NIVR

支援マニュアル No.14
平成28年３月

高次脳機能障害者のための就労支援

～医療機関との連携編～

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター職業センター

はじめに

　障害者職業総合センター職業センターにおいては、休職中の高次脳機能障害者を対象とした職場復帰支援プログラム、就職を目指す高次脳機能障害者を対象とした就職支援プログラムの実施を通じ、障害特性に起因する職業的課題への補完行動の獲得による作業遂行力や自己管理能力の向上、及び職業的課題に関する受講者の自己理解促進に資する支援技法を開発し、その成果の普及をすすめています。
　本マニュアルはこれまでの高次脳機能障害者の職業リハビリテーションにおける支援技法の開発と改良、各プログラムの実施等を通じて得られた、高次脳機能障害者の就労支援において関わる医療機関との連携のとり方の知見や情報を整理・集約するとともに、新たな情報を加えて取りまとめています。
　本マニュアルが、高次脳機能障害者の就労支援現場において活用され、職業リハビリテーションサービスの質的向上の一助となれば幸いです。

平成 28 年 3 月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター職業センター
職業センター長　　春日　利信

目次

作成趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

第１章　高次脳機能障害者の職業リハビリテーションサービスにおける医療機関
　　　　との連携の必要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

　１　高次脳機能障害者の復職や就職に向けた支援の一般的な流れ・・・・・・・・・3

　２　職業リハビリテーションサービスを利用する高次脳機能障害者の概況・・・・・6

　３　職業リハビリテーションにおける医療機関との連携の現状・・・・・・・・・・11

　４　まとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12

第２章　職業リハビリテーションサービスにおける医療機関との連携事項・・・・・・14

　１　医療情報の把握・収集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

　　（１）職業リハビリテーションサービスの実施に必要な医療情報の項目・・・・14

　　　　　様式「職業センタープログラム受講申請者に係る主治医の意見書」・・・18

　　（２）事例紹介・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21

　　　　　事例１における「主治医の意見書」・・・・・・・・・・・・・・・・・・23

　２　医療機関との情報共有・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

　　（１）情報共有における課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

　　（２）情報共有を円滑に行うための取組み・・・・・・・・・・・・・・・・・27

　　（３）事例紹介・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

　３　障害受容に関する支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31

　　（１）プログラムにおける障害受容の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・31

　　（２）障害受容の課題と支援方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32

　　（３）事例紹介・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34

第３章　医療機関との連携における留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

参考資料

　１　高次脳機能障害における症状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38

　２　神経心理学的検査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44

作成趣旨

高次脳機能障害は、損傷の部位と程度により個々の症状が様々ですが、加えててんかん等の合併症状を伴う場合は、障害の態様はより複雑になります。そのため、復職や就職の支援を行うにあたっては職業上のアセスメントを十分に行い、支援の内容と方法を検討し、より効果的な支援計画を策定することが重要です。また、策定した支援計画に基づく具体的な支援の効果を高めるためには中途障害という要因から派生する障害の理解と受容の状況が大きく影響してきます。

こうした点を踏まえると、病気や怪我による脳損傷に起因する高次脳機能障害については、受障直後の治療や検査、その後の医学リハビリテーション等一連の専門的支援を行う医療機関の所見、情報及び助言を得ることが職業リハビリテーションを実施する上で必須事項となります。

そこで今回は、高次脳機能障害者の就労支援において係わる医療機関との連携の実態と内容、有益な連携のとり方等について、これまで職業センターにおいて高次脳機能障害者に対する「職場復帰支援プログラム」及び「就職支援プログラム」の実施を通して得られた知見と情報を整理し、職業リハビリテーションに係わるスタッフが実務で活用できるように取りまとめることとしました。

本マニュアルで使用する「高次脳機能障害」の定義について

「高次脳機能障害」という言葉は、病気や怪我で脳に損傷を受けたことにより生じる認知機能の障害に関する言葉ですが、用いられる文脈により主として「注意障害」「記憶障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」を指す場合（注１）と、「失語症」「失行症」「失認症」等を含め広く捉える場合があります。障害者職業総合センター職業センター（以下「職業センター」という。）で実施する高次脳機能障害者の「職場復帰支援プログラム」及び「就職支援プログラム」では、後者の意味で「高次脳機能障害」を捉えていますので、このマニュアルでも同様の意味でこの言葉を用います。

注１：「高次脳機能障害支援モデル事業」における診断基準に準拠する場合

第１章　高次脳機能障害者の職業リハビリテーションサービスにおける医療機関との連携の必要性

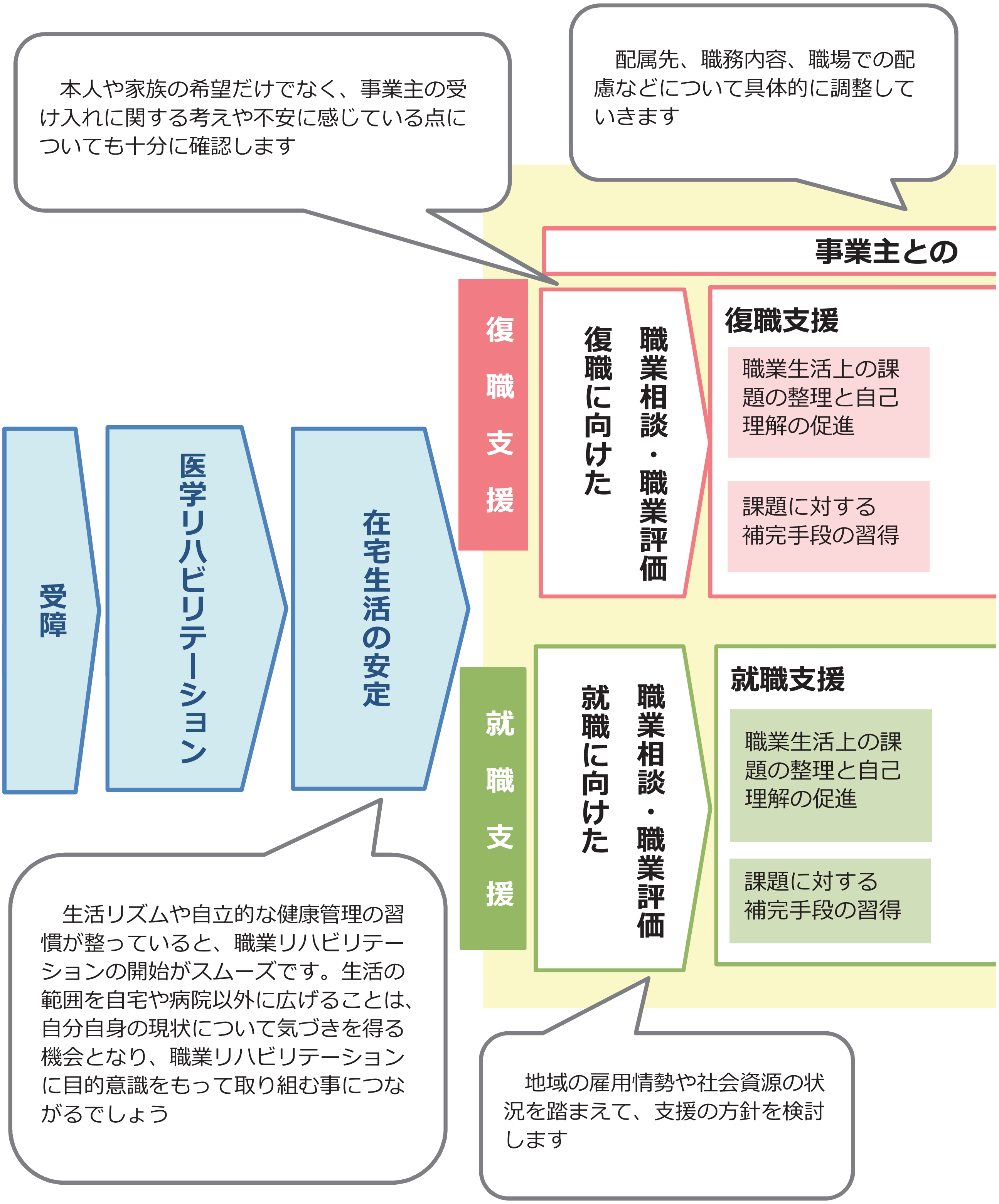
本章では、高次脳機能障害者の職業リハビリテーションにおいて、何故医療機関との連携を重要視するのかについて考えます。このため、職業センターが高次脳機能障害者を対象に実施する「職場復帰支援プログラム」「就職支援プログラム」の各プログラム利用者（以下「利用者」という。）の状況の分析や、医療機関との連携の現状について整理します。

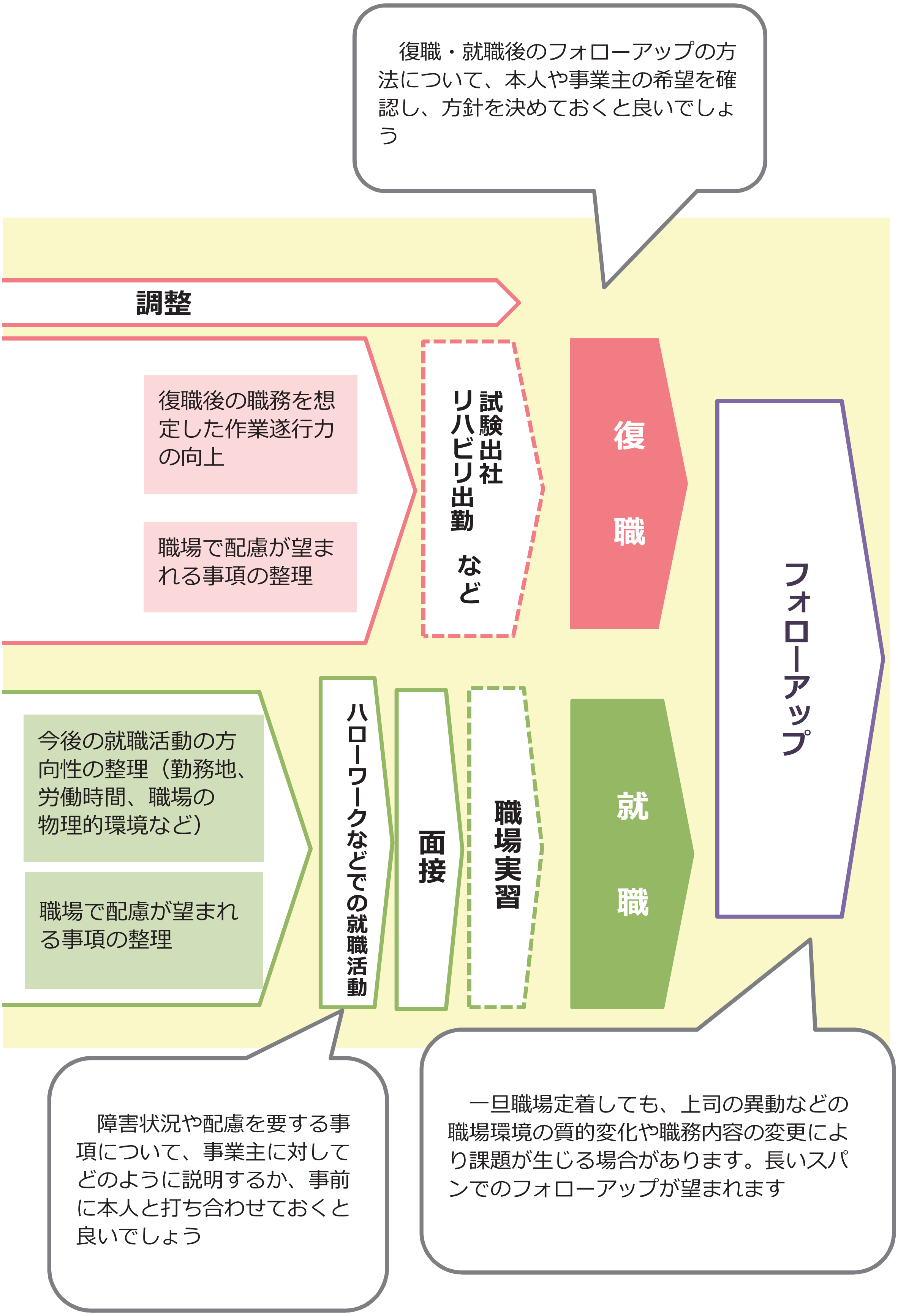
１　高次脳機能障害者の復職や就職に向けた支援の一般的な流れ

支援の一般的な流れをｐ４に示しました。図中のふきだしにはそれぞれの時点でポイントと思われる事項を記載しています。

支援全体の中で「職場復帰支援」「就職支援」が職業リハビリテーションサービスの内容となります。高次脳機能障害者の場合、そのほとんどが職業リハビリテーションの前段階として医療機関を利用しています。そのため「職場復帰支援」「就職支援」のいずれの開始時点においても、職業相談や職業評価を実施するにあたっては医学リハビリテーションにおいて把握された専門的な障害状況、障害特性等に関する情報が必要となります。また、「職場復帰支援」「就職支援」を効果的に進めるために重要となる対象者の障害受容を促進するための支援については、医学リハビリテーションと職業リハビリテーションが一体となって支援を行うことが効果的であると考えられます。

復職や就職に向けた支援の一般的な流れ




復職・就職後のフォローアップの方法について、本人や事業主の希望を確認し、方針を決めておくと良いでしょう
調整
復職後の職務を想定した作業遂行力の向上
職場で配慮が望まれる事項の整理
試験出社
リハビリ出勤　など
復職
今後の就職活動の方向性の整理（勤務地、労働時間、職場の物理的環境など）
職場で配慮が望まれる事項の整理
ハローワークなどでの就職活動
面接
職場実習
就職
フォローアップ
障害状況や配慮を要する事項について、事業主に対してどのように説明するか、事前に本人と打ち合わせておくと良いでしょう
一旦職場定着しても、上司の異動などの職場環境の質的変化や職務内容の変更により課題が生じる場合があります。長いスパンでのフォローアップが望まれます

2　職業リハビリテーションサービスを利用する高次脳機能障害者の概況

職業センターにおいて実施している「職場復帰支援プログラム」「就職支援プログラム」の平成 23 年度以降 5 年間の利用者計 52 名について、その属性やプログラム受講前の状況は次のとおりとなっています。

（1）年齢

	計	「職場復帰支援プログラム」の利用者	「就職支援プログラム」の利用者
20 才代	1 名（ 1.9%）	0 名（ 0 %）	1 名（ 6.7%）
30 才代	10 名（19.2%）	7 名（18.9%）	3 名（20.0%）
40 才代	23 名（44.3%）	17 名（46.0%）	6 名（40.0%）
50 才代	18 名（34.6%）	13 名（35.1%）	5 名（33.3%）
計	52 名	37 名	15 名

利用者全体の年齢層は 40～50 才代が 8 割弱となっており、「職場復帰支援プログラム」では 40 才代の利用者が 5 割近くを占めています。

この年代は家庭の経済を担う役割が大きいため、復職や就職に向けての強いモチベーションを有する一方で就労への不安や焦りからストレスにつながる場合があります。また、受障前に専門的なスキルを必要とする職務や管理職を担っていたことにより受障後に現実的に対応できる職務内容や雇用条件面と本人の職務遂行力との差が大きい場合など、本人や家族の気持ちを整理するための支援が必要となります。

一方、若年者で社会経験が少ない場合には、職業に関する知識や基本的な労働習慣に関する支援が必要となります。

（2）受障原因

脳血管障害：35 名（67.3%）
　（内訳　脳梗塞：12 名、くも膜下出血：11 名、脳内出血：12 名）
脳外傷　　：　5 名（ 9.6%）
脳炎　　　：　4 名（ 7.7%）
脳腫瘍　　：　3 名（ 5.8%）
その他　　：　5 名（ 9.6%）

7 割近くが脳血管障害を原因としており、高血圧症を始めとする生活習慣病との関連が考えられます。脳血管障害の背景に高血圧や心疾患等の基礎疾患がある場合は、通院・服

薬の状況、通勤、職務による心身の負担の程度を確認する必要があります。
　また、特に一人暮らしの場合は適切な食生活ができているかなど生活面での状況の確認が必要となりますが、こうした生活面における状況確認や具体的な支援に関しては、職業リハビリテーション機関の支援には限界がありますので、医療等の関係機関と連携することが必要となります。
　本人が変性疾患を有する場合は、症状の悪化を視野に入れて職業リハビリテーション計画を立てる必要があります。病気の進行に関して本人が告知を受けていない場合がありますので、家族等本人を支える方と協同しながら慎重に対応することが望まれます。

（３）障害者手帳の有無、種類

障害手帳有り：36 名（69.2%）
（内訳）　精神障害者保健福祉手帳：17 名
　　　　　身体障害者手帳　　　　：18 名
　　　　　精神と身体の両方　　　：　1 名
障害手帳無し：12 名（23.1%）
申請中　　　：　4 名（ 7.7%）

　利用者のうち申請中を含めると８割弱の方が何がしかの障害者手帳を所持しています。精神障害者保健福祉手帳と身体障害者手帳の取得状況はほぼ同数となっています。
　障害者手帳は本人が障害を受容し自らの意思で取得することが基本ですが、精神障害者保健福祉手帳の取得については、受障後復職したものの職務遂行力に低下が見られたため事業所が利用者を障害者として雇用する意向により取得した場合があるなど、障害者手帳の所持の有無で利用者が障害を受容しているのか否かを判断するのではなく、障害者手帳を取得した背景について確認することが必要です。

（４）受障からプログラム利用までの期間

	計	「職場復帰支援プログラム」の利用者	「就職支援プログラム」の利用者
１年未満	4 名（ 7.7%）	4 名（10.8%）	0 名（　0%）
１年以上２年未満	17 名（32.7%）	15 名（40.6%）	2 名（13.3%）
２年以上３年未満	12 名（23.1%）	9 名（24.3%）	3 名（20.0%）
３年以上４年未満	6 名（11.5%）	6 名（16.2%）	0 名（　0%）
４年以上	13 名（25.0%）	3 名（ 8.1%）	10 名（66.7%）

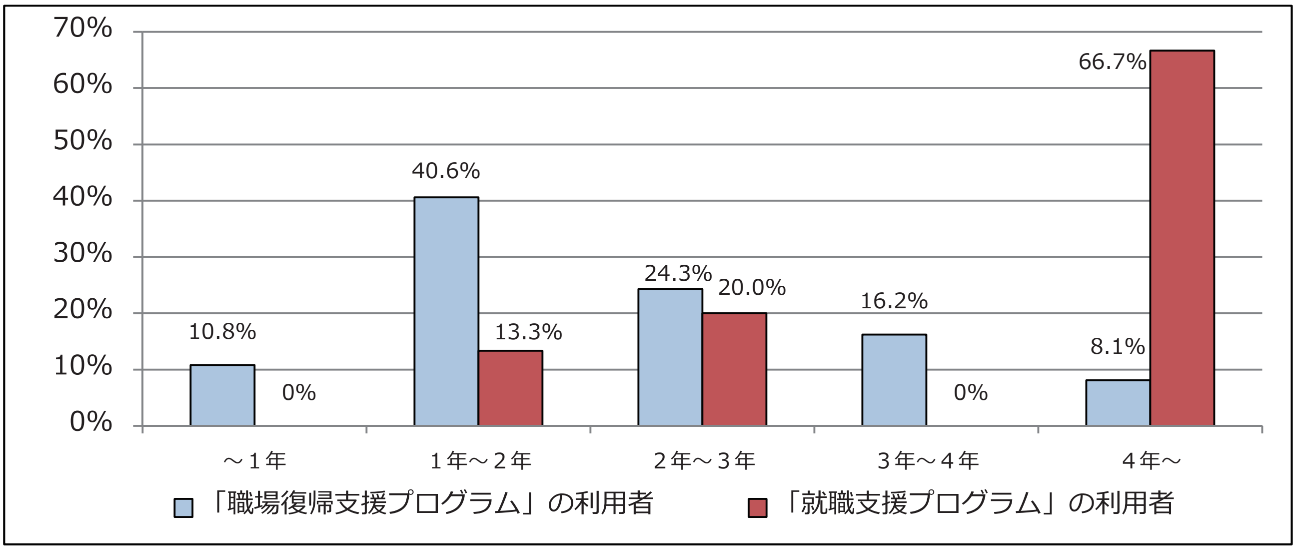


図１　受障からプログラム利用までの期間

「職場復帰支援プログラム」の利用者では受障後１～２年が最も多く、７割以上は受障から３年未満でプログラムを利用しています。これは利用者が属する事業所の就業規則で定められた休職期間との関係が考えられます。受障から３年以上経過した後の利用者では、一旦復職したものの職場不適応となり再度休職してプログラムを利用したケースがあります。

「就職支援プログラム」の利用者では７割弱の方が受障から４年以上経ってプログラムを利用しています。この中には、受障後一度復職や就職をしたものの離職し、再就職のためにプログラムを利用する場合や、学齢期に受障し就労年齢になった段階での利用や医学リハビリテーションが終了した後在宅生活に移行してからの利用があります。

（５）プログラム利用までに作業療法等を受けた期間

高次脳機能障害者の多くは治療後に脳機能の回復や補完手段の習得を図るための作業療法、失語症の改善を図るための言語療法、また身体機能に支障がある場合は理学療法等を複合的に受けています。利用者がこうした作業療法等を受けた期間は次のとおりとなっています。

	計	「職場復帰支援プログラム」の利用者	「就職支援プログラム」の利用者
受けている	47名（90.4%）	34名（91.9%）	13名（86.7%）
（内訳）			
半年未満	11名（21.2%）	9名（24.3%）	2名（13.3%）
半年以上1年未満	11名（21.2%）	9名（24.3%）	2名（13.3%）
1年以上2年未満	12名（23.1%）	9名（24.3%）	3名（20.0%）
2年以上3年未満	9名（17.3%）	5名（13.5%）	4名（26.7%）
3年以上4年未満	2名（ 3.8%）	2名（ 5.4%）	0名（ 0%）
期間不明	2名（ 3.8%）	0名（ 0%）	2名（13.3%）
受けていない	5名（ 9.6%）	3名（ 8.1%）	2名（13.3%）

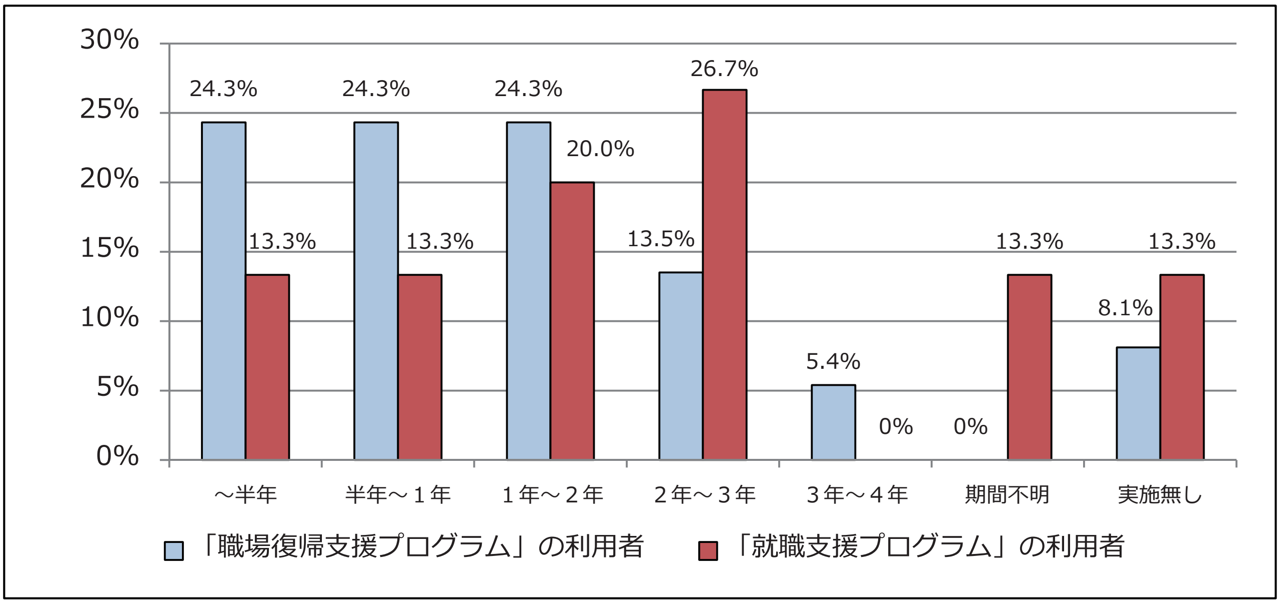


図2　プログラム利用までに作業療法等を受けた期間

利用者の9割を越える方が作業療法等を受けており、その期間は殆どが3年未満となっています。

「職場復帰支援プログラム」の利用者は2年未満が7割強となっており、このことは前述したように利用者が属する事業所において復職までの休職期限が設けられている場合が多いことを背景にしていると考えられます。

作業療法等を受ける期間は利用者の障害の状況や程度、利用者の事情によって様々ですが、職業リハビリテーションにおける障害の受容や補完手段の習得の素地となる重要な期間となります。

（６）プログラム利用前の過ごし方

職業センターでの各プログラムを利用する直前の過ごし方について、初回相談の時点において把握した日中活動の状況は次のとおりとなっています。利用相談は、プログラム開始の 1 か月前に行うことが多いことから、プログラム開始直前の日中活動の内容と捉えています。

通院受診のみ	16 名（30.8%）	
通院受診・作業療法等利用	17 名（32.7%）	
通院受診・作業療法等利用・福祉機関通所	５名（ 9.6%）	
通院受診・作業療法等利用・在職	２名（ 3.8%）	
通院受診・在職	６名（11.6%）	（うちリハ出勤等 ２名）
通院受診・福祉機関通所	２名（ 3.8%）	
通院受診・就労支援機関通所	１名（ 1.9%）	
通院受診及び関係機関の利用等なし	３名（ 5.8%）	

※福祉機関　　：地域活動支援センター、就労継続支援Ｂ型事業所等
※就労支援機関：就労移行支援事業所

約 95%の方が通院受診や作業療法等により医療機関を利用しています。また、７割弱の方は福祉機関や就労支援機関への通所や在職といった恒常的なワークがある状態ではなく、日中活動量が不足している状況で職業リハビリテーションを利用することとなっています。こうした利用者に対しては体力やストレス耐性の向上、生活リズムの改善、仕事のイメージの付与等の支援を行う必要がある場合があります。

（７）障害受容の状況

各プログラムの受講開始時において職業センターが把握した主治医による利用者の障害受容の状況は次のとおりとなっています。

課題が指摘されていない者	23 名（44.2%）
課題が指摘されている者	27 名（51.9%）
不明	２名（ 3.9%）

主治医が指摘している課題の内容として具体的には、「実際より軽症と捉えている」「実際の能力よりも難易度の高い職務を希望している」「他人事感がある」「（併発した）片麻痺については理解しているが高次脳機能障害に対しては理解が不十分である」「能力低下を自分で認めたくない印象がある」「回復・軽快への期待度が高い」「補完手段の利用を勧めるも定着しない」等があります。

利用者の半数以上が自分自身の障害に対する受容について何らかの課題を抱えていると主治医が判断している状況で職業リハビリテーションに移行しています。こうしたことは、障害受容は医学リハビリテーションの段階だけで達成することが中々難しい課題であり、職業リハビリテーション段階における解決を図るべき課題の一つでもあることを表しているものと考えられます。

障害受容に関する課題については、その内容と医療機関との一体的な支援のあり方を次章で説明します。

3　職業リハビリテーションにおける医療機関との連携の現状

高次脳機能障害者の職業リハビリテーションにおける医療機関との連携状況については、平成 16 年度に報告された当機構の研究部門が地域障害者職業センター（以下「地域センター」という。）を対象に行った医療機関との連携に関する調査研究結果があります。この中で、「医療機関からの紹介がなかったために、利用者が必要以上の苦労を強いられたり支援におけるタイムロスを生じたケースが多い」ことや、「情報を入手するための手段や情報量が医療機関によって差違がある」ことが確認されており、医療機関との連携のあり方の改善を要望する意見が出されています。

①医療機関からの情報入手の手段について

「初めから十分な提供あり」（ 9.1%）
「センターから依頼すれば得られる」（54.5%）
「本人が依頼すれば得られる」（ 4.5%）
「依頼しても不足する場合あり」（20.5%）

②医療機関からの情報量について

「必要十分であることが多い」（31.8%）
「不足することが多い」（36.4%）

③医療機関に対する要望

医療機関としての役割の遂行、適切な情報提供や役割の明確化、ケースの共通理解等

また、職業センターが地域センターを対象に行っている近年のヒアリングにおいては、「移動手段を含めた日常生活レベルでの課題が多く残されている」「障害の受容と自己理解が十分でない」といった状態の利用者が増加しているほか、「日常生活の課題が多く残されている状況であっても本人が希望していたり、医学リハビリテーションが終了したため職業リハビリテーションに移行する方が増加している」「医療機関と職業リハビリテーション

機関とでは状態像の捉え方に違いがあるケースが少なくない」との回答があります。
　高次脳機能障害者支援の取組みは、平成 13 年に厚生労働省が開始した「高次脳機能障害者支援モデル事業」の成果を踏まえ、障害者自立支援法に基づく都道府県地域生活支援事業の一環として「高次脳機能障害者支援普及事業」が実施されました。この事業により各都道府県に支援拠点機関が設置されるなど拡充が図られてきてはいますが、高次脳機能障害者への就労支援におけるそれぞれの役割について、未だに医学リハビリテーション機関と職業リハビリテーション機関との間に認識の異なりが見られるなど、必ずしも連携方法が確立されているとは言えない状況が窺えます。

【引用文献】

障害者職業総合センター（2004）調査研究報告書№.63 高次脳機能障害者の就労支援－障害者職業センターの利用実態および医療機関との連携の現状と課題－pp1-2，pp39-42.

４　まとめ

　高次脳機能障害者に対する職業リハビリテーションは、その多くがある程度長期にわたる医学リハビリテーションに連続して、あるいは並行して実施されています。
　こうした点を踏まえると、医学リハビリテーションにおいて把握・収集されている障害の診断や専門的所見、作業療法等における支援内容や効果等を始めとする多くの「医療情報」を職業リハビリテーションで有効に活用することが重要と考えられます。そのためには、まず職業リハビリテーションにおいて必要となる情報はどのような事項や内容なのかなどを整理し明確にすることが、医学リハビリテーション機関と職業リハビリテーション機関との間にある認識の異なりを修正する手がかりとなります。
　また、職業リハビリテーションの開始時点で課題を有している場合が多い「障害受容」については、医学リハビリテーションと職業リハビリテーションが歩調を一にした取組みが大切ですので、継続した情報共有が必要になります。
　こうしたことから高次脳機能障害は職業リハビリテーションの実施にあたって特に医療機関との連携が重要視される障害と考えられます。

第２章　職業リハビリテーションサービスにおける医療機関との連携事項

本章では、職業リハビリテーションサービスを実施するための医療情報の把握・収集、医療機関との情報共有、障害受容に関する支援の三点について事例を交えて考えます。

１　医療情報の把握・収集

高次脳機能障害者に対する職業リハビリテーションサービスの実施にあたって、把握・収集する医療情報は、精度の高い職業リハビリテーション計画の根拠となる内容が必要となります。そのためには、傷病や障害に関する専門的で精緻な医療情報の中から、職業リハビリテーション機関が理解し活用しうる状態の情報を得たいところです。また、できる限り医療機関による情報の質や量の差を生じることがないようにすることも大切です。

こうしたことから、職業センターにおいては職業リハビリテーション計画に反映することのできる医療情報を把握・収集する項目を精査してフォームを定め、把握・収集したい具体的内容について説明を表示するなどの工夫を加えた「主治医の意見書」（ｐ18 の様式参照）により情報提供を依頼しています。

（１）職業リハビリテーションサービスの実施に必要な医療情報の項目

職業リハビリテーションサービスの開始にあたって確認する医療面での事項については、平成 26 年３月当職業センター発行の支援マニュアル No.11「高次脳機能障害者のための就労支援～対象者支援編～」（p.47～49）で触れていますが、特に医療機関に対して具体的に把握・収集する医療情報の事項について、「主治医の意見書」に基づいて説明をします。

１）これまでの経過

①発症及び受障年月日

高次脳機能障害の症状が現れた状況や障害を受けた時期を特定して、プログラム実施までの期間を把握します。また、④傷病の治療歴や⑤リハビリテーションの経過において受障後の状態の変化等を判断するための基点とします。

②傷病名

高次脳機能障害の原因となった傷病名から、今後の必要な医療や配慮等について基本的な知識を確認しておきます。

③損傷部位

高次脳機能障害において記憶障害は海馬の損傷、失語症は左大脳半球の損傷といったように脳の損傷部位により、障害特性を概ね把握することができます。記載されている部位

による一般的な障害状況について予め確認しておきます。

④傷病の治療歴
　これまでの治療の経過や内容について時系列的に把握し、治療による状態像の変化について把握します。

⑤リハビリテーションの経過
　リハビリテーションを実施した医療機関、時期、期間、内容、効果や就労に向け継続して取り組む必要がある事項について把握します。
　また、職業リハビリテーション実施中の医学リハビリテーションの必要性について把握します。
　医療機関が利用者に補完手段習得の支援を行った場合、その内容や習得状況を詳細に把握することは、就労場面における効果的な補完手段を検討する際の参考とすることができるだけでなく、利用者が補完手段習得の取組みに対する不安や混乱を生じないように整合性のある支援を行うことができます。

２）障害状況

①身体機能所見（関節可動域、筋力、巧緻性、感覚、その他）
　高次脳機能障害は脳損傷を起因としていますので、身体障害を重複する場合があることから身体機能の状況について障害程度を含め把握します。
　なお、脳損傷が原因で身体障害を受障した方に職業リハビリテーションサービスを実施する場合、高次脳機能障害の有無について確認を行う必要があります。

②神経心理学的所見（覚醒、注意、知能、記憶、言語、計算、行為、認知、その他）
　医療機関が神経心理学的検査を実施している場合、検査の数値結果とそこから把握できる障害の特徴や程度、就労に向けた課題点等を情報収集することによって、就労支援における課題の絞り込みや支援の優先度についての整理を効率的に行うことができます。
　なお、高次脳機能障害の各症状を把握するために、医療機関において多く用いられる神経心理学的検査の内容をｐ44に記載しました。

③障害に対する理解、認識の状況
　障害理解が不足している場合は、「障害への気づきが少ない」「気づきはあるが気持ちの面で受容がされていない」「機能回復への期待が強い」「障害により理解が困難である」などその内容は一様ではありません。利用者の状態に応じた支援方法を検討するため、利用者が医療機関からの説明や医学リハビリテーションの実施等により、現状において障害をどのように捉えているかについて把握します。

④ＡＤＬ（Activities of Daily Living：日常生活動作）の状況

食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴等日常生活の基本的な生活動作の自立度と必要となる介助等について把握します。

また介護サービスを利用している場合はその状況について把握します。

⑤ＡＰＤＬ（Activities Parallel to Daily Living：生活関連動作）の状況

調理、掃除等の家事動作、買い物、公共交通機関の利用といった社会生活圏での動作について把握を行い、将来の通勤や単身生活の可能性について検討する際の参考情報にします。

⑥総合所見

上記の内容を踏まえた就労場面で推測される課題点や職業リハビリテーションにおいて継続して取り組む必要がある支援内容について把握します。

３）現在の状況について

①現在の治療の内容、現在の通院の状況（頻度等）、服薬の状況（服薬の内容、服薬管理の状況）

現在行われている医療情報について把握します。

複数の医療機関で治療等を受けている場合がありますので、そうした場合には他の医療機関の状況について別途把握することが必要となります。

通院の状況は、利用者のプログラムのカリキュラム作成時の考慮する事項となります。

服薬の状況は、処方されている薬種等の把握を行い、一般的な副作用等について予め知識を得ることによって、利用者のプログラム受講時の行動観察における判断材料となります。また、高次脳機能障害が服薬管理に与える影響や服薬管理のために行っている方法について把握します。

②健康管理上の留意事項（その他既往症、血圧、てんかん発作、共同生活における留意点等、自己管理の状況）

日常生活における健康管理の状況について把握します。高次脳機能障害者の場合、高血圧症やてんかん等を併せ持つことがありますので、血圧や発作の状況についても把握します。また、集団場面における支援の実施や宿泊施設の利用において支障となる疾患や特性の有無について把握します。

③家族の支援体制等（対象者の障害に対する家族の理解、認識の状況、家族の支援体制）

家族が利用者の障害を必要以上に重く捉えることで本人の行動を制限したり、逆に軽く捉えることで過度の負担を強いる場合があります。家族が利用者の障害を適切に理解し受

容しているか、また家族が適切に支援できる状況であるか、利用者の家族に対する依存度の強さ、家庭内のキーパーソンについて医学リハビリテーションで確認している状況を把握します。

④プログラム受講及び就労に関する病院の所見

利用者の障害特性による就労上の課題に関してプログラムの実施効果の見通しや、プログラム実施上の留意点についての所見を把握します。

また、在職者の場合は復職において考えられる医学的配慮事項についての所見を把握します。

様式第２号

職業センタープログラム受講申請者に係る主治医の意見書

ふりがな 氏　　名	 男・女	年　　月　　日生 （　　　　歳）
これまでの経過	1　発症及び受障年月日 2　傷病名 3　損傷部位 4　傷病の治療歴 5　リハビリテーションの経過 ※　リハビリテーションを実施した医療機関、期間、内容、効果について ※　補完手段習得のための支援を行った場合は、その内容や習得状況について	

障害状況	
	1　身体機能所見　　（－）＝ 障害なし　～　（++）＝ 重度障害　として記載ください。 (1) 関節可動域　（ －　±　＋　++　不明； ） (2) 筋　　力　（ －　±　＋　++　不明； ） (3) 巧　緻　性　（ －　±　＋　++　不明； ） (4) 感　　覚　（ －　±　＋　++　不明； ） (5) そ　の　他 2　神経心理学的所見（－）＝ 障害なし　～　（++）＝ 重度障害　として記載ください。 (1) 覚　　醒　（ －　±　＋　++　不明； ） (2) 注　　意　（ －　±　＋　++　不明； ） (3) 知　　能　（ －　±　＋　++　不明； ） (4) 記　　憶　（ －　±　＋　++　不明； ） (5) 言　　語　（ －　±　＋　++　不明； ） (6) 計　　算　（ －　±　＋　++　不明； ） (7) 行　　為　（ －　±　＋　++　不明； ） (8) 認　　知　（ －　±　＋　++　不明； ） (9) そ　の　他 ※　神経心理学的検査を実施している場合、検査の数値結果と併せてそこから把握された障害の特徴や就労に向けた課題点について 3　障害に対する理解、認識の状況 ※　医療機関からの説明や医学リハビリテーションの実施等により利用者が障害をどのように捉えているかについて 4　ＡＤＬの状況 ※　食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴等について ※　介護サービスの利用状況について 5　ＡＰＤＬの状況 ※　調理、掃除、洗濯、買い物、金銭や書類の管理、公共交通機関の利用等について 6　総合所見 ※　項目１～５の内容を踏まえた就労場面で推察される課題点や職業リハビリテーションにおいて継続して取り組む必要がある支援内容について

現在の状況

1　現在の治療の内容

2　現在の通院の状況（頻度等）

3　服薬の状況
(1)　服薬の内容（名称、薬効、処方値／錠数、服用回数）

		mg	錠	回/日
		mg	錠	回/日
		mg	錠	回/日

(2)　服薬管理の状況
※　服薬の自己管理ができるための工夫等について

4　健康管理上の留意事項
(1)　その他既往症

(2)　現在の状況
①血圧　　　/　　　mmHg　②Hb 抗原（宿泊棟利用者のみ）
③てんかん発作　　　無　・　有　（有の場合は、具体的に記入）

(3)　共同生活における留意点等（共同生活に不都合な疾患等）
※　入院期間中や在宅生活において把握できた課題について
※　集団場面において把握できた課題について

(4)　自己管理の状況

5　家族の支援体制等
(1)　本人の障害に対する家族の理解、認識の状況
※　家族への説明の有無について
※　家族が利用者の障害を適切に理解し受容しているかについて

(2)　家族の支援体制
※　利用者の家族に対する依存度について
※　家族が利用者に支援できる内容、家庭内のキーパーソンについて

6　プログラム受講及び職場復帰に関する病院の所見
※　プログラムに対する効果の見通しや実施上の留意点について
※　職場復帰に向けた配慮事項について

以上のとおり意見を述べる。

作成日　平成　　年　　月　　日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター職業センター長　殿

医療機関名
所　在　地
電　　　話

主治医氏名　　　　　　　　㊞
（作成者の場合は不要）

作成者氏名　　　　　　　　㊞

（職名　　　　　　　　　　）

※医療情報提供書又は治療リハビリテーションに関するサマリー等、詳細情報の提供が可能な場合は、添付してください。

（２）事例紹介

ここでは医療情報を「主治医の意見書」によって把握・収集した事例から、情報収集の留意点について考えます。

事例　1

「主治医の意見書」により職業リハビリテーションに活かす医療情報を得られた事例

（１）利用者の概要

Ａさん（男性）

障害名：失語症、注意障害

受障年齢：50 才

プログラム受講前の日中活動：通院受診、言語療法、在職

プログラム名：就職支援プログラム

Ａさんは、就職後脳出血により受障し失語症、注意障害の診断を受けました。言語療法を継続しながら復職しましたが、職場ではミスを多発し任される仕事が少なくなったことにより退職し、Ｇ病院の紹介で地域センターを利用して就職支援プログラムを受講しました。

（２）医療情報の把握・収集

職業センターはＡさんの就職支援プログラムを実施するにあたり、Ｇ病院に対して「主治医の意見書」による医療情報の提供を依頼しました。

Ｇ病院から提供された当該意見書の内容の「リハビリテーションの経過」「神経心理学的所見」「障害に対する理解、認識の状況」の所見から以下の課題を把握することができました（Ａさんに係る「主治医の意見書」は、ｐ23 に掲載しています）。

①理解面について、複雑な内容の理解は不確実であること。自ら聞き返すことは十分ではないこと。

②発語について、言いたい語が出てこず順序立てた説明は難しいが、聞き手の推測などによる援助があれば複雑な内容について大まかにやり取りが可能であること。

③発話・書字について、ともに単文のレベルから不確実で詳細な説明を行う際に回りくどくなること。音韻面の課題が残存しパソコンの入力においてミスが生じ時間がかかること。

④感情面について、難易度の高い課題に直面した時に苛立つ様子があること。

⑤障害受容について、言語機能の改善に熱心に取り組んでいるが、代償手段を検討できる

程の詳細な自覚には至っていないこと。

（３）医療情報のプログラム支援計画への反映

Ｇ病院の所見と地域センターが策定した職業リハビリテーション計画の内容に基づき、就職支援プログラム支援計画におけるＡさんの支援目標を「作業上の課題に対する自己理解の促進」「補完手段の習得」「自分にあった働き方の整理」に設定し、プログラム場面では以下の内容に視点をおいて支援を行うこととしました。

①説明や作業指示は簡潔にすること。視覚情報で提示することへの効果を把握すること。
②説明や作業指示に対するＡさんの理解度を確認するとともに、質問の促しを行うこと。
③失語症を踏まえた確実な伝達方法を検討すること。
④パソコン入力作業におけるミスの原因やパターンを特定すること。
⑤作業に対するストレス耐性を把握し、その対処法を検討すること。
⑥障害受容について、Ａさんの気持ちに寄り添いつつ徐々に現実検討できるように働きかけていくこと。

プログラムではＡさんと日々の取組みについて振り返る機会を設定して報告・連絡・相談の状況とともに、正確に遂行できる作業内容や必要な補完手段について整理をしていきました。

この結果、Ａさんは就労場面において想定できる失語の影響について理解を深めていき、自分の職務遂行力に見合った職務内容（簡易事務や清掃等）で就職活動を進めることとなりました。

（４）情報収集の留意点

Ｇ病院からＡさんの障害の特徴について複数の側面から具体的な内容を把握・収集することができたことから、Ａさんの就職支援プログラム利用における支援課題を明確化した計画を策定するとともに、プログラム場面での支援の視点や留意すべき点を整理することができました。

職業リハビリテーション機関が理解し活用しうる医療情報を得るためには、提供する支援内容を踏まえて把握・収集したい項目や具体的内容について明示することが重要になります。

事例１における「主治医の意見書」

様式第２号

職業センタープログラム受講申請者に係る主治医の意見書

ふりがな 氏　　名	Ａ　　　男・女（男に丸印）	昭和〇〇年　〇月　〇〇日生 （　　〇〇歳）

これまでの経過

1　発症及び受障年月日

2　傷病名

3　損傷部位

4　傷病の治療歴

省　略

5　リハビリテーションの経過

平成〇〇年〇〇月〇〇日発症した左被殻出血で〇〇病院に入院加療。平成〇〇年〇〇月〇〇日に右片麻痺、失語症、高次脳機能障害の機能回復の目的にて当院回復期リハビリテーション病棟に入院。移動、ADL はすぐ自立し、公共交通機関の利用も見守りにて可能となる。発話は錯語（注２）・喚語困難（注３）を認めるが、日常会話程度であれば意思疎通が可能となり、平成〇〇年〇月〇〇日に自宅退院した。復職を見据え、コミュニケーション能力、高次脳機能障害の改善の為、同年〇月〇〇日より週２回（1 回 40 分）、同年〇月〇〇日からは週１回で当院外来にて言語療法を継続している。復職への意欲は非常に高く、平成〇〇年〇〇月～平成〇〇年〇月まで前職に一時的に復職したが、協議の末、同年〇月末に退職となった。

言語機能については、当院入院当初より改善傾向を示している。当院回復期病棟入院時は重度超皮質性感覚失語（注４）を呈していたが、平成〇〇年〇月現在は失名詞失語（注５）を呈している。

理解面では、複雑な内容の理解が不確実。詳細は時折聞き誤りもあるが、自ら聞き返すことは十分ではない。表出面では、発語では喚語困難もあるが、自身で迂回反応（注６）などの手段を使い、相手側の推測などの援助も利用しながら複雑なやり取りも大まかに可能である。発話・書字ともに、短文～文章レベルは不確実で、詳細な説明が回りくどくなることもある。音韻面の課題も残存し、パソコンは入力誤りと時間がかかるため、今後の課題となる。

【用語説明】

注２：発話における、音または語の選択の誤り。（石合純夫：「高次脳機能障害学第２版」，医歯薬出版，2012，p24.）
注３：言いたい語が出てこない症状。（石合純夫：「高次脳機能障害学第２版」，医歯薬出版，2012，p24.）
注４：滑らかに喋り復唱も良いが、理解が不良な失語。（石合純夫：「高次脳機能障害学第２版」，医歯薬出版，2012，p31.）
注５：換語困難、呼称障害があり迂遠な言い回しを呈するが、流暢かつ構音の保たれた発話および良好な理解と復唱を特徴とする失語。（石合純夫：「高次脳機能障害学第２版」，医歯薬出版，2012，p42.）
注６：喚語困難に陥った際そのものの形態や性質などを述べて説明しようとする反応。（st-medica のホームページ「失語症を理解するための用語」）

障害状況

1　身体機能所見　（−）＝ 障害なし　～　（++）＝ 重度障害　として記載ください。

(1) 関節可動域　（ **−** 　±　＋　++　不明；　）
(2) 筋　　力　（ **−** 　±　＋　++　不明；　）
(3) 巧 緻 性　（ **−** 　±　＋　++　不明；　）
(4) 感　　覚　（ **−** 　±　＋　++　不明；　）
(5) そ の 他

2　神経心理学的所見（−）＝ 障害なし　～　（++）＝ 重度障害　として記載ください。

(1) 覚　　醒　（ **−** 　±　＋　++　不明；　）
(2) 注　　意　（ −　**±**　＋　++　不明；　）
(3) 知　　能　（ −　**±**　＋　++　不明；　言語性知能は失語症の影響有。　）
(4) 記　　憶　（ −　**±**　＋　++　不明；　）
(5) 言　　語　（ −　±　**＋**　++　不明；　）
(6) 計　　算　（ −　**±**　＋　++　不明；　）
(7) 行　　為　（ −　**±**　＋　++　不明；　）
(8) 認　　知　（ **−** 　±　＋　++　不明；　）
(9) そ の 他
感情面：難易度の高い課題に直面したときに、時に苛立つ様子がある。

3　障害に対する理解、認識の状況

言語障害については、病識は大まかに保たれている。言語機能的な課題については、自身で課題を見出し自主的に自主トレに導入し、非常に熱心に機能改善のために取り組まれている。一方、自身の能力の理解は十分とは言えず、代償手段を検討できるほどの詳細な自覚には至っていない。就職への焦りがあるためか、就労時に困難であった点を冷静には振り返れていない。

機能改善を図る取組みを継続する一方で、自身の障害理解を深め、苦手な場面への対処方法を獲得する必要がある。

「資格を活かした職業を選択したい」などの発言があり、現時点での能力を踏まえると難易度の高い職を希望しており、今後の職業選択の過程で葛藤が生じる可能性が高い。しかし、前職への復職・退職等、これまで就労を検討してきた経緯から、自己の病態・障害への認識が深まってきている為、今後も復職への活動を継続する中で、理解を更に深め、理解・対処をされていく可能性が十分にある。

4　ＡＤＬの状況

5　ＡＰＤＬの状況

6　総合所見

省　略

現在の状況

1　現在の治療の内容

2　現在の通院の状況（頻度等）

3　服薬の状況

(1)　服薬の内容（名称、薬効、処

(2)　服薬管理の状況

4　健康管理上の留意事項

(1)　その他既往症

(2)　現在の状況

①血圧　　　/　　　mmH

③てんかん発作　　　無

(3)　共同生活における留意点等

(4)　自己管理の状況

省　略

5　家族の支援体制等

(1)　本人の障害に対する家族の理解、認識の状況

妻の障害理解は良好で、本人にもサポーティブに関わっている。

(2)　家族の支援体制

妻は有職者のため休みが取りづらく中々実際的に動けない事が多い。本人の姉（○市在住）も有職者だが比較的休みの都合がつきやすく、見学等に付き添うなど協力が得られやすい。

6　プログラム受講及び職場復帰に関する病院の所見

本人の意欲もあり、プログラム受講は大きな問題は無い。失語症に対する配慮は必要と思われる。また職場復帰への希望が強く、現在の障害に適した職種を選定していただける事を希望する。

以上のとおり意見を述べる。

作成日　平成　○○年　○月　○日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター職業センター長　殿

医療機関名　Ｇ病院
所　在　地　○○県○○市○○　○丁目○番○号
電　　　話　○○○－○○○－○○○○

主治医氏名　㊞
（作成者の場合は不要）

作成者氏名　Ｈ　㊞

（職名　医師　）

※ 医療情報提供書又は治療リハビリテーションに関するサマリー等、詳細情報の提供が可能な場合は、添付してください。

事例　2

> 医療情報を別の医療機関からあらためて把握・収集した事例

（１）利用者の概要

Ｂさん（男性）

障害名：記憶障害、注意障害

受障年齢：23 才

プログラム受講前の日中活動：通院受診のみ

プログラム名：就職支援プログラム

Ｂさんは、就職後くも膜下出血により受障しました。一度復職しましたが職場から仕事ができていないことを指摘され退職し、再就職に向けて家族と相談を行い、地域センターを利用しました。

（２）情報収集の状況

地域センターでは、Ｂさんにとって就職支援プログラムを利用することが適切であるとの職業リハビリテーション計画についてＢさんの同意を得て、その準備を進めました。

プログラムの開始にあたり医療情報の把握・収集を目的にＢさんに「主治医の意見書」の提出を依頼しました。提出されたＢさんの当該意見書の内容を見ると、①障害の具体的状況については「未記載」、②身体・神経心理学的機能については「不明」が記載されているという状況でした。

このため、Ｂさんに当該意見書を作成したＩ病院に関する事情を確認したところ、「現在継続して通院受診しているのはＪ病院であるが、精神障害者保健福祉手帳取得のための診断書を作成したのがＩ病院であったことからＩ病院に依頼した」ことが判明しました。そこで、Ｂさんに意見書で把握・収集したい内容についてあらためて説明を行い、Ｊ病院に作成をしてもらうことの同意を得ることができました。

（３）情報収集の留意点

本事例は、職業リハビリテーションに活かす医療情報を得るためには医療機関にその項目や内容について理解してもらうことと同時に、対象となる本人に対しても同様に情報の取得目的や内容について十分理解してもらう重要性を改めて認識することとなった反省事例です。

十分な説明と同意は、職業リハビリテーションサービスを提供する全ての障害に共通の事項ですが、とりわけ高次脳機能障害についてはその障害特性上、理解の可否を含めて細心の配慮と周到な工夫を支援者としては怠ってはならないものであります。

２ 医療機関との情報共有

（１）情報共有における課題

職業リハビリテーションを実施していく上で、障害受容に関する支援の他にも傷病に伴うリスクを予防するための生活面での支援等、医療機関との連携が必要となります。そのため職業リハビリテーション開始の時点で医療機関と情報を共有することが必須です。情報を共有するための最も効果的な方法は、当然のことながら両機関の担当者が直接情報交換を行う場面を設定することになります。

しかしながら、職業センターの利用者 52 名のうち、医療機関が地域センターに支援を依頼した 22 名について見てみますと、初回相談時にソーシャルワーカーや作業療法士が同行して情報交換を行えたのは４名と２割を下回る状況となっています。

医療機関の担当者が勤務先以外の施設で活動することが中々難しい場合には、職業リハビリテーションの担当者が医療機関を訪問する方法を用いますが、日程調整に時間を要することがあります。

（２）情報共有を円滑に行うための取組み

職業センターのプログラムの期間中、医療機関と情報共有を行うために、連絡会議を設定し出席を依頼しています。医療機関側の当該会議への出席が困難な場合は、職業センターが出向く形をとりますが、こうした定型化した連携とともに普段からの地道な人間関係作りが大切になります。

このため障害者職業総合センターにおいて開催される研修に医療機関が参加する機会等を利用して、高次脳機能障害者に対する支援の内容や状況について情報交換をしています。

お互いの機関の支援内容や対応可能な範囲についての相互理解を図るためには、担当者と「顔の見えやすい」関係を構築することが円滑な情報共有の第一歩になります。

（３）事例紹介

ここでは医療機関と職業センターが様々な連携を行った事例から、情報共有の効果について考えます。

事例　1

医療機関と共有を図り協同しながら就職活動の支援を進めた事例

（１）利用者の概要

Ｃさん（男性）

障害名：失語症、注意障害

受障年齢：50 才

プログラム受講前の日中活動：通院受診、言語療法、在職
プログラム名：就職支援プログラム

Ｃさんは、就職後脳出血により受障し一度復職したものの職場でミスが多発したことが原因で退職しました。再就職を希望しているＣさんはＫ病院のＬソーシャルワーカーから地域センターを利用することを勧められ利用することとなりました。

（２）医療機関との連携状況

①ソーシャルワーカーとの情報共有

地域センターでは、Ｃさんの初回相談に同席したＬソーシャルワーカーから１週間毎に行っている言語療法の内容や経過の情報収集と、今後のＣさんに対する職業リハビリテーションの内容の説明を行い、言語療法と並行する職業リハビリテーションの相互の実施状況を共有することとしました。

具体的には、Ｌソーシャルワーカーに職業センターとの窓口になってもらい、プログラム実施中に両機関が情報共有する内容は、Ｃさんが言語療法のために定期通院する機会を利用して書面を中心にしたやり取りをすることとしました。

②医療機関を交えた連絡会議の開催

職業センターはプログラム実施中に、Ｃさんの失語症の状況に適した求人確保のためハローワークと打合せを行いましたが、求人状況は厳しくプログラム終了後就職活動が長期化することが考えられ、プログラム終了後もその効果を維持できるように日中活動の場を確保する必要がありました。また、Ｃさんから「就職後も言語療法を継続し失語症の回復に取り組みたい」との希望が出されたため、Ｋ病院との連絡会議が必要と判断し、Ｌソーシャルワーカーと調整を図り協議することになりました。

連絡会議にはＣさんとその家族、Ｌソーシャルワーカー、地域センター及び職業センターの担当者が出席しました。連絡会議では、職業センターから支援内容とその効果とプログラム終了後直ちに就職先が決定する可能性が低いことの説明を行い、それを受けた地域センターからはＣさんに対して就職活動や言語療法と並行して福祉機関等へ通所することの提案が、Ｌソーシャルワーカーからは言語療法を継続しながら通所できる施設の情報提供が行われました。

この連絡会議で検討した内容を基にＣさんはプログラム終了後、就労移行支援事業所を日中活動の拠点として利用しながら就職活動を行い、調理補助の仕事に就職しました。

（３）情報共有の効果

就職支援プログラムでは、プログラム終了後就職が決まるまでの期間が発生する場合があります。そうした期間中においてプログラムの効果を維持するためには、関係機関が途切れない支援を行うためのコーディネートが必要となります。

本事例は職業センター、地域センターとＬソーシャルワーカーとの情報共有関係が形成

されていたことにより、Ｃさんの就職活動期間における日中活動の確保のコーディネートにつながることになりました。

事例　2

行動と感情の障害について医療機関と共有して支援した事例

（１）利用者の概要
　Ｄさん（男性）
　障害名：注意障害、感情コントロール低下
　受障年齢：35 才
　プログラム受講前の日中活動：通院受診のみ
　プログラム名：職場復帰支援プログラム

　Ｄさんは、就職後てんかんによる発作を生じてから職務遂行上のミスや気分の変調を起こして休職と復職を繰り返していました。当初はうつ病の診断を受けましたが、その後医療機関を数か所利用する中で、Ｍ病院から注意障害と感情コントロール低下との診断を受けました。

　Ｄさんは職場復帰に向け地域センターによって策定された職業リハビリテーション計画に沿って職業センターの職場復帰支援プログラムを受講することとなりました。

（２）医療機関との連携
　プログラム開始にあたりＭ病院から提供を受けた主治医の意見書から、「情動は不安定だが適切な洞察ができている」ことを把握しました。

　プログラム受講中のある日、Ｄさんから「通所途上の電車内でマナーを守らない乗客を目にした際に、怒りの抑制ができずその乗客を怒鳴ってしまった」との相談を受けました。Ｄさんは「今後も通所途上で怒りを喚起し車内トラブルを起こすのではないか」という不安を感じていました。

　これについてプログラムでは怒りが喚起された状況や捉え方を振り返ってもらい、その上で怒りのメカニズムについて説明するとともに、一度その場を離れクールダウンを図るほか呼吸法等の対処について共に検討を行い実践することとしましたが、中々その効果は見られませんでした。

　そこで、職業センターはＤさんがＭ病院に通院する際に同行し、主治医のＮ医師にプログラム期間中確認された状況を伝え、感情コントロールができるための対応方法について話し合いをしました。Ｎ医師からは、「これまでの治療経過の状況から感情をコントロールすること自体が難しく服薬と環境調整が主体となる」との情報が持たらされ、この課題についてはＭ病院の服薬治療と職業センターでのＤさんが安心して相談できる環境調整に

関する支援とを合わせて実施する結論に至りました。

（３）情報共有の効果

本事例はプログラム開始当初に把握した医療情報に基づいて支援を実施したものの効果が見られなかった課題について、プログラム利用中に把握された具体的な状況を医療機関と共有することによって新たな支援方法を見い出すことができた事例です。

継続的に医療機関と具体的な情報を共有することが支援における相互の役割を明確にし、支援の幅を広げることになります。

事例 3

食事管理の課題を主治医と共有して対応を図った事例

（１）利用者の概要

Ｅさん（男性）

障害名：記憶障害、注意障害、遂行機能障害

受障年齢：37 才

プログラム受講前の日中活動：通院受診、作業療法、理学療法
就労継続支援Ｂ型事業所通所

プログラム名：職場復帰支援プログラム

Ｅさんは、就職後くも膜下出血により受障し、記憶障害、注意障害、遂行機能障害と併せて拡張型心筋症（注７）と糖尿病（注８）の診断を受けました。

職場復帰に向け、通所していた就労継続支援Ｂ型事業所の紹介を受けて、Ｅさんは地域センターを利用し職業センターの職場復帰支援プログラムを受講することとなりました。

注７：心室が拡大して体に必要な量の血液を送り出すことができなくなり、その結果、心不全を起こす心筋障害群です。よくみられる最初の症状は、運動時の息切れと疲れやすさです。一般的な治療法は、ストレスを避け、塩分を控えた食事を摂り、休息をとることです。（メルクマニュアル医学百科家庭版ホームページ）

注８：体が必要とするインスリンを十分に産生しないため、血糖（ブドウ糖）値が異常に高くなる病気です。高血糖が長時間続くと、血液の循環不良によって心臓、脳、脚、眼、腎臓、神経、皮膚に障害が現れ、狭心症、心不全、脳卒中、歩行時の脚のけいれん、視力低下、腎不全、神経の損傷、皮膚の損傷などが起こります。（メルクマニュアル医学百科家庭版ホームページ）

生活習慣病の一つである糖尿病は脳血管障害との関連が考えられるため、食事の管理が必要となります。

（２）医療機関との連携

Ｅさんは生活習慣病の悪化を防ぐために塩分の摂取に注意しながら食事することについてＯ病院循環器内科のＰ医師から指導を受けていましたが、プログラム受講のために利用している宿泊棟での食事場面では、濃い味を好み満足するまで食べる習慣があることを把握しました。

Ｅさんと相談し、Ｐ医師からどのような助言をもらったか尋ねたところ、記憶が曖昧な回答であったため、今まで指導を受けてきてはいるものの、記憶障害の影響により適切に把握できていない状況が窺えました。そのためＥさんがプログラムを受講していることを把握している脳外科の主治医Ｑ医師とプログラムで把握された医療上の課題を共有し必要な対策を協議する必要があると考えました。

そこで、ＥさんにＱ医師と相談することを勧め、ＥさんがＱ医師に状況を確実に伝えるための補足資料としてプログラム期間中の食生活の状況や、一日に摂取すべきカロリーや塩分の目安、その他食事面で留意すべき点などＯ病院から確認したい内容について書面にまとめＥさんに相談時に持参するように手渡しました。

このことによってＱ医師はＥさんの食事管理の留意点をＰ医師から確認し、自らＥさんに助言を行い、その助言を基に職業センターでは宿泊棟で提供する食事の内容と量を検討し、定期的な体重計測や個別相談によりＥさんが適切に食事を摂っているのかを確認しました。その結果、Ｅさん自ら食事量や塩分量を控える様子が見られるようになりました。

また、Ｅさんが自宅に戻ってから食事管理を確実に行うために、Ｑ医師を通しＯ病院に食事に関する個別指導を依頼しました。

プログラム終了後、Ｅさんは復職までの期間、就労継続支援Ｂ型事業所を利用しました。職業センターは食事管理についてＱ医師から受けた助言内容を就労継続支援Ｂ型事業所に引き継ぎ、Ｅさんの食事管理意識の維持・強化を図りました。

（３）情報共有の効果

Ｑ医師が生活習慣病に関する状況を把握することにより、Ｅさんの就労に向けた課題を共有することができました。本事例においては、高次脳機能障害の主治医が食事管理の指導を担ったことにより、今まで行動に移すことができなかったＥさんへの意識付けが促進される効果が見られました。

３　障害受容に関する支援

（１）プログラムにおける障害受容の状況

職業センターにおいて各プログラムを実施する際に、利用者の「障害受容」はしばしば支援上の大きなテーマとなります。

各プログラムでは、利用者の障害状況を基点にして職場復帰や就職に向けての課題を明確にし、目標を設定して支援の実施に至ります。この基点となる部分についての正確な理解が利用者が取り組む目標の意識化の前提となりますし、ひいては支援の効果をもたらすことにつながります。

しかしながら、実態としては第１章２（７）で前述していますように、利用者の半数以上が各プログラム受講開始時において、主治医から障害受容について何がしかの課題があることを指摘されています。障害受容の課題の有無に、年齢、受障原因、障害者手帳取得状況、作業療法等の状況、プログラム利用前の状況の関連性は見られず、極めて個別性の高いデリケートな側面を含む難しい問題です。

また、職場復帰支援プログラム利用者の障害受容と復職状況を見ると、障害受容に課題のある方の復職率は 15 名中 14 名の 93.3%、課題のない方の復職率は 16 名中 12 名の 75.0%と、課題のある方が 20 ポイント弱高い状況となっていますし、課題があると指摘を受けた方の６割強が課題を残したまま復職しています。こうした点を考えますと障害受容は医学リハビリテーション、職業リハビリテーション、その後の職業生活を継続していく中で、引き続き取り組むべき事項とも言えます。

（２）障害受容の課題と支援方法

ここでは、医学リハビリテーションに連続して、あるいは並行して取り組むことになる職業リハビリテーションにおける「障害受容の課題」について、４つのタイプに分けて、タイプ別の支援の考え方を整理しました。

但し、これらは職業センターの「職場復帰支援プログラム」「就職支援プログラム」を実施する中での経験則であることを予め伝えておきます。

１）障害への気づきが少ない

自分の障害にほとんど気づいていない様子であったり、周囲から指摘を受けて言葉の上では理解していても実感が伴わず、あまり深刻に捉えない様子が見られる方がいます。このような方の場合、受障前と同じ職種や条件で働くことを希望し、メモリーノートなどの補完手段を活用することに消極的であり、周囲の提案や助言を中々受け入れられないことがあります。

受障後職業リハビリテーションに取り組むまでは、社会との接点の少ない生活をしている方は少なくありません。家庭内の生活では支障ない程度の障害であれば、実感を持ちにくいのは無理もないことなのかも知れません。このような場合には、模擬的な就労場面での作業体験や職場実習等の経験を経ることで自分自身の状況について気づき、理解を深めることが期待できます。

一方、自分の状態に気づけないこと自体が障害という捉え方が必要な場合があります。高次脳機能障害の一つとして「病態失認」と呼ばれる症状です。これは、狭義には片麻痺や視覚障害、聴覚障害を受障しても、そのことに自分で気づかなかったり、頓着しないで行動する症状を指しますが、広義には記憶障害や一部の失語症の方で障害の認識が乏しいことを指します。このような場合には、本人が自分の障害についてあまり実感を持てないことを前提として支援を組み立てることが、時に必要であると考えます。

２）気づきはあるが、気持の面で受け入れにくい

障害について何らかの気づきがあるが、それを認めることへの葛藤の強さが窺える方がいます。相談場面などで障害の話題になるとイライラした様子を見せ、話を切り上げようとするような場合です。障害を直視することは、これまでの人生の中で積み上げてきた自己像や自信を揺らがせ、強い不安を抱えているものと想像されます。

このような状況にある方に性急に障害を突きつけ強引に認めさせようとすることは、本人の気持のバランスを乱し、支援者との関係を崩すリスクとなりますので、本人が障害に向き合っていくペースを尊重することが大切であると考えます。また、本人のできることや得意なことに積極的に注目して話題にしたり、補完手段を提案し「こうすればできる」ことを実感してもらうなど、本人の自信や自己肯定感に着目した支援が有効であると考えられます。

３）機能回復への期待が強い

職業リハビリテーションでは、対象となる方が今持っている力を活かして働くことができるように職務とのマッチングや環境調整について支援したり、障害を補う様々な方法について提案を行いますが、こうしたことより失った機能を少しでも取り戻すことに本人の関心が強く向いている場合があります。医療機関において「これ以上の回復は望めない」との説明を受けていても、回復への希望を持つことが気持ちの支えとなっている場合がありますので、不用意に希望を失わせるような対応をすることは、本人の意欲の低下などのリスクになると考えられます。回復への希望を持ち努力を続けながらも、同時に今持っている力を活かして職業リハビリテーションに取り組んでいけるように、バランスをとることを支援する視点が大切であると考えます。

4）気分が不安定である

強い喪失感を感じ、気分の落ちこみが目立ったり、周囲への苛立ちや怒りの表出が目立つ方がいます。予期しない受障により様々なことが思い通りに行かず、人生計画の大きな変更を余儀なくされていることを考えると、強い悲しみや怒りといった感情が湧くのは自然なことであると考えます。そうした気持ちを受け止めながら支援していくことが大切ですが、感情の不安定さがあまりにも大きく、職業リハビリテーションに全く取り組めないような場合、また、特に自傷や他害が見られるような場合は、医療機関での専門的なケアにつなげる必要があると考えられます。

本人の気持ちが不安定な場合は、家族など周囲の負担感も大きくなりがちです。関係機関と連携しながら、家族などへの支援を行うことが大切であると考えます。

以上、障害の「理解」や「受容」の問題と言われる状況を便宜的に 4 つのタイプに分けて検討しましたが、実際にはそれぞれのタイプが重なりあい、複雑で個別性が高いものであると考えられます。そのため、これらの課題に対する支援については一律にノウハウ化

できるものではなく、一人ひとりについて個別的に検討する姿勢が重要であると考えます。

これらの様々な課題のタイプに対する支援方法を整理しますと、次の点がポイントとして挙げられます。

① 本人が自分自身の障害状況を客観的に見ることができる場面を設定すること。
② 本人が有用感を実感できる補完手段を検討すること。
③ 本人の現在の障害に対する捉え方や思いを尊重しながら取り組むこと。

（３）事例紹介

ここでは、医療機関に障害受容に関する支援を依頼した事例から、障害受容のための方法について考えます。

事例

医学リハビリテーションにおける障害の気づきの取組みが職業リハビリテーションにつながった事例

（１）利用者の概要

Ｆさん（男性）
障害名：記憶障害、注意障害、右上下肢機能障害
受障年齢：47 才
プログラム受講前の日中活動：通院受診、作業療法、理学療法
プログラム名：職場復帰支援プログラム

Ｆさんは、就職後脳内出血により受傷し、記憶障害と注意障害のほか右上下肢麻痺による機能障害（身体障害者手帳２級）の診断を受けました。

右上下肢機能の医学リハビリテーションを受けながら在宅生活を送っていましたが、復職に向けＲ病院の紹介で地域センターを利用しました。

（２）医療機関との連携

地域センターでは初回相談時に、Ｆさんの発言から右上下肢機能の回復を図ることに強い関心を持っている一方で、高次脳機能障害に対しては、家庭生活の範囲では困り感がないため補完手段に対する必要性を実感できず、高次脳機能障害による職業上の課題の改善を目的とする職業リハビリテーションに対しては主体的な姿勢が見られませんでした。

このように職業リハビリテーションの目的とＦさんのニーズが異なっている状態では支援の効果が期待できないと判断し、地域センターからＲ病院に、右上下肢機能の医学リハ

ビリテーションと並行して補完手段に対する有用感を強化するための支援を職業リハビリテーション実施前に行ってもらうように依頼しました。

これを受けて、Ｒ病院はＦさんにメモ取りの取組みを勧めたところ、記憶障害や注意障害に対する問題意識が備わるまでには至りませんでしたが、医療担当者の助言を素直に受け入れ意欲的に取り組むなど変化が確認されたため、地域センターはあらためてＲ病院からの依頼を受け職業リハビリテーションを開始することとしました。

地域センターは職業相談、職業評価の結果、Ｆさんは引き続き職業生活上の課題を整理しながら補完手段を習得する必要があると判断し、職業センターの職場復帰支援プログラムに移行しました。

（３）障害受容のための方法

障害についての気づきが不足し職業リハビリテーションへの動機づけが不十分な場合、効果的な支援に繋がりにくく、障害への気づきがある場合に比べて就労までのリハビリテーションの期間が長期化すると言われています[1)]。

職業リハビリテーションの前段階で、治療から医学リハビリテーションの過程において長期間にわたり信頼関係が醸成されていたＲ病院が、障害受容に関する支援を行ったことでＦさんの態度の変容に繋がり、職業リハビリテーションに対する動機づけの向上の一助になったと考えられます。

＜参考文献＞

１．廣實真弓・平林直次（編著）「Q&A でひも解く高次脳機能障害」，医歯薬出版，2013，p74.

第３章　医療機関との連携における留意点

職業リハビリテーションにおける医療機関との連携の重要性は、①対象となる高次脳機能障害者の傷病や障害の状況について、通院診療や作業療法等の医学リハビリテーションを通じた多くの時間経過の中で係わる医療機関が精緻な情報を有していること、②高次脳機能障害者の多くが通院診療や作業療法等の医学リハビリテーションと連続あるいは並行して職業リハビリテーションを利用することを根拠としています。

このようなポジションにある医療機関に対して、職業リハビリテーション機関がいかにどのような連携を図るのかが、高次脳機能障害者にとっての就職や復職を可能とするポイントになると考えています。

そのためのキーワードとなるのは「積極」と「連続」です。

繰り返しますが、職業リハビリテーションの対象となる高次脳機能障害者の傷病の発生から日常生活につなげてきた医療機関での成果を、有効に活かすことが職業リハビリテーションの課題となります。そのためには収集された医療情報を有益に活用することに視点をおきたいところです。

職業センターでは、前述したようにプログラム利用にあたって「主治医の意見書」によって医療機関が有している情報を、職業リハビリテーションに有効に活用するための把握・収集を行っています。これによって多様な情報を得られることは可能となりますが、実際のプログラム利用の中で新たに発生した課題について、職業センターが対処することを最優先することなく、利用者に係る様々な視点での情報や見方を知って活かすことが大切と考えます。

こうした他分野への関わりは、とかくハードルの高さを感じることもありますが、誰のために何をするのかを心に置き、自らの立場を超える「わからないこと」「解決のつかないこと」「ヒントを得たいこと」が出現した際には、速時に医療機関に連絡、情報共有を図ることが大切になります。「医療機関と職業リハビリテーション機関とでの状態像の捉え方に違いがある」ことを疑問視するだけではなく、その違いを埋めるための医療機関への積極的関わりを職業リハビリテーションの担当者に期待するところです。

また、高次脳機能障害者の職業リハビリテーションにおいて「日常生活レベルでの課題が多く残されている利用者の増加」という課題は存在しているのでしょうが、職業リハビリテーションが医学リハビリテーションに連続あるいは並行して行われるという現実があります。

職業センターではこうした現状を直視して、医学リハビリテーションと職業リハビリテーションの接点となる支援を、何か取り組むことができないかの検討を行いました。生活リズムの維持や健康管理、障害受容など医学リハビリテーションの段階で改善しきれていない課題について、職業リハビリテーション側からも対応していくことが、結果的に高次脳機能障害者の職業リハビリテーションの効果をもたらすことにつながると判断しました。

その結果、平成 24 年度から 3 年間をかけ「職場復帰支援プログラム」「就職支援プログラム」への円滑な移行を図るための「職業リハビリテーション導入プログラム」を開発しています。当該プログラムの詳細については、平成 27 年 3 月に発行した実践報告書 No.28「高次脳機能障害者のための『職業リハビリテーション導入プログラム』の試行実施状況について～ 3 年間の取組をとおして～」に記載していますが、医学リハビリテーションと職業リハビリテーションの間を埋める接点となるプログラムとして成立しています。

職業リハビリテーション機関が切れ目のない支援を提供するためには、従前の支援内容にとらわれて状況を判断することより、必要性を意識した発想によって支援の幅を広げていくことが求められていると考えられます。

参考資料

1　高次脳機能障害における症状

職業リハビリテーション場面で確認される頻度の高い症状について、一般的な定義や特徴等基本的事項を簡潔に述べます。

（１）注意障害

- 注意障害には、①注意を向けるべき対象に適切に注意が向けられない、②適切な対象に注意を向けられても長時間維持できない、③複数の対象に同時に注意を払う、状況に応じて注意の対象を切り替えるなどの注意のコントロールが上手くいかない、といったように様々な現れ方があります。
- 注意は疲労との関連が大きいものと考えられます。誰でも疲れている時は集中力が続きにくくケアレスミスが出やすくなりますが、高次脳機能障害者は特に脳が疲労しやすいと言われています。適切な休憩によって疲労をコントロールすることは、注意力やその他の高次脳機能が発揮されるために重要です。
- 注意を、「全般性注意」と「方向性注意」に分けることがあります。「方向性注意の障害」は、（２）半側空間無視とほぼ同じ意味です。

〈参考文献〉

1. 坂爪一幸：注意障害．本多哲三（編）:「高次脳機能障害のリハビリテーション　実践的アプローチ　第２版」，医学書院，2010，pp41-68.
2. 鎌倉矩子・本多留美：注意の障害．鎌倉矩子・山根寛・二木淑子（編）:「高次脳機能障害の作業療法」，三輪書店，2010，pp41-62.

（２）　半側空間無視

- 半側空間無視は、事物や空間の左右どちらかに注意が向きにくくなる症状です。多くの場合は左側に対する無視であり、右側に対する無視は比較的まれで、あっても軽度であることが多いようです。
- 「半側」と名称がついていますが、無視される空間は半分とは限りません。また、遠くの景色と手元の空間とでは、無視の程度に違いがある方もいるとされています。
- 視野障害と合併することもあります。ただし、半側空間無視を伴わない視野障害の場合は、自分にとって見えにくい部分があることを意識し目や頭を動かして視野全体を見ようとしますが、半側空間無視がある場合は「自分からは見ようとしない」または「見えているはずなのに気づかない」ことが特徴です。
- 「左側を見落としやすいので気を付けています」と自ら話すことができても、実際の

行動では見落としが多く生じる場合があります。半側空間無視について、本人が自覚を持つことは重要ですが、本人の意識や努力だけで解決することには限界があると考えられます。

- 半側空間無視の症状がある方は、全般的な注意障害を併せ持つことが多いと言われています。
- 半側空間無視にはいくつかのタイプがあることが知られています。①自分の身体を起点として片方の空間に注意が向きにくいタイプ、②対象物の片方の部分に注意が向きにくいタイプ等があるとされており、これらが混在することがあります。

〈参考文献〉

1. 石合純夫：「失われた空間〈神経心理学コレクション〉」，医学書院，2009.
2. 鎌倉矩子・本多留美：半側無視（一側性無視）．鎌倉矩子・山根寛・二木淑子（編）：「高次脳機能障害の作業療法」，三輪書店，2010，pp145-200.
3. 障害者職業総合センター職業センター：「実践報告書№.9　高次脳機能障害者に対する職場復帰支援～職場復帰支援プログラムにおける 2 年間の実践から～」，障害者職業総合センター職業センター，2001.

（３）記憶障害

- 他の高次脳機能障害が目立たず、記憶する力が低下する症状を特に「健忘症」と言うことがあります。健忘症は、「逆向性健忘」と「前向性健忘」に分類できます。「逆向性健忘」は受障（発病、事故など）以前の事柄を思い出せない症状で、「前向性健忘」は受障した時点から後の新しい事柄を憶えにくい症状です。職業リハビリテーションの場面で多く問題となりやすいのは「前向性健忘」です。
- 「忘れる」というエピソードがあった場合、必ずしも記憶を保持する力の低下ではなく、注意力や失語症による言語理解の問題等情報の入力段階でのつまづきに原因がある場合があります。結果は同じ「忘れる」であっても、どこにつまづきがあるかにより必要な対処法は異なるため、これらを区別して捉えることが必要です。
- 記憶障害がある方の一部には、本人自身が正しい内容だと思って事実と異なる話をすることがあります。これを「作話」と言います。
- 記憶障害のある方の中には、自分の記憶障害を強く自覚する方と、周囲から繰り返し指摘を受けてもなかなか実感を持つことができない方がいます。この違いを生む背景には様々な要素があると考えられますが、記憶障害の原因となった脳の損傷部位の違いもその一つであるようです。
- 記憶障害の程度が重い方であっても、強い感情を伴う出来事は記憶に残りやすい傾向があります。

〈参考文献〉
1. 障害者職業総合センター：「M-メモリーノート支援マニュアル―理論から集中訓練、般化支援まで―」，エスコアール，2006.
2. 中川良尚：記憶障害症例の長期経過. 認知リハビリテーション Vol.16,2011,pp35-44.
3. 鎌倉矩子・本多留美：記憶の障害．鎌倉矩子・山根寛・二木淑子（編）：「高次脳機能障害の作業療法」，三輪書店，2010，pp63-116.

（４）失語症

- 失語症は、会話や読み書き、計算等、言語を使う行為全般に障害が現れます。症状の具体的な現れ方や程度は様々です。
- 症状の特徴の違いにより様々なタイプに分類されます（「ブローカ失語」「ウェルニッケ失語」等）。ただし、同じ「○○失語」と分類されていても症状の特徴には個別的な違いがあるため、タイプに捉われ過ぎず一人ひとりの状況について会話場面や作業場面での観察を十分に行い、また、医療機関や家族からの情報収集を行った上で職業リハビリテーションを進めることが重要です。
- 失語症のある方は、右上下肢の麻痺を伴うことがしばしばあります。右利きの方が受障し麻痺の程度が重い場合、左手で日常生活動作を行う練習を医学リハビリテーションで行います。
- 失語症のある方には、伝えたいことを上手く言えない場合の対応として、絵やジェスチャーで伝える方がいますが、（５）失行や（６）構成障害を伴っている場合は難しいことがあります。

〈参考文献〉
1. 障害者職業総合センター職業センター：「実践報告書№25　高次脳機能障害者に対する職場復帰支援～失語症のある高次脳機能障害者への支援～」，障害者職業総合センター職業センター，2012.
2. 言語障害者の社会生活を支援するパートナーの会 和音：「失語症の人と話そう―失語症の理解と豊かなコミュニケーションのために」，中央法規，2008.

（５）失行

- 慣れているはずの動作や行為が、麻痺などの運動の障害ではないのにスムーズにできなくなることを失行と言います。「観念運動（性）失行」「観念（性）失行」等に分類されますが、用語は研究者によって少しずつ指す範囲が異なるようです。

- 同じ動作であっても、その時々でできたりできなかったりといったことが見られます。何気なく行う場合にはできても、その動作を強く意識すると却って難しくなる傾向があります。
- 適切な方法で繰り返し練習をすることで、ある程度の効果が見られるとされていますが、使用する道具や環境が変わると応用が利きにくいようです。

〈参考文献〉

1. 坂爪一幸：失行症．本多哲三（編）:「高次脳機能障害のリハビリテーション　実践的アプローチ　第２版」，医学書院，2010，pp131-143.

（６）構成障害、着衣障害

- 絵や図を描いたり物を組み立てることが難しくなる症状を構成障害と言います。構成障害の影響が書字に現れ、字の形が崩れたり字が書けないことを「構成失書」と言います。
- 服を着替えることに特に難しさが見られる症状を着衣障害と言います。
- 構成障害や着衣障害はいずれも、（２）半側空間無視、（８）空間認知の障害、（９）遂行機能障害等の高次脳機能障害の結果として生じる障害とされています。

〈参考文献〉

1. 平林一・野川貴史・坂口辰伸：構成・着衣の失行．鹿島晴雄・大東祥孝・種村純（編）:「よくわかる失語症セラピーと認知リハビリテーション」，永井書店，2008，pp445-452.
2. 鈴木匡子：「視覚性認知の神経心理学（神経心理学コレクション）」，医学書院，2010.

（７）失認（視覚失認、聴覚失認）

- 通常の視力検査で測定される視力が保たれているにも関わらず、見たものが何であるかが認識しにくい症状を視覚（性）失認と言います。見える物の全てではなく、人の顔や風景、文字といった、特定の種類の対象が認識しにくい症状も知られています（相貌失認、街並失認、純粋失読）。
- 通常の聴力検査で測定される聴力が保たれているにも関わらず、聞こえた音が何の音かが認識しにくい症状を聴覚（性）失認と言います。聞こえる音の全てではなく、言語音や環境音といった特定の音が認識しにくい症状も知られています（純粋語聾、環境音失認）。
- いずれの症状であっても、他の感覚を通すことで対象が認識できることが特徴です。

例えば、視覚失認の方は、目で見てそれが何であるか解らなくても、手で触ったり音を聞けばすぐにわかります。

〈参考文献〉

1. 早川裕子・鈴木匡子：失認のアセスメント，リハビリテーション．武田克彦・長岡正範（編著）:「高次脳機能障害　その評価とリハビリテーション」，中外医学社，2012，pp84-112.
2. 鈴木匡子 :「視覚性認知の神経心理学（神経心理学コレクション）」，医学書院，2010.

（８）空間認知の障害、視覚性注意の障害

- 空間の中での物と物（場所と場所）、あるいは自分と物（場所）との位置関係や距離感を把握しにくくなる症状を「空間認知の障害」「空間失認」などと言います。生活場面や職業リハビリテーションの場面の中で様々な形で現れます。
- 一つ一つの対象物を見て理解することはできても、複数の対象物に同時に注意を向けることが難しい症状があることが知られており、「同時失認」と呼ばれ、視覚性注意の障害であるとされています。
- （２）半側空間無視は空間認知の障害あるいは視覚性注意の障害の一つと位置づけられます。また、（６）構成障害や着衣障害についても空間認知と関係の深い症状と考えられます。

〈参考文献〉

1. 鈴木匡子 :「視覚性認知の神経心理学（神経心理学コレクション）」，医学書院，2010.
2. 鎌倉矩子・本多留美 : 空間関係の認知と操作の障害. 鎌倉矩子・山根寛・二木淑子（編）:「高次脳機能障害の作業療法」，三輪書店，2010，pp243-270.
3. 宮森孝史：空間認知の障害．鹿島晴雄・種村純（編）:「よくわかる失語症と高次脳機能障害」，永井書店，2003，pp261-271.

（９）遂行機能障害

- ほぼ同じ意味で「実行機能障害」と言うこともあります。また、近い内容を指す言葉に「前頭葉機能障害」がありますが、遂行機能障害は必ずしも前頭葉の損傷だけを反映した症状ではないとされています。
- 遂行機能障害に含まれる概念は研究者によって多少の幅がありますが、大まかには、「現実的な目標を設定し、目標を達成するための手順を考え、考えたとおりに行動し、目標通りにできたか（できそうか）どうか判断し、上手くいかない場合は臨機応変に

手順を変更する」といった一連の流れにつまづきがあることを指します。「問題解決能力」の障害と表現されることがあります。

- 遂行機能は注意や記憶などの他の高次脳機能の上に成り立つものであるとされています。
- 入院生活などのパターン化された生活場面では目立ちにくく、地域生活や職業場面において困難が明らかになる場合があります。

〈参考文献〉

1. 永井知代子・廣實真弓：「遂行機能障害」に関するよくある質問．廣實真弓・平林直次（編著）:「Q&A でひも解く高次脳機能障害」，医歯薬出版，2013，pp49-62.
2. 鎌倉矩子・本多留美：遂行機能の障害．鎌倉矩子・山根寛・二木淑子（編）:「高次脳機能障害の作業療法」，三輪書店，2010，pp359-406.

（10）社会的行動障害、行動と感情の障害、性格変化

- 「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」等の症状があるとされています。これらの症状は脳損傷の直接の結果としても起こりますが、高次脳機能障害や身体障害による生活の思い通りのいかなさや喪失感、今後の生活への不安や焦り等のストレス、若年で受障した方では社会経験の不足等、様々な要因が複雑に絡み合った状態で現れます。
- 一見、「やる気がなくなった」と見えても遂行機能障害により「どうして良いかわからない」状態であったり、イライラしやすい背景に疲労のしやすさや先の見通しの持ちにくさがあったりと、様々な症状が複雑に関係しあっている場合があるので、周囲の状況も含めた注意深い観察と分析が望まれます。
- 外傷性脳損傷で注目されることが多いですが、脳血管障害など外傷以外の脳損傷でも見られます。
- 性格の変化は、元々真面目で几帳面な性格の方が頑固になるなど、受障前からの個性が強調されたり極端になることが多いと言われています。また、短気な方が穏やかになるなど、どちらかと言えば適応的な変化が見られる場合もあります。

〈参考文献〉

1. 平林直次・梁瀬まや・白戸あゆみ・岡﨑光俊・廣實真弓：「社会的行動障害」に関するよくある質問．廣實真弓・平林直次（編著）:「Q&A でひも解く高次脳機能障害」，医歯薬出版，2013，pp63-79.
2. 坂爪一幸：心理療法・行動療法．鹿島晴雄・大東祥孝・種村純（編）:「よくわかる失語症セラピーと認知リハビリテーション」，永井書店，2008，pp124-135.

２ 神経心理学的検査

神経心理学的検査とは、知能検査に代表される、その他記憶、注意、遂行機能等を把握するための標準・市販化された検査のことです。

医療機関から提供された検査結果を読み取って支援に活かすことを想定し、医療機関が高次脳機能障害を診断するための根拠として用いることが多い検査を記載しています。

表　神経心理学的検査

測定する能力	検査名	検査の特徴等
知的機能	改訂長谷川式簡易知能評価スケール（Hasegawa dementia rating scale-revised：HDS-R）	知能のスクリーニングテストとして用いられ、認知症などの認知障害の疑いを評価します[1)]。受傷早期（急性期）の状態を理解する上で役立ちます[2)]。
	ウェクスラー成人知能検査（Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition）	成人用の知能検査です。 言語性として「単語」「類似」「算数」「数唱」「知識」「理解」「語音整列」の７つの下位検査が、動作性として「絵画完成」「符号」「積木模様」「行列推理」「絵画配列」「記号探し」「組み合わせ」の７つの下位検査があります[2) 3)]。 言語性 IQ（verbal intelligence quotient：VIQ）、動作性 IQ（performance intelligence quotient：PIQ）、全検査 IQ（full scale intelligence quotient：FIQ）の３つの IQ に加え、「言語理解（verbal comprehension：VC）」「知覚統合（perceptual organization：PO）」「作動記憶（working memory：WM）」「処理速度（processing speed：PS）」の４つの群指数が測定でき、より多面的な把握や解釈が可能です[1)]。
	コース立方体組み合わせテスト（Kohs block design test）	非言語性の知能検査です[2)]。 呈示された図柄見本と同じ模様の積木を並べて作る検査[3)]で、精神年齢や知能指数が算出できます。脳損傷後遺症としての視空間認知障害、構成障害などの検出にも有用です[1)]。
	レーヴン色彩マトリックス検査（Raven's colored progressive matrices）	言語を介さずに答えられ、推理能力（知的能力）を測定できる検査です[1)]。検査では図案の欠如部に合致するものを６つの選択図案の中から１つだけ選ばせます。 失語症および認知症の検査として利用されています[1)]。

記憶	三宅式記銘力検査	「煙草－マッチ」などの有関係対語と、「少年－畳」等の無関係対語を繰り返し聞きながら記憶する検査です[1]。 有関係対語と無関係対語の直後再生と遅延再生を評価し、言語の聴覚的な記銘・想起の能力を検出します[3]。 なお、記憶障害のある方は特に無関係対語の学習が著しく低下します[1]。
	ウェクスラー記憶検査 （Wechsler memory scale-revised：WMS-R）	記憶の様々な側面を包括的に調べることができます。 言語を使った問題と図形を使った問題で構成され、13種類の下位検査からなっています。「一般的記憶」と「注意/集中力」の２つの主要な指標及び「一般的記憶」を細分化した「言語性記憶」と「視覚性記憶」、「遅延再生」の指標を得ることができます[1]。
	日本版リバーミード行動記憶検査 （Rivermead behavioral memory test：RBMT）	日常生活に即した記憶を調べることを目的とし[4]、人名、日用物品、相貌、道順、予定等日常記憶や約束事に関する記憶を評価します[1]。 なお、「今後何をするのか」といった将来に向けた展望記憶を調べることができる唯一の検査です[4]。
注意	標準注意検査法 （Clinical Assessment for Attention：CAT）	総合的に注意機能（焦点化、維持、選択、分配、変換等）をみる唯一の検査です[3]。 ①スパン、②抹消・検出課題、③SDMT、④記憶更新検査、⑤Paced Auditory Serial Addition Test（PASAT）、⑥上中下検査、⑦Continuous Performance Test（CPT）の７つの下位項目からなり、下位項目単独の実施も可能です[4]。
遂行機能	ウィスコンシンカード分類テスト （Wisconsin card sorting test：WCST）	前頭葉機能を評価する検査です。推察力、概念の転換機能を評価します[3]。 検査では、赤、緑、黄、青の１～４個の三角形、星型、十字形、円が印刷されたカードを「色」「形」「数」のいずれかの属性によって分類します[2]。達成されたカテゴリー数や総エラー数、保続によるエラー数等、量的・質的な面から評価します[1][2]。

	遂行機能障害症候群の行動評価 （Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome：BADS）	実際の日常生活で問題となる遂行機能障害を検出することを目的とした検査です。 ①規則変換カード検査、②行為計画検査、③鍵探し検査、④時間判断検査、⑤動物園地図検査、⑥修正６要素検査の６つの下位検査からなっています[1）4）]。 検査を通じて、目標の設定、行動のプランニングとその実行や効率性を評価します[3）]。
失語症	標準失語症検査 （Standard language test of aphasia：SLTA）	失語症の症状を詳細に把握し、重症度判定、継時的変化の測定やリハビリテーション計画立案の指針を得る目的で作成された総合的失語症検査です[2）]。 26種類の下位検査で構成されており、言語の基本的要素、「聴く」「話す」「読む」「書く」「計算」について評価します[1）]。
	WAB失語症検査 （Western aphasia battery：WAB）	検査得点から全失語、ブローカ失語、ウェルニッケ失語、健忘失語に分類することができます[1）3）]。 自発語、話し言葉の理解、復唱、呼称、読み、書字、行為､構成の８つの主項目の下に38の検査項目があります。 失語以外に、失行、失認に関する項目が含まれていることが特徴です。得点の合計により失語指数及び大脳皮質指数が算出され、全般的な重症度が示されます[1）]。
失行症	標準高次動作性検査 （Standard Performance Test for Apraxia:SPTA）	特定の動作（ジェスチャー、パントマイム、道具の実使用）を口頭命令あるいは検査者の動作模倣として行わせ、その遂行を観察する検査です[4）]。 失行症の検出とともに、失行症と麻痺、失調等の運動障害、老化に伴う運動障害や知能障害、全般的精神障害等との境界症状が把握できます[2）]。
失認	標準高次視知覚検査 （VIsual Perception Test for Agnosia：VPTA）	視覚失認の検査です。視知覚の機能について「視知覚の基本機能」「物体・画像認知」「相貌認知」「色彩認知」「シンボル認知」「視空間の認知と操作」「地誌的見当識」の側面から評価します[2）4）]。
視空間認知	BIT行動性無視検査日本語版 （Behavioural inattention test：BIT）	半側空間無視の検査として用いられます[1）]。 古典的検査法をまとめた通常検査（線分抹消試験、文字抹消試験、星印抹消試験、模写試験、線分二等分試験、描画試験）と、日常場面を想定した行動検査の２つから構成されています[4）]。

<参考文献>
1．橋本圭司：「高次脳機能障害　診断・治療・支援のコツ」，株式会社診断と治療社，2011，pp40-55.
2．独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター編著:「職業リハビリテーションのための評価技法ハンドブック」, 2004, pp17- 20, pp29-30, pp141-145, p149，p152，p155.
3．東京都心身障害者福祉センター編:「高次脳機能障害者地域支援ハンドブック（改訂第二版）」，2015，pp83-84.
4．廣實真弓・平林直次（編著）:「Q&A でひも解く高次脳機能障害」, 医歯薬出版, 2013, p26，pp37-39，p54，p88，pp94-95，pp98-99.

NIVR

ISSN 1881－0993

リサイクル適性Ⓐ
この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。