

高次脳機能障害者に対する生活リハビリテーションプログラム

田中真弓¹⁾ 川端 香¹⁾ 寺前 綾¹⁾

中島裕也¹⁾ 川畑智代¹⁾ 小林康孝²⁾

要 旨：平成13年度から開始された「高次脳機能障害支援モデル事業」により、「高次脳機能障害標準的プログラム」が確立された。その中で「生活訓練（以下、生活リハ）プログラム」を医療機関においても積極的に施行できることが、高次脳機能障害者にとってよりよい退院後の生活につながると考え、当院独自の生活リハプログラム（以下、プログラム）を作成し運用を開始した。明確な基準がない、高次脳機能障害者に対する介入を系統的なプログラムにすることで、これまでにみられた対応のばらつきや評価・介入の漏れや遅れを防止することにつながると思われる。また、プログラムを施行した2例では自発的な日課の管理が可能となり、自発性の低下を呈しやすい高次脳機能障害者にとって有効的な介入の一助になると考えられた。

【Key words】 高次脳機能障害、生活リハビリテーション、ADL

緒 言

高次脳機能障害とは記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害など、認知障害全般をさし、麻痺などの運動障害を伴わない例もあることから、外見からは判断できず目に見えない障害と言われてきた。日常生活に多様な困難をきたすにも関わらず、当事者にとっても周囲にとっても理解し難い障害である。

医学の進歩に伴い、脳血管障害による死亡者数は減少しているが患者数は増加しており、交通事故の増加によって外傷性脳損傷者数も増加している。そのため、幅広い世代にわたり、後遺症として高次脳機能障害を有しながらも、家庭生活、社会生活を営み、就労、就学を必要とする患者が多く存在し、支援の必要性が高まっている。高次脳機能障害を理論的に紐解くだけでなく、高次脳機能障害を有する人の暮らしを支えるために、生活障害に焦点を当てた介入が必要であると言われている¹⁾。

平成13年度に「高次脳機能障害支援モデル事業」が開始され、これまで未確立であった高次脳機能障害に対するリハビリテーション（以下、リハ）の手法が「高次脳機能障害標準的プログラム」として明示された。その内容として、発症・受傷からの相対的な期間と目標によ

り、「医学的リハプログラム」「生活リハプログラム」「職能訓練プログラム」があり、治療のガイドラインとして示されている。医療機関が担うべき役割として、医学的リハプログラムと生活リハプログラムの施行があるが、医療機関退院後の福祉施設などで生活リハを実践している報告はあっても、医療機関で生活リハに取り組んでいるという報告は少ない^{2)~4)}。高次脳機能障害者に対する生活リハとは、そのケースの日常生活能力を高め、日々の生活の安定と、より積極的な社会参加がはかれるようにすることを目的とする⁴⁾と定義づけられている。医療機関における入院生活においても、スムーズに在宅生活や社会生活に移行できるよう、日常生活能力を高める生活リハの実施が重要であると考えられる。

しかしながら、当センターにおける生活リハの実施状況をみると、担当作業療法士（以下、OT）によって施行内容や介入時期に差がある、問題点を見落としている、病棟との連携が不足しているなど様々な問題が挙げられる。平成20年には厚生労働省「高次脳機能障害支援普及事業」により、福井県からの委託を受け、当センター内に高次脳機能障害者の支援拠点である福井県高次脳機能障害支援センターが設立された。そのことから当センターにおいて系統的な生活リハの施行体制を整えるこ

¹⁾ 福井総合病院 作業療法室

²⁾ 福井総合病院 リハビリテーション科

とが急務と考えられた。

そこで今回、①基本的介入方法の統一を図ること、②生活リハの基盤を整えることを目的とし、当院独自の高次脳機能障害者に対する生活リハプログラムを作成した。また、実際にプログラムの運用を開始し、その利点と課題について、事例検討から考察したので併せて報告する。

方 法

1) プログラムの作成と運用

対象は①回復期リハ病棟に入院、②高次脳機能障害により生活管理能力が低下、③発症前のADLが自立、④自宅・社会復帰を目標とする、以上4つの条件を満たす患者とした。

プログラムの作成にあたり、高次脳機能障害者に対する支援における留意点として、①とるべき正しい行動を示すことで、障害の認識を促進する、②能力に見合った環境を設定する、③関わるスタッフが一致したアプローチをする、が挙げられる⁵⁾。これらはエラーレスラーニング（誤りなき学習）に基づく支援につながると考えられ、本プログラムにおける対象者への声かけ方法の基本とし、大項目として設定した。また、高次脳機能障害者が入院生活においてみられる様々な問題点を3つに大別した。日時・場所の見当識障害、病識の欠如、担当スタッフを覚えられないなどを「領域特異的知識の低下」、無為に過ごす、臥床傾向、スケジュールに従えない、予定が覚えられないなどを「日課の管理能力の低下、生活リズムの乱れ」、薬の飲み忘れ、浪費傾向、過食、離棟・離院などを「生活管理能力低下」と分類し、「領域特異

的知識」「日課の管理・生活リズムの確立」「生活管理能力」をプログラムの大項目として設定した。

以上の4つをプログラムの大項目とし、さらに各項目につき、環境整備と代償手段活用の方法を下位項目として設定した（表1）。実際のプログラム用紙では、各項目を手がかりの量によって段階付けができるように3～6種類に分類した（表2）。また、段階付けを評価するにあたり、OT間で統一した基準が設けられるよう、その段階付けに応じた参考例を別紙に提示した（表3）。ベッドサイドには、担当スタッフの顔と名前、場所の見当識、現実見当識、約束事、目標を統一した書式で貼り出し、症例に応じて内容を記入した（図1）。スケジュール帳は介助者用チェック式から本人用完全記入式まで4種類作成した（図2）。

プログラムの運用方法を図3に示す。まず、医学的情報、神経心理学的評価結果を基に、対象となる症例を決め、担当OTが症例の能力に該当する段階に全て○をつけ、プログラムを作成する。次にそのプログラム用紙を病棟に伝達し、それに基づいてリハスタッフ、病棟スタッフとともに統一した介入を行う。その後、カルテや口頭にて、対象者の状況把握、情報交換をしながら、担当OTが段階の見直しとプログラムの変更を行い、再び病棟へ伝達するという流れである。症例の経過に合せて、適宜、アプローチの段階的変更を行うことができるようにした。

2) 事例検討

当院回復期リハ病棟入院の高次脳機能障害患者について、プログラム運用前2名、運用後2名の計4名を対象として行い、プログラム運用前後における、生活リハの実施状況の変化をカルテ記録及び観察から調査した。

大項目	小項目
エラーレスラーニング	・声かけ
領域特異的知識の獲得	・カレンダー設置 ・時計設置 ・入院場所記載 ・入院経過・目標記載 ・スタッフ名記載 ・病室・病棟案内
日課の管理 生活リズムの確立	・スケジュール帳書式 ・スケジュール帳管理
生活管理	・約束事記載 ・服薬管理 ・金銭管理 ・行動範囲

表1：生活リハプログラム項目

<p>理学療法：佐々木（ささき）</p> <p>リハビリの内容を本人に書いてもらう （本人が読める場合は書かなくていい）</p> <p>作業療法：田中（たなか）</p> <p>リハビリの内容を本人に書いてもらう （本人が読める場合は書かなくていい）</p> <p>言語聴覚療法：山川（やまかわ）</p> <p>リハビリの内容を本人に書いてもらう （本人が読める場合は書かなくていい）</p>	<p>場所</p> <p>ここは、</p> <p>福井県福井市江上町</p> <p>福井総合病院</p> <p>4 階回復期病棟</p> <p>号室です。</p>	<p>平成 年 月 日に</p> <p>（疾患名を記載） で、</p> <p>（症状など記載） が</p> <p>出現。</p> <p>今は福井総合病院で</p> <p>リハビリをするために</p> <p>入院しています。</p>
--	--	---

<p>約束</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>（出来るだけ短い文章で）</p>	<p>目標</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>（出来るだけ短い文章で、期間も設定して）</p>
---	---

図 1：貼り出す用紙の書式

表 2：実際のプログラム用紙

号室	さん	生活リハビリプログラム	作成日 H22.
<p>現在の実施内容に、それぞれ丸をつけてあります。今後、患者様の状態に応じて、段階を変更していく予定です。担当 OT に病棟での様子などを報告・相談してください。御協力お願いします。</p> <p style="text-align: right;">担当 OT:</p>			
エラーレスラーニング			
声かけ	本人には聞かない。介助者が行動を伝え、繰り返して貰ってもらう。 「今日は〇月〇日です。繰り返して貰ってください。」 「次は歯磨きをします。繰り返して貰ってください。」	正しい答えが書いてある所を教えた上で、本人に言ってもらおう。 「今日は何日だったかカレンダーを見て答えてください。」 「次の予定は何か、スケジュール表を見て答えてください。」	本人に聞いたら、間違わないように、正しい答えを指差しておく。 「今日は何日ですか？」（日付を指差しながら） 「次は何の予定ですか？」（予定を指差しながら）
本人が、補助員を自発的に利用する。 「今日は何日ですか？」 「次は何の予定ですか？」 「今日の午後の予定は？」	注意事項なし		
領域特異的知識の獲得			
カレンダー設置	日めくり	週間	月間
時計設置	置き時計 デジタル	置き時計 アナログ	腕時計 デジタル 腕時計 アナログ
入院場所記載	ベッドサイドに貼り出し	スケジュール帳に記載	
入院経過・目標記載	ベッドサイドに貼り出し	スケジュール帳に記載	
スタッフ名記載	ベッドサイドに貼り出し	スケジュール帳に記載	
病室・病棟案内	病室入り口・廊下に目印	病室に地図	スケジュール帳に地図
生活リズムの確立・日課の管理			
スケジュール帳	介助者用 チェック式	本人用 チェック式	本人用 半記入式
スケジュール帳	ベッドサイドに貼り出し ＋ファイル	ファイル	メモ帳
生活管理			
約束事記載	ベッドサイドに貼り出し	スケジュール帳に記載	
服薬管理	介助者が毎回飲ませる	毎回渡し 本人が飲む	1 日渡し お薬カレンダー
食料管理	本人に渡さない 介助者が管理	1 日渡し	1 週間渡し 1 ヶ月渡し
行動範囲	移動要介助・監視	病棟内フリー	院内フリー 自由

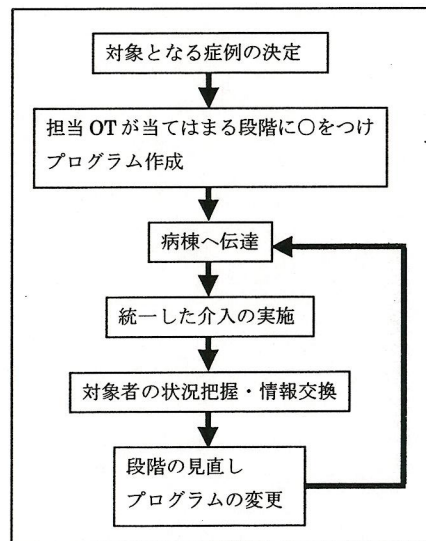


図 3：プログラム運用の流れ

介護者用 チェック式		本人用 チェック式	
<p>退院後の生活を考え、入院中から生活のリズムを整えていくためのものです。 それぞれの行為が終わったら、終わったことが分かるように印をつけてもらってください。 出来る限り、本人に印をつけてもらってください。</p> <p>平成 年 月 日 曜日</p> <div> <div>【 伝言 】</div> <div>★作業療法担当の田中がお休みです。代理の方とリハビリしてください。 OT 田中より</div> </div> <div> <div>【 おぼえがき 】</div> </div> <div> <div>【午前の予定】</div> <div>6:00</div> <div>7:00</div> <div>8:00</div> <div>9:00</div> <div>10:00</div> <div>11:00</div> <div>12:00</div> </div> <div> <div>【午後の予定】</div> <div>13:00</div> <div>14:00</div> <div>15:00</div> <div>15:20</div> <div>16:00</div> <div>17:00</div> <div>18:00</div> <div>19:00</div> <div>20:00</div> <div>21:00</div> </div>		<p>退院後の生活を考え、入院中から生活のリズムを整えていくためのものです。 朝起きたら、今日の予定を確認してください。 それぞれの行為が終わったら、終わったことが分かるように印をつけてください。</p> <p>平成 年 月 日 曜日</p> <div> <div>【 伝言 】</div> <div>★作業療法担当の田中がお休みです。代理の方とリハビリしてください。 OT 田中より</div> </div> <div> <div>【 おぼえがき 】</div> </div> <div> <div>【午前の予定】</div> <div>6:00</div> <div>7:00</div> <div>8:00</div> <div>9:00</div> <div>10:00</div> <div>11:00</div> <div>12:00</div> </div> <div> <div>【午後の予定】</div> <div>13:00</div> <div>14:00</div> <div>15:00</div> <div>15:20</div> <div>16:00</div> <div>17:00</div> <div>18:00</div> <div>19:00</div> <div>20:00</div> <div>21:00</div> </div>	
<p>退院後の生活を考え、入院中から生活のリズムを整えていくためのものです。 朝起きたら、今日の予定を確認してください。</p> <p>平成 年 月 日 曜日</p> <div> <div>【 伝言 】</div> <div>★作業療法担当の田中がお休みです。代理の方とリハビリしてください。 OT 田中より</div> </div> <div> <div>【 おぼえがき 】</div> <div>午前中 風呂</div> </div> <div> <div>【今日の予定】</div> <div>6:00</div> <div>7:00</div> <div>8:00</div> <div>9:00</div> <div>10:00</div> <div>11:00</div> <div>12:00</div> <div>13:00</div> <div>14:00</div> <div>15:00</div> <div>15:20</div> <div>16:00</div> <div>17:00</div> <div>18:00</div> <div>19:00</div> <div>20:00</div> <div>21:00</div> </div> <div> <div>【行動の記録】</div> <div>6:00</div> <div>7:00</div> <div>8:00</div> <div>9:00</div> <div>10:00</div> <div>11:00</div> <div>12:00</div> <div>13:00</div> <div>14:00</div> <div>15:00</div> <div>16:00</div> <div>17:00</div> <div>18:00</div> <div>19:00</div> <div>20:00</div> <div>21:00</div> </div>		<p>退院後の生活を考え、入院中から生活のリズムを整えていくためのものです。 朝起きたら、今日の予定を記入してください。</p> <p>平成 年 月 日 曜日</p> <div> <div>【 おぼえがき 】</div> </div> <div> <div>【今日の予定】</div> <div>6:00</div> <div>7:00</div> <div>8:00</div> <div>9:00</div> <div>10:00</div> <div>11:00</div> <div>12:00</div> <div>13:00</div> <div>14:00</div> <div>15:00</div> <div>16:00</div> <div>17:00</div> <div>18:00</div> <div>19:00</div> <div>20:00</div> <div>21:00</div> </div> <div> <div>【行動の記録】</div> <div>6:00</div> <div>7:00</div> <div>8:00</div> <div>9:00</div> <div>10:00</div> <div>11:00</div> <div>12:00</div> <div>13:00</div> <div>14:00</div> <div>15:00</div> <div>16:00</div> <div>17:00</div> <div>18:00</div> <div>19:00</div> <div>20:00</div> <div>21:00</div> </div>	

図2：スケジュール帳の書式

生活リハビリテーションプログラム 参考基準

プログラム内容	参考例
1. 声かけ	
本人には問わない。介助者が行動を伝え、繰り返して言ってもらおう。	自発性・発動性の低下が著明で、自ら発言・行動することがほとんどない。 一緒に行動する必要があり、具体的な動作を口頭で指示する必要がある。
正しい答えが書いてある所を教えた上で、本人に言ってもらおう。	自発的な発言・行動は的外れなことが多いが、適切な情報を提示すれば、その通りに発言・行動することができる。具体的な動作を提示し、促せばできる。
本人に問うが、間違わないように正しい答えを指差しておく。	補助具の利用が徐々に可能となり、わずかな介入で適切な発言・行動が取れるようになっている。
本人が補助具を自発的に利用する	補助具の利用が習慣化し、自ら進んで適切な行動を起こそうとする。
2. カレンダー設置	
日めくり	月も日もわからない
週間	月は分かるが、日も曜日もわからず、正解と大きくずれる。
月間	日あるいは曜日が曖昧で、正解と2～3日ずれる
3. 時計設置	
腕時計	日常的に腕時計をつけていた。 時間の管理をしっかり行う必要がある。
デジタル	数字で明記していないと時刻がわからない
4. 入院場所・経過・目標記載	
ベッドサイドに貼り出し	常に見える場所になくと、不安になったり、危険な行動を起こす可能性がある。ただし、ベッドサイドに貼ることで、他の患者に見られたり、精神的にストレスになる場合があるので、注意が必要。
スケジュール帳に記載	場所の見当識や病識の低下が見られる。 リハビリを行う理由が分からず、リハビリに消極的である。
5. スタッフ名記載	
ベッドサイドに張り出し	一日のスケジュール表と共に、常に目につく場所に提示し、意識させる必要がある。
6. 病室・病棟案内	
病室入り口・廊下に目印	病室がわからない。 トイレの場所がわからない。 地図の理解ができない。
病室に地図	地図を見れば迷うことはないが、地図を見る習慣がまだ身につけていないため、常に目につく場所に掲示する必要がある。
地図をスケジュール帳に記載	時折迷うことがあるため、いつでも見れるように携帯しておく必要がある。地図を見てから移動する習慣が身についている。
7. スケジュール帳書式	
介助者用 チェック式	基本的な身辺動作も含めて、一日のスケジュールが細かく決められていないと行動できない。かつ、自らスケジュールを確認しようとせず、常に促しが必要である。 促しがないと、常に臥床しており、離床に拒否的である。離床しても、行動を持続するために促しや介助が必要である。
本人用 チェック式	基本的な身辺動作も含めて一日のスケジュールが細かく決められていなければ行動できる。しかし、自ら行動を書き込んだりすることは困難。 促しがないと、臥床傾向にあるが、離床に拒否はない。促せば、行動できる。
本人用 半記入式	食事の時間やリハビリの時間など大枠の予定を提示すれば、それに合わせて準備・行動ができ、実際の行動を記録することができる。 基本的な身辺動作は自発的にできるようになってきているが、訓練時間を覚えられない。 自分がとった行動を記録し、振り返ることができる。
本人用 完全記入式	一日の予定を立て、それに沿って準備・行動することができる。また、自分の行動を記録し、振り返ることができる。
8. 約束事記載	
ベッドサイドに貼り出し	常に見える場所になくと、不安になったり、危険な行動を起こす可能性がある。ただし、ベッドサイドに貼ることで、他の患者に見られたり、精神的にストレスになる場合があるので、注意が必要。
スケジュール帳に記載	病識の低下が見られる。 約束を覚えていることができない。
9. 服薬管理⇒NSと相談	
介助者が毎回飲ませる	介助しないと薬を飲むことができない。
毎回渡し 本人が飲む	毎回促しすれば、自分で飲むことができる。 一日分の薬を朝・昼・晩に分けて手渡せば、自分で飲むことができる。
一日渡し	飲み忘れることがあるため、一日ごとにチェックする必要がある。
お薬カレンダー	日付ごとに分ければ、自分で飲むことはできる。
10. 金銭管理	
本人に渡さない。介助者が管理	本人は、金銭管理を行う必要がない。 金銭を使うことがない。
一日渡し	今後、金銭管理が必要だが、計画的に使うことができない。 金額を渡すと一日で浪費してしまう可能性がある。
1週間渡し	今後、金銭管理が必要で、一日で消費する目安は理解できているが、多額の金額を計画的に使うことはできない。
1ヶ月渡し	今後、金銭管理が必要で、決められた金額内で計画的に使うことができるようになってきているが、預金や財産管理などは困難。 もともと、1ヶ月ごとに小遣いを管理していた。
11. 行動範囲	
移動要介助・監視	転倒する可能性がある。 迷子になったり、離棟する可能性がある。
病棟内フリー	病棟以外では、迷子になったり、離院する可能性がある。
院内フリー	病院以外では、迷子になったり、転倒する可能性がある。

表3：段階付けに応じた参考例

結 果

1) プログラム運用前

【事例1】65歳、男性、両側前大脳動脈領域の脳梗塞。200X年5月ゴルフ中に意識消失し救急搬送される。意識障害、右不全麻痺は改善したが、構成失行、保続、注意障害、意欲低下などの前頭葉症状が認められた。リハ継続を目的とし7月に当院回復期リハ病棟へ転院。身体機能は問題なくADL自立。入棟時評価では、HDS-R18点、MMSE24点、FAB0点、コース立方体IQ63.5、WMS-R言語性記憶56、視覚性記憶64、一般的記憶54、注意/集中81、遅延再生50未満、RBMT標準プロフィール17点、BADS全体的区分障害あり、TMT-A230秒、TMT-B441秒と、記憶障害、注意障害、遂行機能障害を認め、評価中に傾眠する様子もみられた。

入棟時、部屋を間違える、臥床傾向、食事を摂ったことを忘れる、食事制限があるにも関わらず間食するといった様子が見られていた。場面に応じてその都度、看護師(以下、Ns)・ケアワーカー(以下、CW)は「違いますよ」など個々の判断で注意や誘導を行った。リハスタッフは臥床傾向に対し、生活リズムを意識させることを目的に、リハの実施時間を固定した。徐々に部屋間違いや間食はなくなったが、空き時間の臥床傾向や食事を摂ったことを忘れるという様子は退院時(108日後)まで見られていた。

【事例2】61歳、男性、中大脳動脈領域の脳梗塞。200X年8月、失禁、呂律困難、左手の脱力が出現し入院。加療後、リハ目的にて9月に当院回復期リハ病棟に転院。左不全麻痺があるが独歩可能。入棟時評価では、HDS-R25点、MMSE23点、FAB9点、BIT通常検査28/146、行動検査15/81、仮名拾いテスト・TMTは施行不可と、重度の左側無視、注意障害、記憶障害、遂行機能障害を認め、さらに発動性の低下があり反応が乏しかった。

入棟時、部屋を間違える、臥床傾向、食事を摂ったことを忘れる、日付が分からない、服薬管理ができないといった様子が見られていた。従って全てのADLに対して介助や誘導を要した。リハスタッフは廊下に案内表示を貼り環境を整え、生活リズムを意識させることを目的にリハの実施時間を固定し、空き時間は自主訓練を促した。Ns・CWは間違いに対しその都度注意し修正していた。服薬管理に関しては、まずは「お薬カレンダー」を

利用した1日分の服薬管理、次に、夜1回の服薬で済むよう内服調整をした。しかし、退院時(173日後)も時間の管理や服薬管理が自立に至らず、日付の見当識も曖昧さがみられていた。

【プログラム運用前事例検討まとめ】

リハスタッフ、病棟スタッフ各々の対応にばらつきがあり、エラーレスラーニングは実施されていなかった。また、生活リズムを意識してリハ時間を固定したが、実際は空き時間が多く、患者が無為に過ごす要因となっていた。事例2では、妻から希望が聞かれたことをきっかけとして服薬管理へ介入を開始し、退院時にも自立に至らなかったことから、介入時期や段階付けが適切であったかどうか疑問である。

2) プログラム運用後

【事例3】22歳、男性、ミトコンドリア脳筋症。200X年8月、右側頭葉～後頭葉～頭頂葉を病変として初発。200X+1年2月、左側頭葉～頭頂葉を新規病変として再発。6月、当院回復期リハ病棟にリハ目的にて転院。入棟時評価では、コース立方体IQ37、WAIS-III PIQ50(失語症により全評価の実施困難)と知的機能低下と短文レベルから低下を認める失語症あり。身体機能は問題なし。

入棟時、ADLに無関心で活動性が低下し、臥床傾向であった。入棟11日後より日課の管理を目的として生活リハプログラムを導入し、失語症により書字困難であったが、チェック式スケジュールを用いることで日課の管理が可能となった。また、退院後の作業所への通所に備え、より簡易なチェック式のメモ帳を本人用に作成し使用を促した。

【事例4】59歳、男性、右基底核を病巣とする脳出血。200X年4月発症。6月にリハ目的にて当院回復期リハ病棟に転院。複視があるものの身体機能は問題なく独歩可能。入棟時評価では、コース立方体IQ95、WAIS-III VIQ92、PIQ79、FIQ85、WMS-R言語性記憶77、視覚性記憶66、一般的記憶69、注意/集中109、遅延再生60、RBMT標準プロフィール18点と、記憶障害を認め、病棟生活における自発性の低下がみられた。

入棟時、部屋を間違える、臥床傾向、食事を摂ったことを忘れる、無断外出といった様子が見られ、入棟8日後より各項目において生活リハプログラムを導入した。全スタッフが、本人が間違わないように正しい答えを示

しながらの声かけを心がけ、部屋の目印と道順カードの使用、本人用チェック式スケジュールの使用、約束事の貼り出しを実施した結果、各項目とも改善がみられた。改善に合わせ、段階的に5回プログラム変更を行い、領域特異的知識と生活管理においては補助具不要となった。日課の管理においては、本人用記入式スケジュールの使用へと変更し、自発的なADLや自主訓練が可能となり、生活リズムを獲得することができた。

【プログラム運用後事例検討のまとめ】

入棟後早期から、各項目に対してもれなく評価し介入を開始できていた。また、環境を整えるだけでなく、全スタッフ間で対応方法の統一が図られており、疾患特性や経過に合せた補助具の選択や段階付けが実施されていた。患者の能力に合せたスケジュールの作成が、ADLに対する自主性や自主訓練に対する意欲に繋がり、結果、臥床傾向が改善して生活リズムが形成できた。

考 察

回復期リハ病棟では理学療法士、OT、言語聴覚療法士、Ns、CWと多岐にわたる職種が関与し、職種や経験年数によって知識に差があることは否めず、プログラム運用前は生活リハに対する認識に差が生じていたと思われる。さらに、高次脳機能障害者に対する支援について、障害された機能を補うための補助具や代償手段の利用が効果的であることはすでに知られているが、出現する障害が多彩で、極めて個別性が高い⁸⁾と言われている。当院においても、高次脳機能障害者に対する生活リハは、事例の状況に合わせて、その都度、各スタッフが判断して対応することが多かった。今回、プログラムの導入により、介入の方法や具体的内容を系統化し段階付けることは、対応のばらつき、評価・介入の漏れや遅れを防止することにつながったと考える。

運用後の2例では、入棟時は自発性が低下し、臥床傾向であったが、プログラムの導入により、双方とも日課の管理を自力で行い行動できるようになった。涌井ら⁹⁾は自発性評価表(S-Score)を用いて、患者の行動の自発性を5段階に分けた上で点数化し、自発性の改善は「不動・拒否」「代行・強制」「誘導・助言」「模倣・指摘」「自発」という過程をたどると述べている。まずは明確な日課を与えて活動を促し、支援量を段階的に減らしていくという本プログラムの流れは、この自発性の改善過程に

沿っており、自発性が低下した事例に対してプログラムの運用が有効であったと思われる。

今後の課題として、急性期からの介入方法、外泊時や退院時など在宅生活への汎化、失語症などプログラムの導入が困難な症例に対する対応が挙げられ、検討が必要である。また、高次脳機能障害者に対するリハの効果は一例報告が多く、支援の効果を明らかにした報告はない⁸⁾。今後も更なる事例を積み重ね、介入効果の判定につなげたいと考える。

文 献

- 1) 種村留美：高次脳機能障害を有する人を支援するために。OTジャーナル2006；40（7）：584-591.
- 2) 白山靖彦：高次脳機能障害者に対する医療・福祉連携モデルの構築—2. 社会福祉施設の活用。総合リハ2004；32（9）：839-898.
- 3) 末吉美砂子，上田幸彦，高橋雅子ら：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2005；33（1）：73-81.
- 4) 高橋理夏，田畑絵美，村上篤ら：回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者への「統合的リハビリプログラム」の試み—見当識障害，注意障害，記憶障害を中心に—。認知リハビリテーション2009；14（1）：78-85.
- 5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部，国立リハビリテーションセンター：高次脳機能障害者支援の手引き（改訂第2版）。2008.
- 6) 伊藤武哉，生駒一憲：治療と訓練。総合リハ2007；35（9）：871-880.
- 7) 名古屋リハビリテーションセンターホームページ：名古屋リハにおける援助の基本。http://nagoya-rehab.or.jp/koujinosien/enjyo/enjyo.html
(2010年10月現在).
- 8) 鈴木孝治，早川裕子，種村留美ら：高次脳機能障害マエストロシリーズ4リハビリテーション介入。医歯薬出版株式会社，2008，88.
- 9) 鎌倉矩子：作業療法学全書第8巻 作業治療学5高次神経障害。協同医書出版社，2000，116-117.
- 10) 鈴木孝治：作業療法介入の視点。OTジャーナル2006；40（7）：593-599.