

社会的行動障害のある高次脳機能障害者の 就労支援に関する研究 ～医療機関での取組についての調査～

2018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

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

**社会的行動障害のある高次脳機能障害者の
就労支援に関する研究
～医療機関での取組についての調査～**

2018 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

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

まえがき

障害者職業総合センターは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、わが国における職業リハビリテーションの中核的機関として、職業リハビリテーションに関する調査・研究、技法開発、専門職員の養成・研修等の事業を行っております。

この調査研究報告書は、当センター研究部門における「社会的行動障害のある高次脳機能障害者の就労支援に関する研究～医療機関での取組についての調査～（平成 28、29 年度）」の成果としてとりまとめたものです。

本調査研究では、社会的行動障害のある高次脳機能障害者の就労支援技法の開発の基礎資料とすることを目的に、文献調査及び専門家へのヒアリング調査を行いました。

調査にご協力くださいました皆様、関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

本調査研究報告書が多くの関係者の方のご参考になれば幸いです。

2018 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

研究主幹 木原 亜紀生

執筆担当

土屋 知子（研究員）	概要～第4章（第2章第2節を含む）
松尾 加代（研究協力員）	第2章第2節

研究担当者

本研究は、障害者職業総合センター社会的支援部門が担当した。

研究担当者（職名）〔担当した年度〕は次の通りである。

鈴木 徹（統括研究員）	〔平成28年度〕
松尾 義弘（統括研究員）	〔平成29年度〕
田谷 勝夫（特別研究員）	〔平成28、29年度〕
土屋 知子（研究員）	〔平成28、29年度〕
緒方 淳（研究協力員）	〔平成28年度〕
松尾 加代（研究協力員）	〔平成29年度〕

目次

はじめに	1
概要	2
第1章 背景と目的	7
第1節 本報告書で用いる用語	7
(1) 高次脳機能障害	7
(2) 社会的行動障害	7
(3) 職業リハビリテーション、就労支援	8
第2節 本調査研究の背景と目的	9
(1) 高次脳機能障害者の数及び発症率	9
(2) 社会的行動障害の発症率	9
(3) 社会的行動障害と就労の関係	9
(4) 障害者職業総合センターにおけるこれまでの取組	10
(5) 本調査研究の目的	13
第2章 文献調査	15
第1節 文献調査の方法	15
第2節 文献調査の結果	16
(1) 社会的認知の障害	16
(2) コミュニケーションの障害	19
(3) うつ、不安	24
(4) 怒り、攻撃的行動	28
(5) 発動性の低下	35
(6) 包括的・全体論的リハビリテーションプログラム	37
第3節 文献調査のまとめと考察	40
第3章 ヒアリング調査	43
第1節 ヒアリング調査の方法	43
第2節 ヒアリング調査の結果	45
(1) なやクリニック（納谷 敦夫氏、コメディカルスタッフの皆様）	45
(2) 広島県高次脳機能センター（近藤 啓太氏、コメディカルスタッフの皆様）	48
(3) 神奈川リハビリテーション病院（青木 重陽氏、コメディカルスタッフの皆様）	52
(4) 熊本大学医学部附属病院（橋本 衛氏、コメディカルスタッフの皆様）	56
(5) 専修大学人間科学部 岡村 陽子氏	60
(6) 京都大学医学部附属病院 上田 敬太氏	63
(7) 名古屋市総合リハビリテーションセンター 稲葉 健太郎氏	67
(8) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 浦上 裕子氏	70
第3節 ヒアリング調査のまとめと考察	76
第4章 今後の研究課題	79
引用文献	81

- 本調査研究報告書における略語は以下の通りとする。

リハ：リハビリテーション

モデル事業：高次脳機能障害支援モデル事業¹

支援普及事業：高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業²

SST：Social Skills Training（対人技能訓練または社会技能訓練）

- 職業リハ従事者にとって馴染みが少ない場合があると考えられる用語等について、脚注において簡単な用語解説または参考文献についての情報提供を行った。

¹ 高次脳機能障害者に対する包括的な医療・福祉サービスを行う際に必要な診断・訓練及び社会参加支援の方法を確立するため、厚生労働省が平成 13～17 年度に実施した事業である（参考：高次脳機能障害情報・支援センターウェブサイト http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/）。

² 障害者総合支援法（平成 18～24 年度は、障害者自立支援法）に基づく地域生活支援事業のうち、都道府県が実施する相談支援事業の一つである。都道府県が指定する支援拠点機関において、専門的な相談支援、関係機関との支援ネットワークの充実、普及・啓発事業、高次脳機能障害者の支援手法等に関する研修等を行う（参考：同上）。

はじめに

本調査研究は、障害者職業総合センター職業センター（技法開発部門）の要請に基づき、社会的行動障害のある高次脳機能障害者の支援技法開発のための基礎調査として実施したものである。国内外の関連情報を収集し、支援技法開発の基礎資料とすることを主目的としたが、併せて、得られた情報を整理して報告書として刊行することにより、広く職業リハ支援の実践の参考に資することを目指した。

調査方法としては、広く情報を得ることを目的に国内外の文献調査を行い、その上で、文献のみでは詳しく把握しにくい実践上の工夫や課題などに関する情報を得るため、国内において積極的、先進的な実践を行う施設及び専門家へのヒアリング調査を行った。予備的調査の段階において、医療分野における知見が中心となることが予測されたため、本報告書の副題を「医療機関での取組についての調査」としたが、実際に得られた情報を見ると、医学的治療に関するものに留まらず、医療、福祉、就労支援の分野に広くかかわるものとなった。このことは、高次脳機能障害者の就労支援において、多施設連携に基づいた長期的視点での取組が必要とされることの一つの反映であると考えられる。

文献調査及びヒアリング調査から得られた情報は多岐に渡り、今日からの職業リハ実践にすぐに役立つ知見がある一方、職業リハ分野では適用がしにくいもの、また、職業リハ分野での応用について検討や検証が必要な内容も含まれる。高次脳機能障害者を取り巻く支援機関のネットワークにおける職業リハ機関の役割を踏まえた上で、社会的行動障害のある高次脳機能障害者のための効果的な職業リハ支援技法の確立に向け、検討と検証を進めていくことが今後の課題である。

概要

第1章 背景と目的

高次脳機能障害者において社会的行動障害は頻度の高い症状であり、職業生活に大きく影響することが考えられる。社会的行動障害に関連する職業上の課題について、障害者職業総合センターはこれまでいくつかの取組を行ってきたが、支援現場には更なる支援技法開発へのニーズがある。本調査研究は、障害者職業総合センター職業センター（技法開発部門）の要請に基づき、支援技法開発の基礎資料とするため、社会的行動障害のある高次脳機能障害者の支援技法に関する情報を収集するものである。

第2章 文献調査

1. 方法

高次脳機能障害者の社会的行動障害に関連する症状や課題、治療及び支援に関して、国内外の先行研究を概観した。（※治療のうち、薬物を用いるものについては、第3章のヒアリング調査において主に医師より聴取することとし、第2章では取り扱わないこととした。）

2. 結果

結果は、（1）社会的認知の障害、（2）コミュニケーションの障害、（3）うつ、不安、（4）怒り、攻撃的行動、（5）発動性の低下の5つの症状及び課題に分けて記載した。この他に、総合的な介入方法であるため（1）～（5）のいずれかの症状への介入方法として位置づけがたい「包括的・全体論的リハビリテーションプログラム」について、（6）として記載した。

（1）社会的認知の障害

他者の表情や声の調子から感情を認識したり、行動の背後にある意図を推測したりすることの困難を指す。外傷性脳損傷や脳血管障害などの脳損傷によって社会的認知の障害が生じる場合があり、社会的行動や社会参加に影響を与える。治療や支援に関する研究の数は多くないが、表情の読み取りの練習の効果を報告する研究がある。

（2）コミュニケーションの障害

注意や記憶、遂行機能などの認知機能の障害に起因するコミュニケーションの障害は、「認知コミュニケーション障害」と呼ばれ、脳損傷者において高い頻度で生じる。治療や支援に関する研究は、支援対象者のコミュニケーションスキルへの介入（SST）と、周囲の人のコミュニケーションスキルへの介入（コミュニケーションパートナー訓練）の2つの方向で進められており、それぞれに成果を上げている。

（3）うつ、不安

うつや不安は脳損傷者において高い頻度で見られる。薬物療法以外の介入として、認知行動療法を用いた介入が近年盛んに研究されている。効果が得られたとする研究と、効果が得られなかった、あるいは部分的な効果に留まったとする研究があり、効果が得られやすい条件などについてさらに研究が進められている。認知機能障害がある人を対象として認知行動療法を行う上では、配付資料を使用する、重要な点を要約して繰り返すなどの工夫が必要である。

（4）怒り、攻撃的行動

脳損傷者のうちどの程度の割合の人に怒りっぽさや攻撃性が見られるのかは、調査によって異なり明確ではない。適切な介入がない状況では怒りっぽさや攻撃性が悪化する場合がある。介入方法としては、環境調

整、行動療法、認知行動療法が研究されており、それぞれに成果を上げている。認知行動療法については、認知機能が比較的保たれている人を対象とする場合が多い。

（５）発動性の低下

認知機能の障害や感情面での苦悩が原因ではなく動機付けが減少した状態を指し、職業も含めた社会的な自立性を損なう。目標とする行動の工程を細分化することや、チェックリストやリマインダーなどの外的補助手段を導入することによって、生活場面の自立性向上に効果を上げた事例が報告されている。

（６）包括的・全体論的リハビリテーションプログラム

複数の専門職種の技術を統合した支援プログラムである。障害への気づきと受容、コミュニケーションの問題を扱うグループセッションや、認知訓練、個人カウンセリングなどが含まれる。職業復帰への有効性が報告されている。従来、頻度と期間の両面で非常に集中的な形で行われていたが、近年では簡素化した形で実施されることもある。

３．考察

先行研究において効果が報告された介入方法の中には、主に医療分野で治療として実施されるものであり職業リハ領域の実践には適さないものと、職業リハ領域においても実践が可能であるものとの両方があることが考えられる。介入方法を、①支援対象者の症状そのものの改善を目指す、②障害を補うスキルを支援対象者自身が獲得できるよう支援する、③支援対象者ではなく環境に働きかける、の３つに分類すると、職業リハ領域の実践に馴染みやすいものは、②及び③に該当する支援技法であると考えられる。

社会的認知の障害に対する先行研究における介入方法は、①または②と捉えられる。先行研究では触れられていなかったが、③に該当する介入方法として、支援対象者に対して「察する」ことを求めず、必要な情報を言葉で明確に伝える配慮のある環境を整えることは、職業リハにおいて実践が可能であると考えられる。

コミュニケーションの障害に対する介入では、支援対象者に対して行う SST は②、周囲の人を対象とするコミュニケーションパートナー訓練は③の介入方法と捉えられる。前者については国内の職業リハ機関において既に広く実践されているが、後者については実践例が少なく、今後、取組の検討が望まれる支援技法であると考えられる。

うつや不安に対しては、先行研究においては認知行動療法が多く行われていた。認知行動療法には幅広い技法が含まれ、その中には職業リハ領域においても実践が可能な介入方法が含まれることが考えられる。例えば、ストレスへの対処スキルの獲得に関する支援は②に該当すると考えられ、職業リハ領域でも既に実践されているところである。ただし、うつや不安については薬物療法も含めた医療的ケアが重要であると考えられることから、医療機関と適切に連携した支援が不可欠であると考えられる。

怒りや攻撃性についても、医療的ケアが優先されるべき場合があると考えられることから、医療機関との連携が重要である。その上で、先行研究で報告されていた行動療法や認知行動療法の技法のうち、タイムアウト法やアサーション訓練など、②に該当すると考えられる支援技法を職業リハにおいて取り入れることは可能であると考えられる。また、③に該当する周囲の物理的環境及びコミュニケーション環境の調整も、職業リハにおいて重要な支援技法であると考えられる。

発動性の低下について、生活場面の自立性向上に効果を上げた事例研究では、外的補助手段が活用されており、これらは②と③の両方の要素があると考えられる。また、これらは職業リハにおいてしばしば活用される支援技法であり、職業リハ従事者の専門性を活かせる領域であることが考えられる。

包括的・全体論的リハビリテーションプログラムは、様々な支援技法を統合したプログラムであり、プログラムが全体として機能することが強調されているため、その構成要素を取り出して職業リハへの応用を検

討することは適切ではないかもしれない。しかし、支援対象者の全体像を捉え、支援者間の綿密な意見交換により統合的に支援していく考え方については、参考とすべき点が多いと考えられる。

第3章 ヒアリング調査

1. 方法

社会的行動障害のある高次脳機能障害者への支援に関して、国内における現在の取組や課題について情報を得ることを目的とし、積極的・先進的な実践を行っている施設や、当機構外部の学識経験者から推薦があった専門家を対象としてヒアリング調査を行った。内容は、高次脳機能障害者を対象とした、就労支援または就労支援の前段階の医学的治療及び支援に関する考え方や取組に関することを大枠とした上で、各調査対象施設の特色や各専門家の専門領域に応じたものとした。

ヒアリング調査を実施した施設、専門家等の概略は次の通りである（調査実施順）。

- (1) なやクリニック（納谷 敦夫氏、コメディカルスタッフの皆様）
 - ・ 社会的行動障害のある高次脳機能障害者への治療及び支援の考え方
 - ・ 高次脳機能障害者を対象としたデイケア
 - ・ SCIT（Social Cognition and Interaction Training）を用いたグループ治療
- (2) 広島県高次脳機能センター（近藤 啓太氏、コメディカルスタッフの皆様）
 - ・ 社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
 - ・ 「模擬的就労グループ」などの集団訓練の取組
- (3) 神奈川リハビリテーション病院（青木 重陽氏、コメディカルスタッフの皆様）
 - ・ 「通院プログラム」について
- (4) 熊本大学医学部附属病院（橋本 衛氏、コメディカルスタッフの皆様）
 - ・ 社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
 - ・ アンガーマネジメント支援
- (5) 専修大学人間科学部（岡村 陽子氏）
 - ・ 易怒性のある人への SST
- (6) 京都大学医学部附属病院（上田 敬太氏）
 - ・ 高次脳機能障害者の支援における（特に精神科）医療の役割及び地域連携
 - ・ 社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
- (7) 名古屋市総合リハビリテーションセンター（稲葉 健太郎氏）
 - ・ 就労支援課における取組
 - ・ センター内外の部署、機関と連携した就労支援
- (8) 国立障害者リハビリテーションセンター病院（浦上 裕子氏）
 - ・ 社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
 - ・ FFGW（feeling-focused group work）

2. 結果

ヒアリング調査で得られた情報は、各調査対象施設の特色や各専門家の専門領域に応じ、多岐に渡る。以下には、複数の施設・専門家から共通して得られた意見を中心に、（1）アセスメント、（2）治療及び支援、（3）支援者のケアの3つに分類して要点を記載する。

（１）アセスメント

不適切な行動が起こる背景を個別の支援対象者について理解し、状態像に合致した対応を行うことが重要である。支援対象者の話をよく聞くことが重要であることに加え、不適切な行動のきっかけや背景にある事象について、当事者が意識したり言語化したりすることが難しい場合があるため、行動観察や周囲からの情報収集が重要である。

（２）治療及び支援

支援対象者の状態像に応じ、薬物療法や環境調整、心理教育や対人技能訓練などの心理的支援を組み合わせで行う。環境変化などに伴う状態像の変化に対応するため、長期的な関わりが必要である。

ア．薬物療法

顕著な易怒性・攻撃性、うつ、発動性の低下などいくつかの症状については、薬物療法が重要である。

イ．薬物療法以外の治療及び支援

介入を行う上でのグループ形式の活用は、相互観察による課題への気づきの促進や当事者同士の心理的支援などの効果が期待できる。一方、慎重なグループ編成や十分な数の支援者の配置、前後の個別場面での丁寧なフォローが不可欠であり、これらの条件が整わない場合は却って支援対象者に混乱を生じさせるリスクがある。障害程度や個別の課題を考慮したグループ編成が難しい場合の工夫として、２～３人の少人数グループや、作業活動の一部を活用した対人交流場面を設定する場合もある。

介入効果の測定については、支援対象者の個別性の高さや、適用可能な評価尺度が限られていること、介入から時間を経てから効果が表れる場合があることなどから、工夫が必要である。

（３）支援者のケア

支援者の過負荷への対策としては、支援対象者に対して複数体制、多職種でかかわること、支援者相互に情報交換や相談がしやすい関係性があることが重要である。

３．考察

ヒアリング調査で得られた結果について、職業リハの観点から考察を加える。

（１）アセスメント

行動観察や支援対象者及び周囲からの情報収集は、職業リハ領域においても重要なアセスメント手法として認識されているが、これらを効果的・効率的に行うには、障害特性に関する知識が不可欠であると考えられる。障害特性についての知識を深めることは職業リハ従事者として努力すべき点であるが、多くの職業リハ機関及び職業リハ従事者は特定の障害領域に特化していない現状を考えると、各障害について高度な専門知識を持つことには限界があると考えられる。的確な支援を実施するためには、障害特性に関する専門知識を持つ専門家や関係機関との密な連携が重要であると考えられる。

（２）治療及び支援

ア．薬物療法（を含む医療的ケア）

職業リハの場面において、支援対象者の職業生活上に顕著な課題が認められ、その課題解決に医療的ケアが必要であると判断された場合は、医療機関への受診を勧めることになる。しかし、受診を勧めるべき状況であるかどうかの判断が、職業リハ従事者にとって難しい場合がしばしばあると考えられる。判断に迷う場合に、適切な専門家に対して、時機を逃さず相談できる体制を整えておくことが望まれる。医療リハと職業リハの連携については、支援対象者の医療リハから職業リハへの移行に注目が集まる場合が多いが、一方向的なケースの紹介に留まらず、双方向的な連携が重要であると考えられる。

イ．薬物療法以外の治療及び支援

少人数のグループ形式での支援や、作業活動の中での対人交流場面の設定については、職業リハ機関においても取り入れやすく、実践の参考にしやすいと考えられる。

介入効果の客観的な測定は、医療リハと職業リハの共通の重要な課題であると考えられる。

(3) 支援者のケア

支援対象者に対して複数体制でかかわることは、職業リハにおいても同じく重要であると考えられる。職業リハ機関では、一つの施設の中で多職種体制を作ることは難しい場合があるが、多機関体制で類似の機能を得ることが可能であるかも知れない。

第4章 今後の研究課題

第2章及び第3章の結果と考察を踏まえ、職業リハ領域の今後の研究課題として重要であると考えられる事項を挙げる。

(1) 関係機関との連携について

医療機関をはじめとする関係機関との連携の重要性が改めて強調される。高次脳機能障害者の支援において、医療リハと職業リハとの連携は従来に比べ改善されてきてはいるものの、依然として課題が残ることが関連の調査から指摘されている。今後の研究課題として、残る課題解決に向けたより具体的な検討を進めることが必要であると考えられる。また、今回の検討の結果、医療機関の中でもリハ医療だけでなく精神科医療との連携、さらに、福祉機関との連携や、職業リハ機関同士の連携も重要であることが指摘されることから、多機関をつなぐ支援ネットワークの観点から連携を検討していくことが必要であると考えられる。

(2) 職業リハ領域での取組について

他機関との連携が重要である一方、職業リハ機関の実践のフィールドや専門性を活かし、率先して取り組むことが望ましい領域もあると考えられる。一例としては、コミュニケーションパートナー訓練を職業リハに応用することが考えられる。支援対象者の上司や同僚、あるいは企業在籍型ジョブコーチといった職場のコミュニケーション環境に積極的に介入することは、職業リハ機関ならではの実践であると言えるだろう。

また、長期的視点での支援の重要性が指摘されているが、医療機関や福祉機関よりも時間的に後方のタイミングで支援対象者に対して密接にかかわる場合が多い職業リハの立場を活かし、職場適応が円滑であった、あるいは必要とする支援の量が多かった支援対象者の特徴や課題について、情報を蓄積・分析していくことは、就職や復職の前段階での支援において各関係分野が注力すべき点を特定するために有用な情報となり得ることが考えられ、職業リハ領域における重要な研究課題であると考えられる。

第1章

背景と目的

第1章 背景と目的

第1節 本報告書で用いる用語

(1) 高次脳機能障害

「高次脳機能障害」及び「高次脳機能障害者」の定義として、2001年度から国の事業として行われた「高次脳機能障害支援モデル事業」において作成された「高次脳機能障害診断基準」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・国立障害者リハビリテーションセンター, 2008)が、「行政的定義」として知られているが、その前文にも示されているとおり、モデル事業以前から「高次脳機能障害」や「高次脳機能障害者」の語は脳損傷に起因する認知障害全般を指す語として用いられていた。職業リハ領域においても同様であり、例えば、障害者職業総合センターの1990年代の刊行物には「高次脳機能障害」をタイトルに含むものがある。

前述の通り、モデル事業以前から使用されていた「高次脳機能障害(者)」の語は、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、行政的定義における「高次脳機能障害(者)」よりも広義であり(岩田, 2011; 武田, 2016)、行政的定義において主要症状とされる「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」の他、失語症、失行症、失認症等の様々な認知機能障害が含まれる。行政的定義においては除外される進行性疾患等による認知症も広義の「高次脳機能障害」に含まれるが、若年性認知症の場合を除き、支援や施策の観点からは区別して考えるほうが現実的であると指摘されている(三村, 2011)。

現在、職業リハ領域における「高次脳機能障害」の語の使われ方を見ると、行政的定義を意図して使用される場合と、広義で使用される場合とが混在しているようである。例えば、日本職業リハビリテーション学会の最近5年間(2012~2016年)の大会の発表論文集を見ると、「高次脳機能障害」をタイトルに含む演題は計19題あり、うち1題では「高次脳機能障害」を行政的定義に沿って使用することが本文に明記されている一方、3題では主たる症状が失語症である人を事例や調査対象者として取り上げており、「高次脳機能障害」を広義に捉えていることが窺われた。残りの15題については、発表論文集からは判断できなかった。

当機構の刊行物等においては、「高次脳機能障害」を広義で使用することが慣例となっている(ただし、高齢期の認知症者を職業リハの支援や研究の対象とすることはまれであるため、認知症については主に若年発症である場合が対象となる)。そこで、本報告書においても、特に説明しない場合は広義の高次脳機能障害の意味で用いることとし、行政的定義を特に指し示す場合は「行政的定義の高次脳機能障害」と記すこととする。

(2) 社会的行動障害

「社会的行動障害」は、行政的定義の高次脳機能障害において、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」と並ぶ主要症状とされる。モデル事業の成果物の一つとして作成された「高次脳機能障害者支援の手引き(改訂第2版)」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・国立障害者リハビリテーションセンター, 2008)の「主要症状の解説」の項(pp.3-6)では、「社会的行動障害(social behavioural disorder)」には、「意欲・発動性の低下」「情動コントロールの障害」「対人関係の障害」「依存的行動」「固執」が含まれるとされる。また、同書「医学的リハビリテーションプログラム」(pp.14-21)の項では、「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・発動性低下」「抑うつ」「感情失禁」「引きこもり」「脱抑制」「被害妄想」「徘徊」が挙げられている。

中島(2009)は、モデル事業において「社会的行動障害」の語を採用した意図について、「器質性精神障害の行政的取り扱いのうえで必要な、家人を含めた対人関係を中心として社会生活を送るうえでの困難の要

因を操作的に定義すること（p.1066）」とし、様々な症状について「これらを一括りにすることは正統な精神医学では受け入れがたい面があるかと思うが（p.1066）」、行政的な定義であり、障害の認定を容易にした意義があると述べている。

「社会的行動障害」はモデル事業において行政的に定められた用語ではあるが、モデル事業以前のリハ医学領域の文献において、「社会的行動障害」と類似した用語の使用例はいくつか見られる。例えば「社会的行動の障害（conduct disorder ないしは disorder of social behaviour）」（鹿島・加藤・本田，1999）、「心理社会的行動（psychosocial behavior）の障害」（大橋，1990）などである。

一方、より最近の文献において、「社会的行動障害」とある程度の意味の重なりがあると推定される別の語が使用される場合がある。例えば、東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会（2008）による調査では、「行動と感情の障害」、また、高次脳機能障害全国実態調査委員会（2016）による調査では「行動と情緒の障害」の語が用いられている。また、文献によっては、行政的定義の「社会的行動障害」に該当する行動特徴が遂行機能障害の一部として説明される場合（例えば、鎌倉，2010b）や、脳の損傷部位との関係から「前頭葉機能障害」の一部として表現される場合もある（例えば、柴崎，2012）。

本報告書では、「社会的行動障害」の語を行政的定義における説明に基づき使用していくこととする。上述した関連語については、「社会的行動障害」との意味の重なりや相違が必ずしも明確でない点に留意しつつ、必要に応じてこれらの語を使用した文献や統計資料を参照する形で使用していくこととする。

（３）職業リハビリテーション、就労支援

職業リハの定義および理念や、「職業リハビリテーション」と「就労支援」の意味の違いは成書に詳しい（朝日，2012；菊池・松為，2006）が、ここでは詳細には立ち入らない。本報告書においては、「職業リハビリテーション」は障害者の就職や復職、職業生活の維持や充実に目的とした当事者、支援者、関係者の活動として大まかに捉え、「就労支援」は、職業リハにかかわる支援者の活動を指すこととする。支援者としては、障害者の就労支援機関（地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所等）に所属する者の他、行政・医療・福祉等の関係機関において、業務の主たる部分あるいは一部分として職業リハに携わる者を想定する。

第2節 本調査研究の背景と目的

（１）高次脳機能障害者の数及び発症率

日本国内の高次脳機能障害者数に関する統計は複数あり、「高次脳機能障害」の範囲をどのように捉えるかにより数値にかなりの違いがある。モデル事業においては、大阪府と広島県で行われた調査を元に、国立障害者リハビリテーションセンターが、高次脳機能障害者の数を全国で約 27 万人、うち 18 才以上 65 才未満は約 7 万人と推計した（中島，2006a）。東京都が 2008 年に行った調査（渡邊・山口・橋本・猪口・菅原，2009）では、東京都内の病院へのアンケート調査の結果を元に、都内の高次脳機能障害者は 49,408 人と推計し、ここから全国の高次脳機能障害者数はおよそ 50 万人と推計した。東京都の調査においては、行政的定義の高次脳機能障害だけでなく、失語症や失行症、失認症等も高次脳機能障害として調査対象とされており、広義の高次脳機能障害者に関する調査といえる。ただし、進行性疾患による場合は対象外とされている。蜂須賀・加藤・岩永・岡崎（2011）が 2008 年に行った調査では、福岡県内の病院へのウェブ調査から、高次脳機能障害の年間の発症率は人口 10 万人あたり 2.3 人、全国では 1 年間に 2,884 人が新規に発症すると推計した。この調査における高次脳機能障害の定義は行政的定義によるものとされ、ただし、日常生活に全介助を要する重度の者は調査対象外とされた。

（２）社会的行動障害の発症率

一人の高次脳機能障害者において複数の症状があることは一般的であるが、そのうちの一つとして社会的行動障害がある割合は高い。モデル事業の調査対象者において、対人技能拙劣、固執性、感情コントロール低下などの社会的行動障害の症状のいずれか一つでも見られる人は 70%と報告された（中島，2006b）。東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会（2008）による報告では、通院患者、入院患者、退院患者を対象とした各調査において、「行動と感情の障害」がある人はそれぞれ 44.5%、91.4%、45.6%であった。高次脳機能障害全国実態調査委員会（2011）による調査³では、「行動と情緒の障害」がある人は 59.8%（第 1 次調査）であり、また、「行動と情緒の障害」が主たる障害である人は 11.7%（第 2 次調査）であった。なお、日本高次脳機能障害学会による調査は高次脳機能障害を広義に捉えており、認知症者も調査対象に含まれる。

（３）社会的行動障害と就労の関係

社会的行動障害と就労との関係に関連する専門家の意見を挙げると、例えば、名古屋市総合リハビリテーションセンターにおいて高次脳機能障害者の心理的支援に永年にわたり携わった阿部（2009）は、「高次脳機能障害者の社会復帰にあたって、社会的行動障害が阻害要因となることは、現場の支援者には自明の理である（p.1094）」と述べている。また、自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会（2011）による報告書においては、「特に就労を阻害する要因としては、認知障害だけでなく、行動障害および人格変化を原因とした社会的行動障害を重視すべきであって、社会的行動障害があれば労働能力をかなりの程度喪失すると考えるべきである（p.12）」と述べられている。

³ 高次脳機能障害者の診療を行っている可能性のある全国の医療機関を対象とした第 1 次調査と、より詳細な調査への協力が可能と回答した施設を対象とした第 2 次調査の 2 つの調査を含む。いずれも調査実施は 2009 年。

（４）障害者職業総合センターのこれまでの取組

ここでは、高次脳機能障害者の職業リハに関する障害者職業総合センターのこれまでの研究及び技法開発の取組のうち、社会的行動障害に関連する取組について述べる。表１には、障害者職業総合センターの刊行物のうち、主に高次脳機能障害者の支援をテーマとするもの、あるいは、複数の障害種類を扱うがその中の一つとして高次脳機能障害にある程度の記載分量があてられているものを挙げた。

障害者職業総合センターの刊行物のうち、タイトルに「高次脳機能障害」を含む最も古いものは、「調査研究報告書№32 高次脳機能障害を有する者に対する職業講習の指導技法に関する研究」（障害者職業総合センター、1998）である。この中で、高次脳機能障害の症状の一つとして「性格変容と対人技能の低下」が挙げられ、これらが職場定着を妨げることがあるとの認識が示されている。これらの症状については机上検査では把握しにくい日常の行動観察が重要であることが記されているが、具体的な支援方法については今後研究が必要な課題の一つとして指摘するに留まっている。

1999年から障害者職業総合センター職業センターにおいて、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」が開始され、本プログラムにおける取組については「実践報告書」として取りまとめられている（障害者職業総合センター、1999；2001；2005b；2006a；2008）。これらの報告書において、社会的行動障害に関連する課題とその支援については、主に事例に関する記載の中で触れられており、プログラム全体を通じた体系的な取組というよりは、個別の支援対象者の状況に応じた支援対象者や関係者への助言が中心であった。

より体系的な取組としては、「M-ストレス・疲労アセスメントシート」の開発（障害者職業総合センター、2002）や、グループワークのマニュアル化（障害者職業総合センター、2010d）が挙げられる。前者は高次脳機能障害者のみを対象として開発されたものではないが、ストレスや疲労の原因になりやすい事象、ストレスや疲労のサインの把握、考えられる対処法などを整理するために相談の中で用いるものとして作成され、社会的行動障害に関連する課題への対処として一定の活用ができる可能性がある。後者は、前述の職場復帰支援プログラムにおける取組を基に、他の就労支援施設においてグループワークを行う際の参考に資することを目的として、支援者用のマニュアルと対象者に配布するワークシートを冊子化したものである。28テーマのグループワークが用意され、その中には「リラクゼーション法」「ストレスの対処法」「コミュニケーションのスタイル（アサーション）」など、社会的行動障害に関連する課題への対処に関係するものが含まれている。また、2012年から試行実施された「職業リハビリテーション導入プログラム」（障害者職業総合センター、2015）では、対象者の意欲に着目した取組が報告された。

以上のように、社会的行動障害に関連する課題への取組は障害者職業総合センターにおいてこれまである程度行われてきたが、地域障害者職業センターから障害者職業総合センターに寄せられる支援技法開発の要望の内容を見ると、社会的行動障害への対応を挙げるものが目立ち、更なる技法開発へのニーズがあることが窺われる。支援現場におけるニーズを分析するために、2015年に障害者職業総合センター（2016a）が全国の地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラーに対して行った調査において、社会的行動障害の中で支援に苦慮する印象のある障害特性を尋ねたところ、64%が「情動コントロールの障害」、33%が「対人関係の障害」、同じく33%が「意欲・発動性の低下」を挙げ、「該当なし」は18%に留まった。集計結果を図１に転載する。

表1 障害者職業総合センターの刊行物のうち、高次脳機能障害に関する内容が特に含まれるもの

発行年	種類・番号	タイトル
1997	調査研究報告書№21	地域障害者職業センターの業務統計上“その他”に分類されている障害者の就業上の課題
1998	調査研究報告書№32	高次脳機能障害を有する者に対する職業講習の指導技法に関する研究
1999	実践報告書№4	高次脳機能障害者のための効果的な支援方法（構想） —医学的リハから職場復帰への円滑な支援を中心として—
2001	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—
2002	調査研究報告書№52	精神障害者等を中心とする職業リハビリテーション技法に関する総合的研究（中間報告書）
2003	資料シリーズ№28	脳損傷者の就業定着に関する研究
	実践報告書№11	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事業主支援（事前調査）から—
2004	調査研究報告書№57	精神障害者等を中心とする職業リハビリテーション技法に関する総合的研究（最終報告書）
	調査研究報告書№58	高次脳機能障害を有する者の就業のための家族支援のあり方に関する研究
	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及び医療機関との連携の現状と課題—
	調査研究報告書№64	精神障害者等を中心とする職業リハビリテーション技法に関する総合的研究（活用編）
	支援ツール№21-1	トータルパッケージの活用のために —ワークサンプル幕張版（MWS）とウィスコシン・カードソーティングテスト（WCST）幕張式を中心として—
	支援ツール№21-2	メモリーノート
	実践報告書№13	高次脳機能障害を理解するために（事例集）
2005	支援ツール№18	高次脳機能障害者の注意機能検査 —パソコン版 空間性注意検査・軽度注意検査マニュアル—
	実践報告書№16	高次脳機能障害者に対する職場復帰支援 —実践事例編—
2006	実践報告書№18	高次脳機能障害者に対する支援プログラム—利用者支援、事業主支援の視点から—
	支援マニュアル№1	高次脳機能障害の方への就労支援
2007	調査研究報告書№79	高次脳機能障害者の雇用促進等に対する支援のあり方に関する研究 —ジョブコーチ支援の現状、医療機関との連携の課題—
2008	実践報告書№21	高次脳機能障害者に対する支援プログラム —家族支援の視点から—
2009	調査研究報告書№92	高次脳機能障害者の就業の継続を可能とする要因に関する研究
2010	調査研究報告書№93	特別の配慮を必要とする障害者を対象とした、就労支援機関等から事業所への移行段階における就職・復職のための支援技法の開発に関する研究
	調査研究報告書№96	若年性認知症者の就労継続に関する研究
	支援ツール№32	ワークサンプル幕張版 —MWSの活用のために—

2010	支援マニュアル№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―
2011	調査研究報告書№99	高次脳機能障害・発達障害のある者の職業生活における支援の必要性に応じた障害認定のあり方に関する基礎的研究
	調査研究報告書№104	失語症のある高次脳機能障害者に対する就労支援のあり方に関する基礎的研究
	資料シリーズ№59	認知に障害のある障害者の自己理解促進のための支援技法に関する調査研究
	支援ツール№34	認知に障害のある人に対する相談補助シート
	支援ツール№37	失語症のある人の雇用支援のために... 事業主と失語症のある人のための雇用支援ガイド
2012	調査研究報告書№111	若年性認知症者の就労継続に関する研究 II
	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―
2013	支援マニュアル№11	高次脳機能障害者のための就労支援 ―対象者支援編―
2014	調査研究報告書№121	高次脳機能障害者の働き方の現状と今後の支援のあり方に関する研究
2015	実践報告書№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年間の取組をととして―
2016	調査研究報告書№129	高次脳機能障害者の働き方の現状と今後の支援のあり方に関する研究 II
	支援ツール№50	若年性認知症を発症した人の就労継続のために
	支援マニュアル№14	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―
2017	実践報告書№30	記憶障害を有する高次脳機能障害者の補完手段習得のための支援

※ 表1に挙げた刊行物はすべて当機構ウェブサイトで公開している (<http://www.nivr.jeed.or.jp/>)。

※ 「支援ツール」は、上記ウェブサイトにて「各種教材、ツール、マニュアル等」として挙げているものを指す。

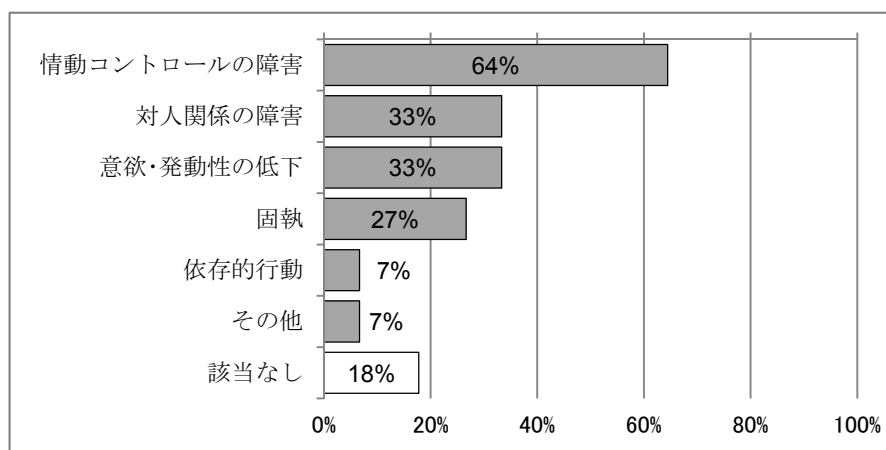


図1 地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラーが支援に苦慮する印象のある障害特性（複数回答あり）

※調査研究報告書№129（障害者職業総合センター、2016a）、p.45 より転載

（５）本調査研究の目的

以上より、高次脳機能障害者において社会的行動障害は頻度の高い症状であり、職業生活に大きく影響することが考えられる。社会的行動障害に関連する職業上の課題について、障害者職業総合センターはこれまでいくつかの取組を行ってきたが、支援現場には更なる技法開発へのニーズがある。この状況を踏まえ、障害者職業総合センター職業センター（技法開発部門）では、社会的行動障害のある高次脳機能障害者の職業上の課題に対する効果的な就労支援技法の開発を計画している。

本調査研究は、障害者職業総合センター職業センターの要請に基づき、支援技法開発の基礎資料とするため、社会的行動障害のある高次脳機能障害者の支援技法に関する情報を収集するものである。その目的に加え、得られた情報を整理して報告書として刊行することにより、広く職業リハ支援の実践の参考に資することを目指した。

第2章

文献調査

第2章 文献調査

第1節 文献調査の方法

前章で述べた目的を踏まえ、これまでに職業リハとその関連領域である医療や福祉分野において行われてきた、社会的行動障害のある高次脳機能障害者に関する研究を中心に文献調査を行うこととした。対象とした文献は、おおむね 2000 年以降に出版された日本語文献と英語文献で、成人期の高次脳機能障害者（脳損傷者）の社会的行動障害に関連する症状や課題、その治療及び支援を取り扱うものとした。職業リハ従事者の参考に資するという本調査研究の目的から、介入については薬物療法以外の介入を中心とした。また、小児を対象とした研究や高齢期の認知症者を対象とした研究、また、本邦では一般的ではない退役軍人を対象とした研究については対象外とした。

日本語文献の収集にあたっては、「社会的行動障害」「行動と感情の障害」「行動と情緒の障害」をキーワードに学術データベース（CiNii 及び Google Scholar）を検索した他、関連学会の定期刊行物である「高次脳機能研究」、「神経心理学」「作業療法」及び「職業リハビリテーション」のバックナンバーの論文タイトルを参照し、関連が深いと考えられる文献を収集した。そこで見いだされた文献の著者名やキーワードを元に更に検索を行い、また、必要に応じてそれらの引用文献を収集する、「雪だるま式」（大木，2013）の文献収集を行った。

英語文献の収集にあたっては、「higher brain dysfunction（高次脳機能障害）」及び「social behavioral disorder（社会的行動障害）」のいずれも日本で独自に普及している用語という面があり（鎌倉，2010a；橋本，2012）、これらを手がかりに英語文献を検索することは効率的ではないと考えた。そこで、日本語文献の調査において見出された総説及び解説記事（渡邊，2013；渡邊，2015；山里，2016）及び成書（日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会，2015）において、社会的行動障害に関連して引用された英語文献のタイトルやキーワードに含まれる語（brain injury, stroke, behaviour disorder, emotional processing, emotion perception, social skills, social communication skills, behavioural intervention, behavior therapy, intervention, rehabilitation, psychotherapy）に、今回の調査の目的と特に関連が深いと考えられた語（anger, aggression, challenging behavior, apathy, depression）を加え、これらをキーワードに学術データベース（PsycBITE 及び Google Scholar）を検索した。また、上記の英語文献が掲載された学術誌（Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Brain Injury, Journal of Head Trauma Rehabilitation）及び関連分野の学術誌（Disability and Rehabilitation, Journal of Vocational Rehabilitation）のバックナンバーを参照し、関連が深いと考えられる文献を収集した。その上で、日本語文献と同様に「雪だるま式」（大木，2013）の文献収集を行った。

以上のような方法をとったことから、全体として系統的ではなく、網羅的であるとも言えないが、社会的行動障害のある高次脳機能障害者の症状や課題、治療及び支援に関連する文献をできるだけ広く収集し、現在までの先行研究を概観した。

第2節 文献調査の結果

本章では、社会的行動障害に関連する症状や課題を、(1) 社会的認知の障害、(2) コミュニケーションの障害、(3) うつ、不安、(4) 怒り、攻撃的行動、(5) 発動性の低下の5つに分類して記載する。これは、今回収集した先行研究におけるテーマ設定の傾向や内容のまとまりから便宜的に区分したものである。

各症状や課題、治療及び支援に関連する先行研究を概観した上で、効果があったとする介入研究を数例ずつ紹介する。介入研究事例については、国内で行われた研究についてもできるだけ紹介するよう努めたが、論文として発表された研究の数が限られており、結果として米国やオーストラリア、欧州において行われた研究が中心となった。また、外傷性脳損傷者を対象とした研究が多く、外傷性以外の脳損傷者を対象とした研究は相対的に少ない結果となった。

また、(1)～(5)の他に、これらのいずれかの症状への介入方法としては位置づけがたい総合的な支援プログラムである「包括的・全体論的リハビリテーションプログラム」を(6)として記載した。

(1) 社会的認知の障害

ア. 概要・発生頻度等

McDonald (2013) によると、社会的認知 (social cognition) とは、他者の行動に対して社会的に適切に応答するために、他者の行動の背後にある意味や意図を推測する社会的手がかりを使う能力のことを指す。この能力には、顔の表情や声の調子、しぐさから他者の感情を認識する「感情の認知 (emotion perception)」、行動の背後にある他者の思考や意図を判断する「心の理論 (Theory of Mind)」、他者の立場から物事を見る「認知的共感 (cognitive empathy)」、他者と感情を分かち合う「情動的共感 (affective empathy)」が含まれる。共感 (empathy) には、自分自身を認識し、自己の感情と他者の感情を区別できることが必要とされる (McDonald, 2017)。

外傷性脳損傷や脳血管障害などの脳損傷によって社会的認知の障害が生じることは、様々な研究により明らかにされている (Bornhofen & McDonald, 2008a; Cassel, McDonald, Kelly, & Togher, 2016; Hamilton, Radlak, Morris, & Phillips, 2017; McDonald, 2013)。また、社会的認知の障害は、大脳の左半球よりも右半球の損傷で生じやすいこと (Hamilton, Radlak, Morris, & Phillips, 2017)、表情の認知については、快感情よりも、悲しみ、怒り、恐怖といった不快感情の方がより困難になりやすいこと (Radice-Neumann, Zupan, Babbage, & Willer, 2007) など、障害の詳細についても明らかにされつつある。

脳損傷のある人のうち、どの程度の割合の人に社会的認知の障害が生じるのかは、十分に明確にはなっていない (Cassel et al., 2016)。調査の一例として、Kelly, McDonald, & Frith (2017) が外傷性脳損傷者の治療を行う臨床家 (心理士、言語療法士、作業療法士など) を対象に行った国際的調査を挙げると、回答者 443 名中 84% が、自身の担当する重度の外傷性脳損傷者の半数以上に社会的認知の障害が見られると回答し、37% が自身の担当する軽度～中等度の外傷性脳損傷者の半数以上に社会的認知の障害が見られると回答した。

社会的認知の障害は、他者とのコミュニケーションをはじめとする社会的行動に負の影響を与え (Byom & Turkstra, 2011; May, et al., 2017; Watts & Douglas, 2006)、その結果として就労などの社会参加に負の影響を与えることが指摘されている (Knox & Douglas, 2009; Struchen, et al., 2008; Yeates, et al., 2016)。

医療リハの領域において、脳損傷者に社会的認知の障害が見られることは認識されているが、通常の臨床活動において詳細な評価がいつも行われているとは言えないようである。前述の Kelly et al. (2017) の調査では、担当患者の表情からの感情の読み取り能力について、日常的に評価を実施していると答えた回答者は

全体の 9.4%、心の理論については 3.6%のみであった。評価が行われる場合においても、標準化された検査が使用される割合は低かった。

イ. 介入

Cassel et al. (2016) によると、外傷性脳損傷者において社会的認知の障害が生じることは 40 年程前から知られており、過去 10 年程で障害のメカニズムや評価法についての研究が進んだが、治療に関する研究は立ち後れている。具体的には、記憶障害や注意障害といった他の症状への治療と比べて研究の数が少なく、また、統合失調症や自閉症などによる社会的認知の障害と比べても脳損傷者の社会的認知の障害の治療に関する研究は少ない。さらに、外傷性脳損傷者の社会的認知に関する介入研究では、顔の表情からの感情の読み取りに焦点が当てられることが多く、その他の社会的認知についてはほとんど研究されていない。

Roelofs, Wingbermühle, Egger, & Kessels (2016) が、2003～2015 年に発表された社会的認知の障害への介入研究を系統的な方法で検索したところ、41 件の研究が見つかり、そのうち脳損傷者を対象とした研究は 6 件であった。介入の効果が報告されていたのはそのうち 4 件であった。効果があつたとする 4 件のうち 3 件の研究について以下に概要を紹介する。残りの 1 件 (McDonald et al., 2008) については、次項「(2) コミュニケーションの障害」で取り扱う。なお、下記 3 件のうち 2 件は同一の著者らによる研究であるため、まとめて紹介する。加えて、上記の 6 件には含まれていないが、日本国内で行われた研究を 1 件紹介する。

(ア) Bornhofen & McDonald (2008b; 2008c)

一つ目の研究は、重度の外傷性脳損傷の後、平均 7 年 9 か月経過した成人の外来患者 12 人を対象に実施された。参加者は、自己評価または臨床家による評価において、長期に渡る社会的困難や孤立、社会的なやりとりにおける不器用さ、社会的手がかりへの気づきの弱さなどが見られる人たちであった。参加者を介入群と対照群に無作為に割り付けた後、介入群に対しては、2～3 人の小グループで、1.5 時間のセッションを週 2 回、8 週間に渡って行った。セッションでは、線画や写真から基本的な感情を区別する課題に始まり、動画やロールプレイを使って感情を判断する課題、そして、話者が皮肉や嘘を言っていることを判断する課題と、段階的に複雑な課題が課せられた。これらは、参加者の意欲を維持するためにゲーム形式で行われた。効果測定は、顔写真を見て感情を判断する検査 (Facial Expression Naming Task 及び Facial Expression Matching Task) や動画を見て感情を判断する検査 (Awareness of Social Inference Test: TASIT の part1)、動画の中の発言の皮肉や嘘を判断する検査 (TASIT の part2 及び part3)、心理社会的な問題に関する質問紙 (Sydney Psychosocial Reintegration Scale, Current Status-Self Ratings) を用いて行われた。介入前後及びグループ間の比較を行ったところ、介入群において TASIT の Part1 及び Part3 の得点が統計的に有意に改善していた。著者らは、少人数を対象とした研究のため限界があるとしながらも、介入が参加者の感情の認知を改善させたと結論づけた。

二つ目の研究では、感情の認知への介入を行う上で、誤りなし学習 (errorless learning)⁴と自己指示法 (self-instruction training)⁵のどちらの方法を使用することがより効果的であるかを検討した。外傷性脳損傷後少なくとも 6 か月が経過した外来患者 18 人を対象とした。参加者の特徴は一つ目の研究と同様であった。参加者を、①誤りなし学習群、②自己指示法群、③対照群の 3 群に分けて、①群と②群に対して前述の

⁴ 誤りなし学習は、学習期間において正しくない回答をすることを防ぐ方法である。干渉を除去できるため、試行錯誤学習よりもより効果的であると考えられている (Vandenbos, 2015)。

⁵ 自己指示法は、自分の行動に対する制御を高めるために、認知・言語的な制御を介在させる方法である。一般的には言語が用いられ、自分の行動を言語的に叙述することによって、既存の行動の制御や新しい行動の獲得を促す (坂爪, 2008)。

研究と同様の枠組の介入を行った。その際、①群に対しては、極端に簡単な課題から始め、各段階で多数回の練習を行い、確信がないときにはあてずっぽうで回答しないよう参加者に強く教示した。②群に対しては、「今決めようとしているのは何か?」「それについて既に分かっているのは何か?」「見る(聞く)べきは何か?」といった段階的な質問が治療者によって発せられた。介入を行わなかった③群に比べると、①と②の両群は感情の認知に関して改善が見られた。①群と②群の差は明確ではなく、感情の認知への介入を行う上で、より効果的な方法を特定するには更なる研究が必要であると結論づけられた。

(イ) Radice-Neumann, Zupan, Tomita, & Willer (2009)

重度の後天性脳損傷後少なくとも1年が経過している18~65才の19人を対象に研究を実施した。参加者は、リハ施設またはサポートグループを通して募集し、表情の認知に関する検査の得点が平均より少なくとも標準偏差1つ分低いことなどを条件に選定した。参加者を、顔写真の表情から感情の読み取りを中心に練習する群(読み取り群)と、短い物語の文脈から登場人物の感情の推測を練習する群(推測群)に無作為に割り付け、各介入法の効果を検討した。推測群の練習方法は、自閉性障害の子どもへの治療として行われている方法を参考とした。両群において、1回1時間、週3回、合計6~9回の個人セッションが行われた。効果の測定には、表情から感情を理解する検査(Diagnostic Assessment of Nonverbal Affect 2-Adult Faces: DANVA2-AF)、声から感情を理解する検査(Diagnostic Assessment of Nonverbal Affect 2-Adult Paralanguage)、動画から感情を理解する検査(Emotional Evaluation Test)、文脈から感情を推測する検査(Levels of Emotional Awareness Scale: LEAS)に加え、行動に関する質問紙(Brock Adaptive Functioning Questionnaire: BAFQのうち「社会・感情的行動」の項目)が用いられた。最後の質問紙は介護者が回答した。介入前後の比較では、読み取り群では、DANVA2-AF、LEAS、BAFQの「社会・感情的行動」のうち「攻撃性」の得点において統計的に有意な改善が認められた。推測群では、LEASのみに統計的に有意な改善が認められた。両群の参加者の介護者からは、他者の感情に以前よりも気づくようになりふさわしい対応に努めている様子が見られる、感情の交流の態度や能力が向上した、といったコメントが寄せられた。これらの結果から著者らは、後天性脳損傷者の感情の認知を練習によって向上させることが可能であると述べている。

(ウ) 塚越・俵・松岡・生方・納谷(2016)

発症から1年8か月~13年3か月経過しており、家庭やデイケア場面で表情認知などの社会的認知の障害が認められた脳損傷者4人に対して、Roberts, Penn, & Combs (2009)が開発した集団精神療法である「社会的認知ならびに対人関係のトレーニング」(Social Cognition and Interaction Training: SCIT)を週1回20週間実施した。SCITによる介入前後の比較において、全員について表情認知課題の得点に向上が見られた。著者らは、SCITを通してあいまいな刺激に対してできるだけ情報を集め、自分の判断が正しいか何度も確認する姿勢が身についた結果、表情認知課題の成績が向上したと考察している。また、20週間のSCITの後に、ロールプレイとビデオによるフィードバックを取り入れたSSTを週1回8週間実施した。SSTの実施前後の比較において、全員についてKikuchi's Social Skill尺度・18項目版(KiSS-18⁶)における自己評価と支援者による評価のずれが小さくなった。著者らは、対象者の自己認識が修正されたと考察している。

本研究を実施した施設である「なやクリニック」にヒアリング調査を行った。第3章第2節で述べる。

⁶ KiSS-18については菊池(1988; 1999)を参照。

(2) コミュニケーションの障害

ア. 概要・発生頻度等

脳損傷によるコミュニケーションの障害としては、言語機能の障害である失語症が広く知られているが (Pinhasi-Vittorio, 2007)、それとは別に、注意や記憶、情報の組織化、遂行機能といった認知機能の障害によってコミュニケーションに困難が生じる場合がある (Larkins, 2007; Pearce, Cartwright, Cocks, & Whitworth, 2016; Tate, et al., 2014b)。このようなコミュニケーションの困難は「認知コミュニケーション障害(Cognitive-communication disorders)」と呼ばれる (MacDonald & Wiseman-Hakes, 2010; 種村・椿原, 2006)。認知コミュニケーション障害と意味的に重なりのある用語として、「社会的・語用論的コミュニケーション障害 (social-pragmatic communication disorders)」 (Tate, Aird, & Taylor, 2014a)や、「社会的コミュニケーション障害 (social communication difficulties)」 (Finch, Copley, Cornwell, & Kelly, 2016)といった用語が使われる場合もある。前項で述べた通り、社会的認知の障害もコミュニケーションに負の影響を与える (Byom & Turkstra, 2011)。本項ではこのような、言語そのものの障害以外のコミュニケーションの障害を扱う。

MacDonald & Wiseman-Hakes (2010) によると、後天性脳損傷者の認知コミュニケーション障害には、内容が乏しい、漠然としている、脱線しがち、まとまりがないといった、言語表出における特徴がある。理解面においては、比喩や冗談などの直接的でない表現や、長い話、複雑な内容、複数の話者による会話、騒音のある環境、話題の転換が多いといった場合に難しさがあるとしている。また、会話を始めること、話者の交代、上手く伝わらないときの言い換えなど、実用的・社会的なコミュニケーション面での難しさがあるとしている。さらに、Struchen et al. (2008) が挙げている、上記と重複しない外傷性脳損傷後に起こり得るコミュニケーション上の問題としては、他者への無関心、多弁、過剰にくだけた発言や不適切な発言といったものがある。Togher, McDonald, Coelho, & Byom (2014a) は、こういったコミュニケーションの問題について、言語能力そのものの不足によるのではなく、言語能力を日常の会話において適切かつ柔軟に適用することが難しいと述べている。

外傷性脳損傷や脳血管障害などの脳損傷によって、このようなコミュニケーションの障害が生じる頻度は高い。例えば、複数の先行研究を調べた MacDonald & Wiseman-Hakes (2010) の報告によると、後天性脳損傷者において認知コミュニケーション障害が生じる頻度は、80～100%と非常に高い割合であった。また、Côté, Payer, Giroux & Joanne (2007) が行った調査では、通常、失語症は生じにくいとされる大脳右半球損傷者においてコミュニケーションの障害がある割合は 50%以上であった。

コミュニケーションの障害が、就労を含む社会参加に負の影響を与えることが多数の研究で言及されている (Dahlberg, et al., 2006; Douglas, Bracy, & Snow, 2016; Heweston, Cornwell, & Shum, 2018; Meulenbroek & Turkstra, 2016; Rietdijk, Simpson, Togher, Power, & Gillett, 2013; Sale, West, Sherron, & Wehman, 1991; Struchen, Pappadis, Sander, Burrows, & Myska, 2011)。

イ. 介入

コミュニケーションの障害への介入に関する研究は、外傷性脳損傷の領域では比較的多く、複数の介入研究を概観するレビューも行われている。Cicerone et al. (2011) による系統的レビュー⁷の結果においては、外傷性脳損傷後のコミュニケーション障害に対するリハ介入を、十分なエビデンスのある「実践の標準

⁷ あらかじめ定めた手続きにしたがって先行研究を検索し、選択基準・除外基準を明確にした上で、一定以上の質の研究を抽出して結果を統合する研究手法である (大木, 2013)。

(Practice Standard)⁸」と位置づけている。これは、無作為化比較試験⁹を含む複数の介入研究において効果が認められていることを踏まえた結果である。一方、脳血管障害の後遺症を中心とする「右半球損傷」という切り口のレビューでは、介入研究の数自体が少なく、あっても小規模なものに限られているため、更なる研究が必要であると結論されている (Blake, Frymark, & Venedictov, 2013)。

外傷性脳損傷者のコミュニケーションの障害に関しては、どのような介入方法がより効果的であるかについても検討されている。Togher et al. (2014b) は、外傷性脳損傷者の認知コミュニケーション障害に関する介入研究に関して、研究デザイン、介入方法、成果といった観点から先行研究を分類した系統的レビューを行った結果、特に推奨される介入方法として、以下、①～③を挙げている。①は、対象者の生活実態に即したコミュニケーションの練習機会を提供することである。その人が置かれた社会や文化によって何が「適切な」コミュニケーション行動であるかは異なり、また、外傷性脳損傷者はある環境で習得したスキルを別の環境で応用することに難しさがあるため、その人が実際に生活したり働いたりする場面設定で練習を行うことが重要であると述べている。②は、対象者の家族や身近な人（コミュニケーションパートナー）への教育と訓練を提供することである。Togher, McDonald, Code, & Grant (2004) は、外傷性脳損傷者の認知機能障害を考慮するとコミュニケーションスキルの向上には限界があると述べ、コミュニケーションパートナーへの訓練は、外傷性脳損傷者のコミュニケーションを改善するもう一つの方法であると述べている。また、Ylvisaker, Turkstra, & Coelho (2005) は、コミュニケーションパートナー訓練は、障害のある個人の中に問題や解決方法があると捉える従来の介入方法とは異なり、環境や周囲の態度を重視する国際生活機能分類 (ICF) の理念と一致すると述べている。③は、目標設定は対象者個人ごとに行い、介入の効果は対象者の社会参加の程度により測定すべきであることが挙げられている。

外傷性脳損傷者のコミュニケーションの障害への介入方法については、Finch et al. (2016) も系統的レビューを行っている。このレビューでは先行研究を「context-specific (状況に特化した)」介入方法と、「impairment-specific (障害に特化した)」介入方法に分類した上でレビューを行い、両方の介入方法とも効果が得られるが、前者の方がより効果的であるとした。このレビューにおける「context-specific」及び「impairment-specific」とは、Ylvisaker (2003) が提唱した用語及び概念に基づいており、「impairment-specific」は低下した認知機能に焦点を当ててその回復を図る伝統的なアプローチを指す一方、「context-specific」は対象者が望む日々の活動ができるようになるために、認知機能面への介入だけでなく、活動や社会への参加に対する支援を含めることと説明されている。

以下にコミュニケーションの障害への介入事例として、障害のある人のコミュニケーションスキルに働きかけた事例を海外の2件と国内の1件、コミュニケーションパートナー訓練を2件紹介する。

(ア) Dahlberg et al. (2007)

外傷性脳損傷後1年以上が経過しており、社会的コミュニケーションスキルに関する質問紙 (Social Communication Skills Questionnaire-Adapted: SCSQ-A) への本人または近親者の回答から、何らかの社会的なコミュニケーションの障害があると判断された成人52人を対象とした。参加者を介入群26人と待機群26人に無作為に割り付け、介入群に対して週1回、1回1.5時間、12週間の介入を行った。カリキュラムは以下の4つの構成要素に基づいて作成された。すなわち、①異なる専門領域の複数の支援者 (例

⁸ リハビリテーションの実践における推奨レベルを3段階に分け、推奨レベルが高い方から、「practice standard (実践の標準)」「practice guideline (実践の指針)」「practice option (実践の選択肢)」としている。

⁹ 研究参加者を、評価対象とする介入を行う群と、介入しないあるいは別の比較対象とする介入を行う群とに無作為に割り付けて介入の効果を比較する方法。臨床研究において最も頑健な研究デザインであるとされる (原田, 2015)。

例えば、ソーシャルワーカーと言語療法士）が協働すること、②個別の目標設定につながる自己への気づきと自己評価を重視すること、③相互作用、フィードバック、問題解決、社会的サポートなどを促進するためにグループを用いること、④家族や友人を巻き込んでスキルの般化を重視することである。セッションは1組の上限を8人としたグループで行われ、2名の支援者がワークブック¹⁰に沿って進行した。ワークブックは参加者に配付され、参加者の家族や近親者とも内容を共有するよう求められた。初期のセッションでは、参加者の自己評価と目標設定、良いコミュニケーションの見本から学ぶことに焦点が当てられた。中期のセッションでは、目標に応じたコミュニケーションの方法を学んだ上で、グループや自宅で実践し、フィードバックを受けた。後期のセッションではスキルの般化と社会的な問題解決に重きが置かれた。効果測定は社会的コミュニケーションや、社会参加、生活満足度などに関する6種類の尺度を用いて行われた。これらの尺度における介入群と待機群の介入前後の得点差を比較したところ、社会的コミュニケーションに関する尺度（Profile of Functional Impairment in Communication と、前述の SCSQ-A）について、介入群において待機群よりも統計的に有意に大きな改善が見られた。また、待機群に関しても介入を行い、両群について、介入後3か月及び6か月の評価を介入前と比較したところ、社会的コミュニケーションに関する尺度の他、参加者本人が立てた目標の達成（Goal Attainment Scaling）や生活の満足度の尺度（Satisfaction With Life Scale）においても、統計的に有意な改善が見られた。著者らは、外傷性脳損傷者の社会的コミュニケーションスキルを改善する再現可能な介入方法の効果が示されたとしている。

（イ）McDonald et al. (2008)

重度の後天的脳損傷から1年以上経ち、地域で生活しており、社会的スキルに障害があると臨床的に判断された51人を対象とした。参加者を、①社会スキルプログラム群、②プラセボ介入群、③対照群のいずれかに無作為に割り付けた。①社会スキルプログラム群の参加者には、3時間のグループセッションと1時間の個人セッションが、週1回ずつ12週間実施された。グループセッションは、3～5人の参加者を1組とし、3時間のうち2時間は、挨拶、自己紹介、相手の話を聞く、褒める、会話を始めるといった社会的行動の形成に充てられた。セッションの内容はマニュアル化されていたが、参加者個人別の課題や目標も取り扱われた。残る1時間では、顔の表情や声、しぐさ、態度などから相手の感情や意図を読み取る練習が行われた。個人セッションでは、不安やうつ、自尊心といった心理的な問題が取り扱われた。②プラセボ介入群では、料理や工作、ボードゲーム、球技など、コミュニケーションが必要なグループ活動が週に4時間、12週間実施された。効果の測定は、初対面の人と話す際の社会的行動（Behaviorally Referenced Rating System of Intermediary Social Skills-Revised：BRISS-Rを用いて測定）、社会的認知（TASIT）、うつや不安の程度（Depression, Anxiety and Stress Scale）といった複数の面から行われた。介入の結果、①社会スキルプログラム群において、初対面の人と話す場面で、BRISS-Rのうち、相手のことを考慮した行動に関する下位尺度（Partner Directed Behavior Scale）において、介入前後で統計的に有意な改善が見られた。その他の評価尺度では改善は認められなかった。また、②プラセボ介入群では改善が見られなかった。著者らは、重度の慢性的な脳損傷者への社会技能訓練は、社会的行動を直接に測った場合に限定して、ある程度の効果があることが示唆されたとしている。

（ウ）岡村・大塚（2010）

発症から数年が経過し、在宅で生活する20代の高次脳機能障害者3人を対象に介入を行った。いずれ

¹⁰ Hawley, L. & Newman, J. (2006). Social Skills and Traumatic Brain Injury: A Workbook for Group Treatment.
※著者らにより出版されている。

も記憶障害、注意障害、社会的行動障害があり、怒りの感情を抑えることが難しい、自分のことを人に上手く伝えられないといった行動上の問題があげられていた。1回1時間のグループでのSSTを、週2回6か月間全40回実施した。セッションのテーマは、「相手の話がわからないときの対応方法」、「怒りの気持ちを伝える」など9種類であった。介入前には日本版 **Profile of Mood States (POMS)** ¹¹の短縮版において「緊張－不安」「抑うつ」「怒り－敵意」「疲労」「混乱」などの指標が平均よりも高い水準にあったが、介入後はほぼ年齢平均レベルとなった。また、生活面の質的变化に関して本人や家族から自由形式で回答を求めたところ、イライラが減ったなどの感情面の安定、やさしい言葉がかけられるようになったという対人スキルの獲得、外出の増加について触れられていた。

本研究については、当該研究を実施した岡村陽子氏にヒアリング調査を行った。第3章第2節で述べる。

(エ) Togher et al. (2004)

20人の警察官を、介入群10人と対照群10人に無作為に割り付け、介入群に対して外傷性脳損傷者とのコミュニケーションに関するプログラムを、週1回2時間、6週間実施した。プログラムは外傷性脳損傷に関する知識の付与、書き起こされた会話を分析して問題点を見つける練習、外傷性脳損傷者との会話演習、ロールプレイなどで構成された。効果測定は、プログラムの前及び後に20人の外傷性脳損傷者（研究協力者）から両群の警察官へかけた問い合わせの電話の会話を分析することで行われた。問い合わせの内容は、自動車運転免許の再取得の手続きに関する問い合わせ、及び再就職のための犯罪履歴証明書の取得手続きに関する問い合わせであった。会話内容の分析は、「ジャンル構造の選択可能性分析」¹² (**Generic Structure Potential analysis**) という手法を用いて行われた。分析の結果、介入群のプログラム前後の比較において、問い合わせ内容を特定することや問い合わせへの回答といった本質的な内容に関する発話が増えた一方、内容と関係のない発話は減り、全体の会話時間が統計的に有意に短くなった。対照群においては統計的に有意な変化は見られなかった。著者らは、プログラムを受けた警察官は要点を絞った効果的な会話ができるようになったと結論づけている。また、この研究では研究協力者である外傷性脳損傷者に対しては介入を行っていないが、介入群・対照群の警察官それぞれと会話した研究協力者の発話を分析したところ、介入群の警察官と会話した場合において、プログラム前後で不適切・不十分な発話が有意に減少していた。対照群との会話ではこのような変化は見られず、著者らは、コミュニケーションパートナーに介入することが外傷性脳損傷者のコミュニケーションにも変化を及ぼしたと考察している。

(オ) Behn, Togher, Power, & Heard (2012)

脳損傷者を対象とした入所型リハセンターに勤める介護職従事者10人を、介入群5人と対照群5人に無作為に割り付けた。介入群に対し外傷性脳損傷者との会話に関する訓練プログラムを、2時間の導入セッション1回と、3時間のセッション5回の計17時間を8週間かけて行った。セッションの大部分は2～3人のグループで行われ、外傷性脳損傷者との会話について、講義やディスカッション、ロールプレイが行われた。効果測定は、プログラム前及び後に各参加者と外傷性脳損傷者（研究協力者）が行った会話場面の録画を用いて、2人の評価者により行われた。質問事項が決められている構造化された会話と、自由な会話それぞれについて15分間ずつ、1対1の会話が行われた。評価にあたっては、コミュニケーション障害のある人の会話への参加度合いについての尺度 (**Adapted Measure of Participation in**

¹¹ POMS および POMS 2 の日本語版については、横山・荒記 (1994) および横山・渡邊 (2015) を参照。

¹² 括弧内和訳は以下の書籍による。筧 寿雄 (訳) (1991) 機能文法のすすめ 大修館書店 (Deakin, U.P. (1985). *Language, Context, and Text: Aspects of Language in a Social-semiotic Perspective*)

Conversation)、コミュニケーションパートナーとしてのスキルを示す尺度 (Measure of Support in Conversation: MSC)、会話場面の全体的な印象を評価する尺度 (Global Impression Scale of Conversation) などの複数の評価尺度が用いられた。プログラム前後の評価結果を比較したところ、構造化された会話場面において、MSC の評点が統計的に有意に改善した他、Global Impression Scale of Conversation の4つのうち2つの下位尺度において統計的に有意な改善が見られた。これらの効果は6か月後も持続していた。著者らは、これらの結果について、介護職の会話技能の育成に焦点を当てた訓練を行うことは、介護職者と外傷性脳損傷者の双方にとって良いコミュニケーション環境を作ることにつながると述べている。この研究では、自由な会話においてはプログラムの効果は認められなかった。その理由について著者らは、訓練に参加した介護職者は普段の業務において入居者と自由な会話をする機会が少なく、プログラムの中で自由な会話の重要性について話し合うことにあまり時間が割かれなかったことが考えられるとしている。

(3) うつ、不安

ア. 概要・発生頻度等

外傷性脳損傷や脳血管障害といった脳損傷後にうつや不安が生じることは多い。Hibbard, Uysal, Kepler, Bogdany, & Silver (1998) が外傷性脳損傷者を対象にニューヨークで行った調査では、調査対象者 100 人(受傷後 1～37 年)のうち、外傷性脳損傷後に「精神障害の診断と統計マニュアル第 4 版」(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth Edition: DSM-IV)の基準に合致する大うつ病 (major depression)¹³に罹患した経緯がある人は 48%¹⁴であり、同じく DSM-IVの不安障害 (anxiety disorders)の基準に合致する人に関しては、外傷後ストレス障害 17%、強迫性障害 14%、パニック障害 11%、全般性不安障害 8%、恐怖症 7%と報告された。大うつ病といずれかの不安障害の両方に罹患した経過のある人は全体の 25%であった。Hackett & Pickles (2014)によると、脳卒中後にうつ病やうつ症状のある人は、発症後 5 年までのどの時点においても平均 31%であった。また、Ayerbe, Ayis, Crichton, Wolfe, & Rudd (2014) が南ロンドンのデータベースを使って分析したところによると、脳卒中 3 か月～10 年後の期間において不安の症状がある人は 31.9%～38.3%であった。

うつや不安は、就労などの社会復帰の難しさと関係が深いことが指摘されている。Franulic, Carbonell, Pinto, & Sepulveda (2004) が、外傷性脳損傷の受傷後 2 年の 71 人、受傷後 5 年の 73 人、受傷後 10 年の 58 人を、それぞれ雇用群と非雇用群に分けて比較した研究では、受傷 5 年後におけるうつ、受傷 10 年後における不安について、非雇用群が雇用群よりも症状の度合いが統計的に有意に高かった。うつと社会復帰との関係については、うつ症状が社会復帰を妨げること、逆に、社会復帰の難しさがうつを強めることの両面から検討されている (Dawson, Schwartz, Winocur, & Stuss, 2007; Gomez-Hernandez, Max, Kosier, Paradiso, & Robinson, 1997)。

また、うつは次項で述べる攻撃性と関連があることが指摘されている。Baguley, Cooper, & Felmingham (2006) が、外傷性脳損傷後 6 か月の 149 人、24 か月後の 133 人、60 か月後の 67 人について、攻撃性に関連すると考えられる多数の要因を調べたところ、発症後のどの時期においても攻撃性と最も関連が深かったのはうつ症状の程度であった。うつと攻撃性との関係は他の研究でも報告されている (Neumann, Malec, & Hammond, 2017; Tateno, Jorge, & Robinson, 2003)。

イ. 介入

脳損傷後のうつや不安に対しては、薬物療法と薬物以外の介入の両方が重要である (先崎, 2009)。

薬物療法以外の介入研究としては、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy) を用いた介入が他の治療法よりも多く見られる。Stalder-Lüthy et al. (2013) が脳損傷者のうつ症状に対する心理学的な介入について系統的レビューを行ったところ、検討対象となった 13 件の研究のうち 10 件が認知行動療法を用いたものであった。認知行動療法は、認知や学習に関する理論を、認知療法や行動療法に由来する治療テクニックに統合した心理療法の一形態であり、対象者の不適応的な思考プロセスや問題行動の特定及び修正に焦点を当て、認知再構成や行動的技法を通して変容することを目指すものである (Vandenbos, 2015)。認知行動療法は、脳損傷以外の人のうつや不安の改善、その他の精神症状に対して成果を上げている (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Tolin, 2010)。

¹³ DSM-IV (American Psychiatric Association, 高橋・大野・染谷訳, 2004) では、「大うつ病性障害 (major depressive disorder)」の名称が使われているが、ここでは Hibbard らの記載のままとする。

¹⁴ 外傷性脳損傷前に発症した場合は除く。外傷性脳損傷後に発症し調査時点でも持続している人と、外傷性脳損傷後に発症し調査時点では既に回復している人の両方を含む。不安障害についても同様。

脳損傷者のうつや不安の改善を目的に認知行動療法を用いた介入研究では、効果が得られたと報告する研究 (Ponsford, et al., 2016; Tiersky, et al., 2005) が複数ある一方、効果が得られなかったと報告する研究、あるいは部分的な効果に留まったと報告する研究 (Anson & Ponsford, 2006a; Ashman, Cantor, Tsousides, Spielman, & Gordon, 2014; Lincoln & Flannaghan, 2003) も複数ある。

認知行動療法の効果が研究によって様々であることの要因については、複数の角度から検討されている。その一つは、対象者の属性や特性により認知行動療法の効果が異なる可能性である。例えば、Anson & Ponsford (2006b) は、介入研究の結果の詳細な分析から、脳損傷の程度、記憶障害の程度、介入開始時点での障害への気づきの程度、受傷前の認知能力といった要因が介入の効果に影響すると述べている。また、不安については、Hsieh, Ponsford, Wong, & McKay (2012) が、対象者の脳損傷の程度や記憶障害の程度が介入効果に影響することを指摘している。別の観点として、Waldon, Casserly, & O'Sullivan (2013) は、脳損傷者を対象とした認知行動療法に関する系統的レビューから、うつや不安の改善を主目的として行われた認知行動療法ではこれらの症状への効果が見られることが多い一方、うつや不安の改善以外を主目的として行われた認知行動療法（例えば、アンガーマネジメント）ではうつや不安への効果の波及は見られにくいことを指摘し、認知行動療法は課題に焦点化して行うことが重要であると述べている。また、認知行動療法には多様な技法が含まれており、研究ごとに使用する技法が異なること、また、効果測定の方法についても様々であることが、認知行動療法の効果について一致した見解が得られにくいことの背景にあると考えられる (Waldron, Casserly, & O'Sullivan, 2013 を参照)。

脳損傷者を対象として認知行動療法を実施するにあたっては、注意や記憶、遂行機能などの認知機能障害を考慮し、一般的な認知行動療法の手続きに改変が加えられることが多い。Gallagher, McLeod, & McMillan (2016) の系統的レビューによると、特に多く行われている改変には、①脳損傷の結果として、認知、感情、行動にどのような変化が起こるのかの理解促進に重点を置いて認知行動療法のモデルについて教育すること、②ノートやオーディオテープなど記憶を補う手段を使用すること、③重要な点を要約してセッション中に何度も繰り返すこと、④宿題のやり方について手本を見せ、様々な状況での課題の遂行を励まし、一般化を促進すること、などが含まれていた。以下に紹介する介入事例においてもこのような手続き上の改変を加えたことが記されている。

部分的な効果に留まった研究も含め、4つの研究事例を以下に紹介する。なお、以下に紹介する研究において介入の対象とされているのは、医師によってうつ病や不安障害と診断された人に限らず、むしろ、本人からの訴えや心理士等の観察から、うつや不安の症状があると判断された人が大部分である。

(ア) Tiersky et al. (2005)

この研究は、心理療法と認知機能の治療から構成される神経心理学的リハビリテーションプログラム¹⁵の、軽度～中等度の外傷性脳損傷者への効果を検討する目的で行われた。対象者として、軽度～中等度の外傷性脳損傷後少なくとも1年が経過しており、地域で生活し、注意力や記憶力の低下及び感情面の苦痛についての訴えがある29人が選ばれた。参加者を介入群と対照群に無作為に割り付け、介入群に対して認知機能訓練と認知行動療法を併せて行い、その効果を検討した。介入群に対しては、11週間の個別セッションを週3回（認知機能訓練と認知行動療法を各50分）行った。認知機能訓練では、注意や記憶に関

¹⁵ Tiersky et al. は、心理療法と認知機能の治療から構成される神経心理学的リハビリテーションプログラムとして、Ben-Yshay や Prigatano によるプログラムを挙げており、これらはより重度の脳損傷者のために作られたものであると述べている。Ben-Yshay や Prigatano によりその原型が作られたプログラムは、「包括的・全体論的リハビリテーションプログラム」と呼ばれ、これについては本節（6）で述べる。

する機能の回復と、それらの機能障害を補うスキル（例えば、課題に一つずつ取り組むこと、記憶を補うノートの使用）の獲得の双方について行った。認知行動療法の目的は、①効果的なコーピング行動を増やすこと、②ストレスを低減すること、③苦痛に再度陥ることを予防するスキルを学ぶこと、④認知的・身体的機能の低下に関連する喪失感に対処できるようになることであった。効果測定は、認知機能に関する複数の検査、心理社会的な側面に関する尺度（Coping Response Inventory, Symptom Checklist-90-Revised: SCL90-R¹⁶）、地域社会への統合に関する尺度（Community Integration Questionnaire: CIQ¹⁷）を用いて行った。プログラム終了後、研究への参加を中断した9人の参加者を除いて、介入群と対照群の検査結果を比較したところ、介入群において、SCL90-Rの総得点とうつ、不安の下位尺度のそれぞれに統計的に有意な改善が認められた。著者らは、参加を中断した人において教育歴が短い傾向があったこと、介入群においてSCL90-Rに改善が見られたものの健康と判断される水準には達していないことなどの限界を挙げた上で、プログラムは心理社会的苦悩を軽減する効果が見られたと結論づけている。

（イ）Anson & Ponsford (2006a)

自宅または地域の施設で生活する外傷性脳損傷者31人を対象として、認知行動療法を基盤とし、感情面や適応の問題への対処技法（コーピングスキル）の獲得に重点を置いたプログラムの効果を検討した。参加者は、グループプログラムに参加するための認知機能やコミュニケーション能力が十分にあると担当の神経心理士によって判断された人たちであった。参加者の中には、感情面や適応面での問題があると判断される人が複数いたが、そのこと自体は参加条件としなかった。参加者のうち少なくとも8人はプログラム開始の時点で抗うつ薬を処方されていた。脳損傷後の経過時間は46日～7年近くと幅広かった。参加者を介入群と対照群に無作為に割り付け、介入群に対し週2回（各90分）、5週間のグループセッションを行った。セッションでは、まず、認知、気分、行動の関係についての説明が行われた。その後、問題解決技法や、不適応的な思考の認識と変容、快活動目録やリラクゼーション訓練といったスキルが取り扱われた。後半のセッションでは、実際の生活の中での不安やうつ、自尊心の問題に対して、前半のセッションで学んだことを実践するよう参加者に促した。介入の効果を測定したところ、介入群において、適応的な対処技法利用（Coping Scale for Adultsで測定）について、統計的に有意な改善が見られた。しかし、対処技法の改善に伴って改善すると予測していたうつや不安（Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS¹⁸で測定）、自尊感情（Rosenberg Self Esteem scale¹⁹で測定）など他の測定項目には改善が見られなかった。著者らは、効果が部分的であった理由として、プログラムの頻度や期間が十分でなかった可能性について考察している。

（ウ）Ashman et al. (2014)

地域で生活する外傷性脳損傷者77人を対象に、認知行動療法と支持的心理療法の介入の効果を比較した。参加者は、DSM-IVでうつ病性障害（depressive disorder）の診断に該当する人、もしくはBeck Depression Inventory²⁰で20点以上の人であった。参加者を、認知行動療法群と支持的心理療法群に無作

¹⁶ 日本語版が作成され、信頼性・妥当性の検討が行われている（中尾・高石, 1995; Tomioka, Shimura, Hidaka, & Kubo, 2008）

¹⁷ 同上（増田, 2006; Saeki, Okazaki, & Hachisuka, 2006）。

¹⁸ 同上（八田他, 1998; 東他, 1996; Zigmond, & Snaith, 北村（訳）, 1993）。

¹⁹ 同上（桜井, 2000; 内田・上埜, 2010; 山本・松井・山成, 1982）。

²⁰ 同上（林, 1988; 林・瀧本, 1991）

為に割り付け、いずれの群の参加者に対しても、3～4か月の間に16回（初回90分、以後各50分）の個人セッションが実施された。認知行動療法は、標準的な方法に外傷性脳損傷による認知機能障害を考慮した修正を加えて行われた。支持的心理療法は、問題を明確にすること、適応的な行動を賞賛すること、参加者を安心させること、励ますこと、心理教育、助言などが含まれた。効果測定は、介入の前後に、DSM-IVに基づいた診断のための面接（Structured Clinical Interview for DSM-IV）、うつに関する質問紙（Beck Depression Inventory II）²¹、不安に関する質問紙（State-Trait Anxiety Inventory²²）等を用いて行われた。介入前後の比較では、両群ともうつや不安の改善が見られた。認知行動療法群の方が支持的心理療法群よりも改善の程度が大きい傾向があったが、両群の間に統計的に有意な差はなかった。著者らは、心理療法的な介入は外傷性脳損傷者のうつを軽減することに有効であるが、治療方法による効果の違いを明らかにするには、更に参加者を増やして検討する必要があると述べている。

（エ）Ponsford et al. (2016)

うつまたは不安、あるいは両方の症状のある軽度から重度の外傷性脳損傷者75人（受傷後の平均経過期間は3年9か月）を対象とした。参加者を、①動機付け面接＋認知行動療法群、②非指示的面接＋認知行動療法群、③対照群の3群に無作為に割り付け、認知行動療法の効果及び動機付け面接と認知行動療法の組合せの効果を検討した。①群及び②群には、認知行動療法前の面接（動機付け面接または非指示的面接）が3週間、認知行動療法による介入が9週間行われた。また、21週から30週の間に3回の追加セッションが実施された。認知行動療法と動機付け面接は、外傷性脳損傷者の障害特性を考慮して作成されたマニュアルに沿って行われた。効果の測定にはDepression, Anxiety and Stress Scaleのうつ尺度とHADSの不安尺度などが用いられた。介入群（①と②）に関して、介入開始後12週目のうつ・不安の改善はわずかであったものの、30週目の測定では、両群ともうつや不安が顕著に改善していた。改善に寄与した要因を分析したところ、介入をしたこと（①群と②群）の効果は統計的に有意であったが、①群が②群よりも効果が大きかったとは言えず、認知行動療法に先行して動機付け面接を行うことの効果は明確ではなかった。

²¹ 日本語版が作成され、信頼性・妥当性の検討が行われている（小嶋・古川，2002）。

²² 同上（中里・水口，1982；清水・今栄，1981）。

(4) 怒り、攻撃的行動

ア. 概要・発生頻度等

本項では、怒りっぽさ (irritability)、怒り (anger)、攻撃性 (aggression)、攻撃的行動 (aggressive behavior) を扱う。怒りの感情が常に攻撃的行動として行動化されるわけではなく、また、攻撃的行動の背後に必ずしも怒りの感情があるとも限らない (Vandenbos, 2015) が、怒りと攻撃的行動の間には強い関係があると考えられ、先行研究においてもこれらを同時に扱う場合が見られるため、本項でも両者をまとめて取り扱う。

外傷性脳損傷や脳血管障害といった脳損傷者全体における、怒りっぽさや攻撃的行動の頻度は、調査によって異なるため、明確ではない。例えば、1981年から1990年に実施された6件の調査では、怒りっぽさは38～71%の間で報告されていた (Prigatano, 1992)。また、1985年から2009年の調査12件では、怒りっぽいあるいは物理的・言語的な攻撃性は、11%～96%と広くばらついていて (Sabaz, 2014)。このように調査結果が異なる理由には、調査の対象者が多様である (脳損傷の重症度、発症からの期間、年齢、調査環境など) こと、「攻撃性」などの定義が共通でないこと、調査で使用された測定尺度が様々であることなどが挙げられる (Byrne & Coetzer, 2016)。

攻撃性は、周囲が「問題」とみなす行動のうち、大きな割合を占めるものと考えられる。Kelly, Brown, Todd & Kremer (2008)が、問題行動 (challenging behavior) があるとしてその評価や治療のために専門施設に紹介された脳損傷者190人の行動の内容を分析したところ、対象者の85.8%に言葉による攻撃性が見られ、41.1%が他者への物理的な攻撃性、35.3%に物への攻撃性、5.3%に自分自身への攻撃性が見られた²³。

脳損傷に関連して怒りっぽさや攻撃的行動が生じる背景は多様である。攻撃的行動を生じやすくする要因として脳の損傷部位以外で指摘されているものとしては、うつ症状 (Baguley, Cooper, & Felmingham, 2006; Tateno, Jorge, & Robinson, 2003; Ylvisaker et al., 2007)、視空間能力、言語記憶、知能指数といった認知的・知能的な要因、社会経済的状況、性別 (男性) (Wood & Liossi, 2006)、脳損傷時の年齢 (Baguley, Cooper, & Felmingham, 2006)、アルコールや薬物の乱用 (Tateno, Jorge, & Robinson, 2003) などがある。

また、攻撃的行動は、脳損傷の発症から数か月～数年以上経ってから悪化したり、新たに出現したりする場合があることが報告されている (Baguley, Cooper, & Felmingham, 2006; Johnson & Balleny, 1996)。この悪化等の背景には、環境との相互作用が想定されている。Alderman, Knight, & Brooks (2013) は、攻撃的行動のきっかけの一つとして「本人が望まない活動」を挙げており、攻撃的行動は、「望まない活動」を回避するための手段として維持される場合があると述べている。また、Ylvisaker, Turkstra, & Coelho (2005) は、必要以上の制限や懲罰的な環境によって行動が悪化することは珍しくないと述べている。

怒りっぽさを含む感情の不安定さや、攻撃的な行動を含む問題行動は、認知機能の障害と同様に就労などの社会参加に負の影響を与えることが指摘されている (Benedictus, Spikman, & van der Naalt, 2010; Brooks, McKinlay, Symington, Beattie, & Campsie, 1987)。しかし、就労している人とそうでない人の攻撃性を比較した場合、両者に違いがないことを報告している研究もある (Rao, et al., 2009; Roy, Vaishnavi, Han, & Rao, 2017; Sander, Kreutzer, & Fernandez, 1997)。

イ. 介入

攻撃性に対しては薬物療法と薬物療法以外の介入の両方が行われる (村井・生方, 2016) が、ここでは、薬物療法以外の介入について述べる。

²³ 当該調査結果では、「社会的に不適切な行動 (inappropriate social behaviour)」も言葉による攻撃性と同率の85.5%であったが、このカテゴリーは「ぎこちなさ (awkward)」、「迷惑な行動 (nuisance)」、「不従順 (non-compliant)」などかなり幅のある内容を含むものであった。

怒りや攻撃的行動への介入については、数多くの研究がなされているため、まずレビュー論文を概観する。怒りや攻撃的行動への介入研究を含む比較的近年の系統的レビューとして、Ylvisaker et al. (2007)、Cattalani, Zettin, & Zoccolotti (2010)、Byrne & Coetzer (2016) を取り上げる。それぞれのレビューが対象とする範囲は少しずつ異なる。例えば、Ylvisaker et al. は主に外傷性脳損傷者を対象とする一方、他の二者は外傷性も含む後天性脳損傷者全般を対象としている。症状に関しては、Byrne & Coetzer は「攻撃的行動 (aggressive behavior)」に特化したレビューであるが、Ylvisaker et al. は、「行動上の障害 (behaviour disorder)」をテーマとしており、怒りや攻撃的行動だけでなくより広い範囲を扱っている。Cattalani et al. は更に広く、「行動と心理社会的な障害 (behavioral and psychosocial disorders)」に対する介入全般を扱っている。したがって、前項で扱ったうつや不安、障害への気づきなどへの介入も含まれる。取り上げる介入方法やその分類の仕方もレビューごとに異なるため、表 2 に概略を示す。

表 2 怒りや攻撃的行動への介入研究を含む近年のレビュー

著者	対象領域	対象症状	対象とする介入方法・分類
Ylvisaker et al. (2007)	主に外傷性脳損傷 (全年齢)	行動上の障害	● 伝統的な応用行動分析 ● ポジティブな行動介入と支援 ● (前二者の) 組合せ
Cattalani et al. (2010)	後天性脳損傷 (成人のみ)	行動と心理社会的な 問題	● 応用行動分析 ● 認知行動療法 ● 包括的・全体的リハビリテーションプログラム
Byrne & Coetzer (2016)	後天性脳損傷 (全年齢)	攻撃的行動	● 行動的介入 ● 認知行動的介入

Ylvisaker et al. (2007) は、行動上の障害に対する介入研究を系統的な方法で抽出し、各研究の介入方法を「伝統的な応用行動分析 (traditional applied behaviour analysis)」「ポジティブな行動介入と支援 (positive behaviour interventions and supports)」「両者の組合せ (combined)」の 3 つに分類して、それぞれの効果を検討した。伝統的な応用行動分析とは、望ましい行動に対して報酬を与え、望ましくない行動に対して罰を与える、あるいは反応しない方法である。行動の結果 (随伴性) を操作することで、望ましい行動を増やし、望ましくない行動を減らすことを狙いとする。一方、ポジティブな行動介入と支援とは、行動が起こる前の環境設定や周囲の働きかけ (先行刺激) に重点を置き、望ましい行動を生じやすくし、望ましくない行動を予防することを中心とした介入方法である。65 の研究の研究デザイン及び結果を吟味した結果、種類を問わない行動的介入全体については一定のエビデンスがあるとし、「practice guideline²⁴ (実践の指針)」であると結論づけている。しかし、伝統的な応用行動分析やポジティブな行動介入と支援といった個々の介入手続きについては、エビデンスが不足していることから、それぞれを「practice option (実践の選択肢)」としている。

Cattalani et al. (2010) は、行動と心理社会的な問題に対する介入研究を系統的な方法で抽出し、各研究

²⁴ 前述した Cicerone et al. (2011) と同じく、Ylvisaker et al. (2007) と、この後に述べる Cattalani et al. (2010) においても、実践における推奨レベルを 3 段階に分け、推奨レベルが高い方から、「practice standard (実践の標準)」「practice guideline (実践の指針)」「practice option (実践の選択肢)」としている。各レベルと判断する基準が同一ではないことに留意が必要である。

の介入方法を「応用行動分析 (applied behaviour analysis)」「認知行動療法」「包括的・全体的リハビリテーションプログラム」²⁵⁾の3つに分類した上で、それぞれの効果を検討した。このレビューでは応用行動分析を、随伴性のマネジメントを中心とする伝統的方法と、ポジティブな行動介入の両方を含むものとしている。63の研究の研究デザインや介入効果を吟味した結果、包括的・全体的アプローチについては、十分なエビデンスが確認され、「practice standard (実践の標準)」に該当するとしている。一方、応用行動分析と認知行動療法については、「practice option (実践の選択肢)」と結論づけている。応用行動分析が「practice option」に留まった理由としては、これまで行われた研究のほとんどが少人数の参加者を対象としたものであるため、強い結論を出すことができないとし、応用行動分析に効果がないという結論ではないと述べている。認知行動療法については、改善を報告する研究が多数ある一方で、少数の堅牢な研究デザインで改善が見られなかった研究もあることから、エビデンスのレベルを定めることが難しいとしている。

Byrne & Coetzer (2016) は、後天性脳損傷患者の攻撃的行動に対する介入研究を、系統的な方法で抽出してその効果を検討した。Byrne & Coetzer は前二者のレビューと異なり、攻撃的行動に対する心理的介入には「行動的介入 (behavioral interventions)」と「認知行動的介入 (cognitive-behavioral interventions)」があるとした上で、介入方法ではなく研究デザインで研究を分類した。具体的には、単一症例デザイン²⁶⁾と複数症例を対象とする研究デザイン（無作為化比較試験または、対照群を設けず介入前後の比較をするデザイン）とに二分し、それぞれについてメタ解析²⁷⁾の手法を用いてその効果を算出した。7つの単一症例デザイン研究からは、介入前後で攻撃的行動が59%減少したことが示された。複数症例を対象とする4つの研究からは、中程度の効果量²⁸⁾ ($d=-0.46$) が算出された。これらから、Byrne & Coetzer は後天性脳損傷者の攻撃的行動への心理学的な介入は、少なくとも中程度の効果があると結論づけている。

ここまで見てきたように、介入方法の分類は研究者により異なるが、大まかには、応用行動分析（行動療法）と認知行動療法の2つ、あるいは包括的・全体的リハビリテーションを加えて3つに分類することができる。そして、それぞれの介入方法においてある程度の効果が期待できると言える。ただし、認知行動療法の適用は、Alderman et al. (2013) が指摘するように、支援対象者の認知機能がある程度保たれていることが必要とされる。

怒りに焦点を当てる認知行動療法は、特に「アンガーマネジメント」と呼ばれる場合が多い。アンガーマネジメントを取り扱う研究のいくつかでは、Novaco (1976; 1977) が開発したアンガーマネジメントプログラムやストレス免疫訓練を土台とした上で、認知機能障害に対応するために改変を加えた介入方法であることが記されている。改変の内容としては、前項で述べたうつや不安に対する認知行動療法と同じく、説明の簡略化、繰り返し、視覚的資料の活用などが挙げられている。

以下に介入事例を紹介する。怒りや攻撃性の問題に関する介入研究は多数行われているため、職業リハ領域への参考とする観点から、発症からある程度の期間を経て、主に地域で生活する脳損傷者への介入事例を中心に紹介する。

(ア) Uomoto & Brockway (1992)

脳損傷当事者とその家族を対象とした2事例が報告されている。いずれにおいても1時間～1時間30

²⁵⁾ 包括的・全体的リハビリテーションプログラムについては、本節（6）で述べる。

²⁶⁾ 1人の対象者に対し、ベースライン期（介入せず観察を行う時期）と治療期を設定した上で、治療に対する反応を時間経過を追って観察する方法。経過を追っただけの症例研究よりも治療の効果を判定しやすくなる（小向, 2017）。

²⁷⁾ 複数の研究結果を統合する統計的手法を指す（原田, 2015）。

²⁸⁾ 介入による効果の大きさを示す統計量（原田, 2015）

分のセッションが週1回の頻度で、合計8回または12回実施された。

（事例1）脳腫瘍の手術後に、大声を上げる、壁を殴るなどの怒りの爆発が見られるようになった43才の男性とその家族（妻、17才の娘）に対して実施された。介入は手術から2年後の時点で、本人と家族をそれぞれ別の心理臨床家が担当した。本人に対しては、怒りが爆発しそうになった時にその場を離れる方法（タイムアウト）が指導された。具体的には、犬を連れて近所を散歩すること、あるいは、好きなだけ大きな音でピアノを弾くことであった。娘は、早口で長い話をしがちであり、それが父親を苛立たせていることから、短く区切ってゆっくりと話す練習を行った。また、父親の怒りが増してきている場合には、話題を変えたり、その場を離れるなどの対応方法が指導された。妻には、タイムアウトのきっかけを本人に伝える方法が指導された。これらの結果、介入前には週に9回みられた怒りの爆発が介入中には週に平均1.9回まで減少した。それは、家族にとって我慢できる頻度であった。介入終了1か月後、3か月後、6か月後のフォローアップにおいても効果は維持されていた。

（事例2）外傷性脳損傷後に、家庭内や社会的場面で暴言が見られていた22才の男性と、その両親に対して実施された。介入は、脳損傷から3年半後の時点であった。本人は、怒りの問題は両親の作り話であると否定したが、治療を受けることには同意した。怒りの爆発のきっかけは、疲労、注意を払うのが困難なこと、2人以上が同時に話すこと、聴覚的・視覚的刺激が多すぎることで、両親が本人をからかうような冗談を言うことであると特定された。そこで両親には、一度に1人ずつ話すこと、家を片付け、視聴していないテレビやラジオを切ること、冗談を言うのは本人の気分の良い時だけにすることなどの指導がされた。また、怒りが増大しているときに、家族や本人が行うタイムアウトの手続きが決められた。これらの介入の結果、介入前には週に13回見られた怒りの表出が、介入中は週に平均3.8回まで減少した。1か月後、3か月後のフォローアップにおいても、その効果は維持されていた。

著者らは、脳損傷者のアンガーマネジメントを行う際、特に認知機能の障害から心理療法の内容を保持したり活かすことが難しいような場合には、家族を巻き込むことが重要であると述べている。

（イ）O'Leary (2000)

脳損傷者を対象とする施設に入所する21～42才の男性で、言葉または身体的な攻撃的行動が見られた5人に対して介入が行われた。参加者の脳損傷後の経過期間は4か月～5年であった。1回60分のセッションが週に2回、10週間行われた。週2回のセッションのうち1回はコーピングスキルと日々のストレスマネジメント、もう1回はアンガーマネジメントに特に焦点が当てられた。アンガーマネジメントのセッションでは、若年者のアンガーマネジメント向けに作られた教材を成人の脳損傷者に合わせて改変して使用し、ロールプレイやディスカッション、講義が行われた。各セッションのテーマは、例えば、怒りのきっかけを特定すること、攻撃的行動の結果を考えること、攻撃的行動の代わりに新しい行動などであった。セッションの他に、参加者には生活の中で怒りが起きた場面（いつ、どこで、何に対して怒りを感じ、どのように対処したか）を記録し、毎回その記録を支援者に提出するよう求めた。支援者は記録内容に対してフィードバックを行った。介入前と比べて、介入中及び介入後の攻撃的行動の頻度は、すべての参加者で減少した。著者は、カリキュラム化された訓練によってすべての参加者の攻撃的行動を減少せたと結論づけた。また、どの参加者においても攻撃性が完全に消失したわけではないが、各個人が、居住や仕事、地域の中での個人的な関係を維持するには十分であるだろうと述べている。

（ウ）Medd & Tate (2000)

怒りの問題があると臨床的に判断された16人の後天性脳損傷者を対象とした。参加者の平均年齢は35.9

才、脳損傷後の平均経過期間は 37.3 か月であった。プログラムの内容に対して認知機能障害が重すぎる人、および薬物やアルコールへの依存がある人は対象外とされた。年齢、性別、発症後期間、居住環境の面で類似したペアを作ったうえで、アンガーマネジメント介入群と対照群に割り付けた。介入群には、5～8 週間の個人セッションによるアンガーマネジメントプログラムが行われた。プログラムには、①脳損傷と怒りに関する心理教育、②認知的、身体的、感情的な変化による自分自身の怒りの認識の促進、③リラクゼーション、セルフトーク、適切な主張の練習（アサーション）、気晴らし、タイムアウト法など、怒りに対処する方法の練習が含まれた。介入前後及び群間の比較を行ったところ、介入群において、**State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)** ²⁹⁾の「怒りの表出 (anger expression-out)」の得点が介入前後で統計的に有意に低下しており、怒りの表出が少なくなったことを示していた。また、終了 8 週間後の評価も加味した分析では、介入前と比べて、**STAXI** の「状態怒り」が有意に低下し、「怒りの制御」が有意に向上していた。著者らは、脳損傷者に対するアンガーマネジメントに関するそれまでの研究が、効果の判断を本人や周囲による報告に拠っていたことと異なり、本研究で用いた標準化された検査において効果を示すことができたと述べている。この研究では、怒り以外に、自尊心 (**Self-esteem Inventories** で測定)、不安とうつ (**HADS** で測定)、障害の自己認識 (**Patient Competency Rating Scale** で測定) についても介入前後で評価したが、これらについては介入による変化は認められなかった。

(エ) Walker et al. (2010)

地域に生活する重度の外傷性脳損傷者で、怒りのコントロールの問題があると本人または家族が判断した人を対象とした。精神疾患がある場合や、アルコールや薬物乱用がある場合は対象外とした。週 1 回 2 時間のグループセッション (4～8 人) を 12 回とフォローアップセッション 1 回を 1 クールとして、1998 年から 2006 年の間に複数回に分けて行った。セッションは認知行動療法のモデルに基づき、外傷性脳損傷の影響、怒りのきっかけ、怒りのきっかけに気づくための方法、怒り感情を減らすための方法、タイムアウト法、自己教示法などに関する情報の提供、グループディスカッション、ロールプレイが行われた。また、怒りの記録を含む宿題へのフィードバックが行われた。認知機能障害に対応するために、概念の簡潔化、具体例の使用、セッションの繰り返し、視覚教材の利用などが行われた。一部のセッションには参加者の家族や友人が出席することが推奨された。12 回のセッションのうち、9 回以上参加した 52 人が効果測定の対象とされた。プログラム実施前とプログラム終了時を比較すると、**STAXI** の「特性怒り」と「怒りの表出」の得点が統計的に有意に低下し、「怒りの制御」の得点が有意に向上し、いずれも改善を意味していた。また、フォローアップセッションに参加した 31 人について、プログラム終了時とフォローアップ時を比較したところ、プログラムの効果が維持されていることが示された。著者らは、集団認知行動療法は、重度の外傷性脳損傷後の怒りのコントロールの問題を取り扱う地域型の治療として期待できると述べている。

(オ) Aboulafia-Brakha, Buschbeck, Rochat, & Annoni (2013) ; Aboulafia-Brakha & Ptak (2016)

中等度～重度の外傷性脳損傷の後 1 年以上経過している 18～60 才の 9 人を対象として、認知行動療法に基づく怒りと攻撃性のマネジメントのプログラムを行った。参加者は、外傷性脳損傷後に全般的な行動の変化が見られた人々であった。重度の失語症や重度の記憶障害のある人、また、外傷性脳損傷の前から精神疾患のある人は対象外とされた。9 人のうち 4 人は介入の時点で雇用されていた。1 回 60 分、週 1

²⁹⁾ 日本語版が作成され、信頼性・妥当性の検討が行われている (三根・浜・大久保, 1997 ; 鈴木・春木, 1994)。

回、8週間の2～4人の小グループでのセッションが行われた。プログラムの内容は脳損傷者を対象とした他のアンガーマネジメントプログラムを参考に作られ、①感情と自己認識、②感情のマネジメント、③認知的再構成と代替的な考え方、④予防的な方策、の4つのモジュールが含まれた。セッションでは視覚教材が使われ、ロールプレイが用いられた。また、宿題として、セッションの間の1週間に起きた、怒りに関連する状況を観察することが指示された。効果測定には、攻撃性に関する自記式質問紙 (Buss and Perry Aggression Questionnaire³⁰: AQ-12) の他、衝動性 (UPPS Impulsive Behaviour Scale)、全般的行動 (Frontal System Behaviour Scale³¹)、共感 (Cambridge Behaviour Scale)、気分 (HADS) に関する質問紙が用いられた。プログラム開始前と終了直後ではこれらの得点に統計的に有意な変化は見られなかったが、プログラム開始前と終了4～5か月後の比較では、AQ-12の得点において有意な低下が見られ、攻撃性が減少したことを示していた (Aboulafia-Brakha et al., 2013)。その後、著者らは参加者を19人に増やし、12週間のプログラムで検討を行った。その結果、プログラム終了直後の時点でプログラム開始時点と比べて怒り (STAXIで測定) や攻撃性 (AQ-12で測定) が統計的に有意に低下したことが示された。なお、この研究では、介入をアンガーマネジメントプログラム (8週間) と、怒り以外の心理社会的問題を扱うプログラム (4週間) に分け、介入の順序を逆にした2グループを設定したが、グループ間での効果の違いは認められなかった (Aboulafia-Brakha & Ptak, 2016)。

(カ) Hart et al. (2012) ; Hart et al. (2017)

中等度から重度の外傷性脳損傷後少なくとも6か月が経過している10人を対象としてアンガーマネジメントプログラムを実施した。参加者は皆、怒りや攻撃性に関する自記式の質問紙 (STAXI-2 または Brief Anger-Aggression Questionnaire: BAAQ) において、怒りや攻撃性の一定以上の問題が確認されていた。精神疾患やアルコール、薬物乱用のある人は対象外とされた。60～90分の週1回の個人セッションが8回実施された。セッションは、①怒りに関連する自己理解 (怒りのシグナルに気づく) と、②問題解決訓練 (フラストレーションや葛藤のある状況下でより建設的な行動のレパトリーを増やす) の2点に焦点が当てられていた。効果測定には、STAXI-2 と BAAQ、感情の状態に関する質問紙 (Brief Symptom Inventory -18item version) が用いられ、前二者に関しては本人と近親者がそれぞれに回答した。介入前後の比較において、本人が回答した STAXI-2 の「怒りの表出」及び BAAQ の得点が統計的に有意に低下した他、近親者が回答した STAXI-2 の「怒りの表出」においても統計的に有意な低下が見られ、怒りや攻撃性が減少したことを示していた (Hart et al., 2012)。著者らはその後、対象人数を90人に増やし、アンガーマネジメントプログラムを行う群60人と、怒りの問題を取り扱わない心理面接を行う群30人に無作為に割り付けて介入を行った。本人と近親者の回答による STAXI-2 及び BAAQ を用いて両群への介入効果を比較した結果、アンガーマネジメントを行った群は心理面接群よりも、STAXI-2 の「特性怒り」の得点が低下した人の割合が統計的に有意に高かった。著者らは、怒りのいくつかの側面においてアンガーマネジメントプログラムが有効であったと結論づけている (Hart et al., 2017)。

(キ) 野村・甲斐・吉川・中島 (2017)

外傷性脳損傷による高次脳機能障害のため障害者支援施設に入所した18才男性を対象に介入を実施した。対象者は、他の利用者などとの対人交流場面をきっかけにイライラすることがあり、自室や共有スペースの物品を破壊する行動が見られた。自身の行動が不適切であるとの認識はできていた。薬物療法 (頓

³⁰ 日本語版が作成され、信頼性・妥当性の検討が行われている (安藤他, 1999)。

³¹ 同上 (吉住・上田・大東・村井, 2007)

服)に加えて、行動的アプローチ期と認知的アプローチ期に分けて非薬物的な介入を行った。介入は、脳損傷から2年1か月後の時点であった。行動的アプローチ期には、怒りが生じた時に気分転換をするためのカード(本人が落ち着く内容を記載)の携帯を導入し、怒りに対する適切な対処方法を一覧にしたポスターを掲示した。適切な対処ができた場合には支援者が肯定的なフィードバックを行った。認知的アプローチ期では定期的な面接を行い、怒りによる行動を振り返り、行動の背景にある信念や、怒り行動を見た他者がどのような感情を抱くかといったことについて繰り返し話し合いを行った。2年間の入所生活を通じて攻撃的行動は減少し、退所から1年後の時点で職業を継続できていた。著者らは、怒りの原因や影響について本人の気づきが低い段階では行動的アプローチを行い、気づきや行動修正への意欲が生じたタイミングで認知的アプローチを行ったことが効果につながったと考察している。

（５） 発動性の低下

ア． 概要・発生頻度等

Marin (1990)によると、発動性の低下（apathy）とは、意識レベルの低下や認知機能の障害、感情面での苦悩を原因とせず、動機付けが減少した状態である。Van Reekum (2005) が複数の先行研究を調査したところ、発動性の低下は外傷性脳損傷者においては46.4～71.1%、脳卒中では、22.5%～56.7%の間で報告されており、脳損傷者において広く見られる症状である。動機付けが低下した状態は、職業に戻るものの他、外出や財産を管理することなど様々な社会的自立性を損なうことに関係する (Mazaux, et al., 1997)。

イ． 介入

発動性の低下に対しても薬物療法が行われる（先崎，2009；上田・村井，2016）が、ここでは薬物療法以外の介入について述べる。

外傷性脳損傷や脳血管障害による脳損傷者の発動性の低下への薬物以外の介入に関する研究は限られている。Lane-Brown & Tate (2009) が、脳損傷者に対する介入研究のうち、意欲・発動性低下への効果がデータとして示されている介入研究を系統的な方法で抽出したところによると、抽出された28件の研究のうち、21件は認知症の人を対象とした研究であり、外傷性脳損傷者を対象とした研究は4件、脳卒中を対象とした研究は2件に留まった（残る1件は外傷性脳損傷、脳卒中、他の疾患の参加者が混在する研究であった）。また、28件中、意欲・発動性低下を治療ターゲットとした介入を行ったことが明記されていた研究は4件のみであり、いずれも認知症者を対象とした研究であった。

以下に、介入事例を2例紹介する。

（ア） Lane-Brown & Tate (2010)

重度の外傷性脳損傷後3年7か月经つ32才の男性を対象とした。受傷前、男性はコンピュータ業界でマネジメントレベルの仕事をしており、社交的で活動的な生活を送っていた。リハビリ病院では、記憶障害と言語障害、発動性の低下が指摘されており、前2者については治療を経てかなり改善されていたが、発動性の低下に対しては特段の治療がされていなかった。日常生活では、会話を続けることが難しい、運動が続かない、部屋が乱雑で重要な書類をしばしばなくすなどの問題があった。退院後、何度も仕事に就くが、契約が更新されず2か月以上続くことがなかった。本人と心理士が相談して、①部屋を片付ける、②室内トレーニング機器を使って運動する、③会話のトピックになる事実や意見を書き出す、の3つを週5日間、1日20分ずつ行うことを目標として設定した。①に関しては部屋を6つの領域に分け、領域ごとに行う作業のチェックリストを渡した。また、①と②を始める時間にアラームが鳴るよう設定した。毎週の面接で1週間の状況を確認し、動機付け面接（目標と現実の乖離に気づかせる、励ます、共感するなど）を行った。①と②に対する介入の効果の波及を検証するため、③については特別な介入は行わなかった。28週間の介入後、①と②には介入の効果が見られた。①については介入を終えた1か月後も、行動が維持されていた。一方、目標を定めただけで、特別に介入を行わなかった③については改善が見られなかった。著者らは、特定かつ操作的に定められた目標に対して、外的補助手段と動機付け面接を活用した介入をしたことが、発動性の低下を減少させることができたとしている。

（イ） 木村・堀・佐藤・佐藤・先崎 （2017）

くも膜下出血後、記憶障害と発動性低下が見られた40代の男性を対象とした。発症約3か月後のリハビリ病院入院時には、臥床して過ごすことが多く、訓練室までの移動や服薬、更衣などについて促しが必要で

あった。記憶の代償手段としてメモリーノートが試みられたが、記入や参照に促しが必要であった。また、スマートフォンのアラーム機能を利用したスケジュール管理についても試みられたが、アラームのセットし忘れやセットの誤り、アラームが鳴ってもすぐに止めてしまい行動が開始されないなどの状況が見られ、十分に活用できなかった。発症約6か月後、退院後の家庭生活において1人で留守番ができることを目標に、服薬や家事など日常生活を想定した課題訓練において、ソーシャルネットワーキングサービス（以下、SNS という）の利用を導入した。本人のスマートフォンあてに訓練士等が SNS で指示を出し、課題終了後は本人から SNS で報告をするよう求めた。課題の内容により一度の指示で遂行が可能な場合と再連絡が必要な場合があったが、対象者と家族にとって退院後の自宅生活のイメージがしやすい訓練であった。退院後、SNS を用いて家族と連絡を取りあいながらの留守番や外出が可能となった。著者らは、SNS を用いた指示が有効であった背景として、この男性が発症前からスマートフォンや SNS を日常的に使用して慣れていたこと、イラストを用いて返信できることから文字入力の手がかりが少なかったことなどを挙げている。また、指示を出す側にとって、支援対象者がメッセージを読んだかどうかの確認ができることが利点であると述べている。

（６） 包括的・全体論的リハビリテーションプログラム

ここまで、（１）～（５）では、高次脳機能障害者（脳損傷者）における社会的行動障害に関連する症状及び課題とその介入方法についてそれぞれに述べてきたが、本項では、単一の症状や課題ではなく、高次脳機能障害者が抱える様々な問題に対して複数の介入方法を統合して支援するプログラムである「包括的・全体論的リハビリテーションプログラム（comprehensive-holistic rehabilitation program）」について述べる。

Malec（2014）によると、包括的・全体論的リハビリテーションプログラムは、Ben-Yishay や Prigatano によって、主に外傷性脳損傷者を対象として米国で始められた取組を源流とし、典型的には以下①～⑦の特徴がある。①認知的・メタ認知的障害、行動面の障害、情緒面の問題などに神経心理学的観点から焦点を当てる、②多職種のスタッフの頻回な情報交換に基づく統合的な治療を行う、③気づき、受容、社会的語用論を扱うグループ訓練を含む、③専任スタッフおよび専用の場所があり、参加者とスタッフの比率は 2：1 またはそれ以下とする、④神経心理学者がチームに参加する、⑤参加者の近親者がプログラムに参加する、⑥職業や自立生活を試行する、⑦生産的活動、生活の自立、心理社会的適応、情緒的適応など多面的な効果測定を行う。

Ben-Yishay & Gold（1990）は、ニューヨーク大学ラスク研究所³²において行う包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの対象者像として以下を挙げている。①18～55 才の外來の外傷性脳損傷者である、②一般的なリハプログラムを受けたが生産的活動が困難である、③杖使用も含め歩行が可能である、④言語障害があったとしても小グループでの双方向的なコミュニケーションが可能である、⑤IQ が 80 以上である、⑥社会的に受け容れられない行動があったとしても言葉での説得が可能である、⑦自分の意志でプログラムに参加する、が挙げられている³³。

包括的・全体論的リハビリテーションプログラムは、頻度と期間の両面で非常に集中的なプログラムである。Ben-Yishay & Gold（1990）が記載した内容によると、プログラムの参加者は、まず評価を受け、10 人で構成されるグループに振り分けられる。プログラムは、1 日 5 時間、週 4 日、20 週間が 1 サイクルとされる。全体のグループセッションと 2～3 人の小グループセッションが毎日行われ、全体グループセッションでは主にコミュニケーションや社会的に適切な行動の練習、小グループセッションでは、認知訓練を行う。また、週に 1～2 回個人セッションとしてカウンセリングを行う。さらに、参加者の近親者も週 1 回のカウンセリングを受ける。Malec（2014）によると、最近では、研究の進展や費用面の制約から、Ben-Yishay & Gold（1990）の考案したプログラムを土台としつつも、簡素化した形で実施される場合がある。例えば、後述する Sarajuuri et al.（2005）がフィンランドで実施するプログラム（Individualized Neuropsychological Subgroup Rehabilitation Program: INSURE）は、6 週間のプログラムとなっている。

Cattalani et al.（2010）および Cicerone et al.（2011）による系統的レビューでは、包括的・全体論的リハビリテーションプログラムは、無作為化比較試験を含む複数の介入研究において脳損傷者の認知機能や行動の障害、心理社会的問題への有効性について効果が認められたことを踏まえ、十分なエビデンスのある「実践の標準（Practice Standard）」と結論づけられている。³⁴

包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの実践事例を紹介する。

³² ニューヨーク大学ラスク研究所のプログラムについて日本語で読める資料としては、先崎・枝久保・新井（1999）と、利用者の家族である立神（2010）によるものがある。

³³ 先崎・枝久保・新井（1999）を参照すると、受傷原因や IQ に関する要件は後に広げられたようである。

³⁴ Cattalani et al.（2010）は「包括的・全体論的リハビリテーションプログラム（comprehensive-holistic rehabilitation program）」、Cicerone et al.（2008）は「包括的・全体論的神経心理学的リハビリテーション（comprehensive-holistic neuropsychological rehabilitation）」あるいは「包括的で統合された神経心理学的リハビリテーション（comprehensive-integrated neuropsychologic rehabilitation）」と、異なる名称を用いてレビューを行っている。両者が対象とする範囲には重なりがあるが、完全に同一ではない。

(ア) Sarajuuri et al. (2005)

外傷性脳損傷者 19 人（脳損傷後の経過期間 2 年 4 か月～8 年 10 か月）に対して包括的プログラム INSURE を実施し、対照群 20 人と比較してプログラムの効果を検討した。対照群は、年齢、性別、教育レベル、脳外傷の重症度、受傷後期間、受傷前の雇用状況が、INSURE 群とできるだけ近くなるように選定された。INSURE は、平日 8:30～16:00 まで毎日 6 週間、入院で行われた。5～8 人でのグループセッションと個人セッションが含まれ、多職種により運営された。内容は、Ben-Yishay や Prigatano などが過去に行ったプログラムを参考とした。対照群については、それぞれの居住地の担当医の指示により、一般的な治療やリハが行われた。介入から 2 年後の時点で、対照群で何らかの生産的活動（職業、学業、ボランティア活動）に従事していたのは 55%であったのに対し、INSURE 群では 89%が生産的活動に従事していた。介入 2 年後の時点の生産的活動に寄与する要因を特定するために、INSURE への参加の有無、性別、受傷時年齢、受傷後期間、重症度、受傷前の職業状況についてそれぞれの影響を分析した結果、INSURE への参加の有無のみが統計的に有意であることが示された。著者らは、包括的・神経心理学的志向のリハビリテーションプログラムは、急性期を過ぎた中等度から重度の外傷性脳損傷者において、生産性の面で心理社会的な機能を改善し得ると結論づけている。

(イ) 永吉他 (2005)

後天性脳損傷の発症から 3 年以上経過し、在宅で生活する 8 人（うち 2 名は家業等の手伝いとして就労、1 名は大学休学中）を対象とし、週 2 回、1 年間のプログラムを行った。プログラムには、①個別訓練（カウンセリング、認知トレーニング）、②グループ訓練（障害認識・対人関係改善、認知トレーニング）、③家族カウンセリング（個別、グループ）、④社会適応訓練（買い物、調理など）、⑤生活・介護支援（環境調整）、⑥就労・就学支援、⑦権利擁護が含まれた。1 年後、神経心理学検査結果の一部や ADL の評価尺度（Barthel Index）に統計的に有意な改善が見られた。社会的帰結として、プログラム開始時に休学中だった 1 名が復学した他、1 名が復職、1 名がボランティア活動を始めた。他の 5 人についても資格取得、コミュニケーションの改善、介護量減少などの何らかの改善が見られた。著者らは、神経心理学的検査において統計的に有意な改善が見られた項目がわずかであった理由として、参加者数が 8 人と少なく、障害像が多様であること、開始時にはプログラムの内容が十分に確立していなかったことが考えられると述べている。一方で、脳損傷後 3 年以上が経過しても、訓練により症状の改善や社会復帰の可能性があることが示唆されたとしている。

(ウ) Cicerone et al. (2008)

外傷性脳損傷の発症から 3 か月以上（平均 3 年 9 か月）経過している 68 人を対象とした。参加者は、医学的状态が安定し、基本的なセルフケアが自立しており、包括的なリハが効果的である可能性があるとして臨床的に判断された人とした。参加者を、①集中的な認知リハプログラム群（包括的リハビリテーション群）34 人と、②標準的神経リハプログラム群 34 人に無作為に割り付け、両群に対して週 15 時間、16 週間の介入を行った。①群に対しては、Ben-Yishay et al. (1990) のプログラム内容にしたがい、治療的な環境の中で、認知機能障害、感情面の困難、対人関係などへの介入が統合された形で行われた。週 15 時間のセッションのうち 11 時間はグループ形式で行われた。②群に対しては、原則として個人別の形式で、理学療法、作業療法、言語療法の領域別の治療と、また、神経心理士による週 1 回の個人面接で障害への気づきや認知機能を改善するための方法が取り扱われた。グループ形式での介入は週 3 時間未満とされた。効果測定は、認知機能面の評価の他に、地域への統合の尺度（CIQ）、生活の満足度の尺度（Perceived

Quality of Life Scale) の他、認知機能、自己効力感、雇用状況について測定された。介入の結果、注意や記憶といった認知機能に関しては両群で改善が見られ群間の差はなかったが、地域への統合や生活の満足度、自己効力感に関しては①群において統計的に有意に大きな改善が見られた。また、介入終了時に雇用されている人は、①群では 47%であるのに対し、②群では 21%であり、統計的に有意な差が見られた。これらの結果から著者らは、包括的・全体論的神経心理学的リハビリテーションプログラムは、外傷性脳損傷後の地域生活に関する機能や生活の質に関して、標準的なリハよりも効果的であることが示されたとしている。

この他に、国内では神奈川リハビリテーション病院において「通院プログラム」として 15 年以上実践されている。神奈川リハビリテーション病院についてはヒアリング調査を実施し、第 3 章第 2 節で述べる。

第3節 文献調査のまとめと考察

前述の通り、社会行動障害に関連する症状や課題を、先行研究におけるテーマ設定の傾向や内容のまとまりから、(1) 社会的認知の障害、(2) コミュニケーションの障害、(3) うつ、不安、(4) 怒り、攻撃的行動、(5) 発動性の低下の5つの領域に分けて記載した。社会的認知の障害がコミュニケーションに影響を与え、うつが攻撃性に影響を与えるといったように、各症状や課題は相互に影響しあうことが指摘されており、このことから、実際の支援場面においては、特定の症状や課題だけに着目するのではなく、支援対象者の全体像を把握することが重要であると考えられる。(6)として紹介した「包括的・全体論的リハビリテーションプログラム」は、支援対象者の全体像を捉えて、様々な支援技法を統合的に用いようとするアプローチの一つの形であると考えられる。

(1)～(6)の領域ごとに、国内外で研究が進められている様々な介入方法を紹介したが、多くは医療分野における実践内容であり、それらの中には、医学的治療としての性格が強く、職業リハ領域の実践には馴染みにくいものと、職業リハ領域においても実践が可能であるものが混在していると考えられる。前者と後者の区別は必ずしも自明なものとは言えないが、ここでは介入方法を以下①～③に試行的に分類することで考察の一助としたい。

- ① 症状そのものの改善（機能回復）を目指す介入方法
- ② 障害を補うスキルを支援対象者自身が獲得できるよう働きかける介入方法
- ③ 支援対象者を取り巻く環境に働きかける介入方法

障害者職業総合センター(1999)は、同センターにおいて実施する「高次脳機能障害者の職場復帰支援プログラム」の基本的考えとして、「高次脳機能障害者の職場復帰においては(～中略～)残存の能力を活用した適応方法を個別に検討し、そのために必要な能力の開発、補償手段の活用技法、あるいは受け入れる事業所の整備等の環境設定を重視した支援が適当である(p.9)」と述べており、このことから類推すると、上記①～③の中で、職業リハ領域の実践に馴染みやすいのは、主に②や③の介入方法であろうと考えられる。

以下、(1)～(6)の項目ごとに、先行研究のまとめと職業リハへの応用の観点から考察を行う。

(1) 社会的認知の障害

脳損傷を原因として他者の感情や意図を推測することの困難が生じ、コミュニケーションや社会参加に負の影響を与えることが複数の先行研究において指摘されていた。一方、一般的な医療リハにおいては社会的認知について必ずしも詳細な評価が行われていないとの調査報告があった。この状況について本邦でも同様であると想定すると、職業リハ従事者としては、医療機関からの情報において社会的認知の障害に関する記載がない場合でも、支援対象者において他者の感情や意図を推測することの困難がある可能性を念頭において職業的評価や支援を行う必要があることが考えられる。

介入方法としては、表情などから他者の感情を読み取る訓練が少数ではあるが行われており、効果が報告されていた。このような介入は、上記の①～③の分類においては、感情を認識する能力そのものの改善を目指すという点からは①の介入方法と考えられる。また、表情を読み取る上でどこに着目すべきかなどの指導を行う場合があることから、障害を補うスキルに介入する②の介入技法であると捉えることもできる。②と捉えれば職業リハ分野での実践を視野に入れることができるが、先行研究が少ない状況であることから、慎重な検討が必要であると考えられる。一方、③に該当する介入方法は先行研究の中では触れられなかったが、例えば、支援対象者に対して「言わなくても分かる」、「察する」ことを求めず、必要な情報を周囲が明確な言葉で伝える環境を整えるという介入方法が考えられる。このような介入は職業リハ領域において十分に実

践が可能であると考えられる。

（２）コミュニケーションの障害

注意、記憶、遂行機能などの認知機能の障害を背景とする（失語症以外の）コミュニケーション障害は、高次脳機能障害者において高い頻度で生じ、就労を含む社会参加に負の影響を与えることが複数の先行研究において指摘されていた。この課題への介入方法として、支援対象者のコミュニケーションスキルに介入する方法と、支援対象者を取り巻く周囲のコミュニケーションスキルに介入する方法（コミュニケーションパートナー訓練）の２つの方向で研究が進められ、それぞれに成果が報告されていた。

２つの介入方法のうち、支援対象者のコミュニケーションスキルへの介入は、前述の①～③の分類においては、②に該当すると捉えられる。支援対象者のコミュニケーションスキルへの介入は、SSTとして地域障害者職業センターなどの職業リハ領域において、支援対象者の障害種類を問わず広く実践が行われているところである。先行研究において、高次脳機能障害者のコミュニケーションスキルへの介入を行う上では、一般的なソーシャルスキルよりも、その人の生活や職業場面に直結したコミュニケーションスキルに焦点を当てるべきであるとされていた点は、よりよい実践のための重要な指摘であると考えられる。

一方、支援対象者を取り巻く周囲のコミュニケーションスキルへの介入は、③の介入方法と捉えることができる。国内の職業リハの実践において、望ましいコミュニケーションについて職場等に対して助言を行うことは一般的に行われているが、ロールプレイなどを通したスキル訓練を含む取組は普及しているとは言えない^{35,36}。障害のある当事者だけにスキル改善を求めるのではなく、環境に働きかけることで環境適応を改善する取組は、職場における合理的配慮に注目が集まる昨今のニーズに合った取組と考えられる。ただし、先行研究において、構造化された会話では改善が見られても自由な会話では改善が見られなかった事例など、限定的な効果しか得られなかった例も報告されており、訓練の具体的な方法や限界などについては更に検討を進める必要があると考えられる。

（３）うつ、不安

高次脳機能障害者において、うつや不安は高頻度に見られ、就労を含む社会復帰に負の影響を与える他、うつは攻撃性とも関連があることが先行研究において指摘されていた。認知行動療法に基づく介入が多く研究されており、肯定的な結果が得られている一方で、期待した効果が得られなかった報告もあり、効果が得られやすい条件や実施方法などについて更に研究が進められている。

本章においては薬物療法以外の介入方法について述べたが、うつや不安に対する介入としては、薬物療法が重要であることは忘れてはならないだろう。職業リハ領域の支援対象者においても、その状態像により薬物療法が必要な場合があると考えられることから、うつや不安を抱える支援対象者に対応する場合は、職業リハ従事者のみで対応を判断するのではなく、医療と適切に連携することが不可欠であると考えられる。

³⁵ 障害者職業総合センター（2013a；2013c；2015a；2015b；2016b）が開発した「ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー」は、障害のある労働者だけでなく、その上司や同僚も対象としたSSTを活用したプログラムであり、コミュニケーションパートナー訓練を含む取組の一つといえる。ただし、同プログラムは、対象とする障害について知的障害、発達障害、精神障害、聴覚障害など幅広く想定しており、高次脳機能障害者に特化した効果検証は行われていない。

³⁶ 職業リハ領域以外の取組として、失語症のある人の生活や社会参加を支援する専門ボランティアである「失語症会話パートナー」の養成が日本各地で実践されており、障害者総合支援法における意思疎通支援事業における意思疎通支援者としての養成も進められ（立石，2017）、失語症のある人が地域生活を送る上での社会資源の一つになりつつあるところである。養成カリキュラムの中では失語症以外の高次脳機能障害についても触れられるが、主たる対象として想定されているのは失語症者である。

薬物療法以外の介入方法として取り上げた認知行動療法には、幅広い技法が含まれる。その中で、例えば、リラクゼーションや気分転換などストレスへの対処スキルの獲得に関する支援や、ストレスが高い状態になることを予防するためのコミュニケーションスキルへの介入は、前述の①～③の分類における②の介入方法と捉えることができる。これらは、職業リハ領域において実践できる可能性があり、(脳損傷者以外の) うつ病のある人への復職支援の領域では既にこのような実践が行われているところである(障害者職業総合センター, 2011 ; 2013)。ただし、これらの介入を行う場合においても、全体的な状態像の判断に基づいた支援が重要であると考えられ、医療を始めとした関係機関と適切に連携することが重要である。

(4) 怒り、攻撃的行動

怒りや攻撃的行動に関する介入研究は数多く実施されており、社会参加を妨げる課題として高い関心が集まっていることの反映であると考えられる。介入方法としては、行動療法や認知行動療法に基づく介入、環境調整が報告されていた。怒りが生じたときに気持ちを落ち着かせる行動や小道具を設定することや、当事者の周囲の人のコミュニケーションスタイルへの働きかけなど、②や③に該当すると考えられる介入方法が見られ、これらは職業リハ領域においても実施が可能であると考えられる。しかし、うつや不安に対する介入と同じく、攻撃性は薬物療法を始めとした医療的ケアの対象となる症状であるため、特に症状が顕著であって本人や周囲の抱える困難が大きい場合は、医療と連携して対応することが必要であると考えられる。

(5) 発動性の低下

発動性の低下は、生活の自立や職業復帰に負の影響を与えることが指摘されているが、介入研究は少なく、今後の研究が必要とされる領域であると考えられる。薬物療法以外の介入として、日常場面の自立性向上に効果を上げた事例研究の具体的な介入内容を見ると、当事者のニーズに即した目標を設定し、工程を細分化し、チェックリストやリマインダーを使用するといった職業リハ領域の実践において頻繁に活用される支援技法が用いられていた。これらのことから、職業リハの専門性を活かせる領域である可能性が考えられ、今後、職業リハにおいて積極的に介入事例を積み重ねることが望まれる。

(6) 包括的・全体論的リハビリテーション

包括的・全体論的リハビリテーションプログラムについては、様々な支援技法を統合したプログラムであり、プログラムが全体として機能することが強調されているため、その構成要素を部分として取り出して職業リハへの応用を検討することは適切でないかも知れない。また、多数の専門職の関与を前提とした、長期間かつ集中的なプログラムを運営することは現実的には制約が大きい。しかし、高次脳機能障害者が抱える様々な問題の全体像を捉え、支援者間の綿密な意見交換により統合的に支援していく考え方については、参考にすべき点が多いと考えられる。

第3章

ヒアリング調査

第3章 ヒアリング調査

第1節 ヒアリング調査の方法

社会的行動障害のある高次脳機能障害者に対する支援に関して、実際の支援における考え方、国内における現在の取組や課題等について情報を収集するため、先進的な取組を行う施設及び特に知見のある専門家を対象としてヒアリング調査を行った。調査対象とする施設及び専門家の選定は以下の二つの方法で行った。第一の方法としては、関連学会や研究会（日本高次脳機能障害学会、日本リハビリテーション医学会、認知リハビリテーション研究会）の過去おおむね5年間の学術誌及び学術集会の抄録を参照し、先進的と判断される取組を抽出した。第二の方法として、外部の複数の学識経験者にヒアリング調査先として適切な施設や専門家について推薦を依頼した。

上記の方法で選定した施設及び専門家に対して調査を依頼し、了承が得られた場合に訪問調査を行った。可能な場合には支援場面の見学も併せて依頼した。訪問時期は2016年10月から2017年9月の間で、研究担当者と障害者職業総合センター職業センター（技法開発部門）の担当者の2名または3名で訪問した。対象施設や訪問日時などの概要について表3に一覧を示した。

調査内容は、高次脳機能障害者を対象とした、就労支援または就労支援の前段階の医療的支援・治療に関する考え方や取組に関することを大枠とした上で、調査対象施設の特色や各専門家の専門領域に応じたものとした。つまり、すべての調査対象に同一内容のインタビューを行ったものではない。

調査対象施設または専門家が、社会的行動障害に関連する特定の支援プログラムを実施している場合は、以下の内容を含めた。

- 具体的な支援プログラムの内容及び実施上の工夫
- 支援プログラムの理論的背景
- 対象者像や適応
- 支援効果の測定方法
- 支援スタッフの教育やストレスケア

表 3 ヒアリング調査一覧

訪問時期	2016年10月
施設名称（所在地）	なやクリニック（大阪府堺市）
ヒアリング対象	納谷 敦夫氏（医師）、俵 あゆみ氏（作業療法士）他職員の皆様
主な内容	・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方 ・高次脳機能障害者を対象としたデイケア ・SCIT（Social Cognition and Interaction Training）を用いたグループ治療
訪問時期	2016年12月
施設名称（所在地）	広島県高次脳機能センター（広島県東広島市）
ヒアリング対象	近藤 啓太氏（センター長、医師）、富田 昭氏（作業療法士）、土肥 洋子氏（言語聴覚士）、澤田 梢氏（臨床心理士）
主な内容	・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方 ・「模擬就労グループ」などの集団訓練の取組

訪問時期	2016 年 12 月
施設名称（所在地）	神奈川リハビリテーション病院（神奈川県厚木市）
ヒアリング対象	青木 重陽氏（リハビリテーション科医長、医師）、松元 健氏（職能課長）、殿村 暁氏（心理士）、滝澤 学氏（相談支援コーディネーター）他職員の皆様
主な内容	・「通院プログラム」の取組
訪問時期	2017 年 1 月
施設名称（所在地）	熊本大学医学部附属病院（熊本県熊本市）
ヒアリング対象	橋本 衛氏（神経精神科診療科長、医師）、伊地知 大亮氏（臨床心理士）、田中 希氏（支援コーディネーター、精神保健福祉士）
主な内容	・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方 ・アンガーマネジメント支援への取組
訪問時期	2017 年 3 月
施設名称（所在地）	専修大学人間科学部（神奈川県川崎市）
ヒアリング対象	岡村 陽子氏（心理学科教授、臨床心理士）
主な内容	・易怒性のある人への SST の取組
訪問時期	2017 年 8 月
施設名称（所在地）	京都大学医学部附属病院（京都府京都市）
ヒアリング対象	上田 敬太氏（精神科・神経科助教、医師）
主な内容	・高次脳機能障害者の支援における（特に精神科）医療の役割と地域連携 ・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
訪問時期	2017 年 9 月
施設名称（所在地）	名古屋市総合リハビリテーションセンター（愛知県名古屋市）
ヒアリング対象	稲葉 健太郎氏（就労支援課長、訪問型ジョブコーチ、社会福祉士、精神保健福祉士）
主な内容	・就労支援課における取組 ・センター内外の部署、機関と連携した就労支援
訪問時期	2017 年 9 月
施設名称（所在地）	国立障害者リハビリテーションセンター病院（埼玉県所沢市）
ヒアリング対象	浦上 裕子氏（リハビリテーション部部長、医師）
主な内容	・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方 ・FFGW（Feeling-Focused Group Work）の取組

※所属・役職はすべて調査時点のものである。

第2節 ヒアリング調査の結果

以下、調査対象施設及び専門家についての概要及びヒアリング結果、また、「関連資料」としてヒアリング調査に際して参考にした文献や調査対象者から情報提供いただいた文献を掲載した。記載順は調査の実施順とした。ヒアリング結果は、逐語記録を基に研究担当者が再構成し、調査対象者の確認及び一部加筆修正を経て掲載するものである。内容のまとまりを重視する観点から、項目立てはヒアリング調査対象ごとに行った。脚注については障害者職業総合センターが付加した。

（１）なやクリニック（納谷 敦夫氏、コメディカルスタッフの皆様）

ア. 概要

なやクリニックには、「高次脳機能外来」と高次脳機能障害者を対象としたデイケアが開設されている。納谷敦夫医師は、大阪府及び堺市の高次脳機能障害者支援に関する多数の役職を務める他、高次脳機能障害者の支援をテーマとする医療・福祉関係者や家族を対象とする研修会の講師として全国各地から招聘されている。デイケアにおいては様々な取組が行われているが、その一つとして社会的認知障害への介入を目的とした「SCIT (Social Cognition and Interaction Training)」を用いたグループ治療が実践されている。社会的行動障害のある高次脳機能障害者への治療及び対応の考え方全般について主に納谷敦夫氏（医師）より、デイケアにおける実践について主に俵あゆみ氏（作業療法士）より聴取した。

イ. ヒアリング結果

（ア）社会的行動障害のある人への治療・対応の考え方

脳損傷者において易怒性のある人は多い。易怒性の治療においては薬物療法が重要であるが、高次脳機能障害者に適切に処方できる医師は限られており、不適切な処方では却って症状を悪化させる場合がある。漢方薬の「抑肝散」は、効果に個人差はあるが副作用があまりなく、不眠や認知面の改善も期待できるため、薬を飲むことに抵抗のある人にも勧めやすい。抗てんかん薬が効果的な場合もある。

聴覚過敏や眠気がイライラの原因となっている場合があるため、睡眠がとれているか、日中に眠気を起こす薬剤を服用していないか確認が必要である。家庭内での易怒性は、家族が指導的な態度で接することが一因となっている場合があるため、本人のプライドに配慮した家族としての接し方が重要である。

来院時の対応としては、待たせないこと、その人の弱点を考慮した対応をすること（例えば、人が多い場所が苦手な人には個室で待っていただく）、丁寧な言葉で接することをクリニック全体として取り組んでいる。

チャレンジング行動（問題行動）への対応は、引き金になる状況を見つけて避けること、タイムアウト法、応用行動分析による対応が有効である。脳損傷者のアルコール摂取は病的酩酊からの異常行動につながる場合があるため、飲酒量の制限が必要である。

易疲労による作業効率低下は、職業場面において周囲に批判される原因となりやすく、うつ病につながる場合があるので職場の理解が重要である。

（イ）デイケア概要

週4日実施しており、各利用者は週1日いずれかの曜日に通所している。各利用者の障害状況や社会的状況、また、利用者間の関係性を踏まえ、どの曜日のデイケアに参加していただくか決定している。時間は午前10時から午後4時で、内容は集団での認知リハビリテーション、調理やパズルなどの集団活動、手芸などの個別作業、その他に個別の神経心理学的検査や認知リハビリテーションが行われる。英国のオリバーザ

ングウィルセンターのプログラムを参考にしている。利用者は、脳血管障害と脳外傷の人が多いが、他にも低酸素脳症や脳腫瘍など様々である。発症年齢については、20～50才代の人が多いが、小児期に発症した人や60才以降の発症の人にも含まれる。スタッフと利用者の人数の比率はおおむね1：2である。

（ウ）支援者の教育やケア

毎日のデイケア終了後にスタッフ全員での振返りの時間を設けており、一日の出来事や感じたことをその場で率直に、お互いに批判したりせず話し合うようにしている。普段からスタッフ間のコミュニケーションがよくとれているため、各スタッフが大きなストレスを抱えることにはなりにくい。利用者に対してはゆるやかな担当制をとっており、一対一ではなく、複数対複数の関係になっている。そのため、その時々状況により対応する職員や場所を変えるなど柔軟に対応することができる。

（エ）SCIT（Social Cognition and Interaction Training）

a. 具体的な支援プログラム、支援の理論的背景や枠組、実施上の工夫

脳損傷後の対人関係の障害は、社会脳の損傷による社会的認知の障害が一要因であるという考えを理論的背景としている。SCITを実施するにあたっては、出版されているSCITのマニュアル（関連資料③）を熟読した他、SCITを実施する施設（統合失調症患者を主な対象とした施設）への見学を行った。

基本的にはマニュアルに沿った手順でセッションを行うが、説明はわかりやすく丁寧にするよう心がけている。論文（関連資料①）として報告したグループ治療では、デイケア利用者4名に対し、進行役1名とサポート役1名の2名体制で実施した。記憶障害への対応として、毎回のセッションのポイントをわかりやすくまとめた印刷物を参加者に配布した。また、マニュアルに登場する人物である「他罰的なビル」「自責的なメアリー」「お気楽エディ」をイメージしやすくするため、誰でも知っているような日本のアニメキャラクターに置き換えて説明するなどの工夫を行った。参加者の内容理解が不十分な場合は、同じセッションを2回（2週）繰り返すことがあった。

表4 （参考）SCITの各セッションの治療目標の抜粋（次頁の関連資料③より抜粋）

セッション	治療目標
1、2：導入	治療同盟を築く／SCITと社会認知の概念を紹介する
3：感情と社会的状況	社会相互作用が人の感情に影響を与え、逆もしかりであることを解説する／感情と気分の概念を関連づける／社会的状況において他者の観点を持つことを練習する
4：感情を定義づける	6つの基本感情（うれしい、悲しい、腹立たしい、驚いた、嫌だ、怖い）を定義する
5：他者の感情を推測する	社会的な事実と推測の違いを認識する／基本感情の表出に関係する顔の手がかりを同定する／顔の手がかりに基づいて他者の感情を正しく認識する能力を高める
6：感情推測の更新	表情から感情を特定する能力の継続的な向上を図る
7：疑心	有用な疑いと有害な疑いを区別する／曖昧な社会的状況の解釈の困難さを認識する
8：結論への飛躍	結論への飛躍を定義づける／結論への飛躍は、不明瞭で曖昧な状況において起こりやすいことを学ぶ
9・10：（方略1）他の推測を考えつく	「推測」することと「結論への飛躍」を区別する／不快な出来事を説明する3つの基本的な様式を識別できるようになる：他者を責める、自分を責める、状況を責める

11、12、13: (方略2)	事 社会的状況における事実と推測の違いを区別する 実と推測を区別する
14、15: (方略3)	さらに 曖昧さに耐える／さらに証拠を集めることによって推測を改善する／推測に対する確 証拠を集める 信度を判断する
16～20: 確認	陰性感情につながった最近の対人関係上の体験を同定できるようになる／人と協力し 合いながら推測を「確認」することで、社会的な出来事が関係する陰性感情を軽減で きるということをよく理解する

b. 対象者像や適応

社会的な場面での状況理解の弱さがある人が対象となる。易怒性があまりにも強い人はグループ参加が難しいため、医師による薬物の調整、個別対応、グループ参加と様子を見ながら段階を踏んで進めていく。前回のセッションの内容がおぼろげにでも記憶に残っていれば、記憶障害があっても適用できると考えている。

グループ治療の参加者の中には、病識の曖昧さから「何のために SCIT に参加するのか」の意義を十分に理解していない人もいたが、普段のデイケアの活動とは違う目新しさやゲーム感覚でできる内容が多いためか、ほとんどの参加者は意欲的に参加していた。グループ治療以外に、個別の治療場面に SCIT の要素を取り入れることがある。

c. 効果の測定方法

論文として報告したグループ治療では、SCIT と SST を組み合わせて実施し、効果を測定した。組み合わせることで効果につながりやすくなると考えている。

具体的な測定方法は、①表情認知課題、②KiSS-18 の本人評価及び支援者評価、③表情識別に関する確信度の聴取、④行動観察とした。表情認知課題の改善や KiSS-18 の本人評価と支援者評価のずれが小さくなるなどの効果が得られた。訓練外の場面への汎化や長期的な効果は、現時点では何ともいえないところがある。教材のビデオを見て場面の解釈をするセッションなど、普段の生活で本人が周囲の状況をどのように捉えるかの特徴についてのアセスメントとしても有用な面があった。

ウ. 関連資料

- ① 塚越 千尋・俵 あゆみ・松岡 慧・生方 志浦・納谷 敦夫 (2016). 社会認知障害を呈した高次脳機能障害患者に対する SCIT を用いたグループ治療—予備的研究 高次脳機能研究, 36, 450-458.
- ② 納谷 敦夫 (2014). 高次脳機能障害 こころの科学, 173, 79-81.
- ③ Roberts, D. L., Penn, D. L., & Combs, D. R. (2009). Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Treatment manual. New York: Oxford University Press. (中込 和幸・兼子 幸一・最上 多美子 (監訳) (2011). 社会認知ならびに対人関係のトレーニング〈SCIT〉治療マニュアル 星和書店)

（２） 広島県高次脳機能センター（近藤 啓太氏、コメディカルスタッフの皆様）

ア. 概要

広島県高次脳機能センターは、広島県立障害者リハビリテーションセンター内に設置されており、支援普及事業における広島県の拠点機関である（平成 29 年度現在）。広島県立障害者リハビリテーションセンター内には、高次脳機能障害者のリハビリテーション専門病床 40 床を含む医療センターや、多機能型障害者支援施設が設置されている。

社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方全般について主に近藤啓太氏（高次脳機能センター長、医師）、就職または復職を目指す高次脳機能障害者を対象とした「模擬的就労グループ」について富田昭氏（作業療法士）、SST に関して土肥洋子氏（言語聴覚士）、心理的支援について澤田梢氏（臨床心理士）より聴取した。

イ. ヒアリング結果

（ア）社会的行動障害のある人への治療及び支援

社会的行動障害の症状については脳の損傷部位からある程度予測ができるため、リハビリ目的で受診した患者さんに関し、予想される症状・特徴などを医師からスタッフに伝え、適切な対応ができるようにしている。患者さんがスタッフに対して、「合わない」という印象を最初に持ってしまうと後からは切り替えにくい。スタッフと利用者の関係性がどうしても難しくなってしまった場合は、利用者が訓練を続けられることを優先に考え、最終手段として担当者を変更する場合がある。

攻撃性等の重度の社会的行動障害については、抗精神病薬や抗てんかん薬の薬物療法を行った上で、問題となる行動が出たときにフィードバックをする。環境調整をしても他害行為が出るような場合は薬物療法が必要となる。ある程度振り返りができる人であれば、訓練の中でエピソードを振り返り、行動修正していく。

職場では適切な行動がとれても、家庭で問題行動が出るというケースは多い。問題行動について本人が自分から主治医に訴えることはあまりないため、周囲が主治医に予め状況を伝えておき、主治医から「脳のこの部位に損傷がある人は〇〇のような症状が出る場合があるが・・・」などとそれとなく話題を振って訴えを引き出すと良い。

社会的行動障害の評価は、定量的できめ細かな尺度がないため、訓練スタッフとのやりとりや、（入院生活の場合）看護師や同室者との関係等の観察が中心である。

（イ）「模擬就労グループ」の取組

平成 15 年頃からの取組で、週 1 回実施している。利用者は新規就職または復職を目指す高次脳機能障害者で、主に外来患者である。年齢は 20～50 才代、発症から 1～3 年程度の人が多い。プログラムへの参加開始は随時で、数か月～1 年程度と長期的に利用する場合もある。現在は利用者 7 名に対し、専任スタッフ 2 名を配置している。作業内容は、メモリーノートのリフィル作成などのルーティン作業と、施設内行事で使う物品の準備など、その時々で行う作業を組み合わせている。スタッフは利用者からの援助依頼があった場合の対応を基本とし、先回りした支援はしないようにしている。

利用者が自らの仕事の能力に気づくことがプログラムの最大の目的である。仕事の能力の一つとして、作業に伴う対人コミュニケーションを重視している。この目的のため、利用者の中に 2 週交替でリーダーを設定し、リーダーは各利用者への作業の振分けや全体の進捗の管理を担当することとしている。2 週連続して担当するのは、1 週目の反省点を 2 週目に活かすことを考えてである。リーダーは、各利用者の状況を見てスタッフが指名するが、スタッフがデモンストレーションのためにリーダー役を行う場合もある。

毎回の作業終了後に全員で振り返る時間を設け、利用者が自身の反省点を発表する他、利用者同士で気づいた点をコメントしあうこととしている。利用者同士では褒める・労うなどのポジティブなコメントが中心になるため、障害への気づきにつながるような指摘や助言はスタッフが行うことが多い。スタッフの観察ポイントとしては、作業の計画性や効率性、状況に応じて修正できるか、連絡や報告等のコミュニケーション、援助依頼ができるかなどである。リーダーに関しては、自分の作業だけでなく周囲の状況を見ることができるといっても重要である。

以前、「感情コントロールグループ」を設けていたこともあるが、感情面だけをターゲットとして運営することは却って難しく感じ、現在の形態となった。怒りや不適切な行動などの社会的行動障害の背景として、周囲の状況と自己認識の整合性がなく混乱していることがあるため、気づきを得る機会を積み重ねて自身の状況を理解していただくことが重要であると考えている。

障害特性から本人の気づきが難しい場合は、家族の接し方が重要となる。家族に症状を理解していただき、本人の能力を超えることを求めるなど不必要な刺激をしないことが重要である。周囲から要求されるレベルが上がるとストレスを抱え出し、家族に怒鳴り散らす等の行動につながる場合がある。環境に対する支援を通してストレスをマネジメントすることが社会的行動障害へのアプローチのポイントであると考えている。

（ウ）SST

週1回1時間、5～6人のグループでSSTを実施している。テーマは「好意やうれしい気持ちを伝える」、「自分と違う考えを持った人への接し方」などで、12回を1クールとしている。テーマとなる技能について話し合った後、スタッフが良い例・悪い例のロールプレイを行い、それについて話し合いを行う。次の回で利用者が実際にロールプレイを行い、他のメンバーにフィードバックを受ける。ロールプレイ場面を撮影してビデオを見ながらの振り返りも行い、自他のロールプレイを通しての気づきが得られるようにしている。

架空の場面をイメージしにくい利用者があるため、実際にありそうな具体的な場面、利用者のニーズの高い場面設定になるように工夫している。ロールプレイの相手役は必ずスタッフが担当することで、ある程度の枠組を保つようにしている。個別訓練の場面を利用して、場面設定を一緒に考えたり、前回のSSTの振り返りを行うことも多い。SSTの目的の理解度は利用者によりまちまちであるが、積み重ねによって明確になっていく部分もある。評価及び効果測定にはKiSS-18を使用している。プログラム前後の変化や本人の自己評価とスタッフの評価のずれについて振り返り、フィードバックしている。

（エ）心理的支援

併設の障害者支援施設の自立訓練（生活訓練）に所属している利用者を対象として、問題解決療法をベースにした集団訓練、障害に関連した新しいソーシャルスキルの獲得、ピアサポート訓練、ストレスケアを目的とした取組を行っている。

問題解決療法は特に、集団で行うことの意味が大きい。ピアからの助言はスタッフからの助言よりも受け入れやすい印象がある。また、話し合った解決策を生活訓練の他の場面で実践することを宿題にしているが、利用者同士で「やってたね」とか「やらんといけんのじゃない」などと声をかけ合うことができている。問題解決療法のステップ1とステップ2（問題の明確化や目標設定）は抽象度が高いため利用者によっては難しく、個別相談で予め整理をしておく場合もある。ステップ3（問題解決策の産出）では参加者から様々な意見が出る。他者の悩みと一緒に考えることに意欲的な参加者は多く、人の役に立てることの意味も大きいと考えている。

障害に関連したソーシャルスキルとは、「自身の障害について説明する」「ミスの指摘に対応する」「援助の

依頼をする」などである。普段の生活の中での経験や困り感と直結するため、利用者の関心は高い。

ピアサポート訓練では、ノンバーバルコミュニケーション（感情の読み取り）、人の話を聞く態度、質問の仕方、アサーショントレーニングなど、コミュニケーションをテーマとしたセッションを行っている。

ストレスケアとしては、気晴らしなどのコーピングを増やすことを行っている。問題解決療法もコーピングの一つといえる。ストレスケアについては、本人の対処スキルを増やすこと以上に、周囲の理解や自己効力感を重視した働きかけなどの環境調整が重要である。

プログラムの効果測定は、その時々プログラムの内容により異なるが、KiSS-18、POMS、STAXI、Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)³⁷、Opener-Scale³⁸、自尊感情尺度³⁹、特性的自己効力感尺度⁴⁰などを用い、3か月あるいは6か月のプログラム前後において測定している。個別の利用者ごとに見ると改善が見られるケースがあるが、利用者の平均をとると統計的に有意な差が認められる場合は一部に留まる。その背景に、プログラムへの参加を通して障害への気づきが進むことで、利用者の自己評価が厳しくなることが関係していると考えられる。

（オ）全体に関して

模擬就労グループ、SST、心理のグループの各プログラム間に、どちらを先に行うといった前後の関係は固定していない。各利用者に対してどのプログラムを適用するかは、場面の枠組がしっかりしている方がよいかなど、個人の特性や復職までの期限を勘案して担当スタッフが判断する。失語症者は、他の高次脳機能障害者と特性や支援ニーズが異なるため、失語症者のみの別のグループを行っている。失語症者のグループは、言語機能の向上、コミュニケーションの場の提供、心のよりどころといった意味合いが強い。

グループプログラムでは複数のスタッフがかかわることになるため、支援上の悩みなどを1人で抱え込むことにならず、スタッフにとっても良い。グループ訓練を行うことでスタッフ同士の情報共有や互いへのアドバイスがしやすくなる。

グループプログラムの中で練習したことは、その場ですぐに効果が見えなかったとしても、社会復帰後に困ったことが起きたときに話し合うための足がかり・土台作りになる。プログラムでは「種を蒔いている」といえる。社会復帰後も定期的な診察を行い、問題があれば勤務先と連絡をとって必要なフォローアップを行っている。定期的ではないが、卒業生を個別的に招いて現在の利用者のピアカウンセリングの場を設けることがある。

ウ．関連資料

- ① 澤田 梢（2009）．高次脳機能障害者への行動的アプローチと問題解決訓練（コロキウム報告） 行動療法研究, 35, 122.
- ② 澤田 梢・橋本 優花里・近藤 啓太（2015）．脳損傷後の社会的行動障害に対する認知行動療法の適応（学会抄録） 高次脳機能研究, 35, 128-129.

³⁷ SPSI-R（日本語版）については、佐藤他（2006）を参照。

³⁸ Opener-Scale（日本語版）については、小口（1989）を参照。

³⁹ 自尊感情尺度（Rosenberg Self Esteem Scale の日本語訳）については、桜井（2000）、内田・上埜（2010）、山本・松井・山城（1982）など複数の版がある。

⁴⁰ 特性的自己効力感尺度（Sherer et al.による Self-Efficacy scale の日本語訳）については、成田・下仲・中里・河合・佐藤・長田（1995）を参照。

- ③ 橋本 優花里・澤田 梢 (2009). 高次脳機能障害者の心理的問題を対象とした集団療法プログラムの開発—ピア・サポート・トレーニングと認知行動療法の観点から— 福山大学人間文化学部紀要, *9*, 109-123.
- ④ 宗澤 人和・橋本 優花里・澤田 梢 (2014). 高次脳機能障害者に対するグループ訓練—問題解決スキル獲得を目指した取組— (学会抄録) 高次脳機能研究, *34*, 92.
- ⑤ 宗澤 人和・藤井 加奈子・澤田 梢・近藤 啓太 (2016). 高次脳機能障害者に対するグループ訓練—コミュニケーション能力の向上を目指した取り組み— (学会抄録) 高次脳機能研究, *36*, 129.

（３） 神奈川リハビリテーション病院（青木 重陽氏、コメディカルスタッフの皆様）

ア. 概要

神奈川リハビリテーション病院は神奈川県総合リハビリテーションセンター内に設置されているリハビリテーション専門病院である。本邦において高次脳機能障害者の医療的支援及び就労支援に早くから取り組んできた施設の一つであり、支援普及事業における神奈川県の拠点機関である（平成 29 年度現在）。高次脳機能障害者を対象としたグループ形式のリハビリテーションプログラムである「通院プログラム」は平成 13 年から実施されている。

「通院プログラム」に関する内容を中心に、青木重陽氏（医師、リハビリテーション科医長）、松元健氏（職能課長）、殿村暁氏（臨床心理士）、滝澤学氏（相談支援コーディネーター）他職員の皆様より聴取した。

イ. ヒアリング結果

（ア）「通院プログラム」の概要

約 15 年間継続している。プログラムの立上げ当初は、退院後に方向性が定まりにくいケースの居場所や日課作りの意味合いがあったが、その後、障害理解の支援に比重が移ってきた。プログラム内の各セッションの複合的な効果で障害理解の促進を目指す。

プログラム開始のきっかけとしてはニューヨーク大学ラスク研究所のプログラムがあるが、具体的な支援内容はラスク研究所のプログラムをなぞったものではなく、各スタッフの実践経験から構築した。ソーシャルスキルについては Liberman の考え方に沿っている。最近の傾向として、「気づき」や「対処方法を学ぶ」等、認知行動療法的な色彩が強くなってきている。多職種の相互乗り入れ・包括的アプローチである。

一つの期は 4 か月間で、一つの期の利用者は 6～8 人である。週 2 回実施し、基本は 13:00 からであるが、日により 11:00 から開始する場合もある。疲れやすさのある利用者は週 2 回の通院プログラムのみとするが、利用者によっては職能訓練も合わせて週 3 回以上通院する場合もある。病院の立地面から通院の負担が大きい場合があり、その点も考慮している。

表 5（参考）通院プログラムのセッション構成とその内容（関連資料⑥より抜粋）

グループの種類	目的・内容	下位セッション名（回数）
コーディネーターセッション	情報提供、心理教育、相談	障害について（12 回）、社会制度（1 回）、社会生活（2 回）、施設見学（2 回）、家族セッション（4 回）
社会的スキルセッション	社会的スキル訓練	心理・言語セッション（11 回）、職能セッション（10 回）、はじめの会・終わりの会（毎回）
アクティビティセッション	アクティビティの提供	PT セッション（4 回）、OT セッション（4 回）、体育セッション（11 回）、レクリエーション（4 回）、通プロパーティー（1 回）
三者面談	まとめと終了後の進路相談	1 回
スタッフ会議	情報交換、方針の決定など	評価会議（1 回）、通プロコーディネーター会議（月 1 回）、コーディネーター会議（適宜）

※各セッションは、コーディネーター（リハ科医、臨床心理士、ケースワーカー）、職業指導員、体育指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種により運営されている

（イ）利用者像・適応、利用者の選定方法

神奈川リハビリテーション病院の患者層の特徴から脳外傷者が多いが、くも膜下出血など脳血管障害の利用者も対象とする。単独で通院することが可能な人で、集団でのプログラムを通して病識向上が見込めそうな人が対象となる。職能訓練などの利用者の中から関係スタッフが適切と思う利用者を推薦し、会議で検討して決定する。検査結果などによる基準があるのではなく、訓練場面での様子等から総合的に判断する。

一人ひとりの利用者について適応を判断するだけでなく、グループ全体のダイナミクスを考えて編成する。障害への気づきや困り感が多少ある人が6人中4人くらい含まれていると効果的である印象がある。気づきが全くない人ばかりだと深まりにくい。集団プログラムでのリスクを考慮して、グループ編成は慎重にしている。脱抑制など対人行動面での多少の課題も、グループの力動の中で、他のメンバーの良い面（「フラインプレー」）や特徴を引き出すきっかけになることもある。結果として、お互いを尊重しあう雰囲気ができることも多い。

障害への気づきがある人の方がプログラムに対してモチベーションが高い傾向があるが、気づきが深まることで精神的な落込みにつながりそうなケースは慎重に判断する。脳血管障害や脳腫瘍など、び慢性軸索損傷以外の人でそのような傾向がある。高次脳機能障害の発症以前からの強い精神疾患のある人は通院プログラムの対象となりにくい。その理由として、通院プログラムでは障害について「気づかせる」方向の支援が中心となるが、他の利用者と同じように刺激をすると被害的になる等、良くない結果になる場合があることが挙げられる。本人がグループ参加に抵抗感がある場合は勧めない。

失語症については、板書に何とかついてこられる程度の人であればプログラムの対象となり得る。最近では、気づきへのアプローチを重要視していることもあり、認知機能障害自体が重度の人は少ない傾向である。

（ウ）グループならではの効果と難しさ

グループならではの効果として、他の利用者の様子を見て、自分の特徴や障害に気付くことができることが挙げられる。また、障害者手帳を申請することを迷っている人が、他の利用者が手帳を持っているのを見て、自分から興味を持つこともある。スタッフが説明するよりも関心を持ちやすい。障害年金等の他の制度にも関心が広がる。

利用者同士で横のつながりができ、プログラム終了後、復職してからも交流が続く場合もある。スタッフに相談しにくいことも、利用者同士で相談できる場合もあるようだ。利用者のプログラムに対する感想には、「交流できてよかった」「同じ悩みを持つ人がいた」「自分だけじゃなかった」が目立つ。普段の生活においては悩みを共有できる人がまわりにいないことが多く、孤独になりがちである。

プログラムの最初の段階で（他者との距離感に関して）「やりすぎてしまいがちなので注意しましょう」とあらかじめ伝えておくことが重要である。プログラムへの目的意識がしっかりしている利用者は、他の利用者との関係で難しい面があっても、決められた期間の中では我慢したり、かわすなど、うまく対処ができる。

4か月間は緊張感が続くちょうど良い期間である。4か月くらい経つと利用者同士で、良くない面も含めてお互いのことが見えてくる。社会的行動障害のある人の支援をする上で、先の見通しをつけやすくできる時間的な構造化は重要である。

（エ）効果の測定

TBI-31（脳外傷者の認知－行動障害尺度）⁴¹が利用者の臨床像を最も反映しているように考えられ、評価

⁴¹ TBI-31については、久保他（2007）を参照。

の中心になっている。本人評価と家族評価、更にスタッフ評価を比較する。その他の尺度として、KiSS-18、FIM（Functional Independence Measure）⁴²、FAM（Functional Assessment Measure）⁴³等を使用しており、EBIQ（The European Brain Injury Questionnaire）⁴⁴は試行中である。ケーススタディを通して、多人数の測定値の平均では相殺されてしまう部分を見ていくことも重要であると考えている。語りの分析など質的な分析も試みているが、結果はなかなか出にくい。

様々な職種で合計 20 数名のスタッフが関わっており、多くの視点で観察できることは特色である。

（オ）支援の全体の中でのグループの位置づけ・終了後のフォロー

プログラム立上げ当初は、支援全体の「仕上げ」の位置づけだったが、現在は必ずしもそう考えてはいない。むしろ、通院プログラム終了後にどのように支援していくかが重要であることがわかってきた。プログラム終了後すぐに就職するのが良いとは限らない。

通院プログラムは一種のエンカウンターグループのため、利用者の気持ちが盛り上がりがちである。そのため、終了の仕方が大切なポイントになる。また、高次脳機能障害の症状の一つの情報の取捨選択や重み付けの判断が難しい方の中には、終了後の気持ちの整理をつけづらく、却って混乱するケースもある。グループが終わった後、一旦冷静になって、グループで得られた気づきや洞察を吟味する時間が必要である。混乱するケースについては個別的なフォローが必要である。

しばらく期間をおいて就職する段階になって「あの時、先生が言っていたことが分かった」と話すなど、気づきや効果が時間をおいて現れることがある。理解するための経験が必要で、グループは「種まき」の面がある。プログラム終了後も外来を継続するため、長期的な経過観察や個別のフォローができることは施設の特徴である。

（カ）家族支援

通院プログラムには本人セッションと家族セッションがあり、一体的なものである。家族セッションは毎月 1 回とプログラム最終日、終了パーティーも含めて一つの期につき 6 回設定している。病院の立地から家族が通いにくい場合があり、出席率は半分強くらいである。

病院では適応的に行動できていても家庭では暴言が出たりする場合があるため、その情報を家族から得る。家庭での状況には外でのストレスが現れていると考え、そういう場合は負荷の調整をする。本人の活動範囲が広がると不適応的な行動も目立つケースもあり、家族が「悪化したのではないかと心配することがある。家族セッションで障害教育を行う。

（キ）支援者のケア・教育

通院プログラムに関して毎月会議を持ち、また、日々多職種で情報交換を行っている。チームでかかわることで、一人のスタッフが抱え込まないようにしている。必要に応じて、「本人の訴えを聞く役」「家族の訴えを聞く役」など、スタッフ内で役割分担をする場合もある。4 か月の期間を区切ったプログラムである点も、支援者の負担の観点からは良いと考えている。

⁴² FIM（日本語版）については、千野（1991）、千野・園田・里宇・道免（1997）を参照。

⁴³ FAM（日本語版）については、三田・藤原・園田・近藤・山本・木村（2001）を参照。

⁴⁴ EBIQ（日本語版）については、塚越・俵・蜂谷・野川・納谷（2016）を参照。

(ク) 今後の課題

レクリエーションや利用者同士の横のつながり作りに力を入れているが、その効果の検証は必ずしもできておらず今後の課題である。また、各利用者の特性やグループプログラム利用のタイミングと支援内容とのマッチングは明文化できていない。障害者職業総合センターや他施設のグループ訓練も含め、その明文化ができればより効果的な支援ができると思われる。

ウ. 関連資料

- ① 青木 重陽 (2009). 社会的行動障害へのリハビリテーションアプローチ *Journal of CLINICAL REHABILITATION*, 18, 1080-1086.
- ② 青木 重陽 (2011). リハビリテーション専門病院から リハビリテーション医学, 48, 382-286.
- ③ 大橋 正洋 (監修)・土屋 辰夫 (編) (2011). 脳損傷のリハビリテーション高次脳機能障害支援—病院から在宅へ、そしてその先へ 医歯薬出版
- ④ 川上 克樹・殿村 暁・白川 太平・斉藤 敏子・林 協子・長尾 初瀬・・・渡邊 由己 (2017). 高次脳機能障害者への通院グループアプローチの効果に関する統計学的検討～TBI-31 に着目して～ (学会抄録) 高次脳機能研究, 37, 79-80.
- ⑤ 川上 克樹・殿村 暁・白川 太平・斉藤 敏子・林 協子・長尾 初瀬・・・渡邊 由己 (2017). 高次脳機能障害者への通院グループアプローチの効果に関する統計学的検討2 ～KiSS-18 に着目して～ (学会抄録) 高次脳機能研究, 37, 80.
- ⑥ 殿村 暁 (2009). 行動障害者の適応のための通院グループ訓練 中島 恵子 (編) 高次脳機能障害のグループ訓練 (pp.55-72) 三輪書店
- ⑦ 橋本 圭司・渡邊 修・大橋 正洋・殿村 暁・藤縄 光留・生方 克之 (2003). 脳外傷者に対する通院プログラムの試み リハビリテーション医学, 40, 699-706.
- ⑧ 渡邊 修・大橋 正洋・橋本 圭司・殿村 暁・藤縄 光留・坂本 久恵・・・米本 恭三 (2003). 脳外傷者に対する通院リハビリテーションプログラムの試み 総合リハビリテーション, 31, 669-675.

（４）熊本大学医学部附属病院（橋本 衛氏、コメディカルスタッフの皆様）

ア．概要

熊本大学医学部附属病院神経精神科には「高次脳機能障害専門外来」、また、「熊本県高次脳機能障害支援センター」が設置されており、支援普及事業における熊本県の拠点機関である（平成 29 年度現在）。支援普及事業における平成 27 年度第 2 回高次脳機能障害支援コーディネーター全国会議・シンポジウムにおいて、アンガーマネジメント支援等の取組が紹介されている。

社会的行動障害のある高次脳機能障害者への治療及び支援の考え方全般について主に橋本衛氏（医師、診療科長）より、アンガーマネジメント支援に関しては、主に伊地知大亮氏（臨床心理士）及び田中希氏（支援コーディネーター、精神保健福祉士）より聴取した。

イ．ヒアリング結果

（ア）社会的行動障害のある人の治療及び支援全般

a．薬物療法について

（職業場面等で社会的行動障害が顕著であり、医療的ケアが必要と思われる対象者を医療につなげるプロセスについて、）問題点の自覚や困り感がない人に対していきなり受診や薬の話を出すと、抵抗感や反発が生じやすい。まずは問題の自覚を促すことが重要である。漠然としたものであっても「何かがうまくいっていない」という感覚は持っている場合が多いので、何が問題なのか会話の中で整理していく。現状に問題があるという理解と、自分の意志だけではコントロールしにくいことの自覚ができると治療につなげやすい。治療に入るまでの準備として、本人の話をよく聞いて問題点の認識を進めることが重要である点は、心理療法への導入についても同様である。

b．長期的な関わり、精神科の関わり

症状や状況が一旦落ち着いても、環境が変わることで新たな問題が起きることがあるため、長期的なフォローが必要である。就職や復職しても外来診察は途切れず続けることとしている。統合失調症や躁うつ病など精神科で診療の対象とする疾患の多くは生涯に渡る関わりが必要であるため、精神科には長期的にフォローするのが当たり前という認識がある。精神療法や精神科作業療法として診療報酬面の裏付けがあることも大きい。

社会的行動障害に対応するために、高次脳機能障害のある人に精神科がより積極的に関わっていくことが望ましいが、精神科医には認知機能障害の診察に対する苦手意識が有り、高次脳機能障害を敬遠する精神科医も多い。認知機能障害に関してはリハビリテーション科などで診療をしているが、社会的行動障害に関しては精神科がかかわるといったように、リハビリテーション科と精神科が協働できると良い。

c．家族支援

本人の障害認識や支援を進めていく上で、家族の力は重要である。一人の支援者が本人と家族両方に対応していると、「どっちの味方なのか」というような疑念を抱かれる場合があるため、医師と心理士や支援コーディネーターが同じ時間帯でそれぞれに対応するなど、役割分担をすることがある。

d．支援者のケア

対応困難例が多く支援者の疲弊が生じやすい。そのため、チームでかかわることが重要である。小さなことでも互いに相談でき、一人に過重な負担がかかることを防げる。患者と支援者の相性もあるため、複数対

応であることは患者にとっても良い場合がある。

職種の違いにより状況の捉え方やアプローチ方法、役割が違うため、多職種でかかわることの良さがある。同じ職種だと複数でかかわることの意味づけがしにくく、縦割りになりやすい。

（イ）アンガーマネジメント支援

a. 実践の理論的背景

実践の理論的背景としては、①社会的学習理論、②認知行動療法、③来談者中心療法が挙げられる。①は、不適応的な行動は過去の経験を通じて学んできたものであるため、適応的な行動を再学習することができるという考えである。また、②から、本人の適応的な考え方を支持し、適応的な行動を強化していく。適応的な行動を強化する技法としてアサーショントレーニングがある。③の観点からは、怒りに支配されて苦しんでいる本人の気持ちや考えを傾聴し、受容・共感することを大切にしている。患者自身が中心となって成長することの手助けをするスタンスである。アンガーマネジメント教育の実践においては、書籍「アンガーコントロールトレーニング」（関連資料④）を参考にしている。

b. 具体的な取組内容・事例

実施の回数や頻度は患者の状態や都合によりさまざまで、1回 30 分～1時間程度である。外来患者については来院日の都合上、グループを編成することが難しく、個別のセッションが中心である。入院患者に関しては2～3人程度のグループでセッションを行うことがある。

【事例1】20代後半男性の外来患者。記憶障害とアパシーあり。通所施設を利用していたが、対人関係の中で時々怒りを爆発させていた。来院時の検査中に怒りの爆発があったことをきっかけにアンガーマネジメントを開始した。本人には易怒性の自覚があり、自分でも抑えようとしていたが、制御しきれていなかった。「自分が障害と向き合えていないことで、相手から馬鹿にされていると思って怒ってしまう」との内省があった。初回～2回目の面接での評価と心理教育後、呼吸法やアサーショントレーニングなどの実施を計画していたが、本人の他の予定と重なって予約をキャンセルしたことがきっかけとなり中断した。本人の困り感の中心が怒りよりも障害受容にあり、障害受容に関する相談よりも先に怒りへの対処技法を導入しようとしたことが、本人のニーズと少しくずれていたかもしれない。また、信頼関係を築く時間が少なかったかもしれない。

【事例2】20代前半男性の外来患者。状況理解や言語表出に困難があり、年齢よりも幼い印象であった。何度か就職したが続かず、一人暮らしも難しい状況であった。家庭で暴力があり、両親は「本人の性格が変わってしまった」と感じ、本人と家族の関係が悪化していた。本人はなぜ自分が病院に連れてこられたのか理解できず、「両親が自分をおかしいと思っている」と反発していた。初診において主治医が本人の思いを傾聴して支持的に接したことから、支援を受け入れられる素地ができた。認知機能の状況や本人の問題意識の乏しさから、アンガーマネジメントの導入にはやや懸念があったため、視覚的な情報提示や理解度の確認、かみ砕いた説明など工夫しながら進めた。本人の思いの傾聴や、適応的な考えや行動には肯定的なフィードバックを行った。本人はセルフモニタリング（イライラしたエピソードを書く）の宿題に意欲的に取り組み、徐々に内省が深まっていった。家族にセッションに加わってもらう、家庭での対応の助言をするなど家族への支援を多職種で行った。家族の接し方が変わったこともあり、本人の家族に対するネガティブな感情が緩和されてきた。怒りに関する定量的評価は行っていないが、落ち着いた生活を送れるようになった。家族の都合により他県への転居が決まり、他県の専門機関へ引き継いだ。

【事例3】50代前半男性の入院患者。重度の記憶障害と易怒性があった。家族で自営業をする中で、怒り

を爆発させることが度々あった。経過の中で記憶障害に対する代償手段の獲得も進んでいたが、易怒性のために家族の負担感は減らず、家族が疲弊していた。アンガーマネジメントと家族の休息目的で入院した。入院生活では怒りが生じるような場面が少ないため、本人の家庭での体験を元に怒りが生じやすい場面についてシナリオを作り、怒らずにすむ会話のロールプレイを行った。イライラする気持ちをアサーティブに表現する台詞をロールプレイに取り入れた。重度の記憶障害への対策として、同じテーマ及び設定で繰り返しロールプレイを行う、面接で話した内容の要点を書いて本人に渡す、または本人にメモしてもらう、訓練のある日以外も心理士が病室を訪ねて怒りへの対処法の想起を促すなどを行った。家族とも訓練内容の共有を行った。ロールプレイの他には、怒った後の気持ちに焦点をあてて相談を行った。退院後には怒りを爆発させることが少なくなり、落ち着いて生活できている。現在、別の目的で入院しているが、現在は怒った瞬間への対処策として、「ストップ法（「ちょっと待て」と自分に言う）」「テンカウント法（十数える）」「タイムアウト法（その場から離れる）」の3つを覚えるよう繰り返し伝えており、何度も繰り返すことで記憶が定着してきている。

3つの事例で挙げた内容以外では、呼吸法や筋弛緩法、アロマや音楽などを用いたリラクゼーションを行う場合がある。疲れがイライラにつながっている場合があるため、休日の過ごし方や息抜きについて助言する場合もある。不安への対処としてマインドフルネスを取り入れた例もある。

c. グループでの支援

今年度は「コミュニケーションスキルトレーニング」の名称でロールプレイ中心のグループセッションを行った。4回のセッションの前後で POMS の怒り－敵意尺度の得点の改善が見られた事例もあった。

患者本人が、類似した課題を持つ他の患者の様子を見る、支援者以外の意見を聞くことができるという面でグループで支援することの利点は大きい。グループを編成する上では、認知機能面で近い水準の人を集めることと、参加者同士の関係性を重視している。参加者同士の相性はセッションを行ってみて明らかになることもある。参加者の認知機能にばらつきがある場合は、理解度の難しい参加者を個別的にフォローするスタッフを付けるなどの工夫やマンパワーが必要である。司会、書記（板書）、参加者のフォロー役で、最低でも3人のスタッフが必要である。記憶障害のある人への対策として板書は必須である。資料の配付も行いうことが多い。参加者は2～3人くらいが目配りやすいと感じている。個別セッションを行った後にグループセッションを導入すると、流れなどがわかるためスムーズに参加しやすい。他施設のデイケアなどでグループ活動を経験している患者は、グループへの参加がスムーズな場合もある。

d. アンガーマネジメント支援の対象者像や適応

主に慢性期で易怒性が見られる人のうち、ある程度の言語的な意思疎通が可能であり、記憶障害があっても代償手段を持っている人が対象となる。支援効果が得られやすい人としては、①怒りに関する本人の困り感やアンガーマネジメントへの意欲があること、②支援者側との信頼関係があること、③家族と支援者のつながりがあり、家族のサポートがあることが挙げられる。③に関して、家族のサポートが少ないと、途中で来院しなくなってしまう場合がある。

e. 支援効果の測定方法

怒りに関する定量的評価として STAXI や POMS の怒り－敵意尺度を使用している。平成28年4月から、本人用と家族用のスクリーニング検査セットを作成し、初回評価とその後の効果測定に活用している。一部については今年度関連学会で発表した。今後データを積み重ねて行く予定である。家族用の検査セットでは、

本人の状態に対する家族の評価の他、FAS (Family Attitude Scale) ⁴⁵や Zarit 介護負担尺度 (ZBI) ⁴⁶を測定している。

ウ. 関連資料

- ① 勝屋 朗子・一美 奈緒子・本田 和揮・橋本 衛・池田 学 (2010). 高次脳機能障害の行動の障害 精神医学, 52, 989-994.
- ② 田中 希・上野 由紀子 (2016). 熊本県における高次脳機能障害支援の取り組み (平成 27 年度第 2 回高次脳機能障害支援コーディネーター全国会議・シンポジウム資料)
<http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/?action=common_download_main&upload_id=327511> (2017 年 10 月 3 日アクセス)
- ③ 橋本 衛・池田 学 (2012). 頭部外傷後遺症の薬物療法 精神科治療学, 27, 341-346.
- ④ Williams, E., Barlow, R. (1998). Anger control training. Speechmark : Oxford (壁谷 康洋・下里 誠二・黒田 治 (訳) (2007) アンガーコントロールトレーニング 怒りを上手に抑えるためのステップガイド 星和書店)

⁴⁵ Family Attitude Scale (日本語版) については、Fujita(2002)を参照。

⁴⁶ Zarit 介護負担度尺度 (日本語版) については、荒井 (2002) を参照。

（５）専修大学人間科学部 岡村 陽子氏

ア．概要

岡村陽子氏は、リハビリテーション病院等で臨床心理士として勤務ののち、現職において認知リハビリテーション等の臨床心理学に関する研究と教育に従事されている。2014 年から 1 年間、イギリスの神経心理学的リハビリテーションや臨床神経心理士制度を研究するためにロンドン大学ゴールドスミス校に留学し、その際に、オリバーザングウィルセンター（高次脳機能障害者の専門的リハビリテーション施設）を視察に訪れている。

社会的行動障害の改善を目的とした SST グループ訓練に関して研究報告をされており（関連資料①、③）、今回のヒアリング調査では SST への取組を中心に聴取した。

イ．ヒアリング結果

（ア）高次脳機能障害のある人を対象とした、認知行動療法・アンガーマネジメント・SST について

高次脳機能障害のある人については、認知に働きかけるよりも行動に働きかける方が行いやすい。認知に働きかける場合、一般的な認知行動療法と比べ、認知の修正に入るまでの準備段階にかなり時間をかけて丁寧に行う必要がある。怒りの問題がある人に対して実施した SST のグループ（関連文献③）では、周囲から見ると頻繁に怒りを表出する人が対象であったが、当事者に対し、どんなときに腹が立つか質問しても答えられない人が多かった。状況を捉えて言葉で表現することが難しかったり、覚えていない、また、本人には怒りの感覚がないまま他者から見ると「キレて」いる場合もある。怒りの身体感覚（動悸、呼吸）に気づくことが難しい人も多い。怒りが生じやすい状況を整理するため、生活場面でイライラした場面を書き留めることを宿題として出し、エピソードを集めた上で状況の共通点を支援者が抽出した。対処法の導入までの準備に時間を要するため、十分な回数や期間を設定することが必要である。

（イ）グループでの支援

参加者が、他の参加者が「キレている」様子を見て自身の怒りやすさについて問題意識を持ったり、他者の対人対応を見て「こうすると上手くいく」と学べる場合があるなど、グループで支援することのメリットは大きい。一方で、易怒性のある参加者を集めたグループの運営は容易ではない。内容についていけないときに怒りを爆発させがちであるため、参加者の情報処理の許容量を超えないように、情報をわかりやすく提示することが重要である。全体の進行役の他に、個別の参加者に対して「今、どこを見たら良いか」などを教えてサポートする人がいるとよく、マンパワーが必要である。オリバーザングウィルセンターのプログラムでは、参加者 5～6 人に対してその 2～3 倍のスタッフが配置されていた。易怒性のある人のグループを運営するにあたっては支援者の心理的負担も大きいため、支援者同士で大変さを共有し、一人で抱えることがないようにできるとよい。

グループでの状況について個別場面で振り返りを行うなど、グループと個別面談の併用が重要である。グループだけを「やりっぱなし」にすると効果的ではない印象がある。怒りやすさのある人については、グループの中で指摘すると怒りの爆発につながり、グループ場面では指摘ができないため、個別場面を活用する。ロールプレイ場面のビデオを撮っておき、個別場面で一緒に見ながらフィードバックするのも良い。高次脳機能障害の特性から自分自身を客観的に見る力が弱いため、客観的に見るための工夫があると良い。

（ウ）効果測定

前述のグループ SST の効果測定においては、コミュニケーションスキルの指標として KiSS-18 を使った

が、取り扱われている内容が高度過ぎる感じがおり、高次脳機能障害者のコミュニケーションの評価に適しているとは必ずしも言えない印象である。既存の尺度にちょうど良いものが見あたらない。また、高次脳機能障害者では障害状況や介入効果に個人差が大きいことから、複数人の測定値を平均して介入前後の比較をするような方法では変化が捉えにくい。

応用行動分析の領域で使われているような、ターゲットとする行動の生起回数のベースラインをとり、介入によってそれがどう変化するか見ていく方法であれば介入の効果を数値化することができる。応用行動分析は海外の障害者の心理的支援の領域では広く使われている。日本では心理分野ではあまり一般的ではないが、教育分野ではよく使われる。こういった評価方法であれば、グループでの支援であっても評価は個人別に行うことができる。効果を適切に評価するためには、何をターゲット行動として選択するかが重要である。

オリバーザングウィルセンターでは、プログラム全体の効果測定の一つとして、支援対象者自身がプログラム開始時に立てた目標が、プログラムを通して何割達成できたかを算出している。

（エ）異なる障害種類の人が混在するグループでの支援

異なる障害種類の人が混在するグループでの支援をする施設もあるが、高次脳機能障害のある利用者にとってストレスが大きい場合がある。高次脳機能障害者の中には先天的な障害のある人に対して偏ったイメージを持つ人もおり、そのような場合、一緒に活動がストレスになりやすい。理想的には偏見が正されると良いが、価値観は簡単には変わらない。今後、作業所や特例子会社など他の障害種類の人と一緒に働くことが想定されるような場合は、さまざまな障害の人がいる環境に慣れることが良い場合もあるかもしれない。その場合でも、個別の問題への十分な個別的フォローが必要である。

（オ）職業リハ場面における心理療法的介入

心理療法は、精神分析的・深層心理学的なアプローチと認知行動療法的なアプローチの大きく二つに分けられる。前者は、治療過程において対象者の現在の問題の原因を生育歴などの過去に求め、過去を掘り下げていく。そのため、専門的な教育訓練を受け、スーパーバイズを受けている心理専門職であることが必要であり、そうでないと状況を却って悪化させるリスクがある。一方、後者は教育の分野でも広く使われており、心理専門職でなければ実施できないということはない。もちろん、効果的に実施するための方法やコツはあるため、学習心理学や認知心理学などの基本的な理論を学び、技法に関する知識を持っていることが望ましい。誤った方向に条件付けしないことへの留意は必要である。

（カ）海外の状況等

欧米諸国での高次脳機能障害者に対する心理療法としては、国や携わる支援者の学問的バックグラウンドにより多少の違いはあるが、認知行動療法的な関わりが主流である。特に英国では認知行動療法が好まれる傾向がある。

現在の日本では神経心理学を勉強できる大学や大学院自体が欧米諸国と違って限られており、リハビリテーション領域で働く心理職が少ない。

ウ．関連資料

- ① 岡村 陽子（2011）．高次脳機能障害者の SST におけるビデオ視聴効果—効果の検証方法に関する予備的検討— 専修人間科学論集, 1, 53-59.
- ② 岡村 陽子（2016）．イギリスの臨床心理士制度 専修大学人間科学論集, 6, 1-7.

- ③ 岡村 陽子・大塚 恵美子 (2010). 社会的行動障害の改善を目的とした SST グループ訓練 高次脳機能研究, 30, 67-75.

（６）京都大学医学部附属病院 上田 敬太氏

ア. 概要

上田敬太氏（医師）は、京都大学医学部附属病院精神科・神経科や京都市高次脳機能障害者支援センター、その他の医療機関で高次脳機能障害者の診療にあたる他、社会的行動障害に関連する研究論文、解説論文を多数発表されている。また、支援普及事業における平成 29 年度第 1 回高次脳機能障害支援コーディネーター全国会議において、講演「脳損傷患者における社会的行動障害—情動関連症状（特に怒り）を中心に—」の講師を担当されている。今回は、高次脳機能障害者の支援における（特に精神科）医療の役割及び地域内連携、また、社会的行動障害のある人への対応の考え方について聴取した。

イ. ヒアリング結果

（ア）高次脳機能障害者の支援における医師の役割

高次脳機能障害のある人の支援にあたっては、まず医師が病態としての見立てをした上で、援助の計画を立てていく形が望ましい。特に社会的行動障害が強い場合は、服薬を含めた医療的な介入が必要で、適切な医療的介入がなければ社会復帰はなかなか上手くいかないと思われる。現状では、各都道府県の高次脳機能障害支援センターには医師が常駐しない場合が多く、支援コーディネーターが患者さんから相談を受けて主治医探しから始めないといけないような状況があり、医療と福祉が十分に連携できているとは言い難い。

疾病教育にも医師が関わり、画像や検査結果の説明をしながら、社会的行動障害が脳の損傷でよく起こることを伝える必要がある。実際によく行うのは、本人に画像を見せながら、「これだけ脳が欠けていますよ。これだけ脳が欠けていると何も起こらないということは考えられない。何が起きていると思いますか」と問いかける。脳損傷の前後でどう変わったか振り返ってもらう、あるいはご家族にその場で話をさせていただく。それに対して「それは脳損傷で良くあることですよ」と話すと、患者さんも「そういうことに気をつけなアカンのか」と気づくようなことが多少はある。もちろん、これだけで問題が全部解決するわけではないが、こういった説明が全くない場合と比べると、その後の適応に及ぼす影響はある程度大きいと思われる。問題となる行動が人格のせいではなく脳損傷の影響であることを本人が理解していることは重要で、最初の段階でそのことをきちんと伝えないと、不必要な悩みや周囲との感情的衝突が起こってしまう。治療と疾病教育の二つの点で医師が関わっていくことが重要である。

（イ）地域内連携に関するシステム作り

京都市の高次脳機能障害者支援センターでは、神経内科医と私（精神科医）で高次脳機能障害者を診ている。支援が軌道に乗るまでは、できれば複数科の医師が同じ施設で患者さんをフォローする体制が望ましい。支援が軌道に乗れば地域にかかりつけ医を作っていただくことが望ましいが、現状では引き受け手が少なく、一箇所集中する状態にある。特定の個人に依存するやり方には限界があるため、システム作りが重要である。急性期病院から社会復帰までの連携パスを作り、各時点でどの施設がかかわるかといったことを予め決められると良い。特に困難なケースについて、システムティックに支援するしくみ作りは、支援者のバーンアウトを防ぐ意味からも重要である。せっかく技術や資質のある人が疲弊して辞めていくのはもったいないことである。システム作りの一環として、京都市域の支援ネットワーク会議のようなものを作ること考えている。支援ネットワーク会議には職業リハの関係者にも参加してほしいと考えている。

（ウ）高次脳機能障害者への精神科医の関わり

社会的行動障害は、本来は精神科医が得意とする領域である。特に外傷性脳損傷による場合は社会的行動

障害が見られることが多いため、精神科医がかかわることは非常に重要であると考える。

認知症の分野では精神科医がかかわることが増えてきており、例えば、ピック病による認知症では万引きなどの犯罪行為が起きることがあるが、そのような問題行動への対処は精神科医が得意としている。対処のノウハウとしては外傷性脳損傷においても共通である点が多い。例えば、ピック病の人の問題行動に対して SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）が処方されることは非常に多いが、外傷による前頭葉損傷の場合にも SSRI が有効な場合が多く、もっと使用されると良いと考えられる。領域をまたがってノウハウを広めていくような取組があると良い。

精神科医は大きく二つに分けられ、統合失調症や躁うつ病、薬物依存を中心に見ている単科の精神科病院に勤める医師と、総合病院の精神科やそのような病院を経由して開業した精神科クリニック等の医師がいる。前者の精神科医にとっては、高次脳機能障害者への対応は普段の診療行為と大きく異なり、また、画像検査や心理検査のための設備や人材が整っていないことから現実的には難しい場合が多いだろう。後者の、総合病院の精神科等で高次脳機能障害者を診ていくことが今よりも一般的になると良い。現状では高次脳機能障害に関心を持つ精神科医は少ない。この状況が変わるには、厚生労働省や多くの精神科医が所属する学会の方針、例えば専門医認定の条件に外傷性脳損傷者を数例診療することを含めるなど、トップダウン的な変化が必要であろう。

一方、患者さんやご家族にとって精神科受診は抵抗感が大きい面がある。「精神障害」という言葉に対する偏見があり、「精神障害と診断されると困る」と思っている人は多いだろう。精神科医の出張外来のようなものがあると患者さんは受診しやすくなる。実際に、神経内科やリハビリテーション科、脳外科の外来でも診療を行っており、「本当は精神科医ですが、脳損傷を専門に見ています」と話している。その方が他科の医師も紹介しやすく、患者さんにとっても抵抗感が少ないようである。理想的には精神科への偏見なく普通に受診してもらえる方が望ましいが、現状では工夫が必要である。以前に比べれば敷居は下がっており、若い人だとさほど気にしない人もいる。

現状では、精神科に辿り着くまでに長い時間がかかっている人がいるが、そのようなことをなくすためには、脳損傷者の全例について一度は精神科を受診してもらおうシステムにできると良いだろう。例えば多発外傷の人で考えると、まず救急や脳外科にかかり、その後、整形外科で骨折を治療して、最後にリハビリテーション科を通して自宅に帰る流れだが、その中に精神科も加われると良い。入院中に患者さんやご家族に対して、「今後こういうこと（社会的行動障害）も起こりうるので、その場合は精神科でも診てもらった方がいいですよ」という情報を入れておけると良い。

（エ）社会的行動障害の治療・支援の考え方

病気に対処するにあたっては、「治療」と「療養」の二つの側面がある。治療は薬を使った積極的なもので、療養は暮らし方のコツ、例えば胃腸が悪いときに消化の良い食事をするというようなことである。他の疾患と同じように治療の方が先である。無治療の段階での易怒性が 10 とすれば、服薬で 4 くらいまでは減らせる場合もあるので、残りを周りの人に協力していただく。療養は病気の性質を理解した上でないと上手くいかないため、損傷部位による特徴を患者さん自身やご家族に理解していただき、不適応的な行動を誘発せずに済む方法を一緒に考えていく。

ご家族だけでなく、本人への疾病教育はとても重要である。環境調整をした結果、上手くいくかどうか最後は本人次第のところがあり、本人にも重々説明する必要がある。その点は認知症の方との違いで、認知症の場合は周囲が何とかしないといけませんが、高次脳機能障害の場合は当事者が対処法を学んでいくことが重要である。記憶障害の人がメモを取るのと同じで社会的行動障害の人でも当事者が工夫をしていく必要がある。

社会的行動の性質上、一人ではできないため周囲を巻き込むところはある。

（オ）様々な易怒性とその対応

怒りが起きる原因としては、実際の事例を考えると複合的な場合が多い。前頭葉眼窩面損傷で衝動性のコントロールができない人に対して、本人が疲れている時にご家族が叱責し、結果として本人がキレるというようなパターンが一番多いと思われる。ご家族には、「話し合いをするのは日曜日の午前中など本人が疲れていないときにしてくださいね」と助言をしている。怒りを誘発しない周りの行動パターンを作っていくことが必要である。一見大変なようではあるが、実際に怒らせてしまうことに比べると大変さは少ないはずである。ご家族自身がストレスや問題を抱えている場合もあるので、ご家族のケアも重要である。

また、周囲から見ると怒っている人でも、本人の内観としては怒り感情を伴わない、あるいは怒りの程度が見た目よりも小さい場合もある（「病的泣き笑い」と同様）。本人に「何をそんなに怒っているんですか？」と尋ねてみて、「そんなに怒っているつもりはないんですけど」というような反応であれば、この症状である可能性が高い。SSRIの服用で改善が期待できる。

ハイパーモラリティ（過剰な正義感）への根本的な治療は難しいが、本人と周囲に脳損傷の影響であることを説明しておけば、周囲から「怒りっぽい人」と思われる程度で大きなトラブルに発展せずに済んでいる場合が多いと思われる。

（カ）性的脱抑制

性的脱抑制による問題行動に関しては、職場で同性だけの部署にするなどの環境調整以外の対処は考えにくい。薬物療法でドーパミンを抑える方法もあるが、様々な副作用があるため実際には完全に抑えることは難しい。環境調整では対処しにくい場面、例えば、通勤中に痴漢行為があったというような場合は、警察に対応してもらうほうがよい。本人に対して障害についての説明や配慮を行った上でも犯罪行為が起きてしまった場合は、きちんと処罰を受けて貰うべきである。本人が「しまった」「もう捕まりたくない」と思うことが同じ失敗を起きにくくすることにつながる。他の衝動性にもつながることであるが、行動を促進する「報酬」、行動を抑制する「罰則」を、健常者よりもはっきりさせてあげないと、なかなか行動の改善につながらないことが多い。

（キ）発動性の低下

発動性の低下は、周囲の困り度が低いため家族等の訴えは少ないが、社会的行動障害の症状の一つとして捉えることは重要である。薬物療法である程度は改善することができ、薬物療法で状態を底上げした上で様々な支援を始める方がスムーズであると思われる。

（ク）外傷性脳損傷以外の原因による社会的行動障害

外傷性脳損傷だけでなく、脳卒中後遺症によって社会的行動障害が起きる場合も多い。右半球損傷の人でお金を使いすぎたり、性的を含めた脱抑制傾向のある人はよく見られる。原疾患は何であれ同じような脳部位に損傷があれば同じような症状が出る。軽い易怒性はストレスなど様々な原因で起きるが、自分でコントロールできないような顕著な易怒性や社会的行動障害は損傷部位がある程度決まっており、治療方法もある程度決まっているといえる。

ウ. 関連資料

- ① 上田 敬太 (2014). 重症脳外傷後の発動性低下 精神科治療学, 29, 301-308.
- ② 上田 敬太 (2015). 頭部外傷後の社会的行動障害 高次脳機能研究, 35, 283-289.
- ③ 上田 敬太 (2017). 脳損傷と攻撃性 臨床精神医学, 46, 1089-1094.
- ④ 上田 敬太 (2017). 脳損傷者における社会的行動障害—情動関連症状（特に怒り）を中心に—（平成 29 年度第 1 回高次脳機能障害支援コーディネーター全国会議資料）（2017 年 10 月 3 日アクセス）
<http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/?action=common_download_main&upload_id=327697>
- ⑤ 上田 敬太・村井 俊哉 (2006). 感情のコントロールができない人の評価と生活 作業療法ジャーナル, 40, 641-643.
- ⑥ 上田 敬太・村井 俊哉 (2007). 脳損傷における社会的認知の障害 臨床精神医学, 36, 959-964.
- ⑦ 上田 敬太・村井 俊哉 (2012). 頭部外傷後に生じる精神症状と行動変化 精神科治療学, 27, 299-305.

（７）名古屋市総合リハビリテーションセンター 稲葉 健太郎氏

ア. 概要

名古屋市総合リハビリテーションセンターは、本邦において早くから高次脳機能障害者の支援に取り組んできた施設の一つである。センター内には、附属病院の他、総合相談部門、自立支援部門（自立訓練、就労移行支援）等のリハビリテーションの各段階にかかわるサービスを提供する部署が設置されている。支援普及事業における愛知県の拠点機関でもある（平成 29 年度現在）。

自立支援部就労支援課長であり、訪問型ジョブコーチとしての活動もされている稲葉健太郎氏（社会福祉士、精神保健福祉士）に、センター内外の部署、機関と連携した就労支援の取組について聴取した。

イ. ヒアリング結果

（ア）就労支援課の概要

就労移行支援事業を行っている。定員は 46 名で、利用者一人あたりの平均利用期間は 8 か月前後であり、年間の入退所者は 60～70 名くらいになる。利用条件は愛知県内在住または在勤の人としており、実態としては約半数が名古屋市内の在住または在勤者である。利用者はほぼ全員が（広義の）高次脳機能障害者で、原因疾患は脳血管障害がおおむね 5～6 割、脳外傷がおおむね 2～3 割である。元の勤務先への復職を目指す人と新規の就職を目指す人の割合はおおむね 3：2 である。利用者のうち、約半数は名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院（以下、「附属病院」という）にリハビリテーション目的の入院をしていた人で、残りの約半数は地域のリハビリテーション病院等から紹介されてきた人である。他院からの紹介の場合は、就労支援課を利用する前に附属病院で医療的評価を受けていただくこととしている。就労支援課の職員は 13 名、そのうちジョブコーチ研修を修了しているのは 6 人、訪問型ジョブコーチとして現在登録しているのは 4 名である。

（イ）就労支援課での取組

入所開始当初は、GATB（厚生労働省編一般職業適性検査）やワークサンプルなどを用いて作業評価を行い、その後は個別の利用者の特性や必要性に応じた作業課題を設定している。作業活動の主目的は仕事のシミュレーションを行うことである。作業課題は、データ入力、ピッキング、商品整理、郵便物の仕分など多種類を用意している。個別の利用者のために作成した作業課題が蓄積されているので、速度や正答率の標準値を出した上で他の利用者の訓練でも活用している。

個別作業が中心であるが、複数人での協同作業や作業に関する分担調整、引き継ぎなど利用者同士のやりとりが生じる場面を設定する場合もある。これらは利用者全員に一律に行うわけではなく、個別の利用者の必要性や支援目標に応じて行っている。例えば、利用者が自分ではそういったコミュニケーションが「問題なくできる」と思っているが、支援者から見ると難しさが想定されるような場合にシミュレーションのために行うことがある。また、ピアからの意見は受け容れやすいことを活かし、作業場面の中で利用者が他の利用者にピアとしての意見や助言を求める場面を作ることもある。そういった場면을効果的に作れるかどうかは作業担当職員の力量によるところがある。

作業活動以外の取組としては、2～3 か月に 1 回程度、卒業生を招いて座談会を行っている。卒業生の話は、「最初は、“何でこんな訓練をしないといけないんだ” と思った」というところから始まる場合が多く、利用者にとって共感を得やすいものとなっている。座談会は、利用者にとって他の利用者も同じような障害や悩みを持つことに気づく機会になり、話をする卒業生にとっても良い振り返りの機会となる。卒業して時間が経つことで就労支援課での活動を通して学んだことの記憶が薄れるため、振り返って貰うことを目的に座

談会の講師として招く場合もある。

就労支援課での支援目標の一つは、利用者自らの障害への理解を深めることであるが、高次脳機能障害者にとって自分の障害を「客観的に」理解することは、最終的にも難しい場合が多い。客観的な理解に至らなくても、自己評価と他者評価に違いがあることを知ること、他者の助言に耳を傾けられるようになることが社会生活のためには重要である。

（ウ）医療から就労支援への流れ、施設内連携

医療の段階で、高次脳機能障害について医師からきちんと説明して貰っていることは重要である。医師から説明を受けたということの重みは大きい。医師から説明がなかった、あるいは（実際以上に）「軽症」であると言われていたと、その認識を就労支援で覆していくことは簡単ではない。附属病院ではほとんどの場合、医師が脳の画像や検査結果を本人に提示し、後遺症をありのままに伝えている。当事者の受け止め方は様々で、「検査は検査」と捉えて生活や職業への影響をあまり理解しない場合もあるし、説明を受けた内容を記憶障害のために忘れてしまう人もいるが、それでも説明を受けたことはその後の支援にとって重要であると考えている。就労支援課の利用につながる一番のきっかけは医師から勧められたことである。

発症から就労支援につながるまでの期間が長い人の方が、医療からスムーズにつながってきた場合に比べ、支援に苦慮する印象がある。障害の認識がないまま就職または復職し、本人にとって辛い体験を通して誤学習してしまっている場合がある。「自分が悪い」と思って抑うつ的になる場合と、「周りが悪い」と思って攻撃的になる場合がある。そのような状況が何年も続くと考え方が固定してしまうように思われる。

名古屋市総合リハビリテーションセンターでは、医療部門と自立訓練、就労支援部門が同じ施設内であることで、医師や他職種との情報共有や相談が進めやすい。就労支援課の利用と並行して、外来で月 1 回程度、心理療法や言語療法に通っているケースもあるが、そのような場合は当該部門と情報共有しながら支援を進めている。就労支援課の利用者で特に課題がある場合は、就労支援課の職員が診察時に同席し、医師に就労支援課での状況を伝えることにしている。年金や障害者手帳、自賠責保険、労災などにかかわる診断書や意見書に現状がより正確に反映されることにもつながる。

（エ）社会的行動障害のある人の状況と支援

就労支援課の利用者のうち、警察沙汰になるような顕著な社会的行動障害のある人はおおむね年に 1 人くらい、家庭での暴力や暴言がある人が年に 10 人くらい、就労支援課の職員に対して多少感情的になる程度のことも含めれば利用者の大体半分くらいの印象である。利用の初期段階では病識が低い人がほとんどで、職員の助言などに対して「なぜそんなことを言われたいといけないのか」とムッとした反応をする人は多い。利用の期間を通して障害への理解が進み、変化していく場合がほとんどである。

就職や職場復帰後に起こってくる問題の多くは、就労支援課の活動の中でも同じような問題が見られている。対処法を学んでも記憶障害のために忘れてしまうことや、異なる場面への般化がされにくいことは高次脳機能障害の特徴である。何が大事であるかの振り返りを繰り返し、時間をかけて対処法を刷り込んでいく必要がある。

不適応的な行動が出る根底に生活への心配がある場合が多いので、安心して過ごせるよう生活の基盤を整えることが重要である。感情のコントロールに焦点をあてて対処法を学ぶようなやり方だけでは限界があり、環境面の整備と本人へのアプローチの両方が必要である。

（オ）精神科医療との連携

附属病院には精神科がないため、精神科医療が必要と思われる場合は、利用者の主治医に相談し、利用者の自宅近くの精神科医療機関につないでいる。そのような場合は、本人に「辛い」「困った」という認識があること、それを言葉にしてもらうことが必要である。例えば、正義感からトラブルを起こしてしまったケースでは、「相手が悪い」という主張から始まるが、そのようなトラブルが続くと結果として自分が損することを理解して貰う必要がある。自分でコントロールできるようになるか、専門家（精神科）に相談するか自分で選ぶように伝える場合もある。

地域内で高次脳機能障害者の受け入れができる精神科クリニックや病院をいくつか情報として持っている。初診の際には、必要に応じて就労支援課または高次脳機能支援課の職員が同行する。既に関係ができているクリニックや病院だと電話でやりとりする場合もある。情報共有に関する医師の考え方は様々なので、情報交換の仕方それぞれに対応する必要がある。

（カ）今後の課題（地域内連携、人材育成）

多くのケースについて、長期的なフォローが必要である。障害者就業・生活支援センターをはじめとする他機関と連携しながら支援を行っているが、連携先の人事異動などのために何度も引き継ぎをし直さなくてはならない場合があり、効率的な連携は課題の一つである。

同種の障害の人がある程度集まる施設でないと支援ノウハウが蓄積されない一方で、人口の少ない地域では障害種類を問わず受け入れられる施設も必要である。拠点となる施設が地域の施設をサポートできることが理想だが、そのためのマンパワーが現状では不足している。

どんな障害種類の利用者にも対応できる優秀な支援者もいるが、すべての支援者にそれを求めるのはハードルが高く、支援者の専門分化はある程度は必要であると考ええる。例えば、自信をつけることが重要である統合失調症の人への支援と高次脳機能障害者の支援では、共通するところもあるが方向性が異なる面もある。

ウ．関連資料

- ① 阿部 順子（監修）・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）（2011）. 50
シーンイラストでわかる高次脳機能障害「解体新書」 メディカ出版
- ② 永井 肇（監修）・阿部 順子（編著）（1999）. 脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション 中央法規
- ③ 永井 肇（監修）・蒲澤 秀洋（編）・阿部 順子（編）（2003）. 脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション〈実践編〉事例で学ぶ支援のノウハウ 中央法規
- ④ 深川 和利（監修）・稲葉 健太郎（編著）・長野 友里（編著）（2018）. 高次脳機能障害 支援の道しるべ
〔就労・社会生活編〕 メディカ出版

（８） 国立障害者リハビリテーションセンター病院 浦上 裕子氏

ア. 概要

国立障害者リハビリテーションセンターは、モデル事業及び支援普及事業における全国の拠点となる施設である。センター内には、病院の他、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援等のリハビリテーションの各段階にかかわるサービスを提供する部門が設置されている他、リハビリテーション専門職の養成・研修、関連分野の研究が行われている。

病院の高次脳機能障害外来を担当する浦上裕子氏（医師、リハビリテーション部部長）に、社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方、また、病院心理部門において実施している高次脳機能障害者を対象とする集団アプローチである感情交流法（feeling-focused group work: FFGW）について聴取した。

イ. ヒアリング結果

（ア）社会的行動障害のある人に対する治療及び支援の考え方

「社会的行動障害」の概念やその下位項目は、高次脳機能障害モデル事業において各地域の支援拠点機関や関係者にアンケート調査を行い、脳損傷者が多く示す症状を抽出することにより、厚生労働省の診断基準に加えられたものである。以下のように分類されている。

①意欲発動性低下：意欲が低下し自発的な活動に乏しい。②情動コントロールの障害：些細なことで過剰に興奮し、攻撃的な行動にエスカレートする。③対人関係の障害：相手と適切な情動的交流がとれない。脱抑制的な言動があったり、場の雰囲気が読めない。④依存的行動：自分で行動を決められずに他人に依存的となる。人格が退行し、幼稚にみえることもある。⑤固執：新たな状態に臨機応変に対応できず、従来の行動を変えることができない、一つのことにこだわる。

「社会的行動障害」の概念は、「ICD-10 精神および行動の障害」では F0 コードの「症状性を含む器質性精神障害」に、「DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル」では、「神経認知障害群」に分類される。

「社会的行動障害」だけが単独で存在するのではなく、基盤にある記憶・注意・遂行機能障害によって、環境を適切に認識して行動を起こしたり、制御することが困難なために行動障害が助長されることがある。記憶・注意・遂行機能障害に対するリハビリテーションによって、適切に環境に対処できるようになることで、「社会的行動障害」としての問題も軽減する可能性もある。

しかし行動障害を定量化する共通の神経心理学的検査バッテリーは確立されたものではなく、共通の尺度として用いられているものではない。社会的行動障害は、症状が千差万別であることから、必ずしも一つの方法または決まった方法が功を奏するとは限らないために対応のしかたが難しい。そのためリハビリテーションや訓練で、「場面ごとに対応の方法を事例ごとに試行錯誤し、最も効果的であった方法を生活の中に取り入れ、汎化させていくこと」が妥当であると考えます。

受傷後の日常生活や社会生活で起きている問題行動の観察に加えて、受傷前の適応状態についても情報を整理しておく必要がある。

当センター病院では、多専門職種（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士・医療ソーシャルワーカー・リハビリテーション体育士）による標準的な医学的リハビリテーションを行っている。一人の患者に対してすべての専門職種が、縦方向ではなく、水平方向に臨機応変に意見を出し合って患者の目標達成を支援するインターディシプリナリーチームアプローチの方法をとっている。その中で社会的行動障害に対する解決方法を議論している。

（イ）薬物療法・医学的治療

精神医学では、脳損傷後に薬物療法が必要となる精神症状として、①うつ②躁③強迫性障害④心的外傷後ストレス障害⑤アルコール関連障害⑥意欲低下⑦情動不安定⑧攻撃性⑨幻覚・妄想などがあげられている。

回復期のリハにおける通過症候群やせん妄、意識変容による症状（興奮、幻覚妄想）などに対しては、薬物療法が優先される。慢性期には「人格障害」と診断される行動様式をとるようになる。

これらの症状の中には、「社会的行動障害」ととらえられている症状と重複するものがある。薬物療法の対象となるのはこのような精神症状であり、精神症状が改善することにより「社会的行動障害」が軽減することを目的とする。いずれの場合も薬物療法だけで改善をはかるのではなく、原因となっている心理社会的要因や環境へ介入することや、家族指導（家族の対応の仕方や心理的教育）を並行して行うことが必要となる。

情動不安定や攻撃性に対しては少量の抗てんかん薬や漢方薬（抑肝散など）、幻覚・妄想には抗精神病薬などが処方される。抑うつ的な気分を呈する場合には抗鬱薬（セロトニン再取り込阻害剤やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込阻害剤など）が使用される。躁状態には気分安定剤としてのバルプロ酸ナトリウムやリチウムが処方される。強迫性障害や心的外傷後ストレス障害に対しても、セロトニン再取り込阻害剤などが使われる場合がある。

脳損傷後には、薬物の副作用として眠気が強く出る場合があるため、服薬しながら職業訓練を継続することが困難になることもある。治療が優先されると判断された時には医師から休養の指示が出される。

職業リハの利用者において、ミスが多くなる、イライラする、遅刻や欠席が増えるなど心身の不調が疑われるような場合には、支援者がまず話を聞いて、現状を把握することが重要である。医師から処方された薬を忘れずに飲んでいないか、睡眠がとれているか、アルコールを飲み過ぎていないかなど生活習慣を確認する。睡眠不足やストレスはてんかん発作を引き起こす場合があるため、生活指導が必要となる。訓練の内容が難しい、周囲の人間関係をうまく保てない、回りが騒がしいなど環境に問題がある場合には、支援者が解決の方法を一緒に考え、訓練内容も見直すことが必要になる場合がある。

（ウ）易怒性・攻撃性への対応

どのような場面で易怒性や攻撃性による問題が起きるのかを分析する。問題が起きる場面は本人が上手く適応できていない場面であることが多いため、適応できない原因を探り、一緒に問題解決する姿勢を示す。

職場での実際の場面では、例えば、注意障害のために同時処理が不得手なのにも関わらず、やるべき仕事がたくさんあるために、イライラして攻撃的になる場合がある。そのような場合は、業務量を見直して調整することが必要となる。また、そのような負荷のかかる状況に置かれたときに、どのような徴候がおこるのか、手が震えたり顔が青くなったりするのか、それに本人が気づいているのか、自分で抑制できるのかなどを見ていく必要がある。本人が専門職や管理職に復帰したいという高い目標を持っており、現実との乖離に気づいて落ち込んだり苛立って相手に攻撃的になることもある。どのような状況で易怒性や攻撃性がでているのかによって対応の仕方が異なる。そのためケースにかかわる支援者で情報を共有し、全体像を捉えて対応の仕方を一致させることが重要である。

（エ）コミュニケーションの問題への対応

高次脳機能障害者は、相手の感情を読み取り、それに対して起こる自分の感情を認識し、相手に伝えるといったコミュニケーションの過程に難しさがある場合がある。相手の気持ちや意図を分かったつもりで分かっっていなかったり、伝えたつもりで伝わっていないことがある。他者からすれば「不適切な言動」に見えることも、本人が自分の感情を適切に表出できないことによるコミュニケーションのずれによる場合も考えら

れる。

心理部門で取り組んでいる FFGW (Feeling-Focused Group Work) では、各参加者が毎回のテーマに沿ってスピーチを行い、他の参加者がその内容をメモに書き取り、理解した内容を発言者に伝え返すということをしているが、理解にずれが生じていることがしばしば観察される。そのような場合、意味が異なるところや言葉が抜けているところを支援者がメモに赤ペンを入れながら一緒に修正していく。

職業リハの中でも同じように、指示理解の誤りなどがあった場合、どの点で誤解が生じたのか一緒に間違い探しをしていくと良い。コミュニケーションのずれを修正することで易怒性や攻撃性といった問題が減る場合もあるかも知れない。

不適切な言動については、今の社会でセクハラは許されないものである現実を明確に伝え、本人自らが行動を抑制できることを目指すことが原則である。辺り構わず抱きついたりといった脱抑制的な問題行動の場合は薬物療法による治療が必要になる。反社会的行動には「罰」があることを示すことも必要である。

表 6 (参考) FFGW の手続き (抜粋) (詳しくは関連資料⑧を参照)

手続き	参加者のうごき、ファシリテーターの役割
①訓練の導入	ファシリテーター：リラックスした雰囲気を作る。FFGW の目的を確認する。
②課題への意識付け	参加者：課題カードを見て、自身の課題を確認する
③刺激呈示	参加者：呈示された刺激を自由に眺めたり触れたりする
④フィーリングシートへの記入	参加者：刺激から思い浮かんだことをフィーリングシートに記入する
⑤フィーリングシートの発表	ファシリテーター：「今、ここで」生じた感情に焦点が当てられるようにはたらきかけるとともに、共感が得られるように相互のやりとりを促す
⑥スピーチ原稿の作成	参加者：フィーリングシートに記入したことや他のメンバーの発表を聞いて新たに生じた感情を素材としてスピーチ原稿を作成する
⑦スピーチ発表	参加者：聞き手のメンバーは逐語でメモをとる
⑧とったメモの確認と補足、修正	ファシリテーター：メモの正確さや量を確認し、より正確なメモの取り方について助言を行う
⑨聞き手から話し手への読み取った感情のフィードバック	参加者：聞き手は、スピーチから読み取ることができた感情を話し手にフィードバックする
⑩ディスカッション	ファシリテーター：メンバー間の共感が生じやすいようにはたらきかけるとともに、相違点を見いだすことで互いに受け入れ認め合うことができるようにはたらきかける
⑪プログラムの振り返り	参加者：プログラムに参加しての感想を発表するとともに、自身の課題について振り返りを行う
⑫振り返りシートへの記入	ファシリテーター：課題が見出せないメンバーには、ともに振り返りを行いながら、課題設定について助言を行う
⑬終了	ファシリテーター：感情の混乱がみられたメンバーがいる場合は、個別での面接を設定する

（オ）意欲・発動性の低下への対応

「アパシー」とは、動機づけの低下、目的にむけられた随意的で意図的な行動の量的な減少などが原因であると考えられている。以下の3つの機序が考えられている。①情動感情処理障害（感情と行動を結びつけることができずに目的をもった行動をとることができなくなる。）眼窩部や内側前頭前野の障害と関連する。②認知処理障害（行動を計画し実行する目的志向行動の減少による。）遂行機能と関連する背外側前頭前野、大脳基底核背側領域（尾状核）が関連し、作動記憶や、企画の障害、新しい規則や戦略を生み出すことが困難となる。③自己賦活障害（行動完遂に必要な思考や行動の障害により、行動をやり遂げることが困難である。）尾状核、淡蒼球、視床背内側部、内側前頭前野、帯状回前部などが関連する。この場合、外的刺激に対する反応が良好であることから、リハの介入（自発的に行動を開始することができないが、促されるとできる）による効果が期待できる。

①は興味があったことに対しても適切な感情が起こらなくなり（これまで楽しかったことが楽しくない）、行動が起こせない。「感情鈍麻」「興味喪失」の特徴を示す。

②は発動性が低下しているように見えるが、実際には記憶や注意の問題のために次に何をして良いかわからない遂行機能の障害である。

③は、自己賦活は低下しているが外的刺激に対する反応は良好なため、「声かけ」「誘導」「促し」が必要となる。

アパシースケール⁴⁷や標準意欲評価法（CAS）⁴⁸など定量化する検査がある。日常生活の行動観察が必要となる。

薬物療法として、発動性低下に対しては少量のアマンタジン（精神活動改善剤）を用いる場合があるが特効薬ではない。

このような症状が職業訓練の時期においても残存することがある。本人が主体的に行動を起こすことが難しい場合、本人の意向を確認しながら、行動の順番を示し、枠組みを作ってあげる対応も必要である。適切な感情が起こらない場合には、集団に参加することで、他者との交流を持てるようにする機会を提供することも重要である。発症から時間が経っていたとしても、集団の中で刺激を受けることで注意の機能や意欲・発動性が上がってくることは十分にあり得る。生活訓練や職業リハなどリハビリテーションのどの段階においても声かけや誘導は必要となる。その結果、適応的な行動がとれるようになり、気分状態も安定する。

職業復帰に際しては、接客や営業など自分から積極的に動く必要のある活動には支障を来すことが考えられるため、手順が決まった作業から職業復帰を考えていく。手が止まったら周囲が声かけをしていく必要があるだろう。抑うつ気分があると声かけや励ましが苦痛になることがあるため、抑うつ気分がどの程度あるのかを考えることも大切である。

（カ）うつ

「DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル」では抑うつ障害群の診断基準として、「顕著で持続的な期間において抑うつ気分、またはすべての活動に対する興味や喜びの著明な減退が臨床像において優勢である」と定義され、「ICD-10 精神および行動の障害」では、F3 気分障害のカテゴリーの中に、「F32 うつ病エピソード、F33 反復性うつ病性障害、F34 持続性気分障害」と分類されている。診断は「構造化された面接」の中で行われ、補助的に脳卒中うつスケールや POMS-2（気分プロフィール検査）などの神経心理学検査を用いる。

⁴⁷ アパシースケール（やる気スコア）については、岡田・小林・青木・須山・山口（1998）を参照。

⁴⁸ 標準意欲評価法（CAS）については、加藤・注意・意欲評価法作製小委員会（2006）を参照。

リハビリテーションでは、抑うつ気分は「やりたくてもできない、なまけているのではないこと、気分不快や不調の波があること」を理解して対応する。抑うつ気分は認知機能にも影響を及ぼすが、歩行や ADL 訓練などを行う中で抑うつ気分も改善することがある。趣味や本人の好きなことを取り入れ、楽しみながら行うことや、適度な運動を加えることもある。結論や決定を急がせない、重度のうつや希死念慮がある場合には薬物療法を併用することが必要である。

会社や地域の中での役割を失うことは大きな喪失体験である。元の仕事に戻れなかったり、また、形の上では復職してもいわゆる閑職で、居場所や尊厳がない状態になる場合もあり、そのようなことがうつにつながる場合がある。仕事人間として 50～60 才まで生きてきた人が元の仕事に代わるものを見つけるのは簡単ではないが、考え方を柔軟に変えていくことや他の選択肢もあることを伝えていくことが必要である。障害者雇用や就労継続支援 B 型事業所で働くことで自分の居場所を見出していく人もいる。リハビリテーションとは「復権」であり、「失った尊厳を再び取り戻すまでの過程」である。働くことで社会から認めもらえる、存在価値を認めもらえることの意味は患者にとって非常に大きい。

（キ）段階的な支援

復職を目標としたリハビリテーションは、医学的リハとしての訓練（認知評価・訓練）、入院リハから外来リハ、生活訓練、就労移行、職業リハと段階を踏んでいく。その過程の中で、生活リズムを整える、身なりを整える、挨拶をする、相手の言うことを理解する、自分の気持ちをコントロールするといった職業準備性を整えていく。脳損傷の重症度などにより経過は様々だが、緩やかな回復をたどる疾患（低酸素脳症など）では、復職までに 3 年以上要する場合もあるために、焦らずに取り組んでいくことを繰り返し伝える。

医学的リハから職業リハへと一方向的に進むだけでなく、逆方向に戻ることを考えたほうが良い場合もある。職業リハの利用を希望されていても、スケジュール管理、交通機関の利用といった身の回りのことができない、障害認識がない場合は、職業準備性の訓練から始めることも必要である。

病院では神経心理学的検査を用いて高次脳機能評価を行っている。職業適性は、厚生労働省編「一般職業適性検査（GATB）」で、職業準備性は「就労移行支援のためのチェックリスト」で評価することができる。医学的リハが終了しても、とっさの判断やコミュニケーション、場の雰囲気を読むといった職業で要求される高い能力には達していない場合がある。当院では、そのような場合、本人や家族に現状を説明して、自立支援局の生活訓練や就労移行支援への移行をはかっている。

病院外来リハから直接職場復帰を果たす場合でも、就労支援センターの介入を依頼する場合もある。

（ク）長期的な支援の必要性

就労継続が困難な場合、定年退職した後、それまでの介護者がいなくなったとき、再発や加齢で認知機能が更に低下したとき、支援体制の強化が必要になる場合がある。高次脳機能障害者は環境の変化に順応できず、生涯にわたる治療や関わりも必要である。

（ケ）支援スタッフの教育とストレスケア

国立障害者リハビリテーションセンター病院では定期的にカンファレンスを持ち、現状の確認と支援の方向性を話しあっている。利用者から支援者への暴力や暴言、セクハラに対しては組織として対応することが重要で、個人が問題を抱え込むことがないように、各専門職の意見を出し合って問題解決の方法を考えていくことが重要である。問題行動に対する対応マニュアルを作成することも有効である。支援者が安心して支援に従事することができるような支援体制の構築が必要である。

(コ) FFGW の対象者像・効果測定

高次脳機能障害者は、自己の感情や他者の感情に気がつきにくくなっていることが多く、社会復帰にあたって対人関係の問題が生じ、孤立感を深めやすい。社会適応的な対人関係能力の再獲得を促し、発症後の自分を受容できるように援助するための心理的側面へのアプローチとして開発された FFGW グループ訓練の基本理念が生かされるように、同じ程度の認知機能の患者さんでグループ構成を行っている。重度の人も参加できるように対応している。

FFGW の参加前後の比較検討を行った研究では、「感情の表出」「感情の読み取り」「メモ率」「障害受容」の4つの側面に効果があることが検証されている。他にも様々な訓練をしている中で FFGW だけの効果を取り出すことは難しいが、このようなグループ訓練の中で「刺激を提示し、感情に働きかけ、他者との交流を促進する」目的が達成されることが多い。

グループ訓練に参加することで、臨床の場面では、活動性が上がった、行動範囲が広がった、発言内容が豊かになった、他者との積極的な交流が増えたなどの行動上の変化がみられることから効果があることを推測している。

ウ. 関連資料

- ① 浦上 裕子 (2008). 社会的行動障害に対するチームアプローチ リハビリテーション医学, 45, 789-792.
- ② 浦上 裕子 文科省研究費補助金 低酸素脳症者の実態、生活支援、社会支援についての多施設共同研究 平成 23～26 年度分担研究報告書
- ③ 浦上 裕子・飛松 好子・江藤 文夫・岩谷 力 (2010). 脳損傷後の高次脳機能障害に対する包括的集中リハビリテーションの効果 リハビリテーション医学, 47, 232-238.
- ④ 浦上 裕子・富岡 純子・有馬 早苗 (2012). 脳外傷による通過症候群に対して薬物療法と早期非薬物的介入を用いて就労となった1症例—治療から社会参加支援まで— 精神科治療学, 27, 225-231.
- ⑤ 浦上 裕子・山本 正浩・中島 八十一 (2013). 高次脳機能障害のリハビリテーション—帰結調査からみた医療と福祉の連携— 高次脳機能研究, 50, 536-542.
- ⑥ 浦上 裕子・山本 正浩 (2015). 高次脳機能障害者の就労に向けたリハビリテーション—発症から1年後の介入について— 高次脳機能研究, 35, 9-18.
- ⑦ 尾崎 聡子・土屋 和子・乗越 奈保子・田中 大介・色井 香織・四ノ宮 美恵子…佐久間 肇 (2003). 高次脳機能障害を有する患者に対するグループ指導—FFGW (感情交流法) の実施と効果— 国立障害者リハビリテーションセンター研究紀要, 24, 1-9.
- ⑧ 四ノ宮 美恵子 (2009). 復学のためのグループ訓練 中島 恵子 (編著) 高次脳機能障害者のグループ訓練 (pp. 85-101) 三輪書店
- ⑨ 飛松 好子・浦上 裕子 (2016). 社会復帰をめざす高次脳機能障害リハビリテーション 南江堂

第3節 ヒアリング調査のまとめと考察

ヒアリング調査で得られた情報は、各対象施設の特色や各専門家の専門領域に応じ、多岐にわたる内容となった。以下（１）では、複数の施設や専門家から共通して得られた意見を中心に、ア．アセスメント、イ．治療及び支援、ウ．支援者のケアの３つに分類して要点を記載し、（２）において職業リハの観点から考察を加える。

（１）要点のまとめ

ア．アセスメント

不適切な行動が起こる背景を個別の支援対象者について理解し、状態像に合致した対応を行うことが重要である。そのためには支援対象者の話をよく聞くことが重要であるが、不適切な行動のきっかけや背景にある事象について、当事者が意識したり言語化したりすることが難しい場合があるため、行動観察や周囲からの情報収集についても重要である。

イ．治療及び支援

支援対象者の状態像に応じ、薬物療法や環境調整、心理教育や SST などの心理的支援を組み合わせで行う。時間の経過や環境変化に伴う状態像の変化に対応するため、長期的な関わりが必要である。

（ア）薬物療法

顕著な易怒性・攻撃性、うつ、発動性の低下などいくつかの症状については、薬物療法が重要である。専門性のある医師によることが望ましい。

（イ）薬物療法以外の治療及び支援

介入を行う上でのグループ形式の活用は、相互観察による課題への気づきの促進やピア（当事者同士）の心理的支持などの効果が期待できる。グループ形式での介入を行うには、慎重なグループ編成や十分な数の支援者の配置、前後の個別場面での丁寧なフォローが不可欠であり、これらの条件が整わない場合は、却って支援対象者に混乱を生じさせるリスクがある。障害程度や個別の課題を考慮したグループ編成が難しい場合は、２～３人の少人数グループとしたり、また、作業活動の一部を活用した対人交流場面を設定することでグループと類似の介入を行う場合もある。

介入効果の測定は、支援対象者の個別性の高さや、適用可能な評価尺度が限られていることから工夫が必要である。また、介入の直後に効果が見られるとは限らず、例えば、医療機関で行った介入の効果が、社会復帰後に時間を経てから現れる場合がある。

ウ．支援者のケア

支援者の過負荷への対策としては、一人に大きな負担がかかることを避けるために、支援対象者に対して複数体制で関わるのが重要である。多職種体制で、それぞれの視点や専門性を活かしてかかわることの意義も大きい。支援者相互に情報交換や相談がしやすい関係性があることが重要である。

（２）考察

ア．アセスメント

行動観察や本人及び周囲からの情報収集は、職業リハ領域においても重要なアセスメント手法として認識されているところであるが、これらを効果的・効率的に行うには、障害特性に関する知識が不可欠であると考えられる。例えば、脳損傷によって聴覚過敏が起こりうることを知識として知らなければ、ある支援対象者のイライラが騒音に起因していることに観察から気づくには時間を要するかもしれない。障害特性につい

ての知識を深めることは職業リハ従事者として努力すべき点であるが、多くの職業リハ機関及び職業リハ従事者は特定の障害領域に特化していない現状を考えると、様々な障害について高度な専門知識を持つことには限界があると考えられる。的確なアセスメントに基づいた支援を実施するために、専門知識を持つ関係機関との密な連携が重要であると考えられる。

イ. 治療及び支援

(ア) 薬物療法（を含む医療的ケア）

職業リハの場面において、支援対象者の職業生活上に顕著な課題が認められ、その課題解決に医療的ケアが必要であると判断された場合は、医療機関への受診を勧めることになる。しかし、支援対象者の状態像によっては、受診を直ちに勧めるべきであるか、環境調整等で対応すべき状況であるか、職業リハ従事者にとって判断が難しい場合がしばしばあると考えられる。判断に迷う場合に、適切な専門家に対して、時機を逃さず相談できる体制を整えておくことが望まれる。医療リハと職業リハの連携については、支援対象者の医療リハから職業リハへの移行に注目が集まる場合が多いが、一方向的なケースの紹介に留まらず、双方向的な連携が重要であると考えられる。

(イ) 薬物療法以外の治療及び支援

多くの職業リハ機関においては、幅広い障害種類の人を支援対象としていることから、障害程度や課題が類似した支援対象者のグループを編成することが難しい場合が多いと考えられる。2～3人の少人数のグループ形式の支援や、作業活動の一部を活用した対人交流場面の設定については、職業リハ機関の支援においても取り入れやすく、実践の参考にしやすいと考えられる。

職業リハ領域においても根拠に基づく支援の重要性が指摘されており（藤川・Chan・Sung・八重田，2011；八重田他，2011）、支援効果の客観的な測定方法は、医療リハと職業リハの共通の重要な課題であると考えられる。

ウ. 支援者のケア

複数体制で支援対象者とかかわることは、支援者の過負荷への対策と支援の質の確保の両面から、職業リハ領域においても同じく重要であると考えられる。職業リハ領域では、一つの施設の中で多職種体制を作るとは難しい場合が多いと考えられるが、多機関の支援ネットワークの中で類似の機能を得ることが可能であるかも知れない。

第4章

今後の研究課題

第4章 今後の研究課題

第2章及び第3章の結果と考察を踏まえ、社会的行動障害のある高次脳機能障害者の支援に関連する、職業リハ領域の今後の研究課題として重要であると考えられる事項を挙げる。

（１）関係機関との連携について

文献調査とヒアリング調査の両方の結果から、医療機関をはじめとする関係機関との連携の重要性が改めて強調される。障害者職業総合センター（2004c；2007；2016a）は、高次脳機能障害者の支援における医療機関と職業リハ機関との連携についてこれまでに複数回の調査を行っており、両者の連携は、モデル事業や支援普及事業の展開に伴って前進が見られたものの、最近の調査においても少なからず課題が残ることを報告している。この状況を踏まえ、今後の研究課題として、残る課題解決に向け、具体的な検討を進めることが必要であると考えられる。例えば、効果的な連携を実現する上での支障を特定すること、支障を解決した事例を収集すること、連携がもたらす効果を定量化することなどが考えられる。また、上述の障害者職業総合センター（2004c；2007；2016a）の調査では、医療機関の中でも主にリハ科との連携を中心に検討が行われてきたが、今回の調査の結果を踏まえると、精神科医療との連携も同様に重要であることが考えられる。さらに、医療機関だけではなく福祉機関との連携や、また、職業リハ機関同士の連携も重要であることが指摘されており、多機関を結ぶ支援ネットワークの観点から連携を検討していくことが必要であると考えられる。

（２）職業リハ領域での取組について

社会的行動障害のある高次脳機能障害者の就労支援に関しては、関係機関との連携が重要である一方、職業リハ機関の実践のフィールドや専門性を活かし、率先して取り組んでいくことが望ましい領域もあると考えられる。一例としては、文献調査において情報が得られたコミュニケーションパートナー訓練を職業リハに適用することが考えられる。高次脳機能障害者の職場適応の促進を目的として、職場の上司や同僚、あるいは企業在籍型ジョブコーチといった職場のコミュニケーション環境に積極的に介入することは、職業リハならではの実践であると言えるだろう。別の例として、発動性低下のある人への支援において、外的補助手段の活用などの職業リハ従事者が得意とする支援技法を活用して、支援対象者の職業生活の自立性向上に取り組むことも成果を上げられる可能性のある領域であると考えられる。

また、ヒアリング調査からは、長期的視点での支援の重要性が指摘されている。職業リハ機関は多くの場合、医療機関や福祉機関よりも後方のタイミングで支援対象者に対して密接にかかわることになる。この立場を活かし、職場適応が円滑であった、あるいは必要とする支援の量が多かった高次脳機能障害者の特徴や課題に関する情報を蓄積・分析していくことは、職業リハ機関だけでなく医療機関や福祉機関等も含めた関係機関が、就職や復職の前段階で注力して支援すべき点を特定するために有用な情報となり得ることが考えられ、職業リハ領域における重要な研究課題であると考えられる。

引用文献

(日本語文献 著者名 50 音順)

- 朝日 雅也 (2012). 職業リハビリテーションとは何か 日本職業リハビリテーション学会 (編) 職業リハビリテーションの基礎と実践—障害のある人の就労支援のために (pp. 2-13) 中央法規
- 阿部 順子 (2009). 社会的行動障害をもつ患者の社会復帰支援 Journal of CLINICAL REHABILITATION, 18, 1094-1101.
- 荒井 由美子 (2002). 介護負担度の評価 総合リハビリテーション, 30, 1005-1009.
- 安藤 明人・曾我 祥子・山崎 勝之・島井 哲志・嶋田 洋徳・宇津木 成介・大芦 治・坂井 明子 (1999). 日本版 Buss-Perry 攻撃性質問紙 (BAQ) の作成と妥当性, 信頼性の検討 心理学研究, 70, 384-392.
- 岩田 誠 (2011). 高次脳機能障害とはどのようなものを指すのですか、またどのように分類されるのですか 河村 満 (編著) 高次脳機能障害 Q&A 基礎編 (pp. 3-5) 新興医学出版社
- 上田 敬太・村井 俊哉 (2016). アパシー 武田 克彦・村井 俊哉 (編著) 高次脳機能障害の考え方と画像診断 (pp. 242-254) 中外医学社
- 内田 知宏・上埜 高志 (2010). Rosenberg 自尊感情尺度の信頼性および妥当性の検討—Miura & Griffiths 訳の日本語版を用いて— 東北大学教育学研究科研究年報, 58, 257-266.
- 大木 秀一 (2013). 看護研究・看護実践の質を高める文献レビューの基本 医歯薬出版
- 大橋 正洋 (1990). 脳外傷リハビリテーションの問題点—特殊な障害像と米国の先進性— リハビリテーション医学, 27, 399-409.
- 岡田 和悟・小林 祥泰・青木 耕・須山 信夫・山口 修平 (1998). やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価 脳卒中, 20, 318-323.
- 岡村 陽子・大塚 恵美子 (2010). 社会的行動障害の改善を目的とした SST グループ訓練 高次脳機能研究, 30, 67-75.
- 鹿島 晴雄・加藤 元一郎・本田 哲三 (1999). 情動および行動障害のリハビリテーション 鹿島 晴雄・加藤 元一郎・本田 哲三 (著) 認知リハビリテーション (pp. 176-192) 医学書院
- 加藤 元一郎・注意・意欲評価法作製小委員会 (2006). 標準注意検査法 (CAT) と標準意欲評価法 (CAS) の開発とその経過 高次脳機能研究, 26, 310-319.
- 鎌倉 矩子 (2010a). 高次脳機能障害と作業療法 鎌倉 矩子・本多 留美 (著) 高次脳機能障害の作業療法 (pp. 4-11) 三輪書店
- 鎌倉 矩子 (2010b). 遂行機能の障害 鎌倉 矩子・本多 留美 (著) 高次脳機能障害の作業療法 (pp. 361-511) 三輪書店
- 菊池 章夫 (1988). 思いやりを科学する 川島書店
- 菊池 章夫 (1999). Kiss-18 の 12 年 日本性格心理学会第 8 回大会発表論文集
- 菊池 恵美子・松為 信雄 (2006). 職業リハビリテーションの概念 松為 信雄・菊池 恵美子 (編) 職業リハビリテーション学 改訂第 2 版 (pp. 10-17) 協同医書出版社
- 木村 亜矢子・堀 匠・佐藤 啓子・佐藤 智美・先崎 章 (2017). 記憶障害と発動性低下を認める患者に対し SNS (LINE) の活用で有効な代償手段を習得できた一例 高次脳機能研究, 37, 421-427.
- 久保 義郎・長尾 初瀬・小崎 賢明・加藤 礼子・中村 憲一・塩沢 哲夫・橋本 圭司 (2007). 脳外傷者の認知・行動障害尺度 (TBI-31) の作成—生活場面の観察による評価 総合リハビリテーション, 35, 921-928.

- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・国立障害者リハビリテーションセンター（2008）. 高次脳機能障害者支援の手引き（改訂第2版） 国立障害者リハビリテーションセンター
- 高次脳機能障害全国実態調査委員会（2011）. 高次脳機能障害全国実態調査報告 高次脳機能研究, 31, 19-31.
- 高次脳機能障害全国実態調査委員会（2016）. 高次脳機能障害全国実態調査報告 高次脳機能研究, 36, 492-502.
- 小口 孝司（1989）. 自己開示の受け手に関する研究 オープナー・スケール, R-JSDQ と SMI を用いて 応用社会学研究（立教大学社会学部研究紀要）, 31, 49-64.
- 小嶋 雅代・古川 壽亮（2003）. 日本版 BDI-II について Beck, A.T., Steer, R. A., Brown, G. K.（著）小嶋 雅代・古川 壽亮（訳著） 日本版 BDI-II 手引（pp. 28-47） 日本文化科学社
- 小向 佳奈子（2017）. 症例報告（ケースシリーズを含む）、ナラティブレビューを解釈する上で必要な知識 中山 健夫（監修）・日高 正巳（編）・藤本 修平（編） PT・OT・ST のための診療ガイドライン活用法（pp. 48-54） 医歯薬出版
- 坂爪 一幸（2008）. 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（pp. 124-135） 永井書店
- 桜井 成男（2000）. ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版の検討 筑波大学発達臨床心理学研究 12, 65-71.
- 佐藤 寛・高橋 史・松尾 雅・境 泉洋・嶋田 洋徳・陳 峻雲・貝谷 久宣・坂野 雄二（2006）. Social Problem-Solving Inventory-Revised(SPSI-R)日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討 行動療法研究, 32, 15-30.
- 自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会（2011）. 自賠責保険における高次脳機能障害認定システムの充実について（報告書） 国土交通省
- 柴崎 光世（2012）. 前頭葉機能障害の認知リハビリテーション 明星大学心理学年報, 30, 23-40.
- 清水 秀美・今栄 国晴（1981）. State-Trait Anxiety Inventory の日本語版（大学生用）の作成 教育心理学研究, 29, 348-353.
- 障害者職業総合センター（1997）. 調査研究報告書№21 地域障害者職業センターの業務統計上“その他”に分類されている障害者の就業上の課題 日本障害者雇用促進協会⁴⁹
- 障害者職業総合センター（1998）. 調査研究報告書№32 高次脳機能障害を有する者に対する職業講習の指導方法に関する研究 日本障害者雇用促進協会
- 障害者職業総合センター（1999）. 実践報告書№4 高次脳機能障害者のための効果的な支援方法（構想）—医学的リハから職場復帰への円滑な支援を中心として— 日本障害者雇用促進協会
- 障害者職業総合センター（2001）. 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— 日本障害者雇用促進協会
- 障害者職業総合センター（2002）. 調査研究報告書№52 精神障害者等を中心とする職業リハビリテーション技法に関する総合的研究（中間報告書） 日本障害者雇用促進協会
- 障害者職業総合センター（2003a）. 資料シリーズ№28 脳損傷者の就業定着に関する研究 日本障害者雇用促進協会
- 障害者職業総合センター（2003b）. 実践報告書№11 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事業主支援（事前調査）から— 日本障害者雇用促進協会

⁴⁹独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の刊行物（「日本障害者雇用促進協会」及び「独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構」によるものを含む）は、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構研究部門のウェブサイトで公開している（<http://www.nivr.jeed.or.jp/>）。

障害者職業総合センター（2004a）. 調査研究報告書№57 精神障害者等を中心とする職業リハビリテーション技法に関する総合的研究（最終報告書） 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（2004b）. 調査研究報告書№58 高次脳機能障害を有する者の就業のための家族支援のあり方に関する研究 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（2004c）. 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及び医療機関との連携の現状と課題— 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（2004d）. 調査研究報告書№64 精神障害者等を中心とする職業リハビリテーション技法に関する総合的研究（活用編） 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（2004e）. 支援ツール№21-1 トータルパッケージの活用のために—ワークサンプル幕張版（MWS）とウィスコンシン・カードソーティングテスト（WCST）幕張式を中心として— 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（2004f）. 支援ツール№21-2 メモリーノート 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（2004g）. 実践報告書№13 高次脳機能障害を理解するために（事例集） 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（2005a）. 支援ツール№18 高次脳機能障害者の注意機能検査 —パソコン版 空間性注意検査・軽度注意検査マニュアル— 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（2005b）. 実践報告書№16 高次脳機能障害者に対する職場復帰支援 —実践事例編— 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（2006a）. 実践報告書№18 高次脳機能障害者に対する支援プログラム—利用者支援、事業主支援の視点から— 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（2006b）. 支援マニュアル№1 高次脳機能障害の方への就労支援 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（2007）. 調査研究報告書№79 高次脳機能障害者の雇用促進等に対する支援のあり方に関する研究—ジョブコーチ支援の現状、医療との連携の課題— 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（2008）. 実践報告書№21 高次脳機能障害者に対する支援プログラム—家族支援の視点から— 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（2009）. 調査研究報告書№92 高次脳機能障害者の就業の継続を可能とする要因に関する研究 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（2010a）. 調査研究報告書№93 特別の配慮を必要とする障害者を対象とした、就労支援機関等から事業所への移行段階における就職・復職のための支援技法の開発に関する研究 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（2010b）. 調査研究報告書№96 若年性認知症者の就労継続に関する研究 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（2010c）. 支援ツール№32 ワークサンプル幕張版 MWS の活用のために 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（2010d）. 支援マニュアル№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— 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（2011a）. 調査研究報告書№99 高次脳機能障害・発達障害のある者の職業生活に

おける支援の必要性に応じた障害認定のあり方に関する基礎的研究 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 (2011b). 調査研究報告書№104 失語症のある高次脳機能障害者に対する就労支援のあり方に関する基礎的研究 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 (2011c). 資料シリーズ№59 認知に障害のある障害者の自己理解促進のための支援技法に関する調査研究 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 (2011d). 支援ツール№34 認知に障害のある人に対する相談補助シート 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 (2011e). 支援ツール№37 失語症のある人の雇用支援のために... 事業主と失語症のある人のための雇用支援ガイド 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 (2011f). 実践報告書№24 精神障害者職場再適応支援プログラム—SSTを活用した支援の実例— 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 (2012a). 調査研究報告書№111 若年性認知症者の就労継続に関する研究 II 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 (2012b). 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— 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 (2013a). 調査研究報告書№113 SSTを活用した人材育成プログラムに関する研究—ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー（試案）の開発— 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 (2013b). 支援ツール№21 トータルパッケージの活用のために（増補改訂版）—ワークサンプル幕張版（MWS）とウィスコンシン・カードソーティングテスト（WCST）幕張式を中心として— 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 (2013c). 支援ツール№41 ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー—SST研修資料集（試案）— 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 (2013d). 支援マニュアル№9 精神障害者職場再適応支援プログラム—気分障害等の精神疾患で求職中の方のためのストレス対処講習— 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 (2013e). 支援マニュアル№11 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 (2014). 調査研究報告書№121 高次脳機能障害者の働き方の現状と今後の支援のあり方に関する研究 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 (2015a). 調査研究報告書№124 SSTを活用した人材育成プログラムの普及に関する研究—ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナーの普及— 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 (2015b). 支援ツール№47 ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー—パートナー研修資料集— 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 (2015c). 実践報告書№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年間の取組をととして— 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 (2016a). 調査研究報告書№129 高次脳機能障害者の働き方の現状と今後の支援

のあり方に関する研究Ⅱ 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 (2016b). 資料シリーズ№92 SST を活用した人材育成プログラムの活用方法に関する研究—ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー (活用編)— 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 (2016c). 支援ツール№50 若年性認知症を発症した人の就労継続のために 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 (2016d). 支援マニュアル№14 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 (2017). 実践報告書№30 記憶障害を有する高次脳機能障害者の補完手段習得のための支援 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
- 鈴木 平・春木 豊 (1994). 怒りと循環器系疾患の関連性の検討 健康心理学研究, 7, 1-13.
- 先崎 章 (2009). 高次脳機能障害 精神医学・心理学的対応ポケットマニュアル 医歯薬出版
- 先崎 章・枝久保 達夫・新井 美弥子 (1999). ニューヨーク大学医療センター・ラスカー「脳外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 Journal of CLINICAL REHABILITATION, 8, 559-565.
- 武田 克彦 (2016). 高次脳機能障害とは 本田 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3版 (pp. 1-2) 医学書院
- 立石 雅子 (2017). 失語症のある人の意思疎通支援 保健医療科学, 66, 512-522.
- 立神 粧子 (2010). 前頭葉機能不全その先+の戦略—Rusk 通院プログラムと神経心理ピラミッド— 医学書院
- 種村 純・椿原 彰夫 (2006). 外傷性脳損傷後の認知コミュニケーション障害 リハビリテーション医学, 43, 110-119.
- 千野 直一 (監訳) (1991). FIM: 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き 第3版 医学書センター
- 千野 直一・園田 茂・里宇 明元・道免 和久 (1997). 脳卒中患者の機能評価—SIAS と FIM の実際 シュプリンガー・フェアラーク東京
- 塚越 千尋・俵 あゆみ・蜂谷 敦子・野川 綾・納谷 敦夫 (2016). European Brain Injury Questionnaire (欧州脳損傷質問紙) の日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討 日本作業療法学会抄録集 2016
- 塚越 千尋・俵 あゆみ・松岡 慧・生方 志浦・納谷 敦夫 (2016). 社会認知障害を呈した高次脳機能障害患者に対する SCIT を用いたグループ治療—予備的研究— 高次脳機能研究, 36, 450-458.
- 東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会 (2008). 高次脳機能障害者実態調査報告書 東京都福祉保険局障害者施策推進部精神保健・医療課
- 中尾 和久・高石 譲 (1995) 日本語版 SCL-90-R の信頼性と妥当性 メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集, 6, 167-169.
- 中里 克治・水口 公信 (1982). 新しい不安尺度 STAI 日本版の作成: 女性を対象とした成績 心身医学, 22, 107-112
- 中島 八十一 (2006a). 高次脳機能障害の現状と診断基準 中島 八十一・寺島 彰 (編) 高次脳機能障害ハンドブック—診断・評価から自立支援まで— (pp. 1-20) 医学書院
- 中島 八十一 (2006b). 診断基準 高次脳機能障害支援コーディネート研究会 (編) 高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル (pp. 28-39) 中央法規

- 中島 八十一 (2009). オーバービュー：社会的行動障害と高次脳機能障害者支援 *Journal of CLINICAL REHABILITATION*, 18, 1066-1071.
- 永吉 美砂子・上田 幸彦・高橋 雅子・石井 里衣・中島 大輔・安野 敦子・内田 恵・塩永 淳子 (2005). 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 総合リハビリテーション, 33, 73-81.
- 成田 健一・下仲 順子・中里 克治・河合 千恵子・佐藤 眞一・長田 由紀子 (1995). 特性的自己効力感の尺度の検討—生涯発達の利用の可能性を探る 教育心理学研究, 43, 306-314.
- 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 (2015). 脳卒中治療ガイドライン 2015 協和企画
- 野村 心・甲斐 祥吾・吉川 公正・中島 恵子 (2017). 脳損傷後の anger burst に対する認知・行動的アプローチ—自らコーピングの案出に至った若年症例— 高次脳機能研究, 37, 347-352.
- 橋本 圭司 (2012). 精神障害者保健福祉手帳診断書 (高次脳機能障害) 総合リハビリテーション, 40, 193-197.
- 蜂須賀 研二・加藤 徳明・岩永 勝・岡崎 哲也 (2011). 日本の高次脳機能障害者の発症数 高次脳機能研究, 31, 143-149.
- 八田 宏之・東 あかね・八城 博子・小笹 晃太郎・林 恭平・清田 啓介・川井 啓市 (1998). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討：女性を対象とした成績 心身医学, 38, 309-315.
- 林 潔 (1988). Beck の認知療法を基とした学生の抑うつについての処置 学生相談研究, 9, 97-107.
- 林 潔・瀧本 孝雄 (1991). Beck Depression Inventory (1978 年版) の検討と Depression と Self-efficacy との関連についての一考察 白梅学園短期大学紀要, 27, 43-52.
- 原田 隆之 (2015). 心理職のためのエビデンス・ベイスト・プラクティス入門 金剛出版
- 東 あかね・八城 博子・清田 啓介・井口 秀人・八田 宏之・藤田 きみゑ・渡辺 能行・川井 啓市 (1996). 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討 日本消化器病学会雑誌, 93, 884-892.
- 藤川 真由・Chan Fong・Sung Connie・八重田 淳 (2011). エビデンスに基づく米国の職業リハビリテーション実践と研究 職業リハビリテーション, 25, 27-33.
- 増田 公香 (2005). CIQ (Community Integration Questionnaire) 日本語版作成の経緯および使用方法 作業療法ジャーナル, 39, 1022-1024.
- 三田 しず子・藤原 俊之・園田 茂・近藤 幸子・山本 三千代・木村 彰男 (2001). Functional Assessment Measure (FAM) の使用経験—ADL および IADL 評価法としての有用性 総合リハビリテーション, 29, 361-364.
- 三根 浩・浜 治世・大久保 純一郎 (1997). 怒り行動尺度日本語版の標準化への試み 感情心理学研究, 4, 14-21.
- 三村 将 (2011). 「認知症」は高次脳機能障害に含まれるのでしょうか 河村満 (編) 高次脳機能障害 Q&A 基礎編 (pp. 10-12) 新興医学出版社
- 村井 俊哉・生方 志浦 (2016). 社会的行動障害 高次脳機能障害の考え方と画像診断 武田 克彦・村井 俊哉 (編著) (pp. 255-268) 中外医学社
- 八重田 淳・藤川 真由・若林 功・小澤 昭彦・石原 まほろ・西村 周治・岩永 可奈子 (2011). 職業リハビリテーションのエビデンスとは何か? 職業リハビリテーション, 25, 24-26.
- 山里 道彦 (2016). 中等度～重度障害の外傷性脳損傷に対する認知リハビリテーション リハビリテーション

ン医学, 53, 292-297.

山本 真理子・松井 豊・山成 由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造 教育心理学研究, 30, 64-68.

横山 和仁・荒記 俊一 (1994). 日本語版 POMS 手引き 金子書房

横山 和仁 (2015). POMS 2 日本語版の開発および信頼性・妥当性について Heuchert, J. P. & McNair, D. M. (原著)・横山 和仁 (監訳)・渡邊 一久 (協力)

吉住 美保・上田 敬太・大東 祥孝・村井 俊哉 (2007). 前頭葉機能に関する行動評価尺度 Frontal Systems Behavior Scale 日本語版の標準化と信頼性, 妥当性の検討 精神医学, 49, 137-142.

渡邊 修 (2013). 認知リハビリテーションのエビデンス リハビリテーション医学, 50, 530-535.

渡邊 修 (2015). コミュニケーション 総合リハビリテーション, 43, 215-220.

渡邊 修・山口 武兼・橋本 圭司・猪口 雄二・菅原 誠 (2009). 東京都における高次脳機能障害者総数の推計 リハビリテーション医学, 46, 118-125.

(英語文献 著者名アルファベット順)

- Aboulafia-Brakha, T., & Ptak, R. (2016). Effects of group psychotherapy on anger management following acquired brain injury. *Brain Injury*, 30, 1121-1130.
- Aboulafia-Brakha, T., Buschbeck, C. G., Rochat, L., & Annoni, J. -M. (2013). Feasibility and initial efficacy of a cognitive-behavioural group programme for managing anger and aggressiveness after traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23, 216-233.
- Alderman, N., Knight, C., & Brooks, J. (2013). Rehabilitation approaches to the management of aggressive behaviour disorders after acquired brain injury. *Brain Impairment*, 14, 5-20.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*, Washington D. C.: American Psychiatric Association Publishing. (高橋 三郎・大野 裕・染谷 俊幸 (訳) (2004). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版 医学書院)
- Anson, K., & Ponsford, J. (2006a). Evaluation of a coping skills group following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20, 167-178.
- Anson, K., & Ponsford, J. (2006b). Who benefits? Outcome following a coping skills group intervention for traumatically brain injured individuals. *Brain Injury*, 20, 1-13.
- Ashman, T., Cantor, J. B., Tsaousides, T., Spielman, L., & Gordon, W. (2014). Comparison of cognitive behavioral therapy and supportive psychotherapy for the treatment of depression following traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29, 467-478.
- Ayerbe, L., Ayis, S. A., Crichton, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2014). Natural history, predictors and associated outcomes of anxiety up to 10 years after stroke: The South London Stroke Register. *Age and Ageing*, 43, 542-547.
- Baguley, I. J., Cooper, J., & Felmingham, K. (2006). Aggressive behavior following traumatic brain injury: How common is common? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21, 45-56.
- Behn, N., Togher, L., Power, E., & Heard, R. (2012). Evaluating communication training for paid carers of people with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 26, 1702-1715.
- Benedictus, M. R., Spikman, J. M., & van der Naalt, J. (2010). Cognitive and behavioral impairment in traumatic brain injury related to outcome and return to work. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1436-1441.
- Ben-Yishay, Y., & Gold, J. (1990). Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. In R. L. Wood (Ed.), *Neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury* (pp. 194-215). London: Taylor & Francis.
- Blake, M. L., Frymark, T., & Venedictov, R. (2013). An evidence-based systematic review on communication treatments for individuals with right hemisphere brain damage. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22, 146-160.
- Bornhofen, C., & McDonald, S. (2008a). Emotion perception deficits following traumatic brain injury: A review of the evidence and rationale for intervention. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 511-525.
- Bornhofen, C., & McDonald, S. (2008b). Treating deficits in emotion perception following traumatic

- brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 22-44.
- Bornhofen, C., & McDonald, S. (2008c). Comparing strategies for treating emotion perception deficits in traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23, 103-115.
- Brooks, N., McKinlay, W., Symington, C., Beattie, A., & Campsie, L. (1987). Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Injury*, 1, 5-19.
- Burke, W. H., Zencius, A. H., Wesolowski, M. D., & Doubleday, F. (1991). Improving executive function disorders in brain-injured clients. *Brain Injury*, 5, 241-252.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Byom, L. J., & Turkstra, L. (2011). Effects of social cognitive demand on Theory of Mind in conversations of adults with traumatic brain injury. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47, 310-321.
- Byrne, C., & Coetzer, R. (2016). The effectiveness of psychological interventions for aggressive behavior following acquired brain injury: A meta-analysis and systematic review. *NeuroRehabilitation*, 39, 205-221.
- Cassel, A., McDonald, S., Kelly, M., & Togher, L. (2016). Learning from the minds of others: A review of social cognition treatments and their relevance to traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*. doi:10.1080/09602011.2016.1257435
- Cattelani, R., Zettin, M., & Zoccolotti, P. (2010). Rehabilitation treatments for adults with behavioral and psychosocial disorders following acquired brain injury: A systematic review. *Neuropsychology Review*, 20, 52-85.
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, J. P., Bergquist, T., Azulay, J., & Cantor, J. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 519-530.
- Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., Sharlow, M. A., Ellmo, W. J., Paradise, S., & Friel, J. C. (2008). A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 2239-2249.
- Côté, H., Payer, M., Giroux, F., & Yves, J. (2007). Towards a description of clinical communication impairment profiles following right-hemisphere damage. *Aphasiology*, 21, 739-749.
- Dahlberg, C. A., Cusick, C. P., Hawley, L. A., Newman, J. K., Morey, C. K., Harrision-Felix, C. L., & Whiteneck, G. G. (2007). Treatment efficacy of social communication skills training after traumatic brain injury: A randomized treatment and deferred treatment controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 1561-1573.
- Dahlberg, C., Hawley, L., Morey, C., Newman, J., Cusick, C. P., & Harrison-Felix, C. (2006). Social communication skills in persons with post-acute traumatic brain injury: Three perspectives. *Brain Injury*, 20, 425-435.
- Dawson, D., Schwartz, M., Winocur, G., & Stuss, D. (2007). Return to productivity following traumatic brain injury: Cognitive, psychological, physical, spiritual, and environmental correlates. *Disability and Rehabilitation*, 29, 301-313.

- Douglas, J. M., Bracy, C. A., & Snow, P. C. (2016). Return to work and social communication ability following severe traumatic brain injury. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *59*, 511-520.
- Finch, E., Copley, A., Cornwell, P., & Kelly, C. (2016). Systematic review of behavioral interventions targeting social communication difficulties after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *97*, 1352-1365.
- Franulic, A., Carbonell, C. G., Pinto, P., & Sepulveda, I. (2004). Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI. *Brain Injury*, *18*, 119-129.
- Fujita, H., Shimodera, S., Izumoto, Y., Tamaka, S., Kii, M., Mino, Y., Inoue, S. (2002). Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry Research*, *110*, 273-280.
- Gallagher, M., McLeod, H., & McMillan, T. M. (2016). A systematic review of recommended modifications of CBT for people with cognitive impairments following brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*. doi: 10.1080/09602011.2016.1258367
- Gomez-Hernandez, R., Max, J. R., Kosier, T., Paradiso, S., & Robinson, R. G. (1997). Social impairment and depression after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *78*, 1321-1326.
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, *9*, 1017-1025.
- Hamilton, J., Radlak, B., Morris, P. G., & Phillips, L. H. (2017). Theory of Mind and executive functioning following stroke. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *32*, 507-518.
- Hart, T., Brockway, J. A., Maiuro, R. D., Vaccaro, M., Fann, J. R., Mellick, D., Harrison-Felix, C., Barber, J., & Temkin, N. (2017). Anger self-management training for chronic moderate to severe traumatic brain injury: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *32*, 319-331.
- Hart, T., Vaccaro, M. J., Hays, C., & Maiuro, R. D. (2012). Anger self-management training for people with traumatic brain injury: A preliminary investigation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *27*, 113-122.
- Heweston, R., Cornwell, P., & Shum, D. (2018). Social participation following right hemisphere stroke: Influence of a cognitive-communication disorder. *Aphasiology*, *32*, 164-182.
- Hibbard, M. R., Uysal, S., Kepler, K., Bogdany, J., & Silver, J. (1998). Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *13*, 24-39.
- Hsieh, M.-Y., Ponsford, J., Wong, D., & McKay, A. (2012). Exploring variables associated with change in cognitive behaviour therapy (CBT) for anxiety following traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, *34*, 408-415.
- Johnson, R., & Balleny, H. (1996). Behaviour problems after brain injury: Incidence and need for treatment. *Clinical Rehabilitation*, *10*, 173-181.
- Kelly, G., Brown, S., Todd, J., & Kremer, P. (2008). Challenging behaviour profiles of people with acquired brain injury living in community settings. *Brain Injury*, *22*, 457-470
- Kelly, M., McDonald, S., & Frith, M. (2017). A survey of clinicians working in brain injury rehabilitation:

- Are social cognition impairments on the radar? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32, E55-E65. doi: 10.1097/HTR.0000000000000269
- Knox, L., & Douglas, J. (2009). Long-term ability to interpret facial expression after traumatic brain injury and its relation to social integration. *Brain and Cognition*, 69, 442-449.
- Lane-Brown, A. T., & Tate, R. (2009). Apathy after acquired brain impairment: A systematic review of non-pharmacological interventions. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19, 481-516.
- Lane-Brown, A., & Tate, R. (2010). Evaluation of an intervention for apathy after traumatic brain injury: A multiple-baseline, single-case experimental design. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 25, 459-469.
- Larkins, B. (2007). The application of the ICF in cognitive-communication disorders following traumatic brain injury. *Seminars in Speech and Language*, 28, 335-342.
- Lincoln, N. B., & Flannaghan, T. (2003). Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: A randomized controlled trial. *Stroke*, 34, 111-115.
- MacDonald, S., & Wiseman-Hakes, C. (2010). Knowledge translation in ABI rehabilitation: A model for consolidating and applying the evidence for cognitive-communication interventions. *Brain Injury*, 24, 486-508.
- Malec, J. F. (2014). Comprehensive brain injury rehabilitation in post-hospital treatment settings. In *Handbook on the neuropsychology of traumatic brain injury* (pp. 283-307). New York: Springer.
- Marin, R. S. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *American Journal of Psychiatry*, 147, 22-30.
- May, M., Milders, M., Downey, B., Whyte, M., Higgins, V., Wojcik, Z., Amin, S., & O'Rourke, S. (2017). Social behavior and impairments in social cognition following traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23, 400-411.
- Mazaux, J.-M., Masson, F., Levin, H. S., Alaoui, P., Maurette, P., & Barat, M. (1997). Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 1316-1320.
- McDonald, S. (2013). Impairments in social cognition following severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19, 231-246.
- McDonald, S. (2017). What's new in the clinical management of disorders of social cognition? *Brain Impairment*, 18, 2-10.
- McDonald, S., Tate, R., Togher, L., Bornhofen, C., Long, E., Gertler, P., & Bowen, R. (2008). Social skills treatment for people with severe, chronic acquired brain injuries: A multicenter trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1648-1659.
- Medd, J., & Tate, R. L. (2000). Evaluation of an anger management therapy programme following acquired brain injury: A preliminary study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10, 185-201.
- Meulenbroek, P., & Turkstra, L. S. (2016). Job stability in skilled work and communication ability after moderate-severe traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 38, 452-461.
- Neumann, D., Malec, J. F., & Hammond, F. M. (2017). The relations of self-reported aggression to alexithymia, depression, and anxiety after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32, 205-213.

- Novaco, R. W. (1976). Treatment of chronic anger through cognitive and relaxation controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 681.
- Novaco, R. W. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 600-608.
- O'Leary, C. A. (2000). Reducing aggression in adults with brain injuries. *Behavioral Interventions, 15*, 205-216.
- Pearce, B., Cartwright, J., Cocks, N., & Whitworth, A. (2016). Inhibitory control and traumatic brain injury: The association between executive control processes and social communication deficits. *Brain Injury, 30*, 1708-1717.
- Pinhasi-Vittorio, L. (2007). The role of written language in the rehabilitation process of brain injury and aphasia: The memory of the movement in the reacquisition of language. *Topics in Stroke Rehabilitation, 14*, 115-122.
- Ponsford, J., Lee, N. K., McKay, A., Haines, K., Alway, Y., Downing, M., Furtado, C., & O'Donnell, M. L. (2016). Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychological Medicine, 46*, 1079-1090.
- Prigatano, G. P. (1992). Personality disturbances associated with traumatic brain injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 360-368.
- Radice-Neumann, D., Zupan, B., Babbage, D. R., & Willer, B. (2007). Overview of impaired facial affect recognition in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury, 21*, 807-816.
- Radice-Neumann, D., Zupan, B., Tomita, M., & Willer, B. (2009). Training emotional processing in persons with brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 24*, 313-323.
- Rao, V., Rosenberg, P., Bertrand, M., Salehinia, S., Spiro, J., Vaishnavi, S., Rastogi, P., Noll, K., Schretlen, D., Brandt, J., Cornwell, E., Makley, M., & Miles, Q. (2009). Aggression after traumatic brain injury: Prevalence and correlates. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 21*, 420-429.
- Rietdijk, R., Simpson, G., Togher, L., Power, E., & Gillett, L. (2013). An exploratory prospective study of the association between communication skills and employment outcomes after severe traumatic brain injury. *Brain Injury, 27*, 812-818.
- Roberts, D. L., Penn, D. L., & Combs, D. R. (2009). *Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Treatment manual*. New York: Oxford University Press. (中込 和幸・兼子 幸一・最上 多美子 (監訳) (2011) . 社会認知ならびに対人関係のトレーニング〈SCIT〉治療マニュアル 星和書店)
- Roelofs, R., Wingbermühle, E., Egger, J. I., & Kessels, R. P. (2016). Social cognitive interventions in neuropsychiatric patients: A meta-analysis. *Brain Impairment, 18*, 138-173.
- Roy, D., Vaishnavi, S., Han, D., & Rao, V. (2017). Correlates and prevalence of aggression at six months and one year after first-time traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 29*, 334-342.
- Sabaz, M. (2014). Prevalence, comorbidities, and correlates of challenging behavior among community-dwelling adults with severe traumatic brain injury: A multicenter study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 29*, 19-30.
- Saeki, S., Okazaki, T., & Hachisuka, K. (2006). Concurrent validity of the Community Integration

- Questionnaire in patients with traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38, 333-335.
- Sale, P., West, M., Sherron, P., & Wehman, P. (1991). Exploratory analysis of job separations from supported employment for persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6, 1-11.
- Sander, A. M., Kreutzer, J. S., & Fernandez, C. C. (1997). Neurobehavioral functioning, substance abuse, and employment after brain injury: Implications for vocational rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 12, 28-41.
- Sarajuuri, J. M., Kaipio, M.-L., Koskinen, S. K., Niemelä, M. R., Servo, A. R., & Vilkki, J. S. (2005). Outcome of a comprehensive neurorehabilitation program for patients with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 2296-2302.
- Stalder-Lüthy, F., Messerli-Bürgy, N., Hofer, H., Frischknecht, E., Znoj, H., & Barth, J. (2013). Effects of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after an acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1386-1397.
- Struchen, M. A., Clark, A. N., Sander, A. M., Mills, M. R., Evans, G., & Kurtz, D. (2008). Relation of executive functioning and social communication measures to functional outcomes following traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 23, 185-198.
- Struchen, M. A., Pappadis, M. R., Sander, A. M., Burrows, C. S., & Myszka, K. A. (2011). Examining the contribution of social communication abilities and affective/ behavioral functioning to social integration outcomes for adults with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 26, 30-42.
- Tate, R. L., Aird, V., & Taylor, C. (2014a). Using single-case methodology to treat social-pragmatic communication disorders. In S. McDonald, L. Togher, & C. Code (Eds.), *Social and communication disorders following traumatic brain injury* (2nd ed., pp. 361-388). New York: Psychology Press.
- Tate, R., Kennedy, M., Ponsford, J., Douglas, J., Velikonja, D., Bayley, M., & Stergiou-Kita, M. (2014b). INCOG recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part III: Executive function and self-awareness. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29, 338-352.
- Tateno, A., Jorge, R. E., & Robinson, R. G. (2003). Clinical correlates of aggressive behavior after traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 15, 155-160.
- Tiersky, L. A., Anselmi, V., Johnston, M. V., Kurtyka, J., Roosen, E., Schwartz, T., & DeLuca, J. (2005). A trial of neuropsychologic rehabilitation in mild-spectrum traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1565-1574.
- Togher, L., McDonald, S., Code, C., & Grant, S. (2004). Training communication partner of people with traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Aphasiology*, 18, 313-335.
- Togher, L., McDonald, S., Coelho, C. A., & Byom, L. (2014a). Cognitive communication disability following TBI. In S. McDonald, L. Togher, & C. Code (Eds.), *Social and communication disorders following traumatic brain injury* (2nd ed., pp. 89-118). New York: Psychology Press.
- Togher, L., Wiseman-Hakes, C., Douglas, J., Stergiou-Kita, M., Ponsford, J., Teasell, R., Bayley, M., &

- Turkstra, L. S. (2014b). INCOG recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part IV: Cognitive communication. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *29*, 353-368.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 710-720.
- Tomioka, M., Shimamura, M., Hidaka, M., & Kubo, C. (2008). The reliability and validity of a Japanese version of Symptom Checklist 90 Revised. *BioPsychoSocial Medicine*, *2*, doi:10.1186/1751-0759-2-19
- Uomoto, J. M., & Brockway, J. A. (1992). Anger management training for brain injured patients and their family members. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *73*, 674-679.
- van Reekum, R. (2005). Apathy: Why care? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, *17*, 7-19.
- Vandenbos, G. R. (Ed.). (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). Washington, DC: American psychological association.
- Waldron, B., Casserly, L., & O'Sullivan, C. (2013). Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom? *Neuropsychological Rehabilitation*, *23*, 64-101.
- Walker, A., Nott, M. T., Doyle, M., Onus, M., McCarthy, K., & Baguley, I. J. (2010). Effectiveness of a group anger management programme after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, *24*, 517-524.
- Watts, A. J., & Douglas, J. M. (2006). Interpreting facial expression and communication competence following severe traumatic brain injury. *Aphasiology*, *20*, 707-722.
- Wood, R. L., & Liossi, C. (2006). Neuropsychological and neurobehavioral correlates of aggression following traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, *18*, 333-341.
- Yeates, G., Rowberry, M., Dunne, S., Goshawk, M., Mahadevan, M., Tyerman, R., Salter, M., Hiller, M., Berry, A., & Tyerman, A. (2016). Social cognition and executive functioning predictors of supervisors' appraisal of interpersonal behaviour in the workplace following acquired brain injury. *NeuroRehabilitation*, *38*, 299-310.
- Ylvisaker, M. (2003). Context-sensitive cognitive rehabilitation after brain injury: Theory and practice. *Brain Impairment*, *4*, 1-16.
- Ylvisaker, M., Turkstra, L. S., & Coelho, C. (2005). Behavioral and social interventions for individuals with traumatic brain injury: A summary of the research with clinical implications. *Seminars in Speech and Language*, *26*, 256-267.
- Ylvisaker, M., Turkstra, L., Coelho, C., Yorkston, K., Kennedy, M., Sohlberg, M. M., & Avery, J. (2007). Behavioural interventions for children and adults with behaviour disorders after TBI: A systematic review of the evidence. *Brain Injury*, *21*, 769-805.
- Zigmond, A. S, & Snaith, R. P. 北村 (訳) (1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度) 精神科診断学, *4*, 371-372.

ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページから PDF ファイルによりダウンロードできます。

【障害者職業総合センター研究部門ホームページ】

<http://www.nivr.jeed.or.jp/>

著作権等について

当研究成果物については、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究その他の引用の目的上正当な範囲内であれば、自由に引用することができます。（著作権法第32条1項）

また、説明の材料として新聞紙、雑誌その他の刊行物に転載することが可能です。（著作権法第32条2項）

その際には出所を明示するなどして、必ず引用及び転載元を明示するとともに、下記までご連絡ください。

また、視覚障害その他の理由で活字のままでこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することも認めております。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル（文章のみ）を希望されるときもご連絡ください。

【連絡先】

障害者職業総合センター研究企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

調査研究報告書 No.139

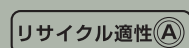
社会的行動障害のある高次脳機能障害者の就労支援に関する研究
～医療機関での取組についての調査～

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 〒261-0014 千葉県美浜区若葉 3-1-3 電話 043-297-9067 FAX 043-297-9057
発行日	2018年3月
印刷・製本	丸井工文社



NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 1340-5527



この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。