

言語コミュニケーション障害者への医療福祉

Rehabilitation and Social Welfare for Persons with Language and Communication Disorders

種 村 純^{*1}

Jun TANEMURA

要 約

高次脳機能障害に伴って生じる言語コミュニケーション障害者、すなわち失語症者および認知コミュニケーション障害者に対する医療と福祉の間のギャップとその対策に焦点を当てた。多くのコミュニケーション障害者はリハビリテーションによって日常生活活動（ADL）は自立するが、就労は困難である。コミュニケーション障害者は就労を強く求めるが、職業生活で要求されるコミュニケーション能力を回復することは難しい。コミュニケーション障害者は孤独、意志決定や活動の制限、役割の変化などを経験する。失語症者の社会参加を促すためにはコミュニケーションによって失語症者の心理社会的ニーズを満たそうとする働きかけが重要である。集団での会話訓練や会話パートナーによって生活場面でのコミュニケーション活動を促す。慢性期の失語症者が集い、安全に社会活動を行う場として、失語症友の会が全国で展開されている。障害者福祉制度の面では失語症の身体障害者手帳および障害者年金の等級が低く、中年世代の就労できない失語症者への生活保障が不十分であることが指摘されている。外傷性脳損傷などによって広範囲の脳損傷を受けた場合には記憶その他の認知機能が障害され、認知機能の障害の結果として話す内容を上手く組み立てることができなくなり、会話での受け答えに齟齬が生じる。また説明が回りくどく、聞き手の立場に立って説明することができない。こうした障害を認知コミュニケーション障害と呼ぶ。この障害ではコミュニケーションの問題を媒介として攻撃行動や抑うつなど重大な社会的行動障害が出現する。認知コミュニケーション障害に対する介入としては、会話相手が協力的なコミュニケーションスタイルを示すことによって反社会的なコミュニケーション態度を改善したり、集団での生活技能訓練を行ったりする。社会的行動障害を伴う場合にはその家族に大きな介護負担が生じる。社会的アプローチとして高次脳機能障害支援普及事業が進められている。各県の支援拠点機関には支援コーディネーターが配置され、原因疾患の治療、リハビリテーション、生活支援、就労支援、就学支援、当事者団体による支援ネットワークが構成されている。本事業は障害者自立支援法の地域生活事業のうち、都道府県が行う専門的相談支援事業に位置づけられている。

1. 言語コミュニケーション障害者における医療、福祉および就労の間のギャップ

脳血管障害や外傷性脳損傷など大脳の損傷による成人の言語コミュニケーション障害者、すなわち失語症や認知コミュニケーション障害者がリハビリテーションを終了して福祉サービスを利用する間に

生じる様々なギャップに焦点を当てる。ギャップの一つに観点の相違がある。医学が原因疾患を診断し、治療するのに対して、リハビリテーションは機能の点から評価し介入する。また、福祉は幸福で安寧した生活を理想としている。リハビリテーションの考え方が福祉の分野に適用されたのが介護保険におけ

*1 川崎医療福祉大学 医療技術学部 感覚矯正学科
(連絡先) 種村 純 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: tanemura@mw.kawasaki-m.ac.jp

る要介護度判定であり、障害者自立支援法における「自立」の概念であると考えることができる。

現実の社会的自立を示すゴールとして復職ないし就労がしばしば取り上げられる。20歳から55歳までの就業年代の脳血管障害患者のフォローアップ調査をすると、機能レベルの高い25%は復職する¹⁾。機能レベルの低い25%は日常生活活動(ADL)が自立できない。このADL要介助の25%は介護保険の対象になる。これら機能的に高い水準と低い水準の両群に挟まれた中間の群ではADLは自立しているが、就労ができない。この中間に入る障害者は実に半数を占めており、この群にコミュニケーション障害者の多くが含まれることになる。コミュニケーション障害者は障害の水準から見ると身体機能に問題なく、基本的なADLは自立しているが、意図的で応用的なADL関連活動(APDL)が自立しない。本稿ではこのようにADLは自立しているが、就業できない層に含められる成人コミュニケーション障害者に対するAPDLを回復・補償する介入についていくつかの話題を提供する。

2. 失語症

2.1. 失語症者における心理社会的問題

聴覚障害では音声言語の受容は困難であるが、音声言語の表出および文字言語に本質的な障害はないし、構音・発声障害では音声言語の表出の障害で、音声言語の表出以外の機能は保たれている。このように他の聴覚言語障害では残された他のコミュニケーション手段を適切に用いてコミュニケーション障害を代償することができる。一方、失語症では脳の言語野自体の障害であり、すべての言語機能に障害を受け、コミュニケーション機能の代償も困難である。失語症は重度なコミュニケーションの障害であり日常生活にきわめて大きな制限をもたらす。失語症者の就業年齢における職業復帰率は10%以下である。このほかにも慢性期失語症者の生活実態調査によればテレビを見たり、家族と会話することはできるが、電話、買い物、趣味および家事はいずれも頻度が低く失語症者のうちの20~40%が行えているにすぎない。高次脳機能障害全国実態調査²⁾における失語症者の職業復帰率は8%となっているが、病前就業していた人のうち、不明とその他に該当する19%を除くと職業復帰率は約10%となる。日常的な活動をどの程度行うか尋ねた回答では、テレビを見る、家族との会話、新聞を読むといったごく日常的な項目については失語症者の頻度と健常者である家族の頻度に大きな差異は認められなかった。一方、会合への参加、友人とのつきあい、趣味活動、買い

物、家事、仕事、電話などの項目を行う頻度は家族に比べ失語症者で低い傾向を示した³⁾。

支援者側で社会福祉的な観点に立った失語症支援方法の開発が重要である。失語症はコミュニケーションに障害を来し、社会参加が阻害されることから、失語症者を取り巻く社会環境の側に対するアプローチが試みられている⁴⁾。失語症者が社会人であり、個人として適切な活動への参加を進めていくことが社会的アプローチの目標である。失語症は長期にわたり、言語機能の一定の改善にも関わらず、多くの失語症者はコミュニケーション上の問題点を感じており、日常生活に重大な影響を被っている。失語症者は社会的孤立(孤独)、自律性の喪失、活動の制限、役割の変化および偏見を経験している。言語機能そのものではなく、その結果としての生活上の問題に対処しようとする。

個人の疾病を治す、という医学的な考え方に対して、社会的な考え方では問題が個人の状態と社会的・物理的環境との間の相互作用によって生じると考える。障害とは単に個人内に存する損傷ではなく、社会によって与えられる、障害をもたらす態度や障壁の結果とみなす。このような治療の基本的な考え方の相違を医学モデルと社会モデルと、それぞれ呼ぶ。

社会モデルではコミュニケーションによって失語症者の心理・社会的ニーズを満たす方法を考えることになる。社会が失語症者のコミュニケーション行動を支えられなかったとき、失語症者の安心感や生活の質が低下する、と考える。一般的には相談と教育が心理社会的問題に対する基本的なアプローチと考えられる。社会参加を促し、健康的な自己意識を維持させることを目標にしてコミュニケーションの成立を図る。コミュニケーションが成功していれば、情緒的にも安定し、社会的参加も促される。

2.2. 慢性期失語症者における抑うつと中年世代における困難

失語症者は以上のように日常生活の制限も大きく、家族等の保護の下に生活を続けることになる。したがって失語症者を支える家族の生活を保障する必要があるが、特に就業年齢の失語症者の場合には、本人の収入が途絶えて家族が収入面でも生活を支える必要が生じる。しかし失語症を含めた言語機能障害者の身体障害者手帳の等級は3級ないし4級で、障害年金の対象とならない場合が多い。そのために家族が働く必要が生じ、家族にとって失語症者の介助に加え、家計の支持、さらには子どもの養育などきわめて大きな負担がかかる。高齢者の場合には老齢年金が支給されることもあり、就労できないことが

大きな問題とはならないが、就業年代の失語症者では高齢者とはまったく異なった生活問題を抱えている。高齢者に比べて中年期の脳血管障害者にはストレス要因が多い。すなわち、中年期には職場においても家庭においても責任が重い。高齢者では職業上は定年を迎え、家庭的にも子育てが終了して経済的にも負担が軽くなる。

老年期の失語症者に対しては介護保険によるデイサービスや訪問リハビリテーションが有効に活用されている。中年世代でも脳血管障害は介護保険の特定疾患に含まれており、40歳以上であれば介護保険サービスを利用することができる。

中年世代の失語症者においては就労して社会的責任を全うすることが必要であるが、職場では日常会話レベルを超えた、正確性の高いコミュニケーション能力が求められる。この点が失語症者にとって大きなバリアになっており、就労率の低下につながっている。「若くして発症した失語症者の家族の問題は深刻である。・・・40歳未満発症の失語症者の夫婦には離別の危険が高い。職業をこれまでのように続けられないために起こる経済的破綻問題、子どもの養育にあたり失語症者が親の役割を十分に果たせないための問題、介護に関わる家族の疲労、失語症者が心理的に不安定であるために起こるトラブルの連続、家族内役割の変化などで家族は疲弊し、失語症者の配偶者が強い抑うつ状態に陥ることも少なくない」と述べられている⁵⁾。

このような過大な負担感に伴い就業年代の失語症者ではうつ状態に陥ることが多く、場合によっては家族関係が維持できなくなることがある。社会保障によってこのような深刻な問題を救済するために失語症者の障害等級の見直しと、それに伴う障害年金受給要件の見直しを当事者は求めている⁶⁾。

うつ症状については50歳以下の慢性期脳血管障害者の8割に抑うつかその他の不安症状が出現する、というデータがある⁷⁾。さらに自殺もこの世代で出現しやすい。山本⁸⁾は自殺した失語症者の共通点をあげている。①年齢が若い。②後遺症の改善に対する失望が強く、障害の受容に欠ける。③職業復帰ができず、生活保護を受けている者が多い。④一人暮らしで、精神的・経済的に支える家族がいない。この背景として、左大脳半球前部損傷によって抑うつが出現する、というデータがある⁹⁾。

この年代層の失語症者に対して就労支援が重要なのであるが、高齢・障害者雇用促進機構の障害者職業センターや障害者自立支援法サービスの中の就労移行支援や就労継続支援を利用している失語症者は数少ない。全国の障害者自立支援法に基づいて自立訓

練、就労移行支援および就労継続支援を行っている828施設のうち27%に失語症利用者がいた。詳細な調査に協力した65施設における失語症者総数は400名で、全利用者の22.3%であった。これら就労に向かつての支援を利用している失語症者は比較的軽度で、年齢層も低い。すなわち就労支援機関では就労に結びつきうる対象のみを受け入れており、重度失語症者は対象になっていない¹⁰⁾。

就業年代の失語症者のうち比較的重度な者は就労できず、収入面で困難を来すことが多い。失語症は身体障害者手帳の対象となるが、等級が3級あるいは4級に限られている。身障手帳の等級は障害年金の額に反映され、これらの等級では生活が困難である。就業年代における失語症者に対する就労支援および社会保障の欠落が当事者によっても指摘されている⁶⁾。

2.3. 社会的入院、リハビリ難民問題および言語コミュニケーション障害者における入院の意義

かつて脳血管障害など障害を残す患者において入院の必要もないのに入院を継続する者がおり、彼らが医療費を圧迫している、との指摘がなされた¹¹⁾。この問題提起は福祉の対象である障害者が医療の対象になっている、との指摘であり、医療と福祉のギャップに関する問題であると考えられる。社会的入院の背景にはリハビリテーションおよび介護施設の不足があり、介護保険の創設によりこの事態は大きく改善された。当時リハビリテーション病院では、一旦リハビリテーションを終了したあとに、またリハビリテーション治療を求めてくる患者がおり、彼らを「滞留患者」と呼んだ。これらの患者はADLがほぼ自立しており、主訴は手と言語を良くしたいことであった。歩行機能に比べて手指機能は巧みな動作であるため、軽度の麻痺であっても実用的使用は困難である。言語機能もなかなか病前のレベルまで達することが難しいので、慢性期に至っても受容できないことが多い。また慢性期にリハビリテーションを希望するのは失語症者本人よりも家族が主体的であることも多い。ここにコミュニケーション障害の特徴があり、コミュニケーションは障害者本人と会話相手との間で成立するので、本人が不十分な発話しかできなくても相手が勘を働かせれば意志は伝わるということもある。一方で、家族が些細な言い間違いや発音の誤りを気にしてしまうこともある。書字にしてももともと余り書字をしていなかった人もいれば、常時書字を必要としていた人もある。言語コミュニケーションの障害には元来の言語活動も関連して、個人やその周囲の人々によって期待の

水準が大きく異なっている。したがって言語リハの継続を望むかどうか、についても個人差が大きい。言語機能は現代社会において高く価値づけられており、ささいな言語障害であっても社会は言語障害を受け入れられない。失語症者自身は社会生活に適應できないのも言語障害のせいだ、と感じる。コミュニケーション行動は自我の発露であり、その障害により自己否定的な心理状態になってしまう。先に述べた滞留患者では、機能的にはもう良くならないことは本人もうすうすう気づいている。仕事ができず、積極的な活動ができなければ、「この障害を克服すること」が人生の目標になり、リハ訓練がその下位目標に位置づけられる。障害の受容ができず、自己欺瞞的な心理状態になっている¹²⁾。

滞留患者と同様の問題を背景として、最近「リハビリ難民問題」が指摘されている。これは脳血管障害の診療に時間的制限が設けられ、発症から6カ月経過した場合医療保険の点数を請求することができなくなったことに由来している。失語症を含む高次脳機能障害はこの制限の対象外に指定された。これは失語症などの高次脳機能障害の機能回復には時間がかかることが認められたためである。麻痺などの運動機能訓練を望む患者は本人が病院における訓練の延長を望んでも、発症6カ月を超えると継続することができなくなった。すでに述べたように失語症などはこの規定を受けないのであるが、病院によっては外来の言語訓練よりも入院患者を優先するという考え方で発症6カ月を超えた失語症者のリハビリテーションは中止となることが多い。発症後6カ月を超えた失語症者の言語訓練は介護保険でのデイサービスや介護老人保健施設が想定されるのであるが、それらの施設では言語聴覚士を含むリハビリテーションのセラピストが不足している。また個人対応の訓練も可能でない場合が多い。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれにおいても、その総数のほとんどが医療分野で活動しており、介護分野に所属する言語聴覚士は7%程度である。さらには介護分野では非常勤勤務であることが多い。したがって維持期のリハビリテーションを介護施設で対応しきれない。これに対して、現在は回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関で介護保険での短時間個別リハビリテーションを代行できることになっている。

2.4. 社会的観点に基づく失語症者支援の方法、失語症友の会活動と仲間の存在、失語症会話パートナー

社会モデルにたつ言語療法が種々に開発されてい

る。個々人が会話の参加者として技能と自信を向上させることを目標として会話訓練が行われる。会話の代償的方略を訓練することは重要であるが、この際も自然な会話の流れに則って行う必要がある。臨床家の指導のもとでコミュニケーション用の脚本を練習することもある。集団は会話療法の理想的な場面を提供する。対話的で、個別的な技能よりも集団での相互作用を重点的に行う。集団で、役割演技を行うプログラムが開発されている。臨床家は自然な流れの相互作用の中で手がかりや促しを与える。

コミュニケーションは複数の人々の間ではじめて成立する。したがって失語症者本人ではなくコミュニケーションの相手から地域社会に至る環境の改善も失語症者の社会適應のために欠くことができない。会話のパートナーを対象とした訓練が広く行われている¹³⁾。コミュニケーションを行う機会がなければ、言語機能が改善しても意味がない。コミュニケーションを生じさせる遊びや仕事などの生活活動の場面でのコミュニケーション活動を自然に促進する。医療・福祉サービスの構造と内容を改善する必要もある。機能障害に対する治療は弱点を強調する結果となるので、友好的なパートナーとの親しい会話のもとで失語症者の自己認識が改善されるようにする。失語症者の自己主張行動も強化する。地域社会におけるサービスを利用する権利がある、という権利意識も高める必要がある。

大田¹⁴⁾は退院後の自立生活を維持することが困難であり、退院時の機能が家庭では低下してしまうことが多いことを指摘している。これは廃用性の変化と考えられており、身体機能面での廃用性障害が重篤な場合は筋の萎縮や関節の可動域制限が生じ、歩けなくなってしまう。コミュニケーション面ではぼけの進行が知られており、われわれのデータでも積極的に活動を促さないと認知機能が低下することが確認された¹⁵⁾。在宅障害者では冬期に機能が低下し、場合によっては寝たきりになってしまうことが報告されている。特に寒い時期には雪が降れば転倒の危険があるので、家の中から出られずに、春には歩けなくなってしまう。言語コミュニケーション障害者では社会的活動に躊躇する傾向が強い。かつての友人などとのつきあいにも消極的である。言語障害は社会活動を制限することになる。

失語症者が慢性期にも言語訓練を希望するのは、言語訓練の場がコミュニケーション活動の貴重な機会になっているためである。歩行訓練などの運動訓練は手足の機能を回復する方法であり、手足の運動機能は歩行や日常活動を行うための手段であると認識される。一方言語機能は、情報伝達、コミュニ

ケーションや社会的活動のための機能であるが、運動訓練と異なる点はコミュニケーション自体がわれわれにとって楽しみとなる点である。自分の意志が相手に伝わることは楽しいと感じられる。しかし失語症者にとってコミュニケーションが成立する場は多くない。コミュニケーションとは話し手と聴き手の間に成立するものである。失語症者が不十分な発話しか発することができなくても、聴き手が推測するなり質問するなりすれば、失語症者の意図が伝わり、コミュニケーションは成立することになる。言語聴覚士が相手であれば場面設定を行い、失語症者の発話意図を確認しやすくしておいて、失語症者にとっては貴重なコミュニケーション機会になる。すなわち言語訓練は単に機能回復のための手段ではなく、その場がコミュニケーションを取る楽しみを感じ、それ自体が目的になる。これが慢性期になっても失語症者が訓練継続を希望する主な理由であると思われる。家庭や言語訓練の場は好むが、広い社会に出て行くことを忌避する理由がここにある。

従って失語症者には自らの失語症を理解し、うまく対応してくれる場が必要である。大田¹⁴⁾は失語症友の会が有効な手段であることを指摘している。お互い失語症者として理解しあえ、他者から評価を受けることがない「安全な」場である。失語症者のグループでは重症度と関係なく、自分と他の患者を比較して、自分にはない良い点を認めることがしばしばある。これは失語症の重症度の枠組みから、すなわち言語機能から個々の失語症者を判断しようとする医療者の介入基準とは異質なもので、「言語機能」で測るリハビリテーションの観点ではない。これは単に人間としての共通性というのではなく、失語症者としての連帯感が反映されているようにも、またリハビリテーションと福祉との観点の相違でもあるように思われる。このような、お互いに認め合い、自らの言語障害を隠す必要のない場として失語症友の会が失語症者の社会復帰の一段階として有用であると思われる。実際失語症友の会をリードしている方々は非常に元気で、社会的活動性も高い。もちろん病前には社会的立場の高かった人々が病後も指導者になるのだと思われるが、失語症であることがご本人の幸せな生活にいささかも影を落とさないように見える人々が、そこにはいる。私がかつて勤務していた病院では、その病院で言語訓練を受け、退院した人達が友の会を作っていて、毎年病院を訪問して下さった。そして入院して言語訓練を受けている患者さん達と会合を持つのであるが、その場面で「もっと元気出して、がんばりなさいよ」といったような、きわめて直截な表現で、言語障害が

あっても積極的な人生を送るように勇気づけてくれるのである。そこには障害とは別に幸せな生活を築けるのだ、という福祉の目標となるメッセージが明確に示されている。われわれ医療者は非指示的カウンセリングの態度を取るようにして、このような人生の目標を指し示すような発言はしないのであるが、友の会の人達は自分も同じ失語症者であるからこそ、このような直接的なメッセージを表明できるし、入院患者さんの方も反発せずに受け入れてくれるのである。リハビリテーションから福祉への観念の転換にあたってピア・カウンセリングの独自の意義があると思われる。このように失語症者に対する社会的支援組織として失語症友の会は大きな役割を果たしており、全国組織も作られている⁶⁾。全国失語症友の会連合会では聴覚障害者に対する手話通訳者や要約筆記奉仕員と同様に失語症会話パートナーの配置を行政による事業として行われるよう求めている。

3. 認知コミュニケーション障害

3.1. 認知コミュニケーション障害とは

外傷性脳損傷などによって生じる高次脳機能障害者では言語機能に障害が出現するわけではないが、コミュニケーション能力に問題が生じる。その結果として社会適応に重大な支障がもたらされる。高次脳機能障害は見えない障害であるといわれる。身体障害のように外見からわかる障害ではない、という意味で、他者から見て高次脳機能障害は理解されにくいことを表している。例えば記憶の障害について記憶は内的な過程であるので、会話相手には障害が気づかれにくい。一方、本人の主観的体験として体験内容が想起できないことを意識しないことがある。その結果として同一内容の話を何回も繰り返すとか、食事をしたことを忘れて要求するなどの行動が出現する。高次脳機能障害は本人にとってもわかりにくい。しかし、どの高次脳機能障害者も自身の障害に気づかないわけではなく、またどの種類の高次脳機能障害も気づきにくいわけではない。記憶の障害で言えば、前頭葉病変を伴う例では自己の記憶障害に気づかず、さらには作話を示す。一方、後方の側頭葉病巣例では自己の記憶障害に悩むことが多い。これは記憶障害の重症度によると考えることができる。すなわち、過去の体験に関して全く忘れてしまえば忘れたことさえわからないことになるし、一部分でも覚えていれば思い出さないことを意識する。認知論的に言えば、記憶過程の障害であれば想起できないことを意識することはできない。一方、想起過程の障害であれば、一旦は記憶しているわけで、

想起できないことを認識することができるのかもしれない。

外傷性脳損傷では前頭葉および側頭葉を中心に広範囲の脳損傷が生じる。これらの複合的な脳損傷の結果として記憶、注意、遂行機能（目標行動を計画し実行する能力）といった多彩な高次脳機能障害が生じ、さらに攻撃行動や抑うつなどの社会的行動障害が出現し、重大な社会的不適応をもたらしている。記憶、注意などの認知障害と行動障害とは脳損傷によってそれぞれが生じているのではなく、さまざまな認知能力の障害に伴って生じるコミュニケーションの障害によって社会的不適応が生じ、行動障害として現れる、と考えられる。したがってコミュニケーションの障害に対する対処方法を開発することは外傷性脳損傷者のリハビリテーションにおける中心的課題の一つである。

外傷性脳損傷では失語症を呈することは少ないが、コミュニケーションの障害を示す¹⁷⁾。その障害像は次のように記載されている。「外傷性脳損傷者はよく話す、伝わりにくい。話題が次々に移り、話す内容が抑制を欠いていて、話す内容ごとの関連性が乏しい。一方で、発話の量も適当で多様な形式の言語活動を示すが、発話速度が遅く、発話の形式が不完全で、休止が多く、常套句に頼る。また、長く複雑な話や推論あるいは話の真意については談話の理解の障害も示す。社会的常識にそぐわない会話スタイルを示すことがあり、他者に対して感受性が乏しく、他者に対して興味を示さず自分中心の会話をする。ユーモアが未成熟あるいは不適当で、他者の発話中にしばしば割り込む。社会的態度はぶしつけで、過度に親密で抑制を欠いた言い寄るような言動を示したり、自己表現が不適切であったりする¹⁷⁾」。以上の例だけでも内容的整合性から社会的態度までの多様な障害を含むことがわかる。

3.2. 高次脳機能障害者における社会的行動の障害と入院の意義

高次脳機能障害者ではコミュニケーション行動を媒介として社会的行動障害が生じる。急性期から亜急性期には意識障害に基づく錯乱、興奮状態を示す。これらの症状は一過性である。前頭葉性抑制障害の一つの症候として攻撃性が亢進し、前頭前野の眼窩部損傷と関連する。また病的な情動表現として情動失禁、病的泣き笑いが挙げられる。発動性障害、無感情、無関心には前部帯状回損傷が関連する。抑うつ状態はきわめて一般的である。

このような対象者には会話を通じて向社会的コミュニケーション方法を獲得させることが必要に

なる。コミュニケーションパートナーが協力的なコミュニケーションスタイルを示す。要求的な質問は避け、必要とされる手がかりを含む質問を行う。適切な会話の順番を守り、語想起の困難などには助けを出す。さらに当事者の思考をまとめ、発展させるために興味ある話題を導入する。さらに社会適応を促進するスキルを体系的に教育する。生活技能を楽しい雰囲気の中で、成功体験を積み重ねて学習する。内容は目標行動のリハーサル、フィードバック、促進、モデルの呈示、変化のプログラム化、課題の指定、から成る。対人関係を効果的に形成・維持する行動、例えば会話する時の姿勢、挨拶の仕方、言葉遣い、自己主張の仕方などをとりあげる。例えば「声をかけて会話を始める」というスキルであれば、伝えたい内容や話しかけたいことを考えたり、話ができそうなタイミングを選ぶ上でのポイントについて話し合う。その上で病院や施設で同室者に話しかける場面のロールプレイを行う。

わが国では後述するように高次脳機能障害支援普及事業として各都道府県に支援拠点期間が指定されている。しかしそれらの病院においても高次脳機能障害者が入院する場合は発症・受傷後の急性期において原因疾患の治療のために入院するのであって、高次脳機能障害自体のために入院することは基本的にない。基本的ADLが自立すれば外来でリハビリテーションを受けることになる。この際に上記の社会的行動障害を重度に呈する患者では家族の受け入れが困難になる。海外においては「神経行動リハビリテーションユニット」があり、閉鎖病棟にして管理することも多い¹⁸⁾。すなわち高次脳機能障害として重度である場合の入院診療体制がわが国には欠けていることになる。精神科病院がこの機能を代替していることが考えられるが、高次脳機能障害における社会的行動障害の専門的介入のためのプログラムが必要であろう。

3.3. 高次脳機能障害の家族に生じる問題点

家庭内に脳損傷者がいると、抑うつなどの不健康な反応が家族に出現する¹⁹⁾。ストレスは介護負担に関連しており、「自分一人に介護の全責任がかかっている」、「将来にわたり脳損傷者の介護をする者がいない」、「自分の努力が感謝されない」などと感じられる。介護者の社会的活動の機会が失われ、さらに介護の財政的な費用負担が生じる。これらの結果として家族間に怒りの感情が生じることになる。

家族の中でも障害者の配偶者には介護に加えて障害者本人が果たすべき役割も自分で負うことになる。配偶者の脳損傷によって経済的負担も負わなければ

ならず、負担感が過重になる結果、夫婦ともに自信喪失し、離婚に至る場合も多い。英国のデータでは脳損傷後5年から8年の間に離婚や別居をする夫婦は49%に達する²⁰⁾。また、脳損傷後に脳損傷者の共感性が低下することも結婚生活の継続に大きな支障となる。

また脳損傷者の子どもの健康状態に影響が出ることが知られている。片親が脳損傷の24家族のうち、10家族で学校や家庭で行動問題を起こす、という²⁰⁾。父親が脳損傷である場合に子どもが行動問題を起こすリスクがより大きい。種々の欲求不満に対して脳損傷の父親の耐性が低く、自己中心的であり、遊んだりふれあうことがない。また非脳損傷の親がうつ状態になった場合、健全な親が脳損傷の親の機能を補償できなくなる。

このように高次脳機能障害者の家族は高次脳機能障害の治療を通じて、解決よりも問題点に繰り返し直面することになる。自分たちの生活に影響する大きな出来事にうまく対応できないと感じる。この無力感を克服することが目標となり、個々の問題点に対応するよりも、今後起こってくる問題に対応するスキルを学習する必要がある。当事者自身は社会的行動障害に対して戸惑い（暴力やこだわりの発現、意欲低下、人格変容）、このために社会へ積極的な結びつきが弱くなる（就労・就学困難、家族以外の他者との交流欠如）。家族側の問題としては、家族関係の変化（同胞、親とのかかわり方、親子・夫婦関係の問題）および家族自身の生活ならびに人生にかかわる葛藤（経済的不安、外出行動の制限）が挙げられる。

3.4. 失語症と認知コミュニケーション障害を含む高次脳機能障害者に対する社会的支援制度

高次脳機能障害者に対する社会的支援体制は近年大きく変化している。これらの動きは当事者からの問題提起により始まった。高次脳機能障害は身体障害のような、外見上一目でわかる障害ではない。そのため社会から認識されず、適切な支援を受けることができない、という主張である。平成13年度から高次脳機能障害支援モデル事業が開始される以前では、身体障害を伴わない高次脳機能障害者は障害者手帳を取得することができなかった。脳血管障害による高次脳機能障害では片麻痺などの身体障害を伴うことが多いのに対し、外傷性脳損傷後の高次脳機能障害者では身体障害を伴わないことが多い。また、外傷性脳損傷の原因は交通事故が多く、また若者が多い。従って若年の外傷性脳損傷者で、身体障害を伴わない層で、最も深刻な社会的支援の不足が生じ、

社会的支援の要求が高まっていた。脳血管障害では失語、失行、失認などの一側大脳半球損傷に基づく高次脳機能障害が出現するのに対し、外傷性脳損傷では脳挫傷、クモ膜下出血およびびまん性軸索損傷など複合的で全般的な脳損傷が出現する²¹⁾。

3.4.1. 手帳制度

高次脳機能障害者では、それぞれの障害の内容や程度に応じて、身体障害者福祉法や精神保健福祉法に基づいた福祉サービスが利用できる。脳血管障害や脳外傷など脳の器質的疾患に伴う高次脳機能障害の中で、失語症に関しては、身体障害者手帳（音声言語）を取得できる。しかし、障害の程度と比べ等級が3、4級と、軽いと言われる。身体障害のない高次脳機能障害では、器質的精神病として精神保健福祉法の対象とされている精神保健福祉手帳の交付によって、精神保健福祉法に定められたサービスが受給できる。精神保健福祉サービスの利用者は、主に統合失調症などの精神疾患を有する人であり、高次脳機能障害に対するサービス内容とは異なっている。

3.4.2. 就労支援機関

障害者の就労支援機関として、障害者職業能力開発校、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターなどがある。障害者職業センターは各都道府県に設置され、公共職業安定所と連携して障害者の就労支援を行う。障害者手帳を持たない障害者も支援の対象となる。障害者就業・生活支援センターは、就労や生活に関する相談支援や勤務先職場との調整を通じて地域で生活し、働く障害者の身近な支援機関である。

3.4.3. 障害の認定

3.4.3.1. モデル事業の診断基準

厚生労働省による高次脳機能障害支援モデル事業では新たな高次脳機能障害診断基準がまとめられた¹⁶⁾。この基準では外傷性脳損傷を中心とした、大脳のびまん性病変に基づく認知行動障害全般を指していると考えられる。失語症は身体障害者手帳で障害の認定が可能であるために除外され、また認知症は介護保険の対象となるために除外されている。このほか先天性疾患、発達障害なども除外されている。

3.4.3.2. 自動車損害賠償保険法における高次脳機能障害の認定

自動車保険料率算定会の障害認定においては、「脳外傷による高次脳機能障害」という概念を整理し、これは脳外傷後の急性期に始まり多少軽減しながら慢性期へと続く全般的な認知障害と人格変化等を特徴とする臨床像だとした。

3.4.3.3. 労災保険における高次脳機能障害の認定

厚生労働省は「神経系統の機能または精神の障害に関する」認定基準を全面的に改正し、高次脳機能障害の認定基準がより明確なものに改められた²²⁾。

3.4.3.4. 健康保険制度

健康保険の診療報酬において高次脳機能障害の早期リハビリテーション加算が算定されている。高次脳機能障害はモデル事業で提案されている診断基準を用いて診断し、発症日は診断基準により診断が行われた日とする。「発症」から一定日数以内にリハビリテーション計画に基づいて行った医療行為（個別のリハに限られる）に対して保険診療点数を加算する。

3.4.4. 障害者自立支援法

本法は身体障害、知的障害、精神障害に対する福祉施策を一元化し、3障害間の制度格差をなくすことを目的としている。市町村が実施主体となり、都道府県はこれをバックアップする。高次脳機能障害者は身体障害または精神障害として認定、障害者自立支援法に基づくサービスを利用する。

平成17年度に開始された高次脳機能障害支援普及事業は障害者自立支援法において、都道府県の行う専門的な相談支援事業として、高次脳機能障害支援普及事業を行う。この事業は障害者自立支援法の地域生活支援事業に位置づけられる¹⁶⁾。

この事業では都道府県にリハビリテーションセンター、大学病院、県立病院等に高次脳機能障害者への支援拠点機関を置く。支援拠点機関では相談支援

コーディネーターを置き、支援体制の整備と相談支援を行う。支援体制整備には連絡委員会の開催等関係機関との連携、関係機関、自治体職員に対する研修、関係機関への指導、助言を行う。相談支援としては、専門的なアセスメント、ケアプランの作成、ケアプランに基づくサービスの提供を行う。

岡山県では川崎医科大学付属病院とひらた旭川荘に支援拠点期間をおき、地域病院、リハ病院、精神科病院、生活支援、就労支援、就学支援に関わる福祉機関、当事者団体と連携を持つとともに医療および福祉の専門的サービスを提供している。高次脳外来は診断評価とともに支援の窓口となり、支援コーディネーターが関連機関と連絡する。短期入院や外来リハにより注意・記憶の訓練から遂行・ソーシャルスキルの訓練に進む。対象者は10代から50代の男性、脳外傷と脳血管障害が多い。福祉支援では就労支援と福祉サービス利用相談を行う。連携先に対し標準的サービス内容の情報を提供する。当事者および家族を対象としたグループワークが有用で、川崎医大、地域活動支援センター、地域作業所および中山間地の病院で開催している。

高次脳機能障害外来および社会的支援機関における相談件数は県内一円に広がっているが、高次脳機能障害の診断とリハビリテーションを行う関連医療機関は県南部の岡山市および倉敷市に偏っている。そのため保険福祉圏域ごとに窓口機能を持つ医療機関を指定し、その病院を中心とした地域内のネットワーク作りを模索している²³⁾。

文 献

- 1) 石神重信, 種村純, 島田睦雄: 中途障害者の雇用実態と継続雇用の方策—脳血管障害, 身体障害者雇用促進協会編, 身体障害者雇用促進協会昭和54年度研究調査報告書, No.3, 通巻第30号, 1979.
- 2) 高次脳機能障害全国実態調査委員会: 高次脳機能障害全国実態調査報告, 高次脳機能研究, **26**, 209-218, 2006.
- 3) 立石雅子: 失語症者の社会参加, 鹿島晴雄, 大東祥孝, 種村純 (編), 失語症セラピーと認知リハビリテーション, 343-350, 2008.
- 4) Simmons-Mackie, N.: Social Approaches to Aphasia Intervention, In R. Chapey (Ed.) Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurologenic Communication Disorders, New York, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- 5) 佐野洋子: 失語症のリハビリテーション, 各ステージに応じた対応, 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, 大阪, 永井書店, 175-184, 2008.
- 6) NPO 法人全国失語症友の会連合会: <http://japc.info/>.
- 7) Espmark, S.: Stroke before 50: A follow up study of vocational and psychological adjustment, Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, Suppl. no.2, 1973.
- 8) 山本晴美: 失語症患者とともに生きる, 婦人公論, 5月号, 314-321, 1989.
- 9) Robinson, RG, Lipsy, JR, Raok, K and Price, TR: Two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: comparison of acute-onset with delayed onset depression, American Journal of Psychiatry, **143**, 1238-1244,

1986

- 10) 種村純：高次脳機能障害者の地域生活支援の推進に関する研究，失語症者の社会参加，厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）研究報告書，2011.
- 11) 山路克文：医療・福祉の市場化と高齢者問題，「社会的入院」問題の歴史的展開，ミネルヴァ書房，京都，148-168，2003.
- 12) 種村純，石神重信，藤田勉：脳卒中発症後の再適応過程に関する自我心理学的一研究，老年心理学研究，**3**，75-82，1977.
- 13) NPO 法人言語障害者の社会参加を支援するパートナーの会和音：<http://npowaon.jp/>.
- 14) 大田仁史：芯から支える，荘道社，1994
- 15) 種村純，古川正雄，石神重信：老年期における機能連関に関する研究（I），特養ホーム入所者における知的，身体的機能連関と施設差，老年心理学研究，**5**，73-85，1978.
- 16) 国立身体障害者リハビリテーションセンター：高次脳機能障害支援モデル事業報告書，平成13年~15年度のまとめ，2004.
- 17) Togher T, McDonald S, Code C: Communication problems following traumatic brain injury, In McDonald S, Togher L, Code C (eds), Communication disorders following traumatic brain injury, Hove, Psychology Press, 1-18, 1999.
- 18) Alderman N: Contemporary approaches to the management of irritability and aggression following traumatic brain injury, Neuropsychological Rehabilitation, **13**, 211-240, 2003.
- 19) Oddy M, Herbert C: Intervention with families following brain injury: Evidence-based practice, Neuropsychological Rehabilitation, **13**, 259-273, 2003.
- 20) Oddy M, Herbert C: Brain injury and the Family: A Review, Tyerman, A., King, N.S., Psychological approaches to rehabilitation after traumatic brain injury, Oxford, Blackwell, 431-448, 2008.
- 21) 前島伸一郎，大沢愛子：高次脳機能障害者の社会支援，ブレインナーシング，**21**，1051-1060，2005.
- 22) 後藤祐之：地域で生活する高次脳機能障害者への支援について．社会福祉法人旭川荘研究年報37，2006
- 23) 岡山県高次脳機能障害相談支援体制連携調整委員会：平成20年度岡山県高次脳機能障害支援普及事業最終報告書，2009.