・敵意 (A-H), 活気 (V), 疲労 (F), 混乱 (C) の下位項目と, それらを合計した全般的気分障害 (TMD) から成り立っている。行動面に関しては, プレスピテリアン病院編 (Prigatano, 1988) をベースに, 名古屋市総合リハビリテーションセンター使用の評価 (阿部) から一部項目を加えた, 全52項目とした。原版の「簡単にできる」から「できない」までの5段階評価に1~5点をあて, 最低52点から最高260点で, 行動の困難さを評価できるようにし, さらに本人と家族が別々に行動評価を行うことで, 両者の差異から障害認識の程度を知ることができた。ADLに関しては Barthel index (BI) を, QOLに関しては, 日常生活満足度 (SDL) (蜂須賀ら, 2003) (産業医科大学リハビリテーション医学教室が Viitanen らが開発した生活満足度評価法をもとに作成) を用いた。また家族のストレス評価として, 心の健康自己評価質問紙 (SUBI) (大野ら, 2001) を用いた。統計学的検定は, 対応のある場合のノンパラメトリック検定法の Willcoxon 符号付順位和検定を用いた。

### 4. 結果

表2に, 各症例の訓練開始時および1年後の神経心理学的検査結果を, 表3に全症例の訓練開始時と, 1年後の各検査項目の中央値を示す。表4は, 8名の臨床結果および転帰を示す。表5は, 平成14, 15年度2年間における全患者の転帰である。1年間の訓練により, 統計学的には HDS-R の問8の物品記憶と BI は有意に改善した ( $Z = 0.046$   $P < 0.05$ )。行動評価では, 他者による評価が改善傾向を示した ( $Z = 0.068$   $P < 0.10$ )。しかし HDS-R の見当識 (問2) は悪化傾向を認めた。また家族のストレス評価では, SUBI の「心の健康度」が改善傾向を示した ( $Z = -1.841$ ,  $P < 0.10$ )。その他の項目に有意差は認められなかった。個別の結果では, WAIS-R の下位項目における点数増加は, 理解5名, 絵画完成4名, 符号が4名であった。かなひろいテストの正答数が増えたのは4名, TMTの時間が短縮したのは7名

表1 症例

症例	受傷時年齢	昏睡期間	JCS	診断	受傷後経過	訓練開始年齢	障害像	身体障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳	開始時就業状況	訓練内容
症例1	21歳	14日	200	脳挫傷	9年5ヶ月	30歳	失調, 失語症, 記憶・注意・情動・遂行機能障害	1級	1級	無	個別・グループ訓練 (小,大)
症例2	17歳	22日	200	びまん性軸索損傷	5年10ヶ月	25歳	記憶・注意・情動・遂行機能障害, 地誌的障害	なし	なし	家事手伝い	個別・グループ訓練 (大)
症例3	20歳	0日	0	もやもや病	4年	24歳	記憶・注意・情動障害	なし	なし	大学休学中	個別・グループ訓練 (小,大)
症例4	21歳	40日	200	脳挫傷	4年3ヶ月	25歳	失調, 記憶・注意・情動・遂行機能障害	4級	なし	無	個別・グループ訓練 (小,大)
症例5	32歳	27日	200	脳挫傷	5年11ヶ月	38歳	失調, 記憶・注意・情動・遂行機能障害	2級	1級	無	個別・グループ訓練 (大)
症例6	25歳	数日	200	もやもや病	5年1ヶ月	28歳	左不全片麻痺, 半側空間無視, 記憶・注意・遂行機能障害	2級	なし	無	個別・グループ訓練 (小,大)
症例7	25歳	7日	200	脳挫傷	5年	28歳	右不全片麻痺, 半側空間無視, 記憶・注意・情動・遂行機能障害	3級	2級	無	個別・グループ訓練 (小,大)
症例8	45歳	不明	不明	低酸素脳症	3年5ヶ月	46歳	記憶・注意・情動・遂行機能障害, 地誌的障害	3級 (心臓)	2級	親族の手伝い	個別・グループ訓練 (小,大)

表2 1年後の神経心理学的検査の変化(症例別)

検査	症例1		症例2		症例3		症例4		症例5		症例6		症例7		症例8	
	開始時	1年後	開始時	1年後	開始時	1年後	開始時	1年後	開始時	1年後	開始時	1年後	開始時	1年後	開始時	1年後
長谷川式簡易 痴呆スケール	問2	3	3	2	4	3	2	1	3	0	0	4	4	4	2	2
	問8	4	4	4	4	5	2	4	5	4	3	2	4	4	2	4
	総得点	26	24	23	23	28	29	22	23	18	8	13	26	27	23	27
WAISR	理解	4	2	9	11	13	12	7	8	14	2	3	10	11	5	15
	絵画完成	5	6	7	7	12	14	8	9	10	4	3	12	8	10	9
	符号	1	1	3	4	8	9	2	3	2	2	1	3	4	6	5
かなひろいテスト	正	7	12	13	19	18	36	16	13	13	18	21	26	26	15	15
	誤	1	1	2	1	16	4	0	0	0	16	19	1	1	1	1
	文章把握	なし	ややあり	なし	ややあり	なし	あり	あり	あり	ややあり	なし	なし	あり	あり	なし	なし
TMT(秒)	A	590	548	225	126	84	79	294	328	486	789	974	154	112	419	126
	B	1256	538	251	177	113	72	369	243	394	1013	1245	178	126	851	149
	B-A	666	-12	26	51	29	-7	75	-85	-92	224	271	24	14	432	218
WCST	達成カテゴリー	5	4	0	6	5	5	3	6	1	3	0	4	5	3	2
	保続	4	1	38	3	2	4	10	0	28	11	29	2	3	13	11
RBMT	セット維持困難	0	2	0	0	1	2	2	0	1	0	0	1	0	0	1
	SPS	5	6	未実施	未実施	23	20	17	18	18	0	0	21	12	1	5
POMS	SS	1	2	未実施	未実施	11	9	5	7	7	0	0	10	5	0	1
	不安・緊張	56	60	58	58	63	72	61	58	42	47	71	56	50	63	63
	抑うつ	67	67	57	60	65	71	69	56	54	55	54	61	54	77	74
行動評価	怒り	42	42	58	54	71	82	56	47	43	47	60	70	48	45	51
	活力	27	40	51	53	66	51	41	46	33	68	68	53	40	27	43
	疲労	53	53	53	45	66	66	48	46	48	50	50	56	46	59	70
	混乱	51	51	61	66	79	79	64	64	57	64	44	61	74	72	70
	TMD	242	246	236	230	278	319	257	225	211	225	289	251	232	289	285
BI	本人	201	170	104	165	157	201	185	167	191	250	239	未実施	159	188	210
	他者	92	156	101	128	未実施	215	155	174	113	未実施	104	未実施	172	未実施	未実施
	両者の差	109	14	3	37	-14	30	-7	76	76	135	-13	-13	-13	-13	-13
SDL		60	65	85	90	100	100	100	100	50	55	80	100	100	90	100
		27	16	未実施	46	39	40	39	37	28	55	55	36	42	未実施	41

注) 未実施は、実施する機会がなかった。施行不可は症例の注意障害等により実施が困難であった。

.....改善を表す 下線.....悪化を表す

表3 1年後の神経心理学的検査の変化(全体)

	下位項目	N	開始時	1年後	Z値	有意確率
			中央値(Mdn)	中央値(Mdn)		
長谷川式簡易 痴呆スケール	総計	8	23.0	23.5	0.632	0.527
	問1	8	1.0	1.0	0.000	1.000
	問2	8	3.0	2.0	1.890	0.059 +
	問3	8	2.0	2.0	1.890	1.000
	問4	8	3.0	3.0	1.890	1.000
	問5	8	2.0	2.0	1.414	0.157
	問6	8	2.0	2.0	1.000	0.317
	問7	8	6.0	5.5	0.272	0.785
	問8	8	2.0	4.0	1.994	0.046 *
	問9	8	3.0	3.0	0.816	0.414
WAIS-R	理解	8	8.0	11.0	0.791	0.429
	絵画完成	8	9.0	8.5	0.345	0.730
	符号	8	2.5	3.5	0.816	0.414
かなひろいテスト	正	5	16.0	17.0	1.625	0.104
	誤	5	2.0	1.0	0.535	0.591
TMT	a	8	356.5	227.0	1.262	0.207
	b	8	381.5	210.0	1.540	0.123
	b-a	8	52.0	8.0	0.980	0.327
	b/a	8	1.3	1.1	0.338	0.735
WCST	達成カテゴリー	7	3.0	4.5	0.318	0.750
	保続	7	10.0	3.5	0.762	0.446
	セット維持困難	7	0.0	0.5	0.000	1.000
RBMT	SPS	5	11.0	9.0	0.135	0.892
	SS	5	3.0	3.5	0.272	0.785
POMS	不安・緊張	8	59.5	59.0	0.420	0.674
	抑うつ	8	66.6	58.0	1.101	0.271
	怒り	8	57.0	49.5	0.593	0.553
	活力	8	46.6	44.5	0.594	0.553
	疲労	8	54.5	50.0	0.841	0.400
	混乱	8	62.5	65.0	0.405	0.686
	TMD	8	254.0	231.0	0.771	0.441
行動評価	本人	6	186.5	185.5	0.734	0.463
	他者	4	101.1	156.0	1.826	0.068 +
	両者の差	3	30.0	14.0	1.069	0.285
B.I.		8	87.5	95.0	2.060	0.039 *
SDL		6	38.5	40.5	0.944	0.345
SUBI	心の健康度	4	38.00	45.50	1.841	0.066 +
	心の疲労度	4	51.50	53.50	1.633	0.102

\*…有意差有り, +…傾向有り

であった。RBMTは、3名は点数が増加し、1名が変化なし、2名が悪化であった。POMSでは、活力が増加したのは5名、TMDが改善したのは5名であった。他者からの行動評価が高くなったのは、4名であった。社会的転帰としては、症例3

が復学し、症例4が復職した。症例7は、ボランティア活動で中心的役割を担えるようになり、英語検定試験に合格した。症例5は測量士の資格を獲得し、これを契機に学習意欲が高まった。症例8は仕事の内容が充実し、セルフケアが自立した。

表4 臨床結果および転帰

症例	内 容
症例1	①自己表現の手段の確立(日記, 書画) ②注意の集中, 感情コントロール改善 ③障害認識や障害受容の改善 ④介護量軽減, 留守番・電話番可能
症例2	①5つの作業の記憶, 遂行可能, 複数の買い物可能 ②情報処理のスピード増加, コミュニケーションの円滑化 ③感情コントロールの改善(人に対する怒りの減少) ④促し回数の減少
症例3	①復学 ②パソコンの検定試験合格 ③注意力の改善 ④対人関係の構築可能(復学後は友人ができた) ⑤行動面の大きな改善(マラソン競技に挑戦) ⑥スケジュール手帳による予定管理可能
症例4	①復職 ②遂行機能の改善 ③記憶の代償手段の確立(メモ, スケジュール手帳) ④注意力の改善
症例5	①受傷以前の経歴による書類審査で 測量士の資格取得, 学習意欲向上 ②遂行機能, 注意の改善(訓練途中の退席なし) ③コミュニケーション手段の獲得(電子メール) ④対人関係の改善(攻撃性の減少)
症例6	①コミュニケーションの改善(会話の成立) ②介護量減少(排泄, 階段昇降, 更衣動作の促し不要) ③歩行, 動作の円滑化
症例7	①ボランティア活動が可能 ②健康に対する意識の向上(運動, 嗜好品の調整) ③英語検定試験に合格 ④注意力の改善 ⑤記憶の代償手段の確立(スケジュール手帳) ⑥感情コントロール改善(怒りの頻度の減少)
症例8	①作業内容の記憶, 遂行可能 ②作業内容の増加 ③セルフケア自立 ④スケジュール手帳一部使用可能

症例2は簡単な買い物が自立し, 症例1は自己表現の方法が確立し, 症例6は介護量が軽減し, コミュニケーションが改善してきた。復学, 復職, ボランティア活動, 援助的就労を果たした症例2, 3, 4, 7, 8の5人の共通点は, HDS-Rが23点以

表5 2年間の訓練結果(平成14, 15年度)(29名)

就労目標 17名	
新規一般就労	1名
復職就労継続	9名
	計10名(58.8%) その他 結婚1名
就学目標 4名	
高校復学後, 職業訓練校進学	1名
大学復学後専門学校進学	1名
専門学校進学	1名
職業訓練校進学	1名
	計4名(100%)
介護量軽減を目標 8名	
ボランティア活動参加	1名
資格取得(測量士)	1名
	計2名(25.0%)

29名のうち, 就労・就学・ボランティア・結婚などで社会参加が可能になったのは, 実人数17名(58.6%)

上, WAIS-Rの絵画完成が7以上, 符号は3以上, TMT-Bは250秒以下, BIが90点以上であった。なかでも, 援助の必要性が低く, 社会復帰している症例3, 4, 7に共通するのは, 行動評価における両者の差がマイナスであった点であった。表5は, 平成14, 15年度の2年間, 当センターの訓練を実施した患者29名全員の転帰を集計したもので, 社会参加率は, 58.6%であった。なかでも復学に関しては, 全員が目標を達成した。

## 5. 考 察

今回の評価では, 8名全員に, HDS-Rの再生記憶と Barthel index で統計学的に有意な改善がみられた。一方, 見当識は悪化傾向が見られた。これは認知機能の悪化というよりも, 代償機能の活用が習慣化する一方で, 記憶に頼る必要が減少したことによるものと考えられる。8例全員は, 临床上や日常生活上の改善がみられたのに対し, 神経心理学的検査の統計学的改善は僅かであった。その理由として, ①個々の障害像が多彩であるうえ, 評価対象が8名と少なかった, ②訓練プログラム内容が, まだ充実していなかった可能性があ



る。③再評価の時期が、訓練1年後ではまだ早い可能性がある、④臨症的な改善を的確に評価できる検査バッテリーが確立していない、などが考えられる。今後は症例数を増やし、より適切な評価法を確立し、効果検証を繰り返すことが必要である。一方、個別の総合評価においては、半数以上は注意力や思考のスピードが検査上好転し、社会適応能力は全例で改善した。このことは、発症あるいは受傷後3年以上を経過しても、適切な訓練によって、症状の改善や社会復帰の可能性があることを示唆している。また、社会復帰が可能になっている症例3、4、7は、行動評価の結果から、自らの障害認識が進んでいることが窺え、社会復帰には障害認識を進めることが重要であることも示唆される。

脳損傷の包括的・全体論的リハビリテーション外来通院治療プログラムの実践で、最も有名なNew York大学Rusk Institute Rehabilitation Medicine（ラスク研究所）では訓練に参加する前に対象者を選別し、集中的なトレーニングを週4日・1回5時間・6ヶ月間継続する（Ben-Yishayら、2003; 先崎ら、1999）。

ほとんどの脳外傷者は、これに1年間参加することで、最大の効果を生み出している。

しかし、当センターでは、週2日・1回2時間・1年間という少ないプログラム内容でも、個々において注意力や思考スピード、社会適応能力における改善がみられた。対象者を障害程度や経過年数で選別せず、訓練を施行した29名の患者全体の転帰においても、社会参加率が58.6%と高い結果が得られた。これらの改善理由と考えられる、当センターのリハプログラムの特徴を述べる。①基底にある認知障害を多面的に分析し、個別訓練とグループ訓練を重層化した（全体論的プログラム）、②個別やグループ訓練場面において、患者は深く受容され、他者がいても安心して訓練課題に取り組めること、他者の話を理解することに努め、自分の意見を述べ、そして他者からは賞賛される、という環境を提供できた、③家族の治療参加、④多職種が同時介入し患者との治療共同体を形成（このプログラムでは、スタッフは職種に関わらず、個別訓練で認知トレーニングと

カウンセリングを行い、担当患者の参加するグループ訓練にも参加する）、⑤スタッフカンファレンスを繰り返し、治療戦略を柔軟に設定・修正、⑥対象者を障害程度や経過年数によって選別しない（定員制）、⑦患者対スタッフ割合を低くした質の高いサービスの提供、⑧精神科とリハ科の連携による重層的なサービスの提供、⑨社会復帰に向けた支援ネットワーク体制の構築、などである。

臨床心理士で治療スタッフが構成されているRusk Instituteと違って、当センターでは、PT、OT、ST等のリハスタッフ、臨床心理士、精神科医、リハ医の他職種で構成されている。これらの職種に関わらず同じ治療手法を用いて訓練を行うというアプローチは、関連職種がそれぞれの専門手技で対応するという、日本で従来から行われているリハの手法とは異なるため、各スタッフの職業アイデンティティーが不明瞭になることがある。しかし、新たな脳外傷リハビリテーション専門スタッフとしてのアイデンティティーを獲得することになる。脳外傷後の認知障害は、心理社会的な問題も多く残存し、ライフステージによって必要とされる支援が変化し、それに対応する我々スタッフは、常に柔軟性を求められる。脳外傷リハビリテーション専門スタッフとしての新たな取り組みにおいては、スタッフカンファレンスで治療戦略を頻回に協議し、方針転換を柔軟に行うことが重要である。当センターでは、包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの、更なる実践・充実を図りたいと考えている。

## 文 献

- 1) 阿部順子, 岡田敦史他: 脳外傷者のマネージメント; 社会復帰に向けて. 脳外傷リハビリテーション研究会, 1995.
- 2) Ben-Yishay Y, Diller L: Current approaches to neuropsychological rehabilitation in the USA. 臨床リハ, 12巻8号: 693-699, 2003.
- 3) Cicerone KD: Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. Review Article. Arch Phys Med Rehab 81: 1596-1615, 2000.
- 4) 蜂須賀研二, 永吉美砂子, 岩田昇: 日常生活満足度

- SDLおよびSF-36における測定概念の類似性と相違性に関する検討 厚生科学研究費補助金スモンに関する調査研究班,平成15年3月.
- 5) MalecJ, Basford, JS : Post-acute brain injury rehabilitation. Review Article. Arch Phys Med Rehab 77 : 198-207, 1996.
  - 6) 永吉美砂子, 上田幸彦, 高橋雅子他 : 脳損傷者に対する包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの実践. 総合リハ, 33巻 : 73-81, 2005.
  - 7) National Institutes of Health, 道免和久訳, 千野直一監修 : 脳外傷者のリハビリテーション JAMA 日本語版3月号, 79-90, 2001.
  - 8) 水落和也 : アメリカにおける頭部外傷リハビリテーションの現状とニューヨーク大学 Head Trauma Programの紹介. 総合リハ 22 : 483-489, 1994.
  - 9) 大野 裕, 吉村公雄 : WHO SUBI 手引2001, 金子書房
  - 10) Prigatano GP : 脳損傷のリハビリテーション神経心理学的療法. 八田武志他訳 医歯薬出版. 1988.
  - 11) 先崎章ら : ニューヨーク大学医療センター・ラスク「脳損傷者外来通院治療プログラム」で行われている集団を利用した認知・心理療法. J.Clin. reha 8 : 559-565, 1999.
  - 12) Viitanen M, Fugel-Meyer KS, et al., : Life satisfaction in long-term survivors after stroke, Scand J Rehab Med 1988; 20: 17-24.
  - 13) 横山和仁, 荒木俊一 : 日本版POMS 手引. 金子書房. 1994.