令和4年6月2日 リハオンデマンド　LIVEセミナー

高次脳機障害に対する

リハビリテーション

-アプローチ編-

社会福祉法人　農協共済　別府リハビリテーションセンター
言語聴覚士　甲斐祥吾

前回のおさらい

1．脳の損傷部位と出現する症状の対応
①前頭葉　②脳幹・小脳
③側頭葉・辺縁系　④頭頂葉・基底核等

2．ワーキングメモリ

3．神経心理学的検査の分析・解釈
①注意障害　②記憶障害
③遂行機能障害　④社会的行動障害

4．症例検討(橋梗塞例)

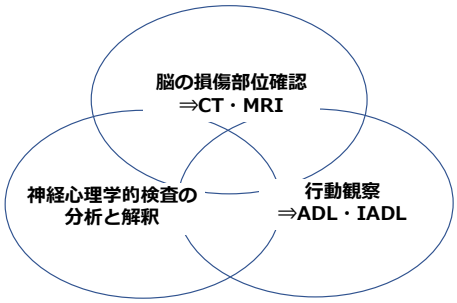
本日の内容

1．アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理
②神経心理ピラミッドにあてはめる

2．各障害への訓練の紹介
①認知リハビリテーションとは
②各障害への認知リハビリテーション

3．気づきを促す方法

アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理

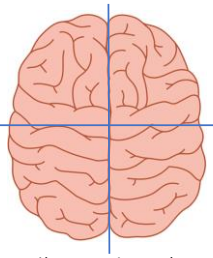


アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理

脳の左右前後による働きの違い

前：出力、遂行・意欲・抑制

左：言語、聴覚



右：視覚、空間

後ろ：入力、認知

アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理

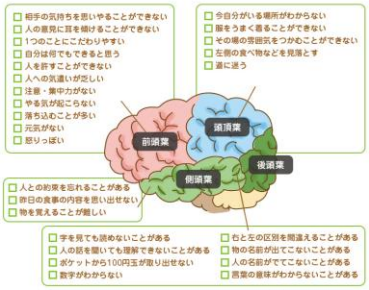
神経心理学的検査の種類

調べる機能	検査名
スクリーニング検査	MMSE、HDS-R
全般的知能	ウェクスラー式知能検査(WAIS-Ⅲ、Ⅳ)
記憶	ウェクスラー式記憶検査(WMS-R) 、S-PA リバミード行動記憶検査(RBMT)、Rey複雑図形
注意・遂行機能	標準注意検査法(CAT)、TMT-J 遂行機能症候群の行動評価(BADS) ウィスコンシンカード分類検査(WCST)
言語	SLTA、WAB
視覚認知・視空間認知・構成	標準高次視知覚検査(VPTA)、BIT行動性無視検査 Rey複雑図形
行為・失行	標準高次動作性検査(SPTA)

渡邉修:高次脳機能障害の評価.臨床リハ26(1).2017　一部改変

アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理

行動観察



橋本圭司：はしもとクリニック経営HPより

アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理

Patient Competency Rating Scale

気づきの評価

「Aさんは病識が低下しています」
- 何をもって低下？
- 高次脳機能障害そのものの理解が難しい
- セラピストの主観評価になりがち

高次脳機能障害全般
<PCRS>
- 症状への気づきの有無を数値化
- 本人がチェックした内容と
  家族や支援者がチェックした内容を比較
- 入院時、中間、退院時と経時的に行うことで
  気づきの改善を追える
- ただし、生活に即した内容が多い

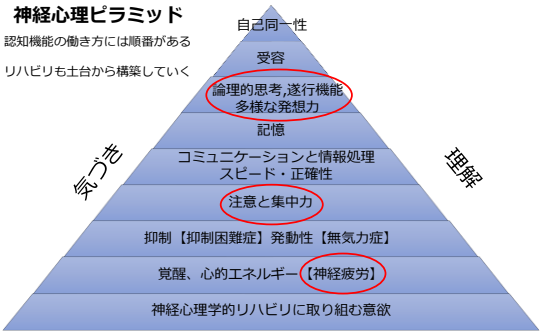
障害者職業総合センター：高次脳機能障害者のための
「職業リハビリテーション導入プログラム」の 試行実施状況について.2015

アプローチの優先順位のつけ方
②神経心理ピラミッドにあてはめる

神経心理ピラミッド

認知機能の働き方には順番がある

リハビリも土台から構築していく



立神粧子：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、2010（一部改変）

アプローチの優先順位のつけ方
②神経心理ピラミッドにあてはめる

神経疲労とは

若年健常者と外傷性脳損傷者の脳波比較

方法：Odd-ball課題を実施　約21分間
脳波で事象関連電位P300を測定

	若年健常者 14名	**外傷性脳損傷者 11名**
P300振幅	前期と後期で有意差	有意差なし
長時間の注意力	時間経過とともに低下 →省エネ	最後まで維持し続ける →毎回フルパワー

岩永勝:高次脳機能障害を有する外傷性脳損傷者に対する長時間作業時の注意力変化.2011

リハの中で小休憩(1～2分)を設けて、
休憩後のミスの少なさ、処理速度の向上等を体験してもらう

アプローチの優先順位のつけ方
②神経心理ピラミッドにあてはめる

注意機能と遂行機能の捉え方

■**注意機能**　眼前のリアルタイムの作業

■**遂行機能**　将来の予定、予想される事象

本田哲三：高次脳機能障害のリハビリテーション.2010

例1)カレーライスを作るための一連の行為
注意機能
野菜をきれいに切る、1時間集中する、肉を切りながら玉ねぎを炒める
遂行機能
必要な材料、子供はいるか?、煮込み時間を逆算して洗い物をする

例2)自動車運転
注意機能
前方注意の持続、歩行者/標識/信号に気づく、信号→歩行者へ注意切替え
仕事のことを考えながら運転にも集中する、など
遂行機能
小学生の登校時間帯で対向車が停車→「子供が横断するかも」
対向車がパッシング→「急いで右折」ではなく、バイクや歩行者へ配慮

本日の内容

1．アプローチの優先順位のつけ方
- ①3大評価による症状の整理
- ②神経心理ピラミッドにあてはめる
- ③機能訓練と代償的方略のバランス

2．各障害への訓練の紹介
- ①認知リハビリテーションとは
- ②各障害への認知リハビリテーション

3．気づきを促す方法

各障害への訓練の紹介 ①認知リハビリテーションとは

認知リハビリテーション(Wilson BA.2002)

＜狭義＞
・認知機能の障害をもつ個人に対するリハビリテーション
・認知機能の障害を軽減することが目的
・注意障害や記憶障害などへの機能訓練が相当

＜広義＞
・機能障害のみでなく活動や参加の視点から分析
・情動的認知リハビリでは、患者だけでなく、家族やリハビリに関わるすべての人を巻き込む

2-11 高次脳機能障害(失語症を除く)

Japanese Guidelines for the Management of Stroke 2021 脳卒中ガイドライン2021 編集 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会 協和企画

推奨

1. 脳卒中発症後に、認知機能障害の有無や程度を評価することは勧められる(推奨度A エビデンスレベル中)。また、その評価結果を患者の家族に伝えることは妥当である(B 中)
2. 半側空間無視に対して、反復性経頭蓋刺激(rTMS)、経頭蓋直流電気刺激(tDCS)、視覚探索訓練、プリズム眼鏡を用いた訓練を行うことは妥当である(B 中)。また、鏡像を用いた訓練、冷水・振動・電気刺激を用いた訓練、アイパッチを用いた訓練を行うことを考慮しても良い(C 低)
3. 記憶障害に対して、記憶訓練を行うことは妥当である(B 中)
4. 注意障害に対して、コンピュータを用いた訓練、attention process training(APT)、代償法の指導、身体活動や余暇活動を行うことは妥当である(B 中)
5. 失行に対して、戦略的訓練や身振りを用いた訓練を行うことは妥当である(B 中)
6. 認知機能障害に対して、有酸素運動を行うことや身体活動を行うことは妥当である(B 中)

解説

- 認知機能障害の有無や程度を評価し、家族へ伝えることで、家族の負担が軽減する
- 認知機能改善を目指した訓練がADLに与える影響の質の高い報告は知られていない
- 半側空間無視は訓練で即時効果はあるが、長期効果やADLの影響は確認されていない無視症状の改善を図る訓練でADL向上を目指すより、直接的にADL訓練を行う方が効果的
- システマティックレビューでは記憶訓練は長期的な改善はもたらさない。ワーキングメモリーを改善させることを示したメタ解析はある
- 注意障害の患者には、作業時間を短縮させる、休息をとらせる、周囲の聴覚的/視覚的外乱を排除するなどの環境調整が有効
- 失行に対する戦略的訓練は、訓練を行った動作および他の動作も改善し、ADLも改善させる
- 有酸素運動や身体活動が脳卒中患者の認知機能を改善させる

2015年との違い・その他

- 認知障害から高次脳機能障害へ変更された。
- 推奨から遂行機能障害に関する文が削除された。その他大きな違いはなし。

2-12 脳卒中後うつ

Japanese Guidelines for the Management of Stroke 2021 脳卒中ガイドライン2021 編集 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会 協和企画

推奨

1. 脳卒中後うつ(PSD)は、日常生活動作(ADL)や認知機能を障害するため、その有無と程度を評価することが勧められる(推奨度A エビデンスレベル低)
2. うつ症状を改善させるために、薬物療法を行うことが勧められる(推奨度A エビデンスレベル中)
3. PSDに対して、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、三環系抗うつ薬を投与することは妥当である(B 低)。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)の投与を考慮しても良い(C 低)
4. うつ症状を改善させるために、有酸素運動や筋力増強訓練を行うこと、在宅リハビリテーションや地域リハビリテーションを継続すること、余暇活動への参加を促すことを考慮しても良い(C 低)
5. 多職種による心理療法を行うことは妥当である(B 中)
6. 鍼治療、反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)、経頭蓋直流電気刺激(tDCS)を行うことを考慮しても良い(C 中)

解説

- PSDは回復期リハの遂行を阻害しないが、QOLを有意に低下させ、社会参加を阻害する
- 有酸素運動や筋力増強訓練により、その後の重度PSDの発症を予防できる可能性がある
- 介護者が歩行訓練や下肢機能訓練を提供することで、脳卒中患者のみならず介護者においてもうつ症状の改善、不安症状や倦怠感の軽減をもたらすとの報告がある
- メタ解析によると、鍼治療はPSDを改善する

2015年との違い・その他

- 推奨の文が3文→6文へ増加
- 在宅リハ、地域リハ、余暇活動への参加が追加
- 鍼治療、rTMS、tDCSなどが追加

2-13 精神症状(脳卒中後うつを除く)

Japanese Guidelines for the Management of Stroke 2021 脳卒中ガイドライン2021 編集 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会 協和企画

推奨

1. 脳卒中後にみられる、せん妄・妄想・感情障害などの精神症状に対して、定期的な評価を行うことは妥当である(推奨度B エビデンスレベル低)
2. 脳卒中後アパシー(PSA)に対して、反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)を行うことを考慮しても良い(C 低)
3. 脳卒中後の不安症状に対して、患者と家族に対する教育、認知訓練、身体活動の指導を行うことを考慮しても良い(C 低)
4. 脳卒中後の精神症状(うつ症状を除く)に対する薬物療法の有効性は、確立していない(C 低)

解説

- 脳卒中発症後1年間において、不安症状は47%にみられた。患者と家族に対する教育、認知訓練、身体活動などから構成される包括的プログラムは不安症状を有意に改善させた
- 脳卒中後倦怠感(PSF)は、女性患者や高齢患者でみられることが多く、脳卒中後うつ(PSD)よりも高頻度に出現する。脳卒中発症に伴う有酸素性能力の低下や炎症反応の慢性的持続がPSFの原因と推測されているPSFはPSDに合併することが多く、PSDや脳卒中後アパシーの経過と相関することがある

2015年との違い・その他

- 2021年から新設
- 脳卒中後倦怠感(PSF)というものがあるということを周知し、学ぶ必要がある

各障害への訓練の紹介 ①認知リハビリテーションとは

認知リハビリテーション

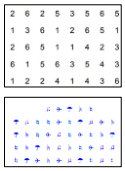
認知リハの目的	内容	いつ・どのように
＜狭義＞ ・認知機能の障害を軽減すること	・機能訓練 ・プリント課題 ・アプリ	・入院初期 ・予後の見立て良好 ・疾病教育の手段
＜広義＞ ・機能障害のみでなく活動や参加の視点から分析 ・家族やリハビリに関わるすべての人を巻き込む	・ADL場面での訓練 ・誤りを起こさない環境設定 ・人的環境調整 →周囲の理解促し ・代償的方略の検討	・入院中期 ・予後の見立て不良 ・障害を残しての早期職場復帰

廣實真弓：Q&Aでひも解く高次脳機能障害.2013
青木重陽:高次脳機能障害のための神経心理学的リハビリテーション.2020

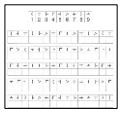
各障害への訓練の紹介 注意障害への認知リハビリテーション

選択性　目の前の刺激を探す
転換性　探す刺激を切り替える
配分性　２つ以上の刺激へ同時に注意を配る

抹消課題
易記号＜数字＜かな難
探す刺激を増やして調整



符号課題
刺激の数で難易度調整
制限時間orすべて終えるのに何分掛かるか



数字探索課題
5分程度で達成できる設定
易抹消する＜抹消しない難

メモの工夫

8月5日に外出予定だったけど、あきら君が熱を出してみてくれる人がいないから、8月20日に外出することになりました。8月5日の外出予定はキャンセルなのでその時間はリハビリに変更になりました。

予定変更
あきら発熱のため

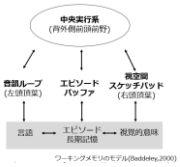
8月5日：×外出
　　○リハビリ

8月20日：家族来院
　　外出

・脳を酷使しないでいいよう、簡潔さを配慮する
・誤りが減る⇒成功体験⇒脳も気持ちいい

各障害への訓練の紹介
記憶障害への認知リハビリテーション

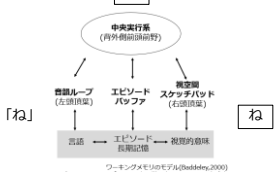
記銘
・中央実行系を含めたワーキングメモリの容量向上
　例)Nback課題、リーディングスパン課題
・記銘方略の獲得(内的ストラテジー)
　例)チャンク化
　　→3768972＝376　8972(3～4桁なら高齢者も可)
　　視覚イメージ法
　　→卵、自動車、帽子
　　＝「ボンネットで卵を焼いて帽子に入れる」



各障害への訓練の紹介
ワーキングメモリの向上

Nback課題
・N個前の刺激に反応する
・ワーキングメモリ容量の向上
・1バックなら、5歳児でもできる
・一般就労目指す人は3バック可能(私見)

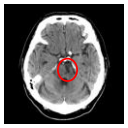
提示カード　て



「ね」　ね

各障害への訓練の紹介
ワーキングメモリの向上

症例紹介
６０歳代男性　橋梗塞例



60病日　1バック困難

1個前なので
「ね」と言うべきところ
「う」と言ってしまう

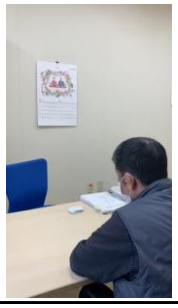
「う」と言うべきところ
「や」と言ってしまう

前のセットを維持できない
次の刺激に引っ張られる

橋梗塞ということは・・・
・前頭葉機能低下を疑う
・中央実行系での振分けが困難?

各障害への訓練の紹介
ワーキングメモリの向上

１２０病日
2バックで１０枚以上可能



ほ
そ
え
ゆ
つ
こ

赤い文字で書かれた単語は？

庭の木に梅が咲いた
夜行列車に乗り、雪山へ行った
公園へ行って、犬と一緒に走った

RST（reading span test）
・単純に単語や数字を覚える⇒音韻ループしか使わない
・数唱に比べて、よりワーキングメモリシステムを使用
⇒進入エラー、不要な情報を覚える、認知制御、意味理解等

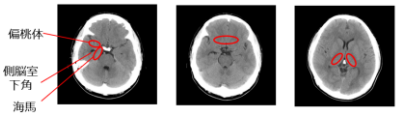
言語性短期記憶は若者＞高齢者
RSTは高齢者でも保たれている場合もある

各障害への訓練の紹介 記憶障害への認知リハビリテーション

保持・再生

・そもそも保持に至るかは、記銘時の強化や興味による
・病巣がパペッツの回路にあれば、代償手段を検討
→基本的にはメモリーノートが必須

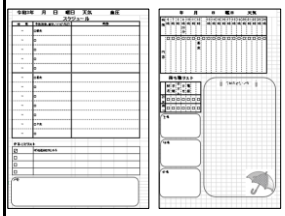
部位	側頭葉内側	前脳基底部	視床
原因疾患	脳炎、低酸素脳症	くも膜下出血	傍正中動脈の梗塞
症状	エピソード記憶障害	エピソード記憶障害	エピソード記憶障害



各障害への訓練の紹介 記憶障害への認知リハビリテーション

メモノーノートについて

適応	知的機能、遂行機能が良好なこと
目的①	頭の中の代わりに記録を残す(代償手段)。年単位での練習が必要
目的②	メモが必要という事実に気づきを持つ(代償手段でなく、病識促し)



導入初期
予定を書き込み、終わった箇所へチェック

病識促し
予定確認や行ったことの振り返りに使う
「これがあると便利」との認識を促す

活用期
システム手帳のような形式を使用
様々な予定に対応できるよう練習

事例紹介

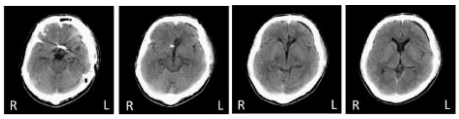
記憶障害者への社会生活・復職における
メモリーノートの汎化に向けた取り組み
ー誤りなし学習、試行錯誤学習の時期、目的に即した活用と適応ー

野村心、甲斐祥吾、中島恵子

作業療法　37巻1号　（2018年2月）　掲載

症例　40歳代　男性

- 診断名：くも膜下出血
（前交通動脈瘤破裂後クリッピング術施行）
- 大学卒、公務員
- 家族：妻・子供
- 発症から2か月後に当センター回復期リハ病棟へ入院
- 神経学的所見：運動障害、感覚障害はなし
ADLは入院早期に自立



神経心理学的所見（退院時：発症8か月）

機能	所　見
知的機能	**WAIS-Ⅲ**:言語性知能118　動作性知能128 全検査知能124
注意機能	**TMT**:PartA　69秒　PartB 55秒
記憶機能	**WMS-R**:視覚性記憶99、言語性記憶86 一般的記憶88、遅延再生51
社会的行動面	病識の低下 「リハビリを継続する程、レベルが悪いとは思わない」 「困っていることは特になく、今すぐにでも仕事に戻れる」
代償手段	訓練日課は手帳に記入可能 お見舞いの人や家族との電話内容の記載はなく、 忘却が顕著であった

本人は復職に強い希望あるも
回復期退院時の記憶機能、代償手段が未定着の状況では復職は困難と判断

介入経過

発症後8か月～　　発症後32か月

外来リハビリテーション（1回／週、40分）

生活訓練（通所）
週3回半日→毎日

就労移行支援（通所）
毎日→週3回→週1回

リハビリ出勤

復職

メモリーノートの経過

・訓練内容
(前回の作業、指示の内容など)
・職員が確認して記入
誤りなし学習

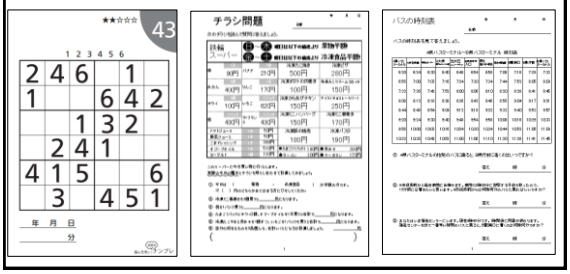
・次回予定、家庭での出来事
など記載内容を付加
・記入時は原則本人のみ
試行錯誤学習

・書類の保管位置、確認者、
業務の進捗など
活用しやすいよう工夫

家族を通して職場との情報交換（配置・業務）、対応方法の教示

各障害への訓練の紹介
遂行機能障害への認知リハビリテーション

- 注意機能よりも認知負荷の掛かる課題
- セットの維持転換(構えの切り替え)
- ワーキングメモリ(頭で「置いといて」をする)



各障害への訓練の紹介
遂行機能障害への認知リハビリテーション

Winkens I(2009)

タイムプレッシャーマネージメント（TPM）

脳損傷により情報処理速度が低下している場合

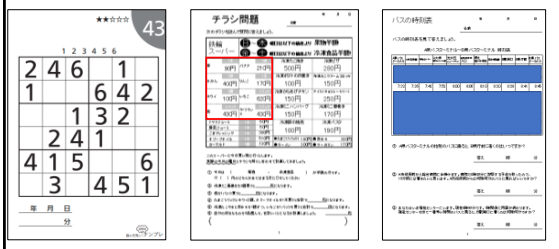
こなすべき作業を前にして、時間を十分に確保する工夫が重要となる

そのためには、
（i）「自分はうまく事を処理することに時間がかかる」ことをきちんと自覚
（ii）「作業をするときには時間が必要である」ことを、第三者に告げられる
（iii）これらの方法を他のすべての日常動作に適応できるように練習する

このようなタイムプレッシャーマネージメントが身に付くと、
注意障害があっても、日常動作にミスが少なくなる

各障害への訓練の紹介
遂行機能障害への認知リハビリテーション

遂行機能障害への認知リハビリテーション



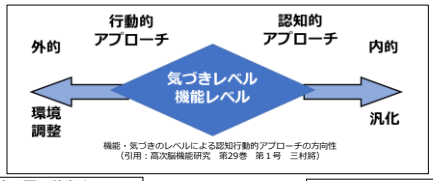
少ない枠はどこかな？
5分は掛かりそう
左側の見落しに注意

果物が半額
個数の見間違いに注意
7分くらい掛かりそう

出発時刻ではなく、到着時刻
見間違い予防に画用紙で遮断
5分あればできそう

各障害への訓練の紹介
社会的行動障害への認知リハビリテーション

社会的行動障害への認知リハビリテーション



機能・気づきのレベルによる認知行動的アプローチの方向性
（引用：高次脳機能研究　第29巻　第1号　三村綱）

・相性の悪い他者と
距離を置く
・イライラしたらその場を
離れる

⬅ 暴言を吐く ➡

・相手も病気の影響が
ある点を伝える
・怒り感情は自身にも
損である点を伝える

Anger burstの帰結に注目するアプローチ(先崎ら2009)
善悪よりもむしろ損得で行動を判断する指導が
本人には受け入れられやすい

本日の内容

1．アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理
②神経心理ピラミッドにあてはめる
③機能訓練と代償的方略のバランス

2．各障害への訓練の紹介
①認知リハビリテーションとは
②各障害への認知リハビリテーション

3．気づきを促す方法

気づきを促す方法

セルフアウェアネス(気づき)と心理的ストレス

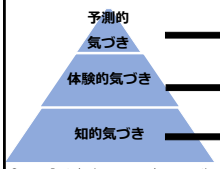
研究	内容
【脳損傷者対象】	
Godfrey ら（1993）	自分に対する調整が回復すると感情的な障害のリスクも増加する。
Fleming ら（1998）	セルフアウェアネスが高いグループは、行動を変えようという動機が強く、抑うつ、不安の得点が高かった。
Wallace ら（2000）	抑うつと不安はアウェアネス障害と密相関。早期のセルフアウェアネスが損られた状態は抑うつになりにくい。セルフアウェアネスが高いと抑うつを報告しやすい。
Malec ら（2007）	セルフアウェアネスが欠如していると抑うつ傾向も少ない。頭部外傷者の早期あるいは後期のうつには、重症度よりもセルフアウェアネスがもっとも関係。
McBrien ら（2008）	発症からの期間には関係なく、セルフアウェアネスが上がれば高い心理的ストレス。
Cooper-Evans ら（2008）	低いセルフアウェアネスと高い自尊感情が関係、低い自尊感情は高い心理的ストレスと関係する。

- セルフアウェアネスの獲得とともに心理的スト レスも高まる
- 認知訓練と心理的な介入を統合する必要性
- 自尊心や自己効力感を感じられるプログラムを組み
心理的な配慮を常に意識することが必要

岡村陽子：セルフアウェアネスと心理的ストレス.高次脳機能研究32(3).2012

気づきを促す方法

気づきの評価



概要	具体例
起こりうる問題を予測する能力	映画は休日の午前中に観よう
問題が生じている時に障害を認識する能力	映画1本観るのがきつい
特定の機能の障害を理解・認識する能力	脳を損傷すると集中力が低下するらしい

Crosson, B, et al. : Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 1989.

障害の失認と否認

障害の失認：自分の行動に無関心、障害を指摘されると驚くが怒ることはない
否認：障害を指摘されると強く怒り出す、強く否定するなどの防衛反応を示す
介入方法が異なるため、両者を見極めることが重要

廣實真弓：Q&Aでひも解く高次脳機能障害.2013

患者さんへの高次脳機能障害の説明①

「あなたは高次脳機能障害です」

1.注意障害によりうっかりミスがあります
→見直しをしましょう
2.記憶障害により忘れやすくなっています
→メモを取りましょう
3.遂行機能障害により段取りが悪くなっています
→きちんと計画を立てましょう
4.社会的行動障害により怒りっぽくなっています
→イライラしたらその場を離れましょう

患者さんの反応
・「別に仕事に戻れば何とかなる」「コウジノウ?よく分からない」
・「障害があると言われたけど、実際に退院したら何が困るかわからない」

↓

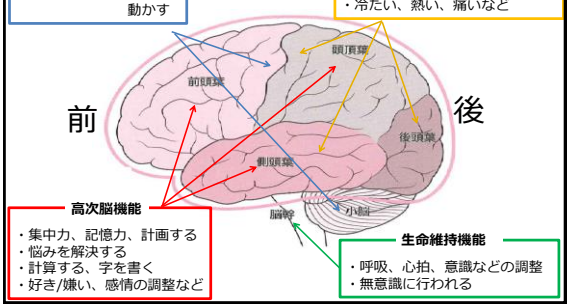
セラピストの評価
・「気づきがない」「楽観的」「病識低下」「過信」　←本当にそう?

専門職でも難解な「高次脳機能障害」を患者さんが理解するのは難しい

患者さんへの高次脳機能障害の説明②

運動機能
手足や口などの筋肉を動かす

感覚機能
・視覚、聴覚、触覚、嗅覚、嗅覚
・冷たい、熱い、痛いなど

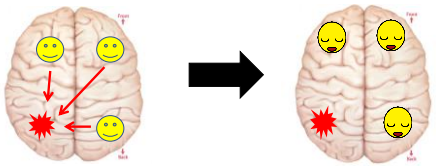


高次脳機能
・集中力、記憶力、計画する
・悩みを解決する
・計算する、字を書く
・好き/嫌い、感情の調整など

生命維持機能
・呼吸、心拍、意識などの調整
・無意識に行われる

患者さんへの高次脳機能障害の説明②

通常、脳は役割分担されており、
働きに関係のない箇所は休んでいます



脳の疲れ＝徹夜明けの頭の状態と考えると
ぼーっとする、時間が掛かる、イライラする、ミスが増える、やる気が出ない

頭は機能を修復しようと頑張っている→だから色んなエラーが起こる
まずは、苦手になった部分と保たれた能力を整理することが必要です

患者さんへの高次脳機能障害の説明③

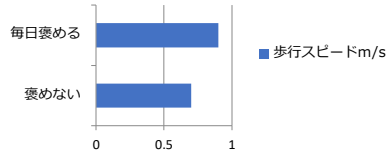
知的気づき
こんな症状があるんだな

体験的気づき
毎日確認して
生活場面での症状を確認

予測的気づき
困ったときにはこれを
見ればいいと認識

褒めることの効果

脳卒中リハ入院、35歳以上、片麻痺
179例をランダムに2群に分けた
　褒めない　91例(40.4日)
　褒める　　88例(42.8日)
毎日10mの歩行練習と歩行スピード計測



Dobkin BH Neurorehabil Neural Repair 24(3):235-42,2010

ドーパミン

Romo&Schultz(1990)

ドーパミン神経細胞は　※報酬＝ことばかけ、成功体験など

「行動を起こして得られると期待される報酬の量」と

「行動を取った結果、実際に得られた情報の量」の誤差(予測誤差)に応じて興奮

良い行動が増える：実際報酬－期待報酬＝＋の継続

行動が定着しない：実際報酬－期待報酬＝－の継続

Aさん(左片麻痺、高次脳機能障害)が、妻へ椅子を引きずって準備した

期待報酬	実際報酬	ドーパミン
ありがとう	「ありがとう」	＋
	「危ないよ」 「こけたらどうするの?」	－
	「助かりました」 「わざわざ本当にありがとう」 「また、お願い」	＋＋＋

ポジティブな声かけを

- 「ミスしないようにね」→「2回見直そう」
- 「遅刻しないでね」→「9時には出よう」
- 「ムスっとしてたら嫌われるよ」
  →「にこにこしてたら好かれるよ」
- 「がんばれ」→「がんばってるね」

×できないことを指摘する
〇できた時にすかさず褒める

渡邉修：高次脳機能障害　ご家族の寄り添い方、当事者の歩み方
第23回　大分県高次脳機能障害リハビリテーション講習会

気づきを促す方法(私の経験)

ケース1：認知リハ(抹消課題)で、「こんなのは病気する前でもできん」
①「確かにそうですね」「以前はやったことなくて当然です」と共感
②2週間後に、見落しの減少や処理速度向上あれば・・・
「2週間前は見落し10個もあったのに、今は2個になりました」
「今振り返ると、２週間前のあの時は、注意力がまだまだだったのかもです」
「今日の状態も2週間後に振り返ると、まだまだだったと思うかもです」
→今、できていることを強調して過去を振り返ると、受け入れがよくなる

ケース2：神経心理学的検査の結果に対して「車や仕事と関係ない」との発言
①(該当するかは別として)一般論として、検査と運転、就労が関連あることを伝える
②脳の損傷部位と機能の関係を再度説明する
③脳の病気でなくても、入院生活を続けると体や脳が鈍ることを説明
④ワーキングメモリの内観として、「病気する前は頭のインクが濃いが、今は薄く、思ったことや聞いたことがすぐに消える感覚」
⑤今も仕事は、やってやれなくないことを伝え、
・帰宅後や休日はヘトヘトになる人が多いこと
・8人くらいでサッカーをしているようなものとの例え
→低下、困難などの用語は使わず、事実を分かりやすく伝える

本日の内容

1．アプローチの優先順位のつけ方
①3大評価による症状の整理
②神経心理ピラミッドにあてはめる
③機能訓練と代償的方略のバランス

2．各障害への訓練の紹介
①認知リハビリテーションとは
②各障害への認知リハビリテーション

3．気づきを促す方法

次回以降の研修

■評価編　4月２８日(木)
・脳の損傷部位と出現しうる症状の対応
・神経心理学的検査の分析方法
(事例にて、検査結果と脳部位との関連を検討)

■アプローチ編　6月　２日(木)
・アプローチの優先順位のつけ方
・各障害への訓練の紹介
・気づきを促す方法

■生活・就労支援編　７月　７日(木)
・障害者自立支援法による制度、障害者年金等の話
・家族や職場への理解の促し
・就労支援に関する先行研究の紹介
・実践例(独居支援、就労支援)の症例報告