

主要症状の解説

記憶障害

前向きおよび逆向性の健忘が認められます。全般的な知的機能の低下および注意障害を示さない場合は典型的な健忘症候群です。

① **前向健忘**：いわゆる受傷後の学習障害です。受傷ないし原因疾患発症後では新しい情報やエピソードを覚えることができなくなり、健忘の開始以後に起こった出来事の記憶は保持されません。

参考となる検査法

全般的記憶検査：WMS-R(ウィクスラー記憶検査)

言語性記憶検査：三宅式記憶力検査

視覚性記憶検査：ベントン視覚記憶力検査、REY図形テスト

日常記憶検査：RBMT（リバーミード行動記憶検査）

② **逆向健忘**：受傷・発症以前の記憶の喪失、特にエピソードや体験に関する記憶が強く障害されます。自伝的記憶に関する情報の再生によって評価しますが、作話傾向のため関係者に確認したり、遅延間隔を置いて再度この課題を行い、1回目と2回目の回答が同一であれば正答と見なしたりすることによって、被験者の反応の妥当性を確認します。

軽度：最近の記憶や複雑な記憶でも部分的に覚えていますが、意味的関連のない項目を結びつけるなど難度の高い検査で障害を示します。

中等度：古い記憶や体験的に習ったことなどは保たれています。最近の新しい記憶、複雑な事柄の記憶などは失われています。

重度：前向健忘と逆向健忘を含む全健忘、ほとんどすべての記憶の障害です。

その他、作話や失見当識がみられます。作話は、実際に体験しなかったことが誤って追想される現象です。その内容も変動することがあります。よく用いられる当惑作話とは、その時その時の会話の中で一時的な記憶の欠損やそれへの当惑を埋めるような形で出現する作話で、多くは外的な刺激により出現し、その内容は過去の実際の記憶断片やそれを修飾するなど何らかの形で利用しているようなものを指しています。検査の質問によって誘発され、捏造された出来事をその内容とします。

社会的行動障害

① **意欲・発動性の低下**：自発的な活動が乏しく、運動障害がないのに1日中ベッドから離れないなどの無為な生活を送ります。

② **情動コントロールの障害**：最初のいらいらした気分が徐々に過剰な感情的反応や攻撃的行動にエスカレートし、一度始めると患者はこの行動をコントロールすることが困難です。自己の障害を認めず訓練を頑固に拒否します。突然興奮して大声で怒鳴り散らしたり、看護者に対する暴力や性的行為などの反社会的行為が見られます。

③ **対人関係の障害**：社会的スキルは認知能力と言語能力の下位機能と考えることができます。高次脳機能障害でみられる社会的スキルの低下には、急な話題転換、過度に親密で脱抑制的な発言および接近行動、相手の発言の復唱、文字面に従った思考、皮肉、諷刺、抽象的な指示対象の認知が困難、さまざまな話題を生み出すことの困難などが含まれます。面接により社会的交流の頻度、質、成果について評価します。

④ **依存的行動**：脳損傷後に人格機能が低下し、退行を示します。この場合には発動性の低下を同時に呈していることが多く、結果として依存的な生活を送ります。

⑤ **固執**：遂行機能障害（新しく生じた問題を解決することの困難）がある場合、認知あるいは行動の転換の障害が生じ、従前の行動が再び出現（保続）し、その方法に固着します。

注意障害

① 全般性注意障害

集中困難・注意散漫：ある刺激に焦点を当てることが困難となり、ほかの刺激に注意を奪われやすい状態です。

注意の持続・維持困難：長時間注意を持続させることが困難な状態で、時間の経過とともに課題の成績が低下します。課題をできて15分と集中力がもちません。

参考となる検査法

CAT・CAS（標準注意検査法・標準意欲評価法）

D-CAT（注意機能スクリーニング検査）

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ことをはじめとした半側無視行動が見られます。同名半盲と混同しないようにします。右半球損傷（特に頭頂葉損傷）で左側の無視がしばしば認められます。

参考となる評価法

BIT（行動性無視検査 日本版）

線分二等分検査

線分抹消検査

図形模写検査

なお左同名半盲では両眼の一侧視野が見えず、眼球を動かさなければ片側にあるものを見ることができません。同名半盲のみの場合は、視線を見えない側に向けることによって片側を見ることができ、半側無視を起こすことはありません。

軽度：検査上は一貫した無視を示さず、日常生活動作で、あるいは短時間露出で無視が認められます。なお、両側同時刺激を行うと病巣反対側を見落とします。すなわち一側消去現象を示します。

中等度：常に無視が生じるが、注意を促すことで無視側を見ることができず。

重度：身体が病巣側に向き、注意を促しても無視側を見ることができません。

遂行機能障害

① **目的に適った行動計画の障害**：行動の目的・計画の障害です。行動の目的・計画の障害のために結果は成り行き任せか、刺激への自動的で、保続的な反応による衝動的な行動となります。ゴールを設定する前に行動を開始してしまいます。明確なゴールを設定できないために行動を開始することが困難になり、それが動機づけの欠如や発動性の低下とも表現される行動につながることもあります。実行する能力は有しているために、段階的な方法で指示されれば活動を続けることができます。

② **目的に適った行動の実行障害**：自分の行動をモニターして行動を制御することの障害です。活動を管理する基本方針を作成し、注意を持続させて自己と環境を客観的に眺める過程の障害により、選択肢を分析しないため即時的に行動して、失敗してもしばしば同様な選択を行ってしまいます。環境と適切にかかわるためには、行動を自己修正する必要があります。この能力が障害されることにより社会的に不適切な行動に陥ります。

参考となる評価方法

BADS（遂行機能障害症候群の行動評価）

WCST（ウイスコンシン・カード分類検査）

訓練・生活支援

訓練プログラムには、発症・受傷からの相対的な期間と目標によって、次の3つの訓練がある。

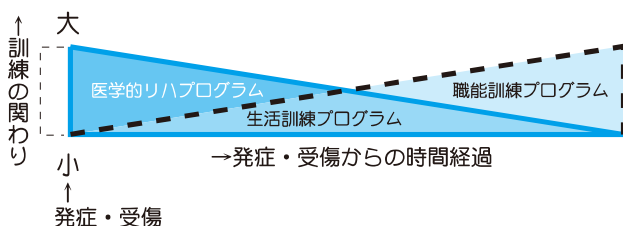
・医学的リハビリテーションプログラム

認知リハビリテーション以外に、心理カウンセリング、薬物療法、外科的治療も含まれる。

・生活訓練プログラム

・職能訓練プログラム

訓練の対象は、障害そのものではなく、日常生活や職業で必要と考えられる技能を獲得することに主眼が置かれる。



高次脳機能障害の評価とは

高次脳機能障害について、どのような問題があるか考慮する際に、次のような点に注意する。

受傷・発症前の生活歴、知的レベル、行動特性の聴取（脳の器質病変によって生じたものか）

1 行動観察による評価

視点を決めて。高次脳機能障害の何が問題か
→どの検査を用いるか

2 神経心理検査を用いた評価

平均値と分散。高次脳機能障害者に特有の反応

3 課題を用いた評価

総合的に判断する。場面・状況を考慮する。

I 医学的リハビリテーションプログラム

訓練期間

・医学的リハビリテーションプログラムは最大6ヶ月実施する。

・種々のサービスを連携して合計1年間の訓練が望ましい。

H16年4月から「高次脳機能障害診断基準」に基づいて診断された場合、診療報酬の対象とされる。またH18年4月から脳血管疾患リハビリテーションの限度180日を超えて訓練を受けることができるようになった。

訓練の継続と終了

訓練の継続と終了は1～3ヶ月毎の評価によって決定する。高次脳機能障害で指摘される各症状の軽減、身体機能、ADL、神経心理検査、障害尺度変化などを参考にし、訓練終了後は、本人・家族のニーズによって支援へ移行する。

・リハビリテーションでは、疾病の診断・治療だけでなく、疾病がもたらす機能障害、活動制限の評価および当事者の生活歴や社会経済的環境と家庭環境を考慮して将来目標を立て、その必要に応じて目標・プログラムに修正を加えながら、最終的な目標に到達するという過程をとる。

II 生活訓練プログラム

訓練プログラムには、発症・受傷からの相対的な期間と目標によって、次の3つの訓練がある。

主に、日常生活や社会生活に必要な手段を理解し、生活能力を高められるよう、個々の生活状況に応じて訓練を行う。

○生活リズムを整え、日中活動に参加する体力や耐久性の向上を図る。

○生活動作の手順や道具を工夫し、自己管理できることを増やす。

○自身の障害への理解を深めながら、場の状況に応じて行動できるようにする。

○ご家族と地域の支援機関との協力体制を築き、社会生活に備える。

○作業能力の向上を図り、就労支援機関等の利用を目指す。

訓練

①スケジュール管理

予定表や携帯電話等を活用し、日課に沿った行動ができるようにする。

②生活管理能力の向上

服薬管理、調理、洗濯、掃除、公共交通機関の利用など生活に必要な活動が可能となるよう支援する。

③社会生活技能の向上

対人関係や生活場面を振り返り、適切な対処方法や自己管理の手段を具体化し、状況に応じた行動ができるようにする。

④作業力の向上

様々な訓練を通じて、得意な作業を活かし、苦手な作業は代償手段で補い、集中して取り組めるよう、環境条件を整える。

⑤個々の目標に向けた支援

地域生活の目標に向けた支援地域生活の充実を図り、職場復帰、復学、職業訓練等を目指す。また、地域の各支援機関と協力して、連続した支援体制を築く。

III 職能訓練プログラム

高次脳機能障害者の職場での問題は、機能的には障害が少なく、一見何でもできそうだが、仕事を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。

そのため、次のような目的をもったサービスを提供することが有効と考えられる。

・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て、補償行動の獲得を図る。

・その上で、本人にとって適切な職務を選択し、職場の環境調整などを行い、安定した就労の実現を支援する。

職業訓練

高次脳機能障害者の就労までの道のりは、一般に、受傷・発症→急性期医療→リハビリ医療・訓練（認知評価・訓練、職能訓練前の訓練）→（生活訓練）→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）、という流れをたどる。

障害者の就労形態

障害者の就労形態には、「一般雇用」、「在宅就労」、「保護雇用」、「福祉的就労」等がある。

一般就労が難しいと思われる場合には、福祉的就労を経て一般就労をめざす選択肢がある。