

## 高次脳機能障害者のための就労支援

### ～対象者支援編～



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、高次脳機能障害のある休職者を対象とした「職場復帰支援プログラム」と、求職者を対象とした「就職支援プログラム」の実施を通じ、障害認識の深化、障害の補完方法と対処行動獲得のための支援技法を開発し、地域障害者職業センターをはじめとする地域の就労支援機関に対して伝達・普及してきました。

本支援マニュアル「高次脳機能障害者のための就労支援～対象者支援編～」では、これまで実践報告書等を通じて伝達してきた支援技法に関する種々の情報を集約し、これに新たな情報を追加した上で、職業リハビリテーションの領域で活動する専門スタッフ用として取りまとめました。

高次脳機能障害者が地域センターをはじめとする就労支援機関の相談窓口を訪れた際、具体的な支援の方針を検討していく際の基礎資料として、本マニュアルが活用されることを願っています。

なお、本マニュアルの続編として、関係機関との連携の方策等に係る「コーディネーター編」を、今後、発行する予定としています。

平成26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 石田 茂雄

# 目次

作成趣旨	1
<b>第1章 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のある人について</b>	
1 高次脳機能障害とは	2
2 高次脳機能障害のある人の属性や背景	2
3 職業リハビリテーションを始める前の過ごし方	4
<b>第2章 様々な症状と職業リハビリテーションの技法～作業支援を中心に</b>	
1 注意障害	7
2 半側空間無視	11
3 記憶障害	14
4 失語症	18
5 失行	22
6 構成障害、着衣障害	24
7 失認（視覚失認、聴覚失認）	26
8 空間認知の障害、視覚性注意の障害	28
9 遂行機能障害	30
10 社会的行動障害、行動と感情の障害、性格変化	33
<b>第3章 合併する障害の基礎知識</b>	
1 片麻痺	36
2 運動失調	38
3 感覚障害	38
4 視野障害	38
5 構音障害	39
6 症候性てんかん	39
<b>第4章 「障害理解」および「障害受容」について</b>	
1 「障害理解」や「障害受容」に関する考え方	40
2 「職場復帰支援プログラム」および「就職支援プログラム」での取り組み	43
<b>第5章 復職や就職に向けた支援の流れ</b>	
1 職業リハビリテーション支援の開始にあたって確認すること	47
2 復職や就職に向けた支援の一般的な流れ	52

## 作成趣旨

高次脳機能障害については、損傷の部位と程度により個々の症状は様々であり、てんかんなど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、医療機関、家族などの関係者から得た情報に加え、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することが重要です。その上で、高次脳機能障害者に対する支援技法とその効果などの具体的事例があることにより、より効果的な支援計画の検討が可能になります。そのようなことから、従来から職業リハビリテーションに関わるスタッフからは、実務で活用できる支援技法のマニュアルや事例集の作成について、多数ご要望を頂いていたところです。

そこで、今回は、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」および「就職支援プログラム」の実施を通して得られた知見と技法のうち対象者支援に係る事項について、職業リハビリテーションに関わるスタッフが実務で活用できるよう取りまとめました。

## マニュアル活用の際の留意点

本マニュアルは高次脳機能障害の受障から生活、職業場面に至るまでに観察されること、相談や観察におけるアセスメントのポイントと職業リハビリテーション場面における具体的な支援方法についてそれぞれ解説しています。さらに、合併する障害の症状、障害の理解と受容のための支援方法、復職と就職を支援するに当たっての確認すべき事項とその理由についても記載しています。また、マニュアルの構成を症状別にするにより、個々の症状に合わせて部分的に活用ができるようになっています。

なお、支援にあたっては、高次脳機能障害に係る医学的見地からの知見などに十分ご留意の上、ご活用いただくようお願いいたします。

# 第1章 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のある人について

## 1 高次脳機能障害とは

「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（※）と、「失語症」「失行症」「失認症」なども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で実施している高次脳機能障害者の「職場復帰支援プログラム」および「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。

※「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

## 2 高次脳機能障害のある人の属性や背景

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にはどのような属性や背景があるのでしょうか。一例として、障害者職業総合センター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20年度以降の対象者60名についての属性などを表に示します。

### ①年齢

20代：5名(8.3%)
30代：21名(35.0%)
40代：17名(28.3%)
50代：17名(28.3%)

### ②受障原因

脳血管障害：29名(48.3%)
内訳
脳梗塞：15名
くも膜下出血：8名
脳内出血：6名
脳外傷：17名(28.3%)
脳炎：6名(10.0%)
脳腫瘍：3名(5.0%)
その他：5名(8.3%)

### ③受障からプログラム利用までの期間

〈全体〉
1年未満：9名(15.0%)
1年以上2年未満：18名(30.0%)
2年以上3年未満：14名(23.3%)
3年以上4年未満：5名(8.3%)
4年以上：13名(21.7%)
不明：1名(1.7%)
内訳
〈復職〉
1年未満：9名
1年以上2年未満：16名
2年以上3年未満：12名
3年以上4年未満：4名
4年以上：2名
〈求職〉
1年未満：なし
1年以上2年未満：2名
2年以上3年未満：2名
3年以上4年未満：1名
4年以上：11名
不明(※)：1名
※発症日が不明のため

### ④復職・求職の別

復職：43名(71.7%)
求職：17名(28.3%)

### ⑤障害者手帳の有無、種類

手帳有り：40名(66.7%)	手帳なし：16名(26.7%)
内訳	申請中：4名(6.7%)
精神障害者保健福祉手帳：19名	
身体障害者手帳：20名	
精神と身体の両方を所持：1名	

※「復職」は事業所に籍があり、元の事業所への復帰を目指す支援を行う場合、「求職」は新規の就職を目指す支援を行う場合を指します。

※①および⑤は、プログラム開始時点の情報です。

年齢層は、30～50 才代が中心ですが、20 才代の若い人も少数ながら利用していることが分かります。表には示していませんが、20～30 才代では、約 8 割が脳外傷や脳炎などの脳血管障害以外の受障原因であるのに対し、40～50 才代では約 7 割が脳血管障害による受障であり、年齢層により受障原因には違いが見られます。脳血管障害が高血圧などの生活習慣病との関連が深いことが背景として考えられます。また、脳外傷者の多くは交通事故が原因です。

受障からプログラム利用までの期間は、復職を目指す人の場合 1～2 年であることが最も多く、8 割以上は受障から 3 年未満です。これは、各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 年以上経ってからプログラムを利用した対象者も数名いますが、この中には、一旦復職したものの職場不適応の状態となり、再度休職してプログラムを利用したケースが含まれます。求職者では、受障からプログラム利用までの期間が長い傾向がありますが、これには、受障後、一度復職や就職したものの離職し、再就職のためにプログラムを利用するケースがしばしばあることや、学齢期に受障し、就労年齢になって職業リハビリテーションにつながったケースがあることが理由として挙げられます。

7 割近くの対象者が障害者手帳を持っており、その種類は、精神障害者保健福祉手帳と身体障害者手帳がほぼ同数です。身体障害者手帳は、失語症に対して「言語機能の障害」として認定されている場合もありますが、片麻痺や失調、視野障害などの合併症状に対して認定されている場合もあります。

このように、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には様々な属性、背景を持つ人が含まれています。支援を進めていく上では、高次脳機能障害の症状だけではなく、様々な点に気を配りながら支援をしていくことが必要であると思われる。

### **(1) 年齢による社会的背景**

30～50 才代の対象者では、受障前には配偶者や子ども、親などを経済的に扶養する立場にあることが少なくありません。子どもの教育費、家のローンなど経済的に担う役割が大きく、復職や就職に向けての強いモチベーションとなる一方、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活かして仕事をしていたり、管理職など周囲を指導する立場であったりする場合、受障後に現実的に対応できる職務内容や雇用条件面のギャップが大きいことがあり、対象者本人やご家族の気持ちの整理も含めて様々な調整が必要となります。

一方、若年の対象者では、社会経験が限られていることから、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る場合があります。

## **(2) 受障原因別による配慮**

脳血管障害の背景に高血圧や心疾患などの基礎疾患がある場合は、再発を予防するための健康管理が重要となります。通院や服薬が適切に行われているか、通勤や職務による心身の負担が過多となっていないか、また、特に一人暮らしの場合は、健康的な食生活ができていないかなどの生活面にも気を配る必要があります。生活面の支援は職業リハビリテーション機関の支援だけでは限界があり、関係機関と連携して支援を行うことが望まれます。

交通事故が原因で受障した場合は、被害者または加害者の立場で係争中の場合があります。裁判の内容や結果は、職業リハビリテーションサービスに直接の関係があるものではありませんが、対象者や家族の抱える精神的な負担は小さくないものと思われます。

また、変性疾患など、適切な医療を受けていても進行が起こりうる疾患の場合は、高次脳機能障害や身体障害の症状が今後悪化することも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対象者本人が告知を受けていない場合がありますので、ご家族などからの情報収集を十分に行い、慎重に対応することが望まれます。

## **(3) 移動手段**

勤務地が都市部にある場合、身体障害の状況により、通勤時間帯の混雑した電車の利用に困難を伴う場合があります。出勤時間や通勤方法の変更について事業所と調整する必要が生じます。

一方、公共交通機関の利便性が低く、働く人の多くが自家用車通勤している地域も少なくありません。半側空間無視や注意障害などの高次脳機能障害の症状の他、てんかん発作が薬で十分にコントロールできていない場合や視野障害など、安全上の理由から運転を控える必要がある場合があります。この場合も、通勤方法や出勤時間に関して調整が必要となる場合があります。なお、運転の可否の判断については、主治医と運転免許試験場へ相談するよう本人と家族に伝えます。

## **3 職業リハビリテーションを始める前の過ごし方**

受障から職業リハビリテーションにいたるまでの期間や経過は先述したように様々ですが、職業リハビリテーションの取り組みを始める直前にはどのような日々を過ごしている対象者が多いのでしょうか。次ページの表は、「職場復帰支援プログラム」「就職支援プログラム」の平成 23 年度以降の対象者 28 名について、プログラムの利用相談（プログラム利用を検討するための当センターでの初回相談）の時点の日中活動の内容を示しています。利用相談は、プログラム開始の 1 ヶ月～2 週間前に行うことが多いので、プログラム開始直前の日中活動の内容と捉えています。



#### 利用相談の時点での日中活動

- |                          |
|--------------------------|
| 1 在宅（通院は診察のみ）：14名(50.0%) |
| 2 通院での医療リハビリ：7名（25.0%）   |
| 3 福祉機関への通所：3名(10.7%)     |
| 4 就労支援機関への通所：3名(10.7%)   |
| 5 就労：2名(7.1%)            |
| ※2と3の重複1名あり              |

※福祉機関：地域活動支援センター等

※就労支援機関：就労移行支援、就労継続支援B型等

半数の対象者は、通院（医師の診察）以外の定期的な外出はなく、家事や散歩などの自宅中心の生活をしていました。通院での医学的リハビリテーションが続いている場合がありますが、多くは週1～2回程度で活動量として多くはありません。既に職業リハビリテーションへの取り組みを始めている3名と就労中の2名は別として、職業リハビリテーションの前のステップとして福祉機関などを利用する対象者は少数派と言えます。

今後の社会資源の充実により現在の状況が変化する可能性はありますが、現時点では、職業リハビリテーションを開始する時点では、活動量が少なく、自宅と病院以外の社会に触れる機会の少ない生活を送っている人が多いようです。入院中や通院でのリハビリテーションで知り合う他の高次脳機能障害者は高齢者が多く、自分と同じように復職や就職を目指す仲間には出会ったことがないという対象者も少なくありません。これらの状況を踏まえ、職業リハビリテーション支援の開始時には、本人の体力や生活リズム、復職や就職に向けてどのようなプロセスをイメージしているか、あるいは、イメージを持つことができているかを、丁寧に確認をした上で支援を始めることが必要であると思われます。

## 第2章 様々な症状と職業リハビリテーションの技法 ～作業支援を中心に

第2章では、高次脳機能障害の様々な症状毎に、症状の現れ方、アセスメントや支援の方法について記載しています。ここでは各項目の目的と留意点について述べます。

**(1) 概要**…各症状について、一般的な定義や特徴などの基本的事項を述べています。できるだけ簡潔でわかりやすい記載となるよう心がけました。そのため、複雑で専門的な内容や、研究者によって議論の分かれる部分には触れていません。また、職業リハビリテーションの場面で出会うことの少ない症状については記載を割愛しました。より詳しい情報が必要な場合は、参考文献に挙げた書籍も含め、専門的な文献を確認されることをお勧めします。

### 〈生活場面で観察されること・職業リハビリテーション場面で観察されること〉

各症状の具体的な現れ方について、場面毎にまとめました。一人の人にすべてがあてはまる訳ではなく、「このような現れ方をする場合もある」とご理解ください。「生活場面で観察されること」と「職業リハビリテーション場面で観察されること」は、重なり合う内容も多いのですが、「職業リハビリテーション場面で観察されること」では、支援施設や職場において注意深く観察して初めて気付くような点や、生活場面ではさほど問題にならなくても自立的な職務遂行に影響する事項について記載しています。

**(2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント**…観察や情報収集のポイントのほか、神経心理学的検査についても触れています。神経心理学的検査は、職業リハビリテーション機関では直接実施する機会は多くはないかも知れませんが、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、比較的多くの医療機関等で実施されていると思われる神経心理学的検査について述べました。

**(3) 職業リハビリテーションにおける支援**…施設内支援の場面やジョブコーチ支援など、実際の職場での場面を想定して、支援の工夫や考え方について記載しました。現在までの「職場復帰支援プログラム」や「就職支援プログラム」の実践を通して得られた知見を中心としています。対象者の症状だけでなく、職務内容や職場環境についてもそれぞれに異なるため、いつでも同じ方法が有効とは限りませんが、一人ひとりの状況に応じた支援を検討する上でのヒントになればと考えています。

## 1 注意障害

### (1) 概要

- ◆ 視覚や聴覚を通して入ってくる様々な情報の中から、必要な情報を適切に選択して注意を向けることは、他の高次脳機能（記憶、言語、遂行機能など）が働くための基盤と言えます。例えば、「指示された内容を憶えていない」というエピソードがあった際に、「記憶力が低下したため」と考えがちですが、「指示に注意が向けられていなかった」ということもあります。
- ◆ 注意の障害には、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思われます。誰でも疲れている時は集中力が続かなくなりケアレスミスが出やすくなりますが、高次脳機能障害のある人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、半側空間無視とほぼ同じ意味です（半側空間無視については、11ページをご参照ください）。

#### 〈生活場面で観察されること〉

- ✓ ぼんやりしていることが多く、呼びかけても反応が遅い
- ✓ 家事や趣味を始めても、すぐに疲れたり飽きたりして止めてしまう
- ✓ 会話において話があちこちに飛び、話にまとまりがない
- ✓ 持ち物をあちこちに置き忘れてなくす

#### 〈職業リハビリテーション場面で観察されること〉

- ✓ 一つ一つの動作、作業に時間がかかる
- ✓ 作業手順の抜けや見落とし、誤字脱字、入力ミス、計算ミス、道具の置き忘れなど、いわゆるケアレスミスが多い
- ✓ 作業中であっても、よそ見をしたり、周囲の会話に入ろうとする
- ✓ 作業している途中で話しかけられると、その内容を後で憶えていない
- ✓ 二つ以上の指示をまとめて伝えられると、いくつかが抜ける
- ✓ 二つ以上のことを並行して行おうとすると、どちらかが疎かになったり、同時に行うことができない（例えば、電話で話しながらメモをとる）

## (2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 作業場面の観察や作業結果の分析が重要です。作業結果の分析から、ミスの内容や頻度、傾向を把握し、対処法を検討します。集中しやすい環境で行う作業や検査場面では問題がなくても、周囲に複数の人がいて雑音のある環境や、作業継続時間が長くなってくると課題が見られる場合があるため、作業内容だけでなく環境などの条件も含めて分析することが大切です。
- ◆ 注意障害に関する神経心理学的検査には様々なものがありますが、総合的な検査バッテリーとしては「標準注意検査法（CAT）」があり、注意の様々な側面について定量的に詳しく評価することができます。全ての下位検査項目を実施するには90～100分程度必要ですが、下位検査毎に結果を年齢層毎の平均値と比較できるため、必要な下位検査項目だけを選択して実施することも可能です。

## (3) 職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 集中力の続きにくさやミスの多さは、職場において「やる気がない」、「不真面目だ」などと、意欲や性格の問題と誤解される場合があります。注意力の低下が障害の現れであること、以下に挙げたような配慮や工夫を行うことによりその影響を軽減できることを職場に説明します。
- ◆ 作業指示などの伝達をする際は、本人の名前を呼び、作業中であればいったん手を止めるように求めることで、伝達の内容に十分に注意を向けられるようにします。指示内容が多い場合は、一つずつ区切ってゆっくりと伝えると良いでしょう。指示内容を本人にメモするよう求めることが有効な場合もあります。メモをとることを通して指示内容に十分に注意を向ける機会を作るためです。
- ◆ 作業中、周囲の人の動きや物音に注意が逸れやすい場合は、作業台を壁側に向ける、パーテーションを利用する、耳栓を利用するなど、作業中に必要以上の情報が入らないようにするための環境整備が有効な場合があります。
- ◆ データの照合のように多くの情報の中から特定の情報に着目する必要がある作業の場合、ルーラーやルーペを使い、注目する箇所を強調することが見落としや見誤り防止に有効な場合があります。入力作業の場合は、入力し終えた後に、カーソルを一字ずつ動かしながらチェックする見直し方法の工夫が有効な場合があります。計算を伴う作業では、検算を習慣化すると良いでしょう。



ルーラー（厚紙で作成したもの）



下線付きのルーペ（市販品）



- ◆ 見直しに要する時間も含め、作業を慎重に行うために、作業時間を十分に確保することが必要となります。そのため、期限に余裕を持たせて指示するよう職場に配慮を依頼すると良いでしょう。
- ◆ 疲労によって注意力が大きく低下する場合は、こまめな小休憩を設けることで改善が期待できます。作業に没頭して自分の疲れに気づけず、休憩のタイミングを逃してしまいがちな場合は、休憩のタイミングを、例えば「30分に1回(5分間)」「50分に1回(10分間)」など予め決めておき、タイマーを活用する方法があります。職場では必要以上に休憩を多く取ることは望ましくないため、一人ひとりにとって必要十分な休憩の頻度や長さを、施設内支援において見極めておくことが望まれます。その際、本人の自覚的な疲労感のみでなく、作業の正確さや能率との関係も踏まえ、可能であれば具体的なデータを添えて説明できると職場の理解が得られやすいものと思われれます。
- ◆ 特に集中力を要する作業は疲れが少ない午前中の時間帯に行うなど、作業スケジュールの組み方の工夫で疲労の影響を軽減できる場合があります。午後に疲労が強い場合は、昼休みの過ごし方を工夫することで改善できる場合があります。また、日々の睡眠時間が十分にとれているかなど、生活面の見直しが必要な場合もあります。
- ◆ 注意障害のある人に限らず、難易度の高い課題に取り組むときは集中力を保ちにくいものです。集中力の持続が特に職務上の課題となる場合は、その人にとってその作業が難し過ぎないか、という観点で職務内容を再検討してみると良いでしょう。

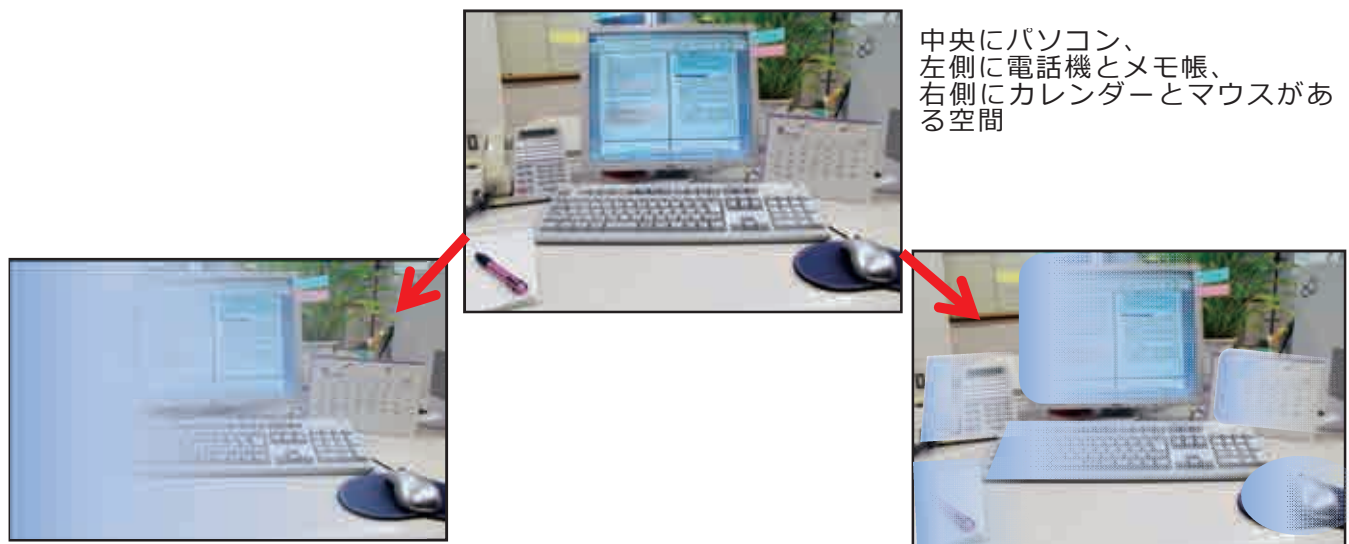
#### 〈参考文献〉

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

### (1) 概要

- ◆ 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を「半側空間無視」と言います。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」と名前が付きますが、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人もいとされています。
- ◆ 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人は、自分にとって見えにくい部分があることを意識し、目や頭を動かして見えにくい部分を見ようとしますが、半側空間無視がある人は「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起きる場合があります。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思われれます。
- ◆ 半側空間無視の症状がある人は、全般的な注意障害（7ページ）も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などがあるとされています、これらが混在することもあります（下図）。



①のタイプ：左側にある電話機やメモ帳、パソコン画面の左側に貼られた付箋に注意が向きにくい

②のタイプ：パソコンやキーボード、カレンダーなどのそれぞれの左側に注意が向きにくい

※注意の向きにくさを模式的に表したものであり、実際にこのように見える訳ではありません。  
※次ページ以降は左半側空間無視を想定して記載しています。必要に応じて、左右を入れ替えて読んでください。

### 〈生活場面で観察されること〉

- ✓ 左側から話しかけられても気付かない、振り向かない
- ✓ 普段から顔が右側を向いていることが多い
- ✓ 食事の時に左側にあるおかずを残す
- ✓ 左側の壁や左側に置いてある物によくぶつかる
- ✓ 体の左側の身だしなみが乱れている（シャツの裾がでている、寝ぐせがついているなど）

### 〈職業リハビリテーション場面で観察されること〉

- ✓ 作業上の見落としが特に左側に多い（例：清掃作業において左側のゴミの取り残しがある）
- ✓ 自分の左側に置いた持ち物を置き忘れる
- ✓ 横書きの数字を一桁読み間違える（例：「12,800 円」→「2,800 円」、「14 時」→「4 時」など）
- ✓ 「8」と「3」を見間違える
- ✓ 横書き文章の文頭の1～2文字または単語を見落とす
- ✓ 文字を書くときに、文字が紙の右側に寄る
- ✓ 建物の中や屋外を移動する際、左側に曲がる角や左側にあるドアを見落として直進し、道に迷う

## （2）職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 作業場面での観察が重要です。見落としが左右どちらかに特に多くないか、数字を一桁読み間違えるなどの特徴的なミスがないか、注意深く観察します。半側空間無視が比較的軽度の人の場合、検査課題や慣れている場面では問題が見られなくても、慣れない作業に取り組むときや疲労しているときなど、本人にとって全体的な負荷の高い状況で半側空間無視の影響が現れることがあります。
- ◆ 半側空間無視に関する神経心理学的検査バッテリーとしては、「BIT 行動性無視検査 日本版」があり、半側空間無視を定量的に詳しく検査したいときに使用されます。



### (3) 職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 左側の見落としを防止するため、左側に目印を設置することで、注意を喚起することが考えられます。参考文献3では、数字の転記作業を行う際に左端の見落としが目立つ人に対し、転記元の数字の左端にチェック欄を設け、転記する度にチェックを入れるよう求めることで左端の見落としが減少した事例が記載されています。
- ◆ 右側には注意が向きやすい特性を支援に活用すると良い場合もあります。例えば、左側に物を置くと置き忘れがちな場合は本人の右側に道具の定位置を定める、左側に曲がる角を見落としとして直進してしまう場合は右側にあるものを目印として伝える（「右に～が見えたら、左に曲がる」）などが考えられます。半側空間無視のある人にとって、無視側に注意を向けるのは精神的な努力を要し、疲労の原因となるため、より少ない労力で注意を向けられる側の情報を活用できる場合は積極的に活用すると良いでしょう。
- ◆ 作業の見直し方法の工夫も重要です。見直しを進める向き（右から左、左から右）によって、ミスを見つけやすさに差が出る場合があります。例えば、清掃作業で左側にゴミの取り残しが見られる場合は、作業の終わりに担当箇所の隅を右回りに一周して見直す工夫が考えられます。同様に、データ入力作業において文頭の文字や数字を見落としがちな場合は、データを入力後、右から左方向に読み上げながら見直す工夫が有効な場合があります。また、データ入力作業では、音声読み上げソフトを活用して、入力し終えたデータと音声を照合していく方法も考えられます。

#### 〈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No.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

#### (1) 概要

- ◆ 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」に分けられます。「逆向性健忘」は、受障（発病、事故など）以前のことを思い出せない症状、「前向性健忘」は、受障した時点から後の新しいこと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どちらかといえば多く問題となるのは「前向性健忘」です。
- ◆ 注意障害の項に記載したように、「憶えていない」というエピソードがあったとき、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など、情報の入力段階での躓きに原因がある場合があります。結果は同じ「憶えていない」ということであっても、どこに躓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望まれます。
- ◆ 記憶障害がある人の中には、嘘をつく意図はなく、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場合があります。これを「作話」と言います。
- ◆ 記憶障害のある人の中には、自分の記憶障害を強く自覚する人と、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人がいます。この違いを生む背景には様々な要素があると思われませんが、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。
- ◆ 記憶障害が重い人であっても、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。

※記憶は「意味記憶」「エピソード記憶」「手続き記憶」などに分類されますが、ここでは主として「エピソード記憶」の障害について取り扱っています。

#### 〈生活場面で観察されること〉

- ✓ 受障後に知り合った人の名前や顔がなかなか憶えられない
- ✓ 受障後に通い始めた場所（病院や支援機関など）への道順が憶えられない
- ✓ 日課や約束を忘れる（例：薬を飲み忘れる）
- ✓ 同じ質問を何度もする
- ✓ 自分が話した内容を忘れ、他の場面では前と違うことを言う
- ✓ 憶えていないことを質問された際に、事実と異なる返答をする
- ✓ 今日の年月日がわからない。年単位、月単位で間違える

### 〈職業リハビリテーション場面で観察されること〉

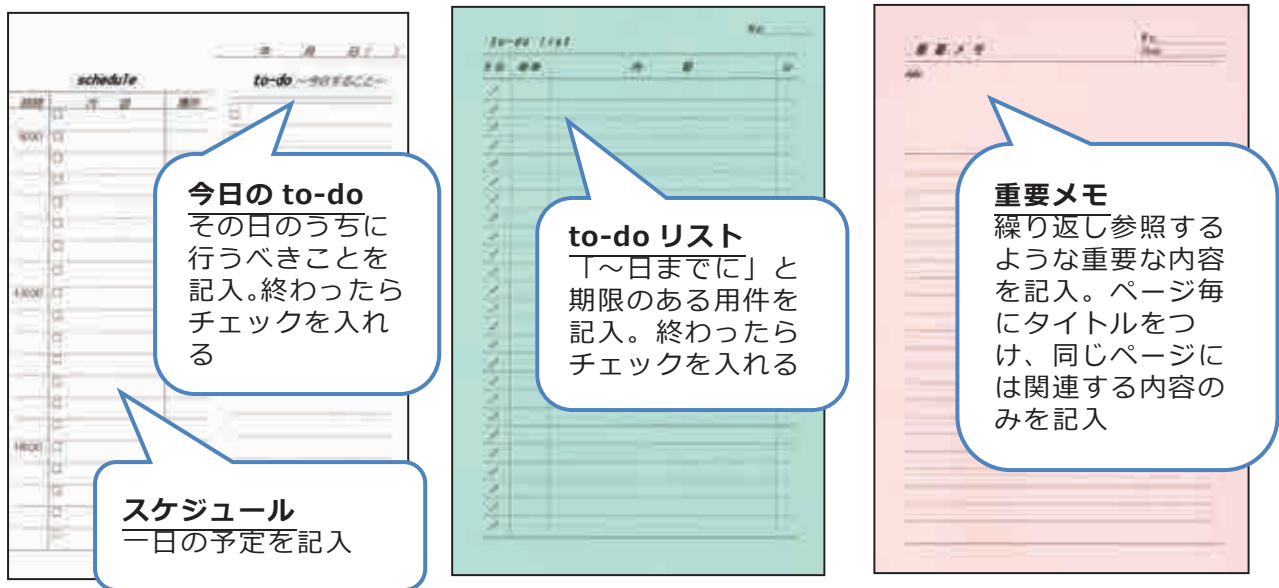
- ✓ 作業手順や、必要な道具の種類や置き場所がなかなか憶えられない
- ✓ 作業手順やルールが変更されたときに、変更前のものと何度も間違える
- ✓ メモを書いても、書いたこと自体を忘れてたり、どこに書いたかが分からなくなる
- ✓ 障害の自覚が乏しい人の場合は、周囲がメモを勧めても、「このくらいは大丈夫、憶えられる」と自分の記憶力を過信する
- ✓ 障害の自覚が強い人の場合は、何か大事なことを忘れていないか？と不安をいつも感じ、不安感から必要性の少ない内容まで細かくメモをする

## （２）職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 本人や周囲の人からの聞き取り、作業場面などの観察を十分に行います。施設内支援においては、作業手順や日課（例えば、来所時のタイムカードの打刻）は何回くらい繰り返せば自立的に行えるようになるか、作業手順書やチェックリストを活用できるか、別の利用者の動きをヒントとして活かせるか、などを把握し、実際の職場での支援に備えます。
- ◆ 記憶に関する神経心理学的検査は様々ありますが、よく使用されるものとして、「日本版リバーミード行動記憶検査（RBMT）」と「ウェクスラー記憶検査（WMS-R）」が挙げられます。前者は 30 分程度で比較的簡便に行える検査ですが、日常生活での能力をよく反映すると言われていています。後者は 60 分程度要しますが、言語性記憶と視覚性記憶の差など、記憶の性質により細かい分析ができる点が特徴です。
- ◆ リバーミード行動記憶検査（RBMT）の一部である「生活健忘チェックリスト」は、日常生活での記憶に関する様々な問題についての質問紙です。本人と家族（または支援者）がそれぞれ同じ質問に答えることで、両者の認識の差について知ることができます。

## （３）職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 職場でのスケジュールや作業手順などの情報の管理にはメモリーノートが有効な場合が多くあります。メモリーノートには様々な書式のものがありますが、「職場復帰支援プログラム」および「就職支援プログラム」では主としてM-メモリーノートを活用しています。M-メモリーノートについての詳細や支援方法については、参考文献に挙げた「M-メモリーノート支援マニュアル」をご参照ください。次ページにM-メモリーノートの基本リフィルを示します。



M-メモリーノートの基本リフィル

- ◆ メモリーノートの活用を支援する上では、①どこに何を書くかを明確に決めて本人と関係者が共有すること、②記入や参照の練習をする機会を十分に提供すること、③必要な情報をコンパクトにまとめて持ち運びしやすくすることが重要と思われます。
- ◆ 紙ベースのメモリーノートには、①費用があまりかからない、②どんな職場にも持ち込みやすい、③いつでもその場で書ける、などの利点があります。一方、リフィルの蓄積が多くなってくると持ち歩く量に限界があり、また、必要な情報を取り出すのに時間がかかる場合があります。この点については、パソコンを用いてメモリーノートを電子化し、キーワード検索の機能を利用することで、ある程度補えるものと思われます。ノートパソコンやタブレット端末の使用が可能な人や職場環境であれば、メモリーノートを電子化して持ち歩くことも考えられます。参考文献2では、メモリーノートをパソコンで管理し、実用的に活用している事例について記載されています。
- ◆ 携帯電話やスマートフォンの機能（アラーム、to-do リスト、ナビゲーション、カメラ、ボイスレコーダー）も有効な補完手段となる場合があります。ただし、記憶に障害のある人にとって、新しい操作を憶えることは簡単ではないため、本当に必要で有効な機能を選ぶこと、実用的に使用できるまで繰り返し練習できるよう支援することが大切です。また、職場でのカメラやボイスレコーダーの利用については、職場の了解を得ることが必要です。
- ◆ 日付や曜日などの逐次変化する情報は、それ自体を憶えようとするには多大な労力を要します。腕時計や卓上時計で日付が表示されるタイプのものを用意し、いつでもそれを参照する習慣をつける方が实际的です。和暦や西暦の年号が表示される卓上時計も市販されています。
- ◆ 作業環境においては、道具の置き場所を一定の位置に決めていつもそこに戻す、憶えなくてもその場で見てわかるように棚や引き出しにラベルを貼る、作業上の注意事項

を目立つ位置に掲示するなどの環境整備が考えられます。

- ◆ 作業手順の習得と保持のために、作業手順書やチェックリストを用いることは、多くの場合有効です。手順書やチェックリストを自分で作成できる人の場合は、これらを自分で作って活用する習慣がつくよう支援すると職場での自立度が高まるものと思われます。自分で手順書を作成することが難しい人の場合は、職場や支援者が用意した手順書類を活用することを想定し、手順書類を参照する習慣をつけることに力点を置いて支援をすると良いでしょう。
- ◆ 記憶障害のある人の作業手順の習得を支援する際は、「誤りなし学習（エラーレスラーニング）」の考え方が参考になるものと思われます。「誤りなし学習」は、学習の過程で誤りをできるだけ起こさせないようにする教え方を言います。課題の種類や対象者の特性にもよりますが、本人に試行錯誤をさせるような学習方法よりも「誤りなし学習」の方が習得が早いとの研究が多くあります。作業支援にあてはめると、正しい作業手順の見本を事前に十分に提示して本人が試行錯誤することを避け、本人の作業に誤りが生じた場合はその場ですぐに正しい手順を伝えと良いでしょう。
- ◆ 記憶障害の自覚が乏しい人の場合は、「忘れ」のエピソードが見られた場合、逐次フィードバックをして自覚を促し、自発的な対策につなげていくことが望まれます。一方、記憶障害に関して自覚の強い人の場合は、日頃から「何か忘れていないか？」という不安感を抱えていたり、「また忘れて失敗してしまった」ということから自信が低下している場合があります。このような場合は障害を突きつけるような対応には注意が必要です。心情に十分に配慮しながら、具体的な対応策を提案するような支援が望まれます。
- ◆ 服薬管理は、脳血管障害の再発予防やてんかん発作予防など、健康管理の観点から重要です。飲み忘れ防止には、薬を整理して保管できるタイプのピルケースを活用したり、錠剤の種類が多い場合は薬局で一包化（同じタイミングで飲む薬を1つの小袋にまとめること、有料）を依頼するなどの工夫が考えられます。本人の自立的な管理だけでは不安が残る場合は、家族など周囲の協力を得ることを考えます。

#### 〈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

### (1) 概要

- ◆ 会話や読み書き、計算など、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。失語症の様々な症状については、参考文献1に記載していますので、必要に応じて併せてお読みください。
- ◆ 失語症は、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」など）。ただし、同じ「〇〇失語」と分類されていたとしても、症状の特徴には個別的な違いがあります。タイプ名に捉われ過ぎず、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大切です。
- ◆ 失語症のある人は、右上下肢の麻痺を伴うことがしばしばあります。元々右利きの人で右手の麻痺が重い場合、左手で日常生活動作を行う練習を病院のリハビリテーションで行います。
- ◆ 失語症の人の中には、伝えたいことを上手く言えない場合に、絵を描いたりジェスチャーで伝えることが上手な人もいますが、失行（22 ページ）や構成障害（24 ページ）を伴っている場合は、難しくなることがあります。

### 〈生活場面で観察されること〉

- ✓ 言いたい言葉がなかなか出ず「えーと…」と言いよんだり、「あれ」「それ」や回りくどい表現になりがちである
- ✓ 物の名前や人の名前、日付などを言い誤る。言い誤りに自分で気づくこともあれば、気付かないこともある
- ✓ 同じ言葉でも、その時々で言えたり言えなかったりする
- ✓ 複雑な話や、抽象的な話題では、理解が追いつかない
- ✓ 対面での会話はある程度できても、電話などの言葉以外の手がかりのない状況は難しい
- ✓ 相手の話がよくわからなくても「うん、うん」と言ってしまうことがある
- ✓ 同じ言葉でも、その時々でわかったりわからなかったりする
- ✓ 会話の行き違いから、イライラしたり落ち込んだりする
- ✓ 耳で言葉を聴いてわからなくても、文字を見れば分かることがある
- ✓ 平仮名や片仮名よりも、漢字の方がわかりやすいことがある
- ✓ 新聞記事や小説など、長い文章の理解は難しい

### 〈職業リハビリテーションの場面で観察されること〉

- ✓ 作業手順の説明などに関して、口頭のみ説明や文字のみ手順書では、十分に理解できないことがある
- ✓ 会議などの複数の相手のいる場面では話についていけない
- ✓ 話しながらメモをとることが難しい
- ✓ 文章を書くときに、助詞（てにをは）など、文法的な誤りが生じる
- ✓ 漢字が思い出しにくい
- ✓ パソコン入力をする際に、漢字で書かれた言葉を、いったん仮名やローマ字に置き換えてタイプすることが難しい
- ✓ 九九が思い出せない
- ✓ 演算記号（+、-、×、÷）を誤る。計算式を立てることが難しい

### （２）職業リハビリテーションにおけるアセスメント

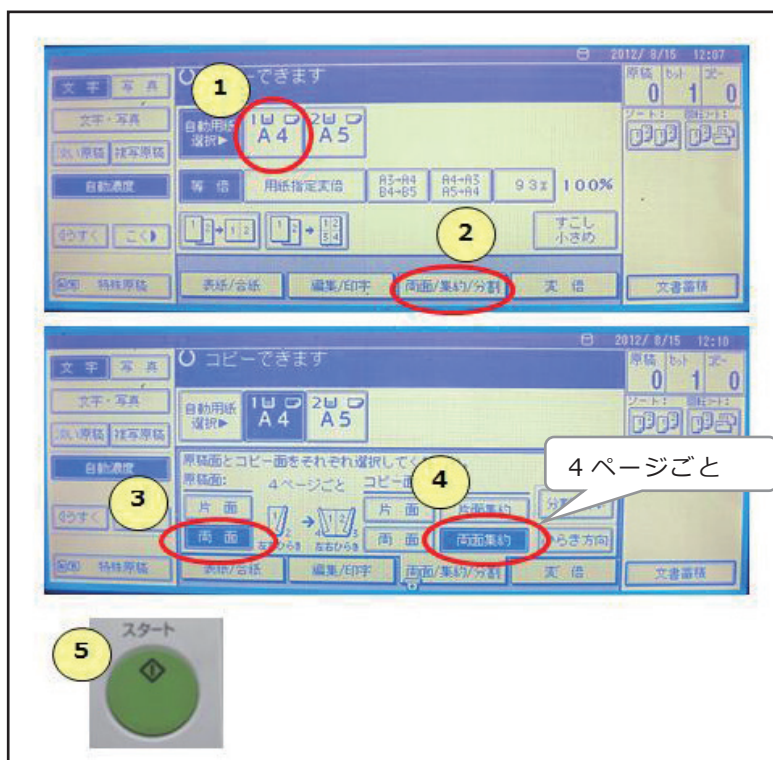
- ◆ 話す・書くといった表出の能力については、相談場面などの会話や観察を通じて大まかなアセスメントができるものと思われます。一方、言葉を聴いて理解する力や文字を読んで理解する力に関しては会話や観察だけでは捉えにくいところがあり、下に述べるような言語検査の結果が役に立ちます。
- ◆ 失語症に関する総合的な検査バッテリーとしては、「標準失語症検査（SLTA）」や「WAB失語症検査」があります。医療機関において失語症に対する言語訓練が行われている場合、これらの検査が実施されていることがほとんどであるため、本人の了解を得た上で医療機関から情報を得ると良いでしょう。
- ◆ 失語症が比較的軽度の場合、「標準失語症検査（SLTA）」や「WAB失語症検査」では満点に近い得点となる場合があります。家庭内の生活では不自由の少ないレベルと言えるかもしれませんが、職業上のコミュニケーションに支障がないことを意味しません。
- ◆ WAIS-Ⅲなどの知能検査の他、注意や記憶の検査として一般に使用されている神経心理学的検査の中には、言語を用いた課題で構成されているものが多くあります。失語症が比較的軽度の人の場合にはこれらの検査が用いられる場合がありますが、失語症の影響で得点が低下し、本来測定しようとした能力が十分に反映されていない場合があるため、解釈には十分な注意が必要です。

### （３）職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 失語症が中等度～重度の人の場合、職場での基本的なコミュニケーション（指示理解、報告、相談）に支障が生じることが考えられます。本人との意思疎通のコツを職場に伝達することは重要な支援の一つです。そのためには、支援者自身が本人との意思疎通を十分にできるようになる必要があります。相談場面などを通じて会話のコツをつかみましょう。失語症の人と話す際の一般的な留意点として、会話のテンポはゆっくり

り、文は短めに簡潔な表現で伝える、重要なキーワードを文字で書いて提示する、上手く通じないときは言い方を変えたり図や絵を使用する、「はい」か「いいえ」で答えられる質問をする、などが挙げられます。

- ◆ 失語症が比較的軽度の人の場合、基本的なコミュニケーションに大きな不自由はないかも知れませんが、複雑な内容や数字や固有名詞を多く含む情報、顧客などの配慮を期待できない相手との会話では、聴き誤りや言い誤りから行き違いが生じることが考えられます。このような行き違いから生じるリスクについては、本人や職場と共有し、できるだけ対策を依頼することが望ましいでしょう。具体的には、複雑な内容については口頭だけでなくメモに箇条書きで書いて伝えてもらう、数字は必ず書いて伝えてもらう、職務としての電話対応は免除または内線に限定するなど考えられます。
- ◆ 作業手順の説明において、口頭だけでは理解が難しい場合は、例示の他、写真や図など言葉以外の情報を活用した手順書を用いると良いでしょう。本人がメモをとることが難しい場合、デジカメや携帯電話のカメラ機能を活用してもらうことが有効なこともあります。職場でのカメラの使用については、職場の許可を事前に得る必要があります。



←写真を活用した手順書の例  
(コピー機の操作画面をデジタルカメラで撮影し、その上に操作の番号を記す印を加えたもの)

- ◆ パソコンなどのキーボード入力は、失語症が比較的軽度の人ではゆっくりであれば可能な場合があります。拗音や濁音・半濁音のローマ字への変換に躓く場合は、ローマ字と仮名の対応表を活用したり、50音配列のソフトキーボードを活用することが考えられます。漢字の読みの想起しにくさから入力が難しい場合は、手書き入力機能の活用が考えられます。失語症が中等度～重度の場合は、精度や能率の面で制限が大きく、





## 5 失行

### (1) 概要

- ◆ 慣れていない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」などに分類されますが、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を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。

### 〈生活場面で観察されること・職業リハビリテーション場面で観察されること〉

- ✓ 手を振るなどのちょっとした動作やジェスチャーが上手くできない
- ✓ はさみや爪切りなどの身近な道具や、仕事上使い慣れている道具の持ち方や使い方が不器用であったり、使い方を誤る
- ✓ 整容に時間がかかる

### (2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 作業場面の十分な観察を行います。神経心理学的検査上では失行が確認されても、復職・就職後の職務の種類によってはさほど支障とならない場合もあります。何らかの対処が必要であるか判断することがまずは必要です。
- ◆ 復職や就職後に想定される職務内容がある程度具体的に決まっている場合、職場実習などの機会を利用して、実際の環境や道具を使用してアセスメントを行うとより確実です。その際、刃物などの危険を伴う道具や壊れやすい製品の扱いに関しては、周囲の十分な注意が求められます。
- ◆ 失行を対象とした神経心理学的検査バッテリーとして、「標準高次動作性検査(SPTA)」があります。

### (3) 職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ アセスメントにおいて課題が見られる場合、対処の方法として、①職務上、必要となる道具類の使い方を繰り返し練習する、②職種転換や環境調整を検討する、の2つの方法があると思われます。各対象者について、①②のどちらが適切であるかを判断する上では、医療機関のリハビリテーションの担当者（作業療法士など）からの情報収集が参考になると考えられます。

- ◆ 同じ動作や行為がその時々でできたりできなかったりするため、周囲の理解を得にくいことがあります。障害特性について職場に十分に説明し、理解を求めることが望めます。本人にとって使いやすい道具があれば、いつでもそれを使えるよう職場に配慮を求めることも考えられます。

〈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

### (1) 概要

- ◆ 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、半側空間無視（11 ページ）やその他の空間認知の障害（28 ページ）や遂行機能障害（30 ページ）など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。

#### 〈生活場面で観察されること〉

- 構成障害
  - ✓ 絵が上手く描けなくなった、簡単なパズルができなくなった
  - ✓ 文字の形が崩れる。仮名よりも画数の多い漢字が難しい
- 着衣障害
  - ✓ 服の前後や裏表を間違える。なかなか着られない

#### 〈職業リハビリテーション場面で観察されること〉

- 構成障害
  - ✓ 図表の作成や文書のレイアウトが難しい
  - ✓ 組立作業に時間がかかる、誤って組み立てても気付かない
- 着衣障害
  - ✓ 制服や作業着への着替えに時間がかかる
  - ✓ ネクタイが結べない

### (2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 構成障害に関する神経心理学的検査としては、積木の構成課題（コース立方体組み合わせ検査）や図形の模写課題が知られています。
- ◆ 復職・就職後の職務の種類によっては大きな支障とならない場合もあります。何らかの対処が必要であるか判断することがまずは必要です。
- ◆ 組立などの構成行為を伴う作業への復職・就職を検討している場合は、実際の職務内容にできるだけ近い作業を通したアセスメントが望まれます。
- ◆ 着衣については、本人や家族から情報を得ると良いでしょう。

### (3) 職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 構成障害の背景には様々な症状が関係しているため、対処法は一概には言えませんが、例えば、定型的な組立作業の場合、工程を細かいステップに分け、どこに躓きがあるかを分析し、治具などを用いて段階的に練習していく方法が考えられます。
- ◆ デザイン関係や設計の職務など、様々な工夫をしても対応が難しい場合はあると思われます。その場合は、職種転換などの検討が必要となります。
- ◆ 構成失書により書字が難しくても、キーボードでの入力の問題無くできる場合があります。そのような場合は、文書類はできるだけパソコンで作成できるよう環境調整が望まれます。
- ◆ 制服などへの着替えに時間がかかり、職務に影響が出る場合は、衣類の前後や裏表がわかりやすくなるような目印をつける、事業所の許可を得て本人にとって着替えやすい形状の衣類に変更するなどの工夫が考えられます。ネクタイに関しては、スナップやマグネットで簡単に着脱できるタイプのもので市販されています。

#### 〈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）

### （1）概要

- ◆ 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せん（相貌失認、街並失認、純粹失読）。
- ◆ 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（純粹語聾、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、視覚失認の人では、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。

### 〈生活場面で観察されること・職業リハビリテーション場面で観察されること〉

#### ■ 視覚失認

- ✓ 良く知っているはずの物でも、見ただけでは何であるかわからない。触るとわかる
- ✓ 色や材質が似ている物を間違えやすい
- ✓ 実物はわかって、絵や写真になるとわからない
- ✓ 靴、傘、鞆など自分の物と他人の物を間違える
- ✓ 知り合いとすれ違ってても気付かない。普段と服装や髪型が変わると特にわかりにくい。声を聞けばその人であるわかる（相貌失認）
- ✓ 良く知っているはずの場所で、目印となる建物を通り過ぎてしまい、道に迷う（街並失認）
- ✓ 文字を書けるが読むことが難しい。読むのに時間がかかる。自分で書いた字が読めないこともある。指で文字をなぞると読める場合がある。手書きの文字より活字の方がどちらかといえば読みやすい（純粹失読）

#### ■ 聴覚失認

- ✓ 言葉を聴いても意味が分からないが、文字で提示されれば問題なく理解できる。耳で聴いたときと文字で見たときの理解の差が、通常の失語症の人よりも顕著である（純粹語聾） ※失語症と合併することもある
- ✓ 動物の鳴き声や機械音、サイレンなどを聴いても何の音かわからない（環境音失認）

## (2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 本人や家族、医療機関からの情報収集および作業場面での観察を十分に行います。
- ◆ 視覚失認に関する検査としては、「標準高次視知覚検査 (VPTA)」があります。

## (3) 職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 高次脳機能障害の中でも比較的頻度の低い症状であり、職場に理解してもらうには、障害特性に関する十分な説明と具体的な対処方法の提案が必要であると思われます。

### 【視覚失認】

- ◆ 手で触ることで代償が可能ですが、職場によっては、刃物や高温の物などの触ると危険な物や、壊れやすい物や食品などの不用意に触れない方がよい物も多くあることが考えられます。一つ一つ触れなくてもわかるよう、ラベルを貼ったり物品の置き場所を固定するなどの環境整備が考えられます。
- ◆ (相貌失認) 同僚や上司に「挨拶をしない。失礼だ」と誤解されないよう、障害特性について周囲に理解してもらうことが望まれます。支援者は見やすい位置に名札を付けて訪問し、会う度にさりげなく名前を名乗ると良いでしょう。
- ◆ (街並失認) 道順を伝える際は、交差点の名前や看板など言語的な目印を活用し、「駅の南口を出て大通りを直進、〇〇薬局の角を…」のように言葉で説明すると良いでしょう。地図を使う場合は、地図に写真を加え、実際の風景と見比べられるようにする方法も考えられます。
- ◆ (純粋失読) 作業手順などをボイスレコーダーに吹き込んだり、パソコンの読み上げソフトといった、文字情報を音声化する機器の活用が考えられます。

### 【聴覚失認】

- ◆ (純粋語聾) 情報をできるだけメモやメールなどの文字で伝えて貰う配慮を職場に依頼することが考えられます。
- ◆ (環境音失認) 機械のアラーム音に気付かないことが考えられます。光や振動で知らせるタイプの機器の活用が考えられます。

### 〈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

### (1) 概要

- ◆ 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。
- ◆ 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が、半側空間無視については、職業リハビリテーションの場面で出会う頻度が高いと思われるため、11 ページに別に項を設けました。また、構成障害や着衣障害（24 ページ）についても空間認知と関係の深い症状と考えられます。

#### 〈生活場面で観察されること〉

- ✓ 近くにある物を手に取ろうとして、空振りする。見えているはずなのに手探りで探すことがある
- ✓ 鍵を鍵穴に差し込むのに手間取る
- ✓ ボールなどの道具を使うスポーツが苦手になった
- ✓ アナログ時計が読めない、読み間違える
- ✓ 方向・方角をよく間違える。よく知っているはずの場所で道に迷う。地図を持っていても実際の風景との対応がつきにくく、活用できない（道順障害）
- ✓ 目の前に複数のものがあると、そのいくつかに気付かないことがある
- ✓ 2つ以上の物の大きさを見比べることができない
- ✓ 一つの物を目分量で半分や3等分に分けることができない

#### 〈職業リハビリテーション場面で観察されること〉

- ✓ アナログ式の秤の目盛りを読み間違える
- ✓ 清掃作業において、「どこまで済ませたか」がわからなくなる
- ✓ 表計算などの作業において、行と列の関係が理解しにくい
- ✓ 桁数の多い筆算で混乱する
- ✓ 展開図や見取り図、地図が理解できない
- ✓ 形の似た部品、左右対称形の部品を間違える
- ✓ 「右」「左」「手前」「奥」などの空間関係を表す言葉を含む指示に対応できない
- ✓ 矢印の意味を捉えにくい
- ✓ 物品を目視で数えると、数個程度であっても数え間違える



## **(2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント**

- ✓ 作業場面における注意深い観察および本人や家族など周囲からの情報収集が重要とされます。
- ✓ 症状の程度と、復職・就職後の職務の種類により、大きな支障となる場合とならない場合があると思われれます。作業上の工夫などで補うことができるのか、職種転換を検討した方がよいのか、判断が必要です

## **(3) 職業リハビリテーションにおける支援**

- ✓ アナログ式の時計や秤の目盛りが読みにくい場合はデジタル式のものを使う、計算には電卓を使用するなど、使う物を工夫することにより解決できる場合があります。
- ✓ 目視で物品の個数を数え間違いやすい場合は、物品を整列させて数える、数字を書いた紙の上に並べるなどの工夫で数え間違いを減らせる場合があります。
- ✓ 道順障害の場合は、「〇〇が見えたら、××の方に向かって進む」など、言語的なヒントを利用することで自立的な移動が可能になる場合があります。

### 〈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

### (1) 概要

- ◆ 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躓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もあります。
- ◆ 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。

#### 〈生活場面で観察されること〉

- ✓ 周囲からの声かけがないと、自分から物事を始めない
- ✓ 家事などの一つずつの作業はできるが、要領が悪く時間がかかる。複数の家事を並行して行うことができない
- ✓ 持ち物の整理整頓ができない
- ✓ 「行きあたりばったり」な行動をする
- ✓ 優柔不断で物事をなかなか決められない
- ✓ 準備や移動に必要な時間の見積もりが立てられず、約束の時間に遅れる。または、早すぎる時間に着く
- ✓ お金を計画的に使えない

#### 〈職業リハビリテーション場面で観察されること〉

- ✓ 手順が明確に指示された作業には対応できるが、最終的な仕上がり像だけが指示されるような状況では、手順を自分で考えることが難しい
- ✓ 普段と違うことが起きた際に、どう対処してよいかわからず、必要以上に慌てたり混乱する。その場の状況に応じて柔軟に対応することが難しい
- ✓ 作業能率や作業精度を向上させるための工夫を自分で考えることが難しい
- ✓ 以前失敗したのと同じ方法で作業をやろうとする
- ✓ 一見、試行錯誤しているように見えても、同じことを繰り返している場合がある

- ✓ 複数の担当作業があると、優先順位の判断が難しい。段取りが組めない
- ✓ 作業に要する時間を見積もることが難しく、期限に間に合わないことがある

※ここに挙げた内容に当てはまる場合、就労経験の少なさなどの別の理由が背景にある場合も考えられますので、受障前との比較を踏まえて検討することが必要です。

## (2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 作業場面を注意深く観察します。支援施設で行う作業は、作業手順について明確に決められていることが多く、臨機応変な判断が必要な場面は少ないため、課題が検出しにくい場合があります。本人が手順を考える必要のある課題や優先順位の判断を要する場面を設定するなど、アセスメントには工夫が必要です。
- ◆ 遂行機能障害に関する神経心理学的検査としては、「 Wisconsinカード分類検査」、「日本版 BADS」などが知られています。他の神経心理学的検査にも言えることですが、全体の得点だけでなく、反応の仕方の特徴を捉えることが、支援を考えるヒントにつながるものと思われます。

## (3) 職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 遂行機能障害は、概念自体がわかりにくく、職場に理解してもらいにくい症状であると思われます。一人ひとりの障害特性と必要な配慮に関し、具体例を挙げて十分な説明をし、周囲の協力を得ることが望まれます。
- ◆ 作業手順のマニュアル化、作業の優先順位、一日の作業スケジュールなどを、予め明確に決めておき、その場その場で判断しなければならないことをできるだけ少なくすることがポイントであると思われます。突発的な事態や判断に迷った場合に相談する相手を決めておくことも大切です。
- ◆ 職種によっては、やりかけの作業を中断して急ぎの仕事を行ったり、周囲の状況を見て処理する順番を変更するといったことが求められ、遂行機能障害のある人にとっては苦手な状況と言えます。このような場合の対策として、抱えている仕事とその期限の一覧表を作り優先順位について目で見てわかるように整理する、自分で優先順位を考えてみた上でその通りの順番でよいか上司に確認する習慣を作るなどが考えられます。「今すぐやる」「今日中」「今週中」「保留（返事待ち）」などの札をつけたトレイなどを用意して、職務に関する書類を整理するもの良いでしょう。始業時、昼休み明け、終業 1 時間前などのタイミングを決めて、進捗状況を上司にこまめに報告して助言を得る習慣を作る方法も考えられます。
- ◆ 作業時間の見積もりが難しい場合は、どの作業にどのくらいの時間が必要であったかを記録しておく習慣をつけ、過去の実績に基づいて予測を立てるようにすると良いで

しょう。

〈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

### (1) 概要

- ◆ 「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」など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にいかなさや喪失感、今後の生活への不安や焦りなどのストレス、若年で受障した人では社会経験の乏しさなど、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、脳血管障害などの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人が頑固になるなど、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、短気な人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。

### 〈生活場面で観察されること・職業リハビリテーション場面で観察されること〉

- ✓ 自分でできるようなことでも、すぐ他人に頼ろうとする
- ✓ 年齢や立場に合わない子どもっぽい言動をする
- ✓ 欲しい物が我慢できず、無計画にお金を使う
- ✓ 間食や嗜好品（煙草、アルコール）を過剰に摂取する
- ✓ パチンコなどのギャンブルが止められない
- ✓ セクハラ的な言動をする
- ✓ ちょっとしたことですぐ怒り、攻撃的な言動をしたり暴力を振るう
- ✓ 「社会は～であるべき」というような自分の価値観を他者に押しつける
- ✓ 他者に過度なおせっかいをする。嫌がられても止めない
- ✓ 他者の気持ちを傷つけたり、場の雰囲気壊すような言動をする
- ✓ 周囲の状況にそぐわない冗談を言ったりふざけたりする
- ✓ 何か気になることがあると、そのことばかり言う
- ✓ 何事にもやる気がないように見える
- ✓ 悲観的な言動が目立つ。自傷行為がある

## (2) 職業リハビリテーションにおけるアセスメント

- ◆ 家族などからの聴き取りと行動観察の両方が重要です。家族の前と支援機関などでは振る舞いが異なる場合があります。どのような場面で問題行動が生じやすいのか、逆に、どのような状況では適切に振るまえたかについて情報を集め、分析していくことは有用であると思われます。
- ◆ 物事の考え方や感情の表現方法には本来多様性があり、暴力や明かな反社会的行動は別として、微妙な逸脱に関しては、それを課題として扱うか判断に迷う場合があります。受障前後で変化があったのかどうか、それによって本人や周囲が困っているのかどうかといった観点で評価すると良いと思われます。

## (3) 職業リハビリテーションにおける支援

- ◆ 根本的で簡単な解決法はなかなか見当たらないのが現状です。対処法の一つとしては、環境調整などで問題行動が出やすい場面を避けることが考えられます。例えば、疲労がイライラ感につながっている場合は、こまめに休憩を入れるなど疲労のコントロールによって問題が軽減する場合があります。
- ◆ 相談によって、本人の抱えている混乱や不安を整理したり軽減することも必要であると思われます。周囲だけでなく、本人も自分の状況に悩みや苦しみを感じている場合が多いため、追い詰めるような対応は避けることが望ましいでしょう。
- ◆ 個別または集団での認知行動療法などの心理的なアプローチが有効な場合があるとの報告もあります。現時点で、職業リハビリテーションの分野で高次脳機能障害者に対して行う認知行動療法の実施方法が確立しているとは言えませんが、考え方として参考になる点があると思われます。かかりつけの医療機関などでこれらの有効性が確認されている人に関しては、当該医療機関と情報交換の上、連続性のある関わりを行うことが望まれます。
- ◆ 同じ高次脳機能障害を持つ仲間と交流を持つことが良い影響をもたらすこともありますが、場合によっては「自分の方が大変」など、周囲との比較によって状況が悪くなることもあります。単に交流の機会を作れば良い訳ではなく、支援者の注意深い介入が必要と思われます。
- ◆ 症状によっては、薬物療法が有効な場合もあるようです。必要に応じて主治医もしくは高次脳機能障害に詳しい医師に相談すると良いでしょう。薬剤には眠気やふらつきなどの副作用が生じるものもあります。新しい薬が処方されたときや量が変更されたときには、いつも以上に気を付けて観察し、気になることがあれば家族などに早めに連絡すると良いでしょう。
- ◆ 本人だけでなく家族や職場など周囲のストレスも大きくなりがちですので、関係機関と連携しながら周囲の人への継続的なサポートをしていくことが望まれます。

〈参考文献〉

1. 平林直次・梁瀬まや・白戸あゆみ・岡崎光俊・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

### 第3章 合併する障害の基礎知識

この章では、高次脳機能障害と合併することが多い障害・症状について概略をまとめました。

#### 1 片麻痺

- ◆ 右または左の上下肢の運動麻痺を言います。
- ◆ 麻痺の程度は様々です。歩行に関しては、杖や手すりを使えば多少の段差や階段の昇降に大きな問題のない人もいれば、転倒しやすかったり、時間や体力を多く要することから通勤などに制限が生じる人もいます。上肢の動作に関しては、押さえる・掴むなどの大まかな動作であれば可能な人と、ほとんど動かすことができないため他方の手ですべての動作を行う必要がある人がいます。障害が生じた側が元々の利き手であったかどうか、という点はもう一方での動作の器用さに影響します。
- ◆ アセスメントにあたっては、職務内容だけでなく、通勤手段やトイレを含めた職場環境との関連で、何らかの対応が必要か、対応が必要であるとすればどのようなことか、といった視点で本人や周囲からの情報収集を行うと良いでしょう。具体的には、通勤ラッシュを避けるための時差通勤や、トイレへの手すりの設置などが考えられます。
- ◆ 回復には個人差がありますが、一般に発症から半年～1年を超えると大きな変化は起こりにくいものとされています。
- ◆ 脳の機能分布との関係で、右片麻痺の人は失語症、左片麻痺の人は半側空間無視を伴う割合が高くなります。
- ◆ 道具の工夫により片手での作業が行いやすくなります。以下に一部を紹介します。

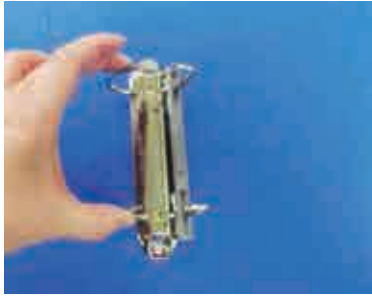


重い物や大きい物を運ぶ必要があるときは、ワゴンが便利です  
(傾斜のある場所では安全面への配慮が必要です)



字を書くときに、シリコン製デスクシートを敷くことで、押さえなくても紙がずれにくくなります。文鎮と併用すると更に安定します





片手で開閉しやすいリングファイルは、  
様々なタイプのものが市販されていま  
す



↑開いた状態で固定できるクリップや、バ  
インダー

←机に置いて使うステープラー

いずれも、一般的な物より片手での扱いが  
容易です



### パソコン周辺の配置例（右片麻痺の人）

字を書くときの滑  
り止めに、文鎮やマ  
ット

杖ホルダー

左側にマウス

小さめのキーボード。複数  
のキーを同時に押す時に  
片手で手が届く

脇机を左側におくと  
出し入れがしやすい

安定の良い椅子（キャスター付きの椅子は座  
るときに不安定になりやすい）



## 2 運動失調



- ◆ 主に小脳の損傷によって起こります。歩行がふらついて不安定になったり、動作や発音がぎこちなくなります。
- ◆ 片麻痺の場合と同様、通勤や職務内容との関係で、配慮や対応が必要となる場合があります。

## 3 感覚障害

- ◆ 片麻痺と同様、多くは左右どちらかの上下肢に生じます。運動障害と同時に生じることもあれば、感覚障害だけが起きる場合もあります。
- ◆ 温度や痛みなどへの感覚が低下するため、火傷や怪我をしても気付くのが遅れる場合があります、注意が必要です。
- ◆ 感覚の鈍さから、指先の細かい作業がしにくくなる場合があります。
- ◆ 痺れや痛みを伴う場合があります。

## 4 視野障害

- ◆ 視野の一部が欠損する場合があります。両眼の左右どちらか同じ方の視野が欠けることを同名性半盲、左右上下の視野の同じ 4 分の 1 の部分が欠けることを同名性四分盲と言います。

同名性半盲（※左の場合）	同名性四分盲（※左上の場合）
 <p data-bbox="376 1464 715 1498">左眼の視野 右眼の視野</p>	 <p data-bbox="906 1464 1273 1498">左眼の視野 右眼の視野</p>

- ◆ 半側空間無視（11 ページ）を伴わない視野障害の人の場合は、視野の欠けている方向に特に視線を動かして見ることを習慣化することにより、日常生活では大きな支障がない場合が多いようです。ただし、自動車の運転は制限される場合があります、また、危険を伴う作業を行う職種への復職、就職には慎重な判断が望まれます。

## 5 構音障害

- ◆ 舌や唇などの発音に必要な器官に麻痺や失調が起きることによる発音の障害です。
- ◆ 軽度の場合は、本人が意識してゆっくり話すことなどで、対面での会話では大きな支障とはなりにくいですが、接客を伴う職種や電話での会話は困難を伴う場合があります。
- ◆ 構音障害が重度であり口頭での会話が難しい場合、筆談を用いることがあります。携帯できる小さなホワイトボードなどが役に立つものと思われれます。

## 6 症候性てんかん

- ◆ 脳血管障害や脳外傷などの脳損傷が原因となって、てんかん発作が起きる場合があります、「症候性てんかん」といいます。
- ◆ 発作の予防のためには、医師の指示に沿った通院や服薬が確実に行われていることが大切です。また、一般に過労や睡眠不足は発作の引き金になりやすいとされており、無理のない働き方や規則正しい生活リズムを守ることが望まれます。
- ◆ どのような時に発作が起きやすいか、発作の内容、対応方法について、本人及び周囲から十分に情報収集をしておくとい良いでしょう。救急搬送する目安や搬送先の病院についても本人や家族の希望を確認しておく、緊急時に適切に対応できるものと思われれます。これらの情報は、本人や家族の同意の元に、職場とも共有しておくことが望まれます。
- ◆ より詳しい情報や発作が起きたときの対応方法については、「日本てんかん協会」や「日本てんかん学会」のホームページが参考になると思われれます。
  - 公益社団法人日本てんかん協会 <http://www.jea-net.jp/>
  - 一般社団法人日本てんかん学会 <http://square.umin.ac.jp/jes/>

### 〈参考文献〉

医療情報科学研究所：「病気が見える vol.7 脳・神経」. メディックメディア, 2011

## 第4章 「障害理解」および「障害受容」について

### 1 「障害理解」や「障害受容」に関する考え方

高次脳機能障害のある人の職業リハビリテーションを行う上で、対象となる人自身の障害の「理解」や「受容」はしばしば支援上の大きなテーマとなります。デリケートな側面を含む難しい問題ですが、職務内容とのマッチング、各種補完方法の導入、職場に理解や配慮を依頼する内容など、支援の各プロセスにおいて本人の納得の元に進めていく上で、軽視することのできない点です。

「障害理解」や「障害受容」に課題があると言われる場合、その内容は一様ではなく、個別性が高く複雑なものであると思われませんが、ここでは4つのタイプに分けて整理してみました。タイプ毎に支援の考え方についても付記しましたが、これらはあくまでも「職場復帰支援プログラム」および「就職支援プログラム」の実践の中で得られた経験則であることをご了承ください。

#### (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である人がいます。このような場合、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なかなか受け入れられません。

第1章3で記載したように、病院を退院後、職業リハビリテーションに取り組み始める前は、自宅と病院以外の社会との接点の少ない生活をしている人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。この場合は、模擬的な就労場面での作業体験や職場実習などの経験を経ることで自身の状況についての気づき、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もあると思われれます。高次脳機能障害の一つとして、「病態失認」と呼ばれる症状があります。これは、狭義には片麻痺や視覚障害、聴覚障害になっても、そのことに自分で気づかなかつたり、頓着しないで行動する不思議な症状を指しますが、広義には記憶障害や一部の失語症の人で障害の認識が乏しいことも指します。本人が自分の障害についてあまり実感を持ってない状態が続くことを前提として支援を組み立てることが、時に必要であると思われれます。

## **(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人がいます。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でこれまでの人生で積み上げてきた自己像や自信が揺らぐため、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人に性急に障害を突きつけ、強引に認めさせようとするのは、本人の気持のバランスを乱したり、支援者との関係を崩すリスクを含むことであると思われる。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思われる。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すること、障害を補う工夫（補完方法）を提案し「こうすればできる」を実感してもらうことなど、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、対象となる人が今持っている力を活かして働くことができるよう、職務とのマッチングや環境調整を支援したり、障害を補う様々な工夫について提案を行います。これらのことよりも、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は多く、不用意に希望を失わせるような対応をすることは、本人の意欲が低下するなどのリスクがあると思われます。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も取り組んでいけるよう、バランスをとることを支援する視点が大切であると思われます。

## **(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人もいます。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思われます。そうした気持ちを受け止めながら支援していくことは大切ですが、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思われます。

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も大切であると思われます。

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思われます。そのため、これらの課題に対する支援についても、一律にノウハウ化できるようなものではなく、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思われます。

## 2 「職場復帰支援プログラム」および「就職支援プログラム」での取り組み

この項では、「職場復帰支援プログラム」と「就職支援プログラム」の各カリキュラムにおいて、障害の「理解」や「受容」を支援するという観点から、特に心がけていることについて述べます。

### (1) 基礎評価（アセスメント）

プログラムの開始にあたり、障害特性について整理することを目的に各種の神経心理学的検査を行います。また、作業上の課題を整理することを目的にワークサンプル幕張版（簡易版）を実施します。これらの結果については、原則としてすべての対象者に口頭と書面での説明を行います。一般平均値との比較などの客観的なデータには説得力がある一方、障害をつきつけることになりがちなため、伝え方には配慮が必要です。例えば、「時間制限のある検査項目では成績が低調だが、自分のペースでじっくり取り組める場面では正確性が高い」といったように本人の得意な面も併せて伝えるようにしています。

### (2) 作業支援

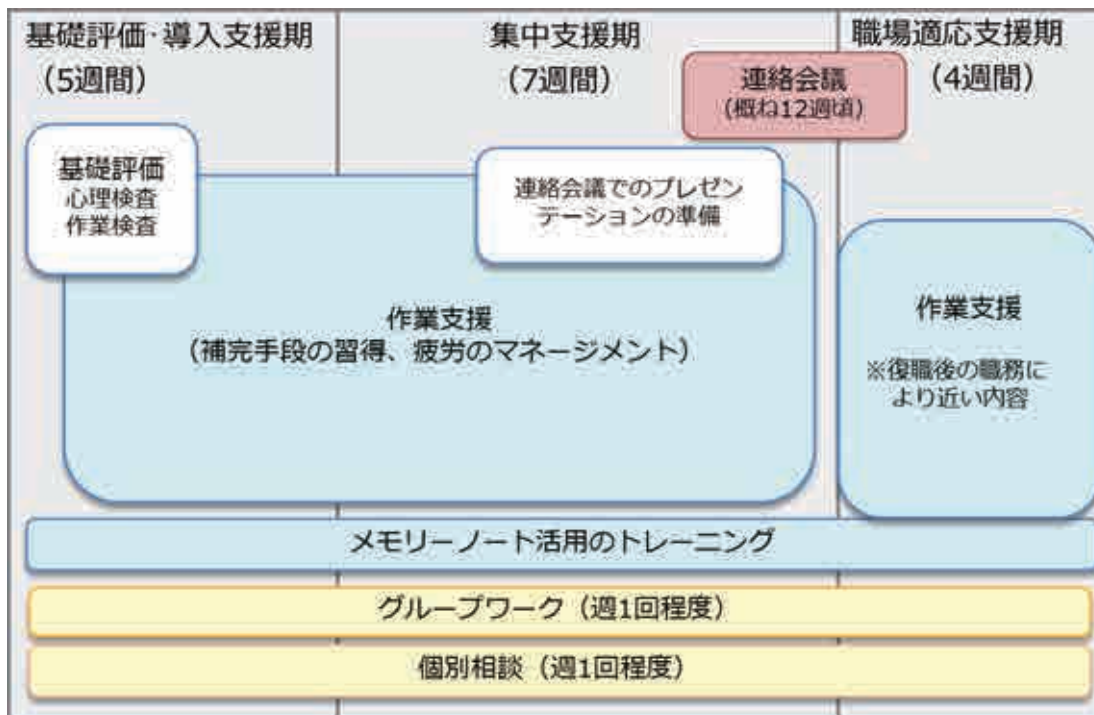
プログラムにおいて取り組む作業課題の内容は、アセスメントの結果や、今後想定される職業領域を踏まえ、対象者と相談して決定します。毎日の作業時間の終わりには、「まとめと振り返り」の時間を設け、作業の結果や課題について振り返り、課題に対処するための補完方法について話し合います。補完方法を活用することによって作業の正確さや作業能率、手順の自立度が向上した場合は、そのことを十分にフィードバックするよう心がけています。

### (3) グループワーク

高次脳機能障害や職場復帰、就職をテーマに対象者同士で話し合う時間を設けています。第1章3にも記したように、プログラムの対象者の中には、プログラムに参加するまで自分と同じような状況の他者と会ったことがない人も多く、同じような経験をしてきた人と気持ちを共有することが励みになったり、自分を見つめ直すきっかけになっているようです。グループワークの内容や実施方法については、参考文献に挙げた支援マニュアルをご参照ください。

月	火	水	木	金
9:30~10:00 朝のミーティング・ラジオ体操など				
作業	個別相談	作業	作業	作業
12:00~13:00 昼休み				
作業	作業	作業	作業	グループワーク
14:40~まとめとふりかえり				
15:00~帰りのミーティング				
作業 (※延長する方のみ~16:30)				

「職場復帰支援プログラム」「就職支援プログラム」の一週間の流れ



プログラム全体の流れ

※上記は「職場復帰支援プログラム」の場合です。「就職支援プログラム」は、全体が13週間ですが、大まかな流れは同じです。



#### **(4) 個別相談**

概ね週1回、担当カウンセラーとの個別相談の時間を設けています。作業支援やグループワークを通して対象者が得た気づきについて整理し、今後の方針について話し合う場としています。個別相談で話し合った内容は、M-メモリーノートの「重要メモ」(16ページ)にまとめ、いつでも振り返ることができるようにしています。

#### **(5) プレゼンテーション資料作成**

プログラムの後半において、「連絡会議」を行います。連絡会議には、本人、家族、関係機関のほか、職場復帰支援プログラムの場合は事業所担当者にも出席いただき、プログラムでの取り組み状況を共有し、今後の方針を話し合います。この連絡会議の場で、対象者は、自分自身の現状についてプレゼンテーションを行うこととしており、連絡会議の約1カ月前からそのための資料作りに取り組みます。

資料の構成は個々の対象者により異なりますが、①受障の経緯、②自分の障害特性(得意なこと/苦手なこと)、③プログラムでの取り組み内容、④希望する仕事やできそうな仕事、⑤職場に配慮をお願いしたいこと、などが含まれます。この資料を作成するには時間も労力も要しますが、多くの対象者にとって、自身の現状についてじっくりと見つめ直す機会になっているようです。プレゼンテーション資料の作成例を参考文献に掲載しています。

また、連絡会議に先立ってグループワークの場で模擬発表を行い、他の対象者からコメントを貰う機会を設けています。多くの場合はお互いの努力を讃え合い、前向きな気持ちを交換する場となっています。

なお、失語症などにより、資料の作成および発表の負担が大きいと思われる場合は、本人の希望を確認の上、可能な範囲での取り組みとしています。

#### **(6) その他**

「職場復帰支援プログラム」と「就職支援プログラム」で使用する部屋の一角に、高次脳機能障害の当事者や家族が体験を書いた書籍や、高次脳機能障害について平易に書かれた書籍を置き、対象者がいつでも自由に手に取れるようにしています。次ページにその一部を紹介します。

『リハビリ医の妻が脳卒中になった時』

長谷川幸子・長谷川幹著、日本医事新報社、1999年

『高次脳機能障害の夫と暮らす日常コミック 日々コウジ中』

柴本礼著、主婦の友社、2010年

『壊れた脳 生存する知』

山田規畝子著、角川学芸出版、2009年

『壊れた脳も学習する』

山田規畝子著、角川学芸出版、2011年

『50シーンイラストでわかる高次脳機能障害「解体新書」』

阿部順子・蒲澤 秀洋監修、名古屋市総合リハビリテーションセンター編著  
メディカ出版、2011年

『脳の障害と向き合おう！一理解できる高次脳機能障害』

中島恵子著、ゴマブックス、2001年

『失語症のすべてがわかる本』

加藤正弘・小嶋知幸監修、講談社、2006年

『脳卒中後の生活』

大田仁史監修、創元社 2005年

〈参考文献〉

障害者職業総合センター職業センター：「支援マニュアルNo.5 高次脳機能障害の方への就労支援～職場復帰支援プログラムにおけるグループワーク～」. 障害者職業総合センター職業センター, 2010

## 第5章 復職や就職に向けた支援の流れ

### 1 職業リハビリテーション支援の開始にあたって確認すること

ここでは、高次脳機能障害のある人の職業リハビリテーション支援の開始にあたり、確認しておきたい事項についてまとめました。必要に応じて、本人だけでなく家族や医療機関、その他の支援機関からも情報を収集すると良いでしょう。

#### (1) 復職や就職に対する本人の考え

復職や就職を目指すにあたり、本人がどのような考えや希望を持っているのかを確認します。

- ✓ 受障前の就労状況
- ✓ 復職や就職に向けての希望（職種、雇用条件、復職や就職の時期）
- ✓ 復職や就職に際して心配なこと
- ✓ 支援を希望すること

#### (2) 障害状況および障害に関する本人の捉え方

障害の状況や障害に対する本人の捉え方について確認します。高次脳機能障害の捉え方については、簡単には説明しにくい場合が多いので、質問の仕方を変えながら丁寧に確認すると良いでしょう。

- ✓ 受障原因（病気、事故など）
- ✓ 医学的な診断内容
- ✓ 治療や医学的リハビリテーションの内容と経過
- ✓ 医療機関から説明を受けた内容（生活上の注意事項、今後の回復の見通しなど）
- ✓ 受障前後での変化（自分で感じることで、周囲から指摘されること）
- ✓ 日常生活において困ること
- ✓ （受障後に就労した経緯がある場合は）職業生活上で困ったこと
- ✓ 今後の職業生活において、影響を予想していること

### (3) 健康面

職業生活に影響が考えられる健康管理上の留意事項について把握します。

- ✓ 治療中の疾患の有無、内容
- ✓ 通院の頻度
- ✓ 服薬の内容
- ✓ てんかん発作の有無、発作の頻度、発作が起きやすい状況など
- ✓ 健康管理上、医師から指導を受けている事項

### (4) 生活面

日常生活において、どの程度自立的に行動することができているか、周囲の援助が必要であるか、確認しておくとい良いでしょう。

- ✓ 普段の日中活動の内容、生活リズム
- ✓ スケジュール管理
- ✓ 食事、排泄、着替え、整容などの身辺処理
- ✓ 家事（洗濯、清掃、整理整頓など）
- ✓ 服薬の自己管理
- ✓ 金銭管理
- ✓ 公共交通機関の利用
- ✓ 自動車運転の可否（※自動車運転に関する主治医と運転免許試験場の判断を踏まえて）

### (5) 経済面

受障による離職や雇用条件の低下が予測される場合には経済的な不安に直面します。経済面の安心が得られることにより、精神的なゆとりが生まれ、復職や就職に向けて落ち着いて取り組める場合があります。各種受給状況について確認し、必要に応じて情報提供を行います。

- ✓ 傷病手当
- ✓ 労働者災害補償保険（休業補償、労災年金など）
- ✓ 障害年金（障害基礎年金、障害厚生年金）
- ✓ 雇用保険（失業手当）
- ✓ 自動車保険（自賠責保険、自動車任意保険）
- ✓ 生命保険（後遺障害に対する給付など ※契約内容による）

## （６）家族の状況

多くの場合、家族は本人にとってもっとも身近な支援者です。しかし、本人の受障による生活の変化や経済的な不安、本人の変化に対する困惑などのために家族がストレス状態に置かれていることは少なくありません。家族の状況や本人との関係性を把握し、家族が今後どの程度本人をサポートできるのか、また、家族への支援が必要なのか、把握に努めます。

### ※家族から聴取

- ✓ 本人の障害に対する家族の捉え方、受障前後での変化を感じる事
- ✓ 家族が困っていること、ストレスに感じていること
- ✓ 本人との関係性
- ✓ 家族が本人を現在サポートしていること、今後サポートできそうなこと
- ✓ 家族をサポートする関係者や関係機関の有無（家族会など）

## （７）社会資源、関係機関の活用状況

複数の支援機関が関わっている場合は、効果的な連携のため、どの支援機関がどのような役割で支援を行っているかを把握します。

- ✓ 障害者手帳（身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳）の取得状況
- ✓ 障害福祉サービス  
（ホームヘルプ、自立訓練、生活訓練、就労移行支援・就労継続支援など）
- ✓ 介護保険サービス（ホームヘルプ、デイケア、デイサービスなど）
- ✓ 地域自治体などが実施する「リハビリ教室」などの通所事業

## （８）事業所の制度や意向（復職の場合）

復職支援に際しては、事業所側の受け入れに関する考え、受け入れ環境などを確認しながら調整を進めます。休職期限については、早期に情報を得ておくとう良いでしょう。

### ※状況に応じて事業所に直接、または本人や家族を通じて情報収集

- ✓ 休職の期限
- ✓ リハビリ出勤や試験出勤などの事業所が定める制度の有無と内容
- ✓ 受け入れに際して事業所が不安に感じていること
- ✓ 障害者雇用、特に高次脳機能障害者の雇用経験

〈参考文献〉

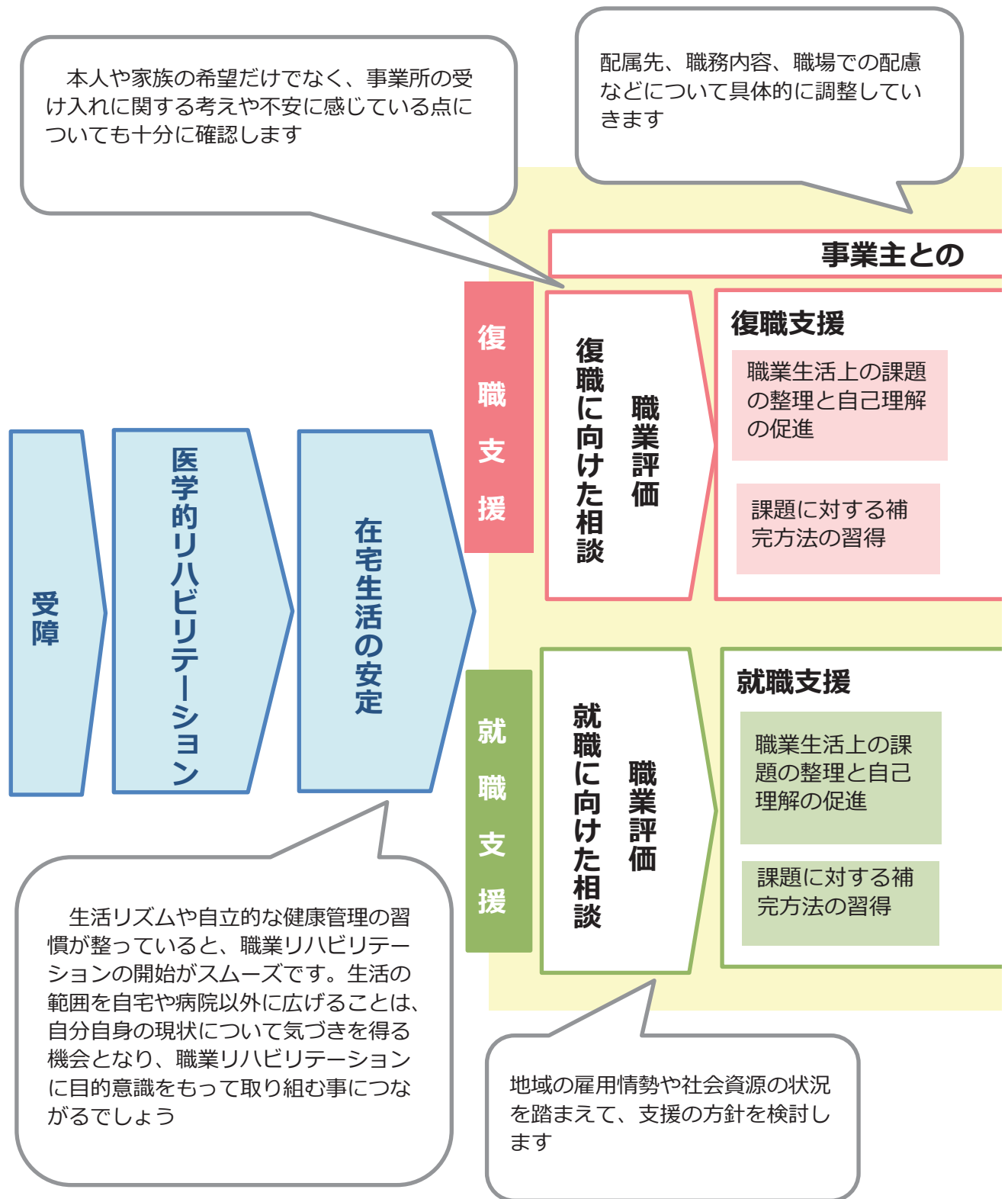
1. 田谷勝夫：職業リハビリテーションと就労支援．中島八十一・寺島彰（編）；「高次脳機能障害ハンドブック」，医学書院，2006.pp141-153.
2. 奥山備子・原田勝行：高次脳機能障害者への支援体制．高次脳機能障害支援コーディネート研究会（監）；「高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル」，中央法規出版，2008. Pp61-73
3. 寺島彰他：社会復帰・生活・介護支援の進め方．高次脳機能障害支援コーディネート研究会（監）；「高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル」，中央法規出版，2008. Pp77-134
4. 加賀信寛他：「幕張ストレス・疲労アセスメントシートM S F A Sの活用のために」．高齢・障害・求職者雇用支援機構，2010



## 2 復職や就職に向けた支援の一般的な流れ

支援の一般的なプロセスを下記に示しました。

ふきだしには、それぞれの時点でのポイントと思われる事項を記載しています。





復職・就職後のフォローアップの方法について、本人や事業所の希望を確認し、方針を決めておくとい良いでしょう

## 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

試験会社  
リハビリ出勤  
など

復  
職

フ  
ォ  
ロ  
ー  
ア  
ッ  
プ

今後の就職活動の方向性の整理  
(職種など)

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

障害状況や配慮を要する事項について、事業所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い良いでしょう

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



障害者職業総合センター職業センター支援マニュアルNo.11  
高次脳機能障害者のための就労支援～対象者支援編～

---

発行日 平成 26 年 3 月

編集・発行 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  
〒261-0014 千葉県美浜区若葉 3-1-3  
電話 03 (297) 9044  
URL <http://www.nivr.jeed.go.jp>

印刷 株式会社ブルーホップ



NIVR