

「環境と健康シリーズ」 No.67

こう　じ　の　う　き　の　う　しょう　がい
高次脳機能障害

国立成育医療研究センター
発達評価センター長、リハビリテーション科医長

橋本　圭司



公益財団法人 大同生命厚生事業団

目 次

はじめに	4
1. 高次脳機能とは	5
2. 高次脳機能障害とは	7
3. 高次脳機能障害を疑われたら	8
4. 高次脳機能障害の診断基準	12
5. 高次脳機能障害の症状	15
6. 高次脳機能障害への対応法	27
おわりに	38

ごあいさつ

近年の医療の目覚ましい進歩とともに、国民の健康への関心・意識の向上は著しいものがあります。

しかし、このような中であって、糖尿病、がん、心臓病、脳卒中に代表される生活習慣病の増加等が大きな社会問題となっています。

また、人口の高齢化、社会生活環境の急激な変化等に伴って、寝たきりや認知症高齢者の介護の問題、各世代に発生している心身症など心に関する問題など、取り組むべき課題が数多くあります。

当事業団では、これら保健と福祉の向上にいささかでもお役に立ちたいとの願いをもって、

1. 地域で保健および福祉等の活動に従事されている方々の研究を対象とする地域保健福祉研究助成
2. サラリーマン（ウーマン）の方々の社会福祉に関するボランティア活動への助成
3. シニア（年齢60歳以上）の方々の社会福祉に関するボランティア活動への助成
4. お年寄りや病人の看護の相談と実習教室の開催
5. 疾病の予防と福祉に関する小冊子の発行

などの事業を行なっています。

小冊子の発行につきましては、病気に関する正しい知識と予防、健康管理あるいは福祉の諸問題の中から、とりわけ関心の高いものについて、専門家の方々にご執筆をお願いしてまいりました。

今回は、気付かれない「見えない障害」といわれています“高次脳機能障害”についてくわしく解説していただきました。

“高次脳機能障害”は、脳の損傷によって起こる認知機能の問題ですが、具体的にはどのような症状でどのように対応していけばよいのかを理解いただくことで、皆様の健康管理に、少しでもお役に立つことができますれば幸甚に存じます。

はじめに

ある日突然、我々の身近にいる家族や友人、会社の同僚などが、何事にもやる気がなくなったり、人が変わったように怒りっぽくなったり、さっき言われたことを忘れてしまったり、同じ間違いを何回も繰り返したり、といったような、周囲からは不可解な行動をきたすようになったら、あなたは何を考え、どのように対応するでしょうか。

このような心の機能の問題が、脳の損傷によって起こる場合があります。それが「高次脳機能障害^{こうじのうきのうしょうがい}」です。

高次脳機能は、脳の機能で説明のつく心の機能（認知機能）全般のことを指します。しかしながら、心の機能は、外見からは判断しにくく、どこまでが正常で、どこからが異常かの明確な区分けが困難なことから、長い間、医療や福祉の現場では見過ごされてきました。

このような状況を問題視した厚生労働省は、平成13年から5年間、国の施策として「高次脳機能障害支援モデル事業」を実施し、診断基準を作成しました。その甲斐あってか、近年、高次脳機能障害は、リハビリテーション医療や福祉、就学・就労支援などの各現場で、脚光を浴びるようになりました。

その一方で、高次脳機能障害という学術用語は、一般の人々には、大変難しい言葉であり、まだまだ広く社会全般には認識されていないように思われます。

本冊子では、「高次脳機能障害」について、あまり専門的な話になり過ぎないように、わかりやすく解説したいと思います。

1. 高次脳機能とは

脳の機能には、大きく分けて4つの機能があります。

まず1つめの機能は、①生命維持機能です。これは、心臓を動かし、肺で酸素を取り込むといった呼吸・循環や、目を覚ましている意識・覚醒などの機能がこれに当てはまります。脳死状態とは、つまりこの生命維持機能が失われた状態のことを指します。

2つめの機能は、②感覚機能です。これは、五感を司っている脳の機能のことで、目で見たものは後頭葉^{こうとうよう}という脳の後ろ側から、耳から聞こえたものは、側頭葉^{そくとうよう}という頭の横側から、手足で触った感覚は、頭頂葉^{とうちょうよう}という脳のてっぺんから、それぞれ入力されます。

3つめは、③運動機能です。手足を動かす指令は、オデコのちょうどウラの、前頭葉^{ぜんとうよう}という場所の後ろにある運動野^{うんどうや}から出されます。

ここまでの3つの機能が障害を来すと、呼吸や心臓が止まってしまう、右半身が動かなくなる、手足の感覚が無くなってしまう、目が見えないなどというように、外見上も理解がしやすい機能です。

この3つの機能以外に、脳にはあと1つの機能しかありません。

それが、④高次脳機能です。

図1に脳の機能の局在を示しましたが、要は高次脳機能とは、脳が司る生命維持や運動、感覚といった基本的な機能以

外の、言語、行動、認知に関わる全ての機能のことを指しています。もう少しわかりやすく言うと、脳の機能で説明がつく、心の機能全般のことと言ってもいいでしょう。

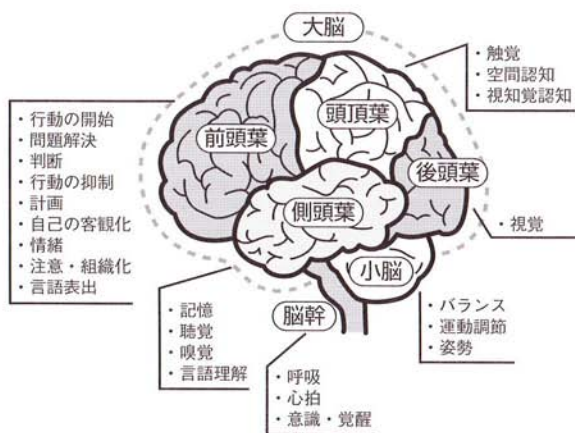


図1（文献1、2、3、4より引用）

2. 高次脳機能障害とは

脳卒中（脳血管障害とも呼ばれ、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血がこれに含まれます）や脳外傷、脳炎、低酸素脳症などの脳損傷が原因で、運動や感覚以外の脳の高いレベルでの機能、つまりは言語や記憶、注意、感情のコントロールなどの知的機能が壊された状態を高次脳機能障害と言います。例えば、こちらが何を話しかけても反応しない（発動性の低下）、さっき言ったことを全然覚えていない（記憶障害）、些細なことにすぐ腹を立てて常にイライラしている（脱抑制）、何をやらせてもうまくいかず、すぐパニックになってしまう（遂行機能障害）、などがそれです。

しかしながら、世の中には、やる気がない人や物覚えが悪い人などたくさんいます。この障害のやっかいなところは、厳密には正常値が存在しないことです。外見からは、どこまでが元々のキャラクターで、どこからが障害によるものなのかの判断が難しいのが、この障害の特徴なのです。

平成20年に東京都が実施した高次脳機能障害実態調査によると、東京都内に高次脳機能障害者は、推計約5万人いることがわかりました。東京との人口が、日本の人口の約10分の1を占めるとして単純計算をすると、全国で約50万人もいることになる高次脳機能障害は、超高齢化社会を迎える我が国において、今後決して無視することができない、専門科による治療や支援が必要な障害と言えるでしょう。

3.

高次脳機能障害を疑われたら

高次脳機能障害と診断されるには、まずは、脳に何らかの損傷があることを証明する必要があります。脳の損傷は、CT（コンピュータ断層撮影）やMRI（磁気共鳴画像）などの画像診断により明らかに確認されなくてはなりません。CTやMRIで確認できない場合は、脳血流検査によって、脳の血流の低下が見られないと医学的診断は困難です。脳の血流状態を見るには、RI（放射性同位元素）という薬を使ったSPECT（スペクト：単一光子放射断層撮影）という診断法があります。MRIやCTの検査だけでは検出できなかった血流障害の部位を、この検査で検出できることがあります。

そして、高次脳機能が正常か異常かの判断は、病院や施設などでは、主に神経心理学的検査という心理検査を実施して行います。課題に対する正確さとスピードなどから、指数を計算して、その値が健常人の標準値と比較して、高い低いということ判断します。

世界で最も有名な神経心理学的検査は、Mini-Mental State Examination（MMSE）という検査です。日付や場所、言語理解、復唱、計算、模写、書字などの機能を30点満点で評価します。日本では、似たような検査として、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）が普及しており、どちらも20点以下で明らかな高次脳機能障害や認知症が疑われます。

その他にも注意集中力、記憶力、空間認知力、遂行機能（段取りの良さ）などを評価する多種多様の神経心理学的検査

があります。総合的な能力の評価としては、知能指数が有用ですが、世界で最も使われている知能検査は、Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) といえます。知能指数 (IQ) は、大きく分けて、左側の脳の機能を反映する言語性IQ (VIQ) と、両側の脳の機能を反映する動作性IQ (PIQ) の2つがあり、その平均点が全IQ (FIQ) です。IQはいずれも100が標準で、プラスマイナス15点が標準とされています。

しかし、ここで決して間違えてはいけないのは、心理検査はあくまでも検査であって、検査のデータが標準から外れているから「異常」「障害」ということでは、必ずしも無いということです。

実際、心理検査の結果は、本人のその日のコンディションややる気、それを行う環境や、後遺症認定がまだ済んでいないなどの社会的要因によって、その結果が左右されることがあります。ですから、心理検査は、あくまでも診断をつける際に補助的に用いられるべきであることは言うまでもありません。

私の場合、図2のようなアンケート用紙を、「本人にこのような症状が見られますか」という質問と共に、高次脳機能障害を疑われる当事者とそのご家族に、別々につけていただきます。

このような症状、あなたにみられますか？

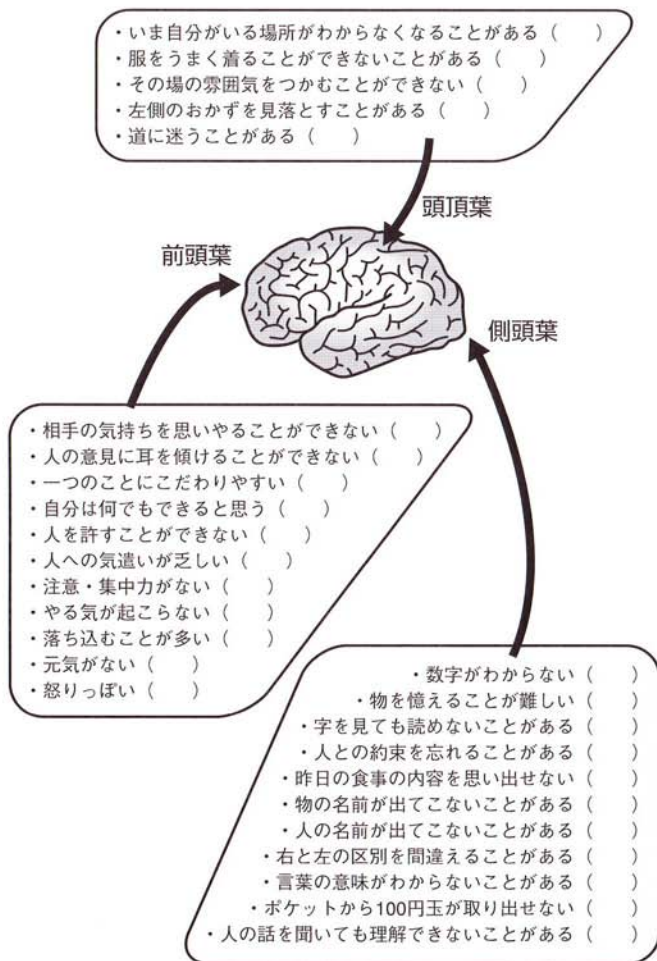


図2 (文献1より引用)

そしてこの○がついた症状が、本人の訴えなり家族の観察から、ある時点をきっかけとして、つまり、脳の病気やケガの後に、顕著に見られるようになった場合、高次脳機能障害を疑います。

ここでお気づきになったと思いますが、高次脳機能障害による症状は、いたって主観的なものであって、それを評価する人の価値観によっても左右される可能性が多々あります。現実的には、どこまでが元々のキャラクターで、どこからが障害かの区分けは、厳密には困難です。知能指数にしても、もともと130あった人が、脳の障害が原因で100まで下がってしまったのと、元々100の人が脳の障害の後も100であるのは、その問題の本質が異なってきます。

症状も主観的で、心理検査も元々の評価点がわからないと障害かどうか判断しきれないとなると、大変にやっかいな障害となります。

ここで最も大切なことは、あくまでも高次脳機能障害と診断されるためには、様々な症状の原因となる脳の損傷なり障害が、MRIやCT、脳血流検査などの画像診断で明らかになっていることが必要であるということです。

従って、逆に、心理検査では標準範囲内であったとしても、脳の損傷が明らかであり、それによって、患者さんの症状の説明がつく場合は、高次脳機能障害と診断されるわけです。つまり、高次脳機能障害とは、脳の障害によって引き起こされる様々な心の問題のうち、あくまでも脳の損傷で説明がつくもののことを指すわけです。

4.

高次脳機能障害の診断基準

平成13年より5年間、国（厚生労働省）の施策として、高次脳機能障害支援モデル事業が行われ、高次脳機能障害診断基準が作られました。国立障害者リハビリテーションセンターのホームページには、同診断基準が掲載されており、下記の記載がなされております。以下にその内容を示します。

「高次脳機能障害」という用語は、学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる^{そう}巣症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。

一方、平成13年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において集積された脳損傷者のデータを慎重に分析した結果、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらについては診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要なことが明らかとなった。そこでこれらの者への支援対策を推進する観点から、行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶことが適当である。その診断基準を以下に定める。

診断基準

I. 主要症状等

1. 脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。
2. 現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である。

II. 検査所見

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（I－2）を欠く者は除外する。
2. 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
3. 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。

IV. 診断

1. I～IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
2. 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。

3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

なお、診断基準のⅠとⅢを満たす一方で、Ⅱの検査所見で脳の器質的病変の存在を明らかにできない症例については、慎重な評価により高次脳機能障害者として診断されることがあり得る。

また、この診断基準については、今後の医学・医療の発展を踏まえ、適時、見直しを行うことが適当である。

長い間、医療や福祉、行政の狭間で支援をうけることが難しかった高次脳機能障害を具体的な基準で認定したことの意義は大変大きいものでした。一方で、この診断基準には、失語、失行、失認といった従来の巣症状による古典的高次脳機能障害の記載はなく、純粋な医学的診断基準とは言い難い側面があります。また、障害者福祉の現場では、高次脳機能障害は精神障害として認定されますが、唯一、失語症だけは身体障害のうちの言語障害として認定され、精神障害とは区別されているので注意が必要です。

5.

高次脳機能障害の症状

a. 易疲労性^{い ひろうせい}

易疲労性とは、脳損傷の結果として、精神的に疲れやすい傾向のことを指し、精神疲労や神経疲労という言い方をされることもあります。

【易疲労性の具体的な症状】

- ・いつも姿勢が悪く耐久力がない。
- ・何事にも疲れやすい。
- ・覚醒し続けていることができない。
- ・いつも霧の中にいるようだ。
- ・長い時間座っていることができない。
- ・すぐにうつ伏せになってしまう。
- ・何事にも余裕がない。
- ・あくびばかり出る。
- ・動きがスローモーションである。
- ・自分が疲れていることに気づいていない。

易疲労性の症状・サイン



b. 脱抑制

脱抑制とは、感情や行動をうまくコントロールできない状態のことを言います。具体的には、喜怒哀楽のコントロールがつかないことがあり、いつもイライラしてすぐに怒ってしまう^{いどせい}易怒性、すぐに泣いたり笑ったりしてしまう感情失禁、熟慮をせずに行動してしまう衝動性などがこれに含まれます。

【脱抑制の具体的な症状】

- ・いつもイライラしている。
- ・何事も待てない。
- ・ちょっとしたことにすぐ腹を立てて、忘れられない。
- ・自分の気に食わないことがあると、暴力や暴言が出てしまう。

- ・熟慮をせずに衝動的な行動をしてしまう。
- ・ちょっとした刺激で、すぐに泣きだしてしまう。(感情失禁)
- ・声がいつも大きい。
- ・場違いな行動や発言を繰り返す。
- ・相手に失礼な場面でも笑いがこらえられない。
- ・1人では冷静になることができない。
- ・長い時間座っていることができない。

脱抑制・易怒性の症状・サイン



c. 発動性の低下

発動性の低下とは、何事も自分から始められない、始める意欲が持てない状態のことです。あくまでも、脳損傷の結果として、前述のような症状が出た場合、高次脳機能障害としての発動性の低下と診断されます。

【発動性の低下の具体的な症状】

- ・ 何事も自分から始めることができない。
- ・ 一点を見つめたまま動かない。
- ・ 自分から何も話そうとしない。
- ・ 話を広げられない。
- ・ 表情が硬い。
- ・ 言葉が浮かばない。
- ・ 前向きに物事を考えられない。
- ・ いつも憂鬱そうである。
- ・ 動作が途中で止まってしまうことがある。

意欲・発動性の低下の症状・サイン



d. 注意・集中力の低下

注意・集中力の低下とは、読んで字のごとくですが、覚醒し、注意を向け、集中し、それを維持することができない状態のことです。

【注意・集中力の低下の具体的な症状】

- ・ 注意散漫である。
- ・ いつもボーっとしている。
- ・ わずかな妨害でもすぐに気が散ってしまう。
- ・ 課題に集中し続けることができない。
- ・ 人の話を最後まで聴いていられない。
- ・ 車のブレーキをかけ忘れる。
- ・ 話についていけない。
- ・ 話をしている相手となかなか焦点が合わない。

注意障害の症状・サイン



e. 失語症

失語症とは、聴覚や視覚から受け取った言語情報を理解し、反応することができない状態のことで、読む、書く、聞く、話すといった言語機能の障害のことです。

【失語症の具体的な症状】

- ・人が何を言っているのか理解できない。
- ・何を指示されているのか分からない。
- ・言葉が出てこない。
- ・本が読めない。
- ・手紙が書けない。
- ・本人は流暢にしゃべっているようでも、周囲は理解できない。
- ・字が書けない。
- ・オウム返しに言葉を言い返せない。
- ・相手の意図をくみ取ることができない。

失語の症状・サイン



f. 記憶障害

記憶障害とは、物事を記録し、保持し、それを必要な時に引き出すことが出来ない状態のことです。

【記憶障害の具体的な症状】

- ・ さっき言われたことを忘れてしまう。
- ・ 人や物の名前が覚えられない。
- ・ 約束を守ることができない。
- ・ いつも時間に遅れる。
- ・ うっかりミスが多い。
- ・ 病気の前のことは覚えているのに、新しいことが覚えられない。

- ・薬の飲み忘れや二重飲みがある。
- ・作業の途中で、自分が何をしていたのかわからなくなる。
- ・同時に複数のことを覚えられない。

記憶障害の症状・サイン



g. 遂行機能障害

遂行機能障害とは、物事を計画して、実際に行動に移すことのできない、つまりは、段取りがうまくいかない状態のことです。

【遂行機能障害の具体的な症状】

- ・何事も段取りが悪い。
- ・優先順位がつけられない。
- ・要点が絞り込めない。

- ・ 予期できないことが起こるとパニックになってしまう。
- ・ 間違いをなかなか修正できない。
- ・ 1つのことにこだわってしまい、なかなか前に進めない。
- ・ 1つ解決できないとお手上げになってしまう。

遂行機能障害の症状・サイン



h. はんそくくうかん む し 半側空間無視

半側空間無視とは、脳損傷と反対側の空間や身体の一部を認識しない状態のことです。

【半側空間無視の具体的な症状】

- ・ 常に左側を向こうとしない。
- ・ 車いすをこいでいると、いつも左側が物に当たる。
- ・ 車いすのブレーキをかけ忘れる。

- ・食事のとき、左側のおかずを残す。
- ・身体の左側を認識していない。
- ・半側空間無視のあることを認識していない。



常に左側を向こうとしない



車いすのブレーキをかけ忘れる

i. 病識の欠如

病識の欠如とは、自分の抱えている障害について認識しておらず、それについて他人に説明できない状態のことです。

【病識の欠如の具体的な症状】

- ・病気の前の自分と何ら変わらないと思っている。
- ・自己評価と周囲の評価に大きなズレがある。
- ・問題の原因は、常に自分ではなく周囲にあると思っている。
- ・障害の存在を否定する。
- ・治療やリハビリを拒否する。
- ・明日にでも仕事に戻ろうとする。
- ・禁止されている車の運転を無理にでもしようとする。
- ・自分のことは棚に上げて、他人の批判ばかりする。

病識の欠如の症状・サイン



j. 失見当識^{しつけんとうしき}

失見当識とは、日付や時間、場所の感覚がなく、自分の置かれている状況を認識できない状態のことです。

【失見当識の具体的な症状】

- ・ 今日の日付や季節がわからない。
- ・ 自分が今どこにいるかわからない。
- ・ 砂漠のど真ん中に取り残されたようである。
- ・ 落ち着かず、フラフラとうろついてしまう。
- ・ いつも不安である。
- ・ 生活がつかまらない。

今、自分がどこにいるのか
わからない
生活がつかまらない



今日が何月何日かわからない
今がいつの季節かわからない



6.

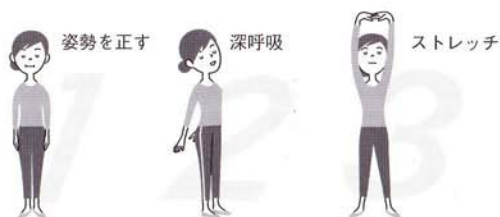
高次脳機能障害への対応法

a. 易疲労性

易疲労性への対応の基本は、その症状を本人が認識していないことが多いという前提に立つて行う必要があります。

【易疲労性への対応法】

- ・患者に易疲労性があるということを、まず周囲が理解する。
- ・様々な合併症やストレスが、易疲労性の原因になり得ることを知る。
- ・薬の副作用がないかどうか判断をする。
- ・患者が疲れたら休む、を原則とする。
- ・姿勢を正して、深呼吸、ストレッチ。
- ・易疲労性の回復には、身体を使った運動療法が有効である。
- ・30分程度の有酸素運動（軽い運動）を1日2回、週3回以上行う。





b. 脱抑制

脱抑制への対応の基本は、問題行動を直接的に無理に無くそうとするのではなく、問題行動の原因に目を向け、感情的にならずにそれを取り除くことです。

【脱抑制への対応法】

- ・ 患者の問題行動が生じた時の様子を記録する。
- ・ 問題行動に至った要因（強化因子）を抽出する。
- ・ 強化因子を減らす環境づくりをする。
- ・ 1度本人を怒らせてしまった行動は、なるべく繰り返さない。
- ・ 患者の問題行動は、感情的にならず淡々と指摘するが、批判したり否定したりしない。
- ・ 怒ってしまったら、その場はあまり深追いせずに、後で話合うようにする。
- ・ 何ごとも1秒待ってから行動する。

何事も行動する前に1秒待つ練習
をする



行動する前に、心の中で
確認するクセをつける

待って、考えてから行動する習慣を
身につける

患者の問題行動は、感情的にならず
淡々と指摘するが、批判したり否定
したりしない



c. 発動性の低下

発動性の低下への対応の基本は、あくまでも脳損傷の結果として、これらの症状が出ているのだということを周囲が理解し、患者はわかっているけど出来ないということを前提に、対応することが重要です。

【発動性の低下への対応法】

- ・物事を始められないという症状であることを周囲が理解する。
- ・症状について、非難したり否定したりしない。
- ・始められるように具体的なきっかけを与えてあげる。
- ・口頭で指示をするばかりでなく、その行動と一緒に試してみるようにする。
- ・チェックリストなどの外的補助手段は、作るだけでなく、実際に使う練習をさせる。

当事者に対して「なまけている」と言わない



患者は「わかっているけどできない」ということを理解する

何事にもなるべく始めるきっかけを与えてあげる



喜怒哀楽を大げさに表現する
抑揚をつけて話す



自分から始められること、できることをほめる

課題は、いくつかの選択肢を用意して、必ず患者自身に選ばせる



d. 注意・集中力の低下

注意・集中力の低下への対応の基本は、覚醒の問題や身体障害、合併症など、様々な要因によって、注意・集中力が落ちることを認識し、様々な側面から環境を整えることです。

【注意・集中力の低下への対応法】

- ・患者にとってどのような環境が集中しやすいのかを適切に判断する。
- ・注意が削がれるような妨害刺激をなくす。
- ・患者自身がやる気を持てる課題を準備する。
- ・患者自身がこちらの話について来られているかどうかを確認する。

環境刺激少なくする

(戸を閉めたり、人を少なくしたり、テレビを消したり)



何か伝える前には、必ず本人が自分の方を見ているかどうか確認する

本人への指示は7秒以内のキーワードで、単純明快に短く伝える



話や課題が正確に理解できているかどうかを頻回に確認する

e. 失語症

失語症への対応の基本は、言語機能にばかりとらわれず、いかに有効なコミュニケーションを確立できるかに主眼を置くことです。

【失語症への対応法】

- ・言語機能ばかりにとらわれず、他の手段も使ってコミュニケーションを図る。
- ・患者が成功体験を養えるように、どんどん助け舟を出す。
- ・訓練のための訓練にならないように、話の流れの中に参加させるようにする。
- ・できるだけ緊張を取り除く。



言語機能ばかりにとらわれず、他の手段も使ってコミュニケーションを図る



患者が成功体験を養えるように、どんどん助け舟を出す

f. 記憶障害

記憶障害への対応の基本は、暗記記憶ではなく経験記憶を生かし、それを伸ばすことをこころがけることにあります。

【記憶障害への対応法】

- ・暗記記憶よりも経験記憶を伸ばすように心掛ける。
- ・何事も繰り返すことで習慣化するようにする。
- ・マニュアルを読んで覚えようとするのではなく、実際に行動して覚える。
- ・積極的にメモやスケジュール表などの代償手段を活用する。



暗記記憶よりも経験記憶を伸ばすように心がける

何事も繰り返すことで習慣化するようにする

g. 遂行機能障害

遂行機能障害への対応の基本は、抽象的な表現はさけ、何でも具体的に指示することです。

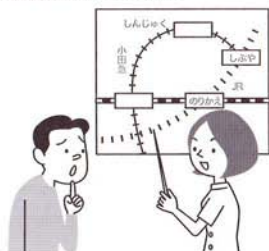
【遂行機能障害への対応法】

- ・抽象的な表現はさけ、何でも具体的に指示する。
- ・「いつ、どこで、誰が、何を、どのように、結果どうなる

のか」を書きだす。

- ・ 予習→実行→復習が基本。
- ・ わからなくなったら何でも人に質問するクセをつける。

あいまいな指示は避け、具体的かつ要領を得た言葉を使う



指示を具体的に残すために、何でも書き出す

いつ、どこで、誰が、何を、どのように、そしてその結果どうになるのかといったことを、具体的に指示する



決断しやすいように、賛否両論をリストにしてあげる

h. 半側空間無視

半側空間無視への対応の基本は、無視側の視覚探索や視覚認知といった要素的なものと、日常生活の繰り返しのなかから、空間を認識する日常的なものとの2つがあります。

【半側空間無視への対応法】

- ・ 何事も全体を見渡す習慣をつける。
- ・ 無視側には、動きや変化のあるものを配置する。
- ・ 無視側を声に出して確認する習慣をつける。



何事も全体を見渡す習慣をつける



無視側を声に出して確認する習慣をつける

i. 病識の欠如

病識の欠如への対応の基本は、障害を無理に受容させようとしないことです。

【病識の欠如への対応法】

- ・ 障害の診断ばかりではなく、改善点も明確にする。
- ・ できないことを責めるのではなく、できることをほめる。
- ・ 人のふり見てわがふり直せ。

無理に障害を認識させよう
としない



できないことを責めるのではなく、
できることを褒める

もともとのキャラクターを褒めてあげ、
高次脳機能障害による問題は共感してあげる



他の高次脳機能障害者と一緒に過ごし、
「人のフリ見てわがフリ直せ」という
状況を作る

Ⅱ. 失見当識

失見当識への対応の基本は、日付や場所の感覚を、言語の丸暗記に頼らず、自然や人との関わりから感じ取ることができるようになることです。

【失見当識への対応法】

- ・スケジュール表やカレンダーなどの外的補助手段はどんどん活用する。
- ・たとえ病院であっても季節感を持たせるような環境作りをする。

・日ごろから季節の挨拶を忘れない。

時計やカレンダーを見るクセをつける
メモ帳やスケジュール表を見るクセをつける
人に聞くクセをつける



生活が切れないように、何でも
書き出しておくクセをつける

空の色や太陽の位置、木々の色など
を意識し、季節感を持つようにする



おわりに

これまで、病院のリハビリテーション科に勤務してきて、子どもから大人まで、たくさんの患者さんの支援に関わってきました。そこで、彼らに最も必要な能力は何か。それは、決して高い知能指数などではなく、ましてや手足の握力だとか筋力だとかいったものでもありません。人が社会に出たときに最も大切なもの、それは「人の心がわかる心」ではないかと私は考えています。

どんなに知能が高くても、人の気持ちや心を理解できない人は、周囲の人々と協調し、仲良く暮らして行くことはできません。

自分の能力を知り、そして周囲から見た自分の姿を想像することができる力、自分への気づき、そして周囲への気づき、これらを得ることができれば、標準以上の知能など無くても、患者はきっとより良き人間へと成長を遂げて行くことができるでしょう。「人の心がわかる心」これこそが、我々医療者が、高次脳機能障害者の治療に際して、患者さんの中に育むべき、最も大切な能力と言えるのではないのでしょうか。

ですから、医療者のみならず、広く国民皆が、脳に損傷を負った人々の心の問題を、他人事だとは思わずに、相手の気持ちになって真剣に向き合うことが、リハビリテーションにおいて最も重要なことだと思うのです。

著者略歴

橋本 圭司（はしもと けいじ）

〔現 職〕

国立成育医療研究センター

発達評価センター長、リハビリテーション科医長

〔略 歴〕

1998年 東京慈恵会医科大学卒業

1999年 東京都リハビリテーション病院

2000年 神奈川リハビリテーション病院

2007年 東京医科歯科大学 難治疾患研究所 神経外傷心理研究部門 准教授

2008年 東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座 講師

2009年 国立成育医療センター リハビリテーション科医長

2011年 国立成育医療研究センター 発達評価センター長

【参考文献】

1. 橋本圭司, 高次脳機能障害がわかる本 対応とリハビリテーション, 東京:法研, 2007.
2. 橋本圭司, 生活を支える高次脳機能リハビリテーション, 東京:三輪書店, 2008.
3. 橋本圭司, 高次脳機能を鍛える, 東京:全日本病院出版会, 2008.
4. 高次脳機能障害リハビリテーション看護, (中村俊規監修・橋本圭司・鞆総淳子著), 大阪, 関西看護出版, 2009.
5. 橋本圭司, 高次脳機能を育てる, 大阪:関西看護出版, 2010.
6. 国立障害者リハビリテーションセンターHP:
http://www.rehab.go.jp/ri/brain_fukyu/handankizyun.html

「環境と健康」シリーズNo.67

高次脳機能障害

平成23年11月20日発行

発行所 公益財団法人 大同生命厚生事業団

〒550-0002 大阪市西区江戸堀1丁目2番1号

電話 (06)6447-7101 FAX (06)6447-7102

<http://www.daido-life-welfare.or.jp>

印刷所 前田印刷株式会社

- No. 1 光化学スモッグとその人体影響
宮崎医科大学教授
常俊 義三
- No. 2 高血圧と環境
国立循環器病センター総長
尾前 照雄
- No. 3 肝臓の病気とその原因
福岡大学医学部第一内科教授
奥村 伸
- No. 4 美食と糖尿病
東京女子医科大学糖尿病センター教授
平田 幸正
- No. 5 ストレスと心臓病
大阪府立成人病センター循環器部長
戸山 靖一
- No. 6 老人生態学抄
大手前女子短期大学教授
磯 典理
- No. 7 脳卒中と心臓病
筑波大学教授
小町 喜男
- No. 8 胃癌と早期発見
大阪府立成人病センター集検第二部長
愛川 幸平
- No. 9 健康と栄養
元国立栄養研究所健康増進部長
鈴木 慎次郎
- No.10 病気と食物
東京大学医学部助教授
豊川 裕之
- No.11 肥満と食物
女子栄養大学教授
香川 芳子
- No.12 乳幼児の体力づくり
医学博士
今村 栄一
- No.13 職場の精神衛生
大阪府立公衆衛生研究所精神衛生部長
藤井 久和
- No.14 わたきり老人の家庭看護
大阪府立公衆衛生専門学校助教授
津村 寿子
大阪府立公衆衛生専門学校講師
三宅 智恵子
- No.15 酒と病気
医療法人大阪精神医学研究所・新阿武山病院理事長
今道 裕之
- No.16 睡眠と健康
大阪大学医学部附属病院精神神経科講師
菱川 泰夫
- No.17 中高年の運動と体力づくり
順天堂大学教授
石河 利寛
- No.18 喫煙と健康
愛知県がんセンター研究所疫学部長
富永 祐民
- No.19 肝癌と早期発見
結核予防会大阪府支部顧問/ハットリ内科院長
服部 正次
- No.20 老人の心理
大阪府立大学社会福祉学部教授
大國 美智子
- No.21 みんなの糖尿病教室
大阪府立成人病センター調査部長
佐々木 陽
- No.22 動脈硬化と食事
愛媛大学医学部教授
武内 望
- No.23 老親と共に
同志社大学教授
住谷 馨
- No.24 目と健康
福岡大学医学部眼科教授
大島 健司
- No.25 女性の癌
(乳ガン)
大阪大学微生物病研究所附属病院外科教授
田口 鉄男
(子宮ガン)
大阪大学微生物病研究所附属病院婦人科助教授
奥平 吉雄
- No.26 腎臓と病気
大阪府立病院腎疾患センター部長
飯田 喜俊
- No.27 わたきり老人にさせない、ならないために
神戸大学医療技術短期大学部教授
武富 由雄
- No.28 歯と健康
大阪大学歯学部教授
常光 旭
- No.29 消化性潰瘍と健康管理
北里大学助教授
西元寺 克禮
- No.30 腰の痛み
大阪大学医学部整形外科教授
小野 啓郎
- No.31 関節の痛み
大阪府立成人病センター整形外科部長
小松原 良雄
- No.32 肥満と成人病
九州大学医療技術短期大学部教授
上田 一雄
- No.33 がんはここまで治る
大阪府立成人病センター名誉総長
佐藤 武男
- No.34 大腸癌と早期発見
大阪大学微生物病研究所附属病院外科講師
藤田 昌英
- No.35 老人の栄養と食事
大阪府立公衆衛生専門学校教授
北村 慎三

- No.36 前立腺の病気
大阪府立成人病センター泌尿器科部長
古武 敏彦
- No.37 体重と寿命
大同生命保険相互会社監査役
相模 嘉夫
- No.38 老人の骨・関節の病気
大阪府立成人病センター整形外科部長
小松原 良雄
- No.39 健康と社会環境
大阪大学名誉教授
朝倉 新太郎
- No.40 更年期障害
大阪大学名誉教授
倉智 敬一
- No.41 “ほけ”の始まりと予防
大阪大学医学部教授
西村 健
- No.42 肝炎・肝硬変・肝がん
大阪府立成人病センター臨床検査科部長
兒島 淳之介
- No.43 家庭で測る血圧計
国立循環器病センター内科医師
阿部 仁
- No.44 老人性難聴
大阪大学医学部耳鼻咽喉科助教授
久保 武
- No.45 高脂血症
国立循環器病センター研究所副所長
山本 章
- No.46 小児のアレルギー
大阪大学医学部小児科教授
岡田 伸太郎
大阪府立羽曳野病院内アレルギー小児科部長
豊島 協一郎
- No.47 脈の乱れ
国立循環器病センター内科臓器部門医長
大江 透
- No.48 虚血性心疾患・狭心症と心筋梗塞
大阪市立総合医療センター循環器内科部長
土師 一夫
- No.49 アルコール、タバコと循環器病
国立循環器病センター内科
河野 雄平
- No.50 糖尿病・予防と自己管理Q&A
市立豊中病院糖尿病センター長・副院長
大阪大学医学部臨床教授
松山 辰男
- No.51 不登校・予防と対応
社団法人大阪総合医学・教育研究会
こども心身医療研究所所長
富田 和巳
- No.52 うつ病Q&A
東京都精神医学総合研究所・副参事研究員
高橋 祥友
- No.53 高齢者の心理（痴呆性高齢者の心理と介護）
大阪後見支援センター所長・大阪社会福祉研修センター所長
大國美智子
- No.54 ひきこもり（いろいろなひきこもりの背景とその対応について）
精神科医、茨城大学保健管理センター助教授
内田千代子
- No.55 なぜ？スギ・ヒノキ花粉症なのか？
前名古屋市立大学医学部助教授
伊藤 博隆
- No.56 薬の飲み方 Q&A
一疑問に思うことはなんでもききましょうー
九州大学大学院薬学研究院・教授
澤田 康文
- No.57 高齢者のからだの動かしがた
一むたきりにさせない、ならないためにー
神戸大学名誉教授
武富 由雄
- No.58 健康日本21の意義
放送大学教授
多田羅 浩三
- No.59 歯と咀嚼とからだの健康
福岡大学名誉教授
前福岡大学医学部歯科口腔外科学教授
白十字病院顧問
都 温彦
- No.60 メタボリックシンドロームとその対策
一生活習慣病と動脈硬化症を防ぐにはー
公立山形病院 院長
中埜 幸治
- No.61 高血圧 Q&A
国立循環器病センター 名誉総長
尾前 照雄
- No.62 がんーこの親不孝者めー
大阪大学大学院医学系研究科
機能診断科学教授
杉山 治夫
- No.63 腰痛
大阪大学名誉教授
小野 啓郎
- No.64 健康づくりのためのウォーキング（運動）
ーインスリンの意義と筋肉の効用ー
ウォーキング医科学研究所 所長
泉 嗣彦
- No.65 認知症について
北大阪医療生活協同組合本町診療所 所長
医学博士
山本 秀樹
- No.66 身近な感染症について
一怖いのはインフルエンザだけじゃないー
大阪医科大学
衛生学公衆衛生学教室教授
河野 公一
- No.67 高次脳機能障害
国立成育医療研究センター
発達評価センター長、リハビリテーション科医長
橋本 圭司

以下続刊

