

一般社団法人 日本損害保険協会助成事業

神奈川脳外傷リハビリテーション講習会



高次脳機能障害のリハビリテーション

ーイギリスの神経心理リハビリテーション
・障害者支援から学ぶー



The Oliver Zangwill Centre

【日時】 平成 31 年 1 月 13 日 (日) 13:00~16:30

【会場】 横浜市中区 情文センター 6Fホール

主催 神奈川脳外傷リハビリテーション講習会実行委員会

後援 神奈川県 横浜市健康福祉局 横浜市社会福祉協議会

神奈川県リハビリテーション支援センター

NPO法人日本脳外傷友の会

神奈川脳外傷リハビリテーション講習会

・ ・ ・ 次 第 ・ ・ ・

総合司会

神奈川リハビリテーション病院 総合相談室
永井 喜子 氏

13:00 開会挨拶 クラブハウスすてっぴなな 統括所長
野々垣 睦美 氏

13:10 基調講演
「イギリス OZC(Oliver Zangwill Centre)への留学での学び」
神奈川リハビリテーション病院 リハビリテーション科
医師 青木 重陽 氏

13:55 休 憩

↑
この資料のみスキャンした。他は割愛。

14:05 講演Ⅰ
「日英の神経心理学リハビリテーションについて」
専修大学人間科学部心理学科
教授 岡村 陽子 氏

14:50 講演Ⅱ
「英国での障害者支援の今」
関東学院大学社会学部現代社会学科
教授 麦倉 泰子 氏

15:35 休 憩

15:45 シンポジウム
コーディネーター
神奈川リハビリテーション病院 総合相談室 佐藤 健太 氏

16:30 閉会挨拶
NPO法人脳外傷友の会ナナ理事長 外崎 信子 氏

英国 the Oliver Zangwill Centre に学ぶ 脳損傷者のリハビリテーション



神奈川県リハビリテーション病院
リハビリテーション科医師
青木重陽

高次脳機能障害って難しくないですか？

我が国の高次脳機能障害は、2001年～のモデル事業で診断基準が作られて以降、本格的な対応が始まりました。

様々な尽力により、「高次脳機能障害」という言葉は広く使われるようになりました。

しかし、高次脳機能障害に対応しようとする、現実にはどうしたらよいかわからない状態が続いています。

(その最大の理由は多因子が絡むことであると考えます。)

つまり、

「高次脳機能障害をよく知らない」という時代から

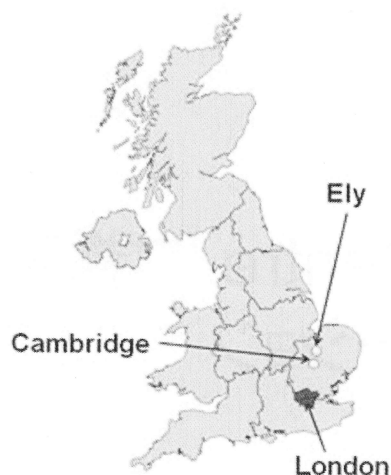
「高次脳機能障害者は勉強しても難しい」という時代になっているのです。

なぜ英国？

私自身もこの分野のリハの答を探せず、
若干の停滞感を感じていました。

英国には
the Oliver Zangwill Centre (OZC)
という、後天性脳損傷 (acquired brain
injury; 日本の高次脳機能障害に近い
概念です) 者に対するリハを実施し、
世界に情報を発している機関があります。
2017年3月～2018年3月(1年間)、
OZCに滞在することができました。

ここで、神経心理学的リハ
neuropsychological rehabilitationと
いう一つの答を学んできました。




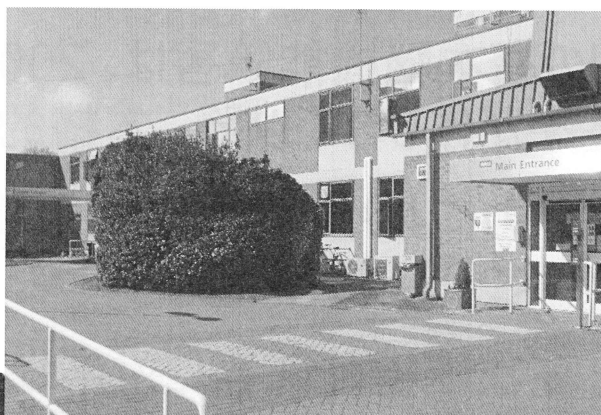
OZCはケンブリッジの近くの
Elyという町にあります




現センター長 (manager) の
Andrew Bateman [PT] と

The Oliver Zangwill Centre (OZC) とは

Princess of Wales Hospital 
OZCはこの病院内にあります。
決して広くはありませんが
とてもcozyなところです。



OZCの主なチームスタッフ。20名弱の
スタッフがプログラムを担っています。

裏庭では 
美しい緑の芝生の上を
野生のリスが走り回っています。



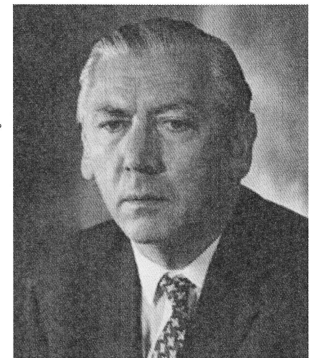
The Oliver Zangwill Centre (OZC) とは



センター創始者Barbara Wilson [Psy]と

👉 OZCは、Barbara Wilson によって1996年に設立された。つまり、OZCは実は‘Barbara Wilson Centre’である。

ちなみに、Oliver Zangwill は英国神経心理学の父とされる 👉 神経心理学者。ただ、自身はOZCとは直接関係がない。名前を決めるに際し、最もしがらみの少ないOliver Zangwill の名前を戴いたとのこと (Barbara Wilson談)。



Oliver Zangwill

目次

1. 英国での経験

-Neuropsychological Rehabilitation とは

2. 帰国してから

-日本でのプログラム実施における課題

英国での経験

-Neuropsychological Rehabilitationとは-



ケンブリッジの朝

用語

-高次脳機能障害と後天性脳損傷-

高次脳機能障害とは(行政的な高次脳機能障害)

高次脳機能障害とは、外傷性脳損傷、脳血管障害などの器質性脳病変の後遺症として、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等を呈するものであり、これにより日常生活や社会復帰に困難を来す者が少なくない。(www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/model/houkokusho/)

2001年から実施された高次脳機能障害モデル事業で、上記の意味で初めて用いられた・・・つまり、行政用語なのです。

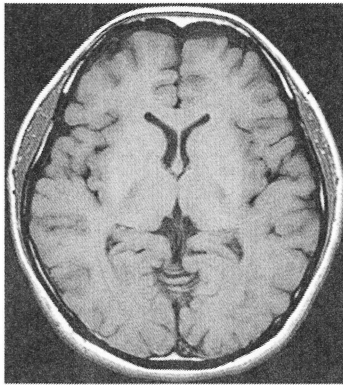
逆を言うと、こうした「症状が先にあつて医学的理論が追いついていない病態」にいよいよ目が向けられる時代になったのだと思います。

その後に注目されるようになった発達障害や認知症にも同様の性格があります。

英語では・・・？

後天性脳損傷 acquired brain injury ABI という用語が、日本の「高次脳機能障害」に非常に近い形で用いられています。higher brain dysfunction 等は使われません。

高次脳機能障害の複雑さ



①必ず脳の幾つかの部位が関係する。

高次脳機能障害に関わる脳の部位は、必ず他の部位と連絡を持つ。

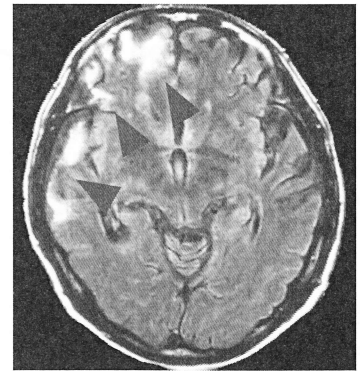
従って、脳のこの部位を良くすればよいというモデルでは足りない。関連する部位への配慮を要する。

②通常、複数の部位に損傷を来す。

脳外傷などは、現実には、一度の受傷で多くの部位に損傷を来す。

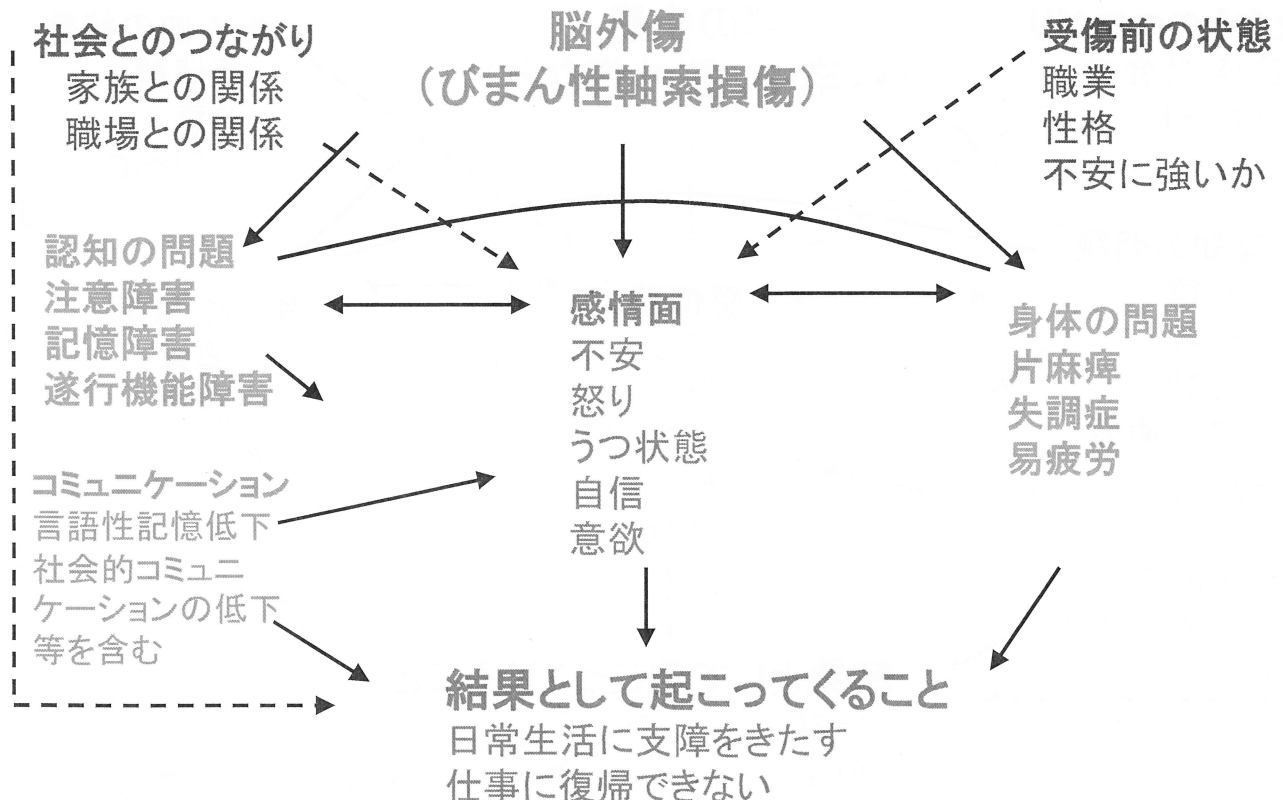
脳の複数部位が関係する機能の障害が複数重なった、複合障害となる。

一つの神経モデルでは当てはまりきらない。

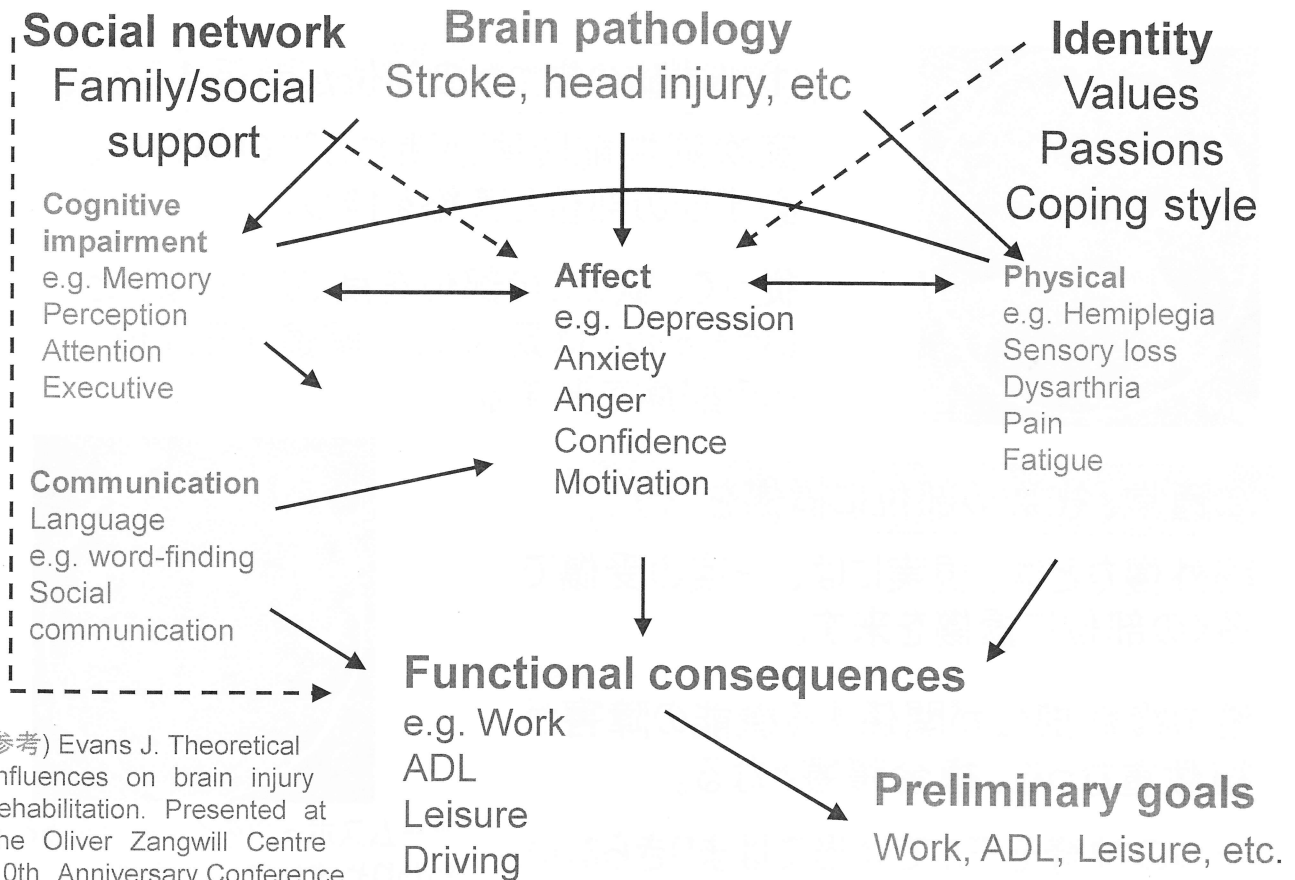


チームスポーツをイメージするとわかりやすいでしょうか？

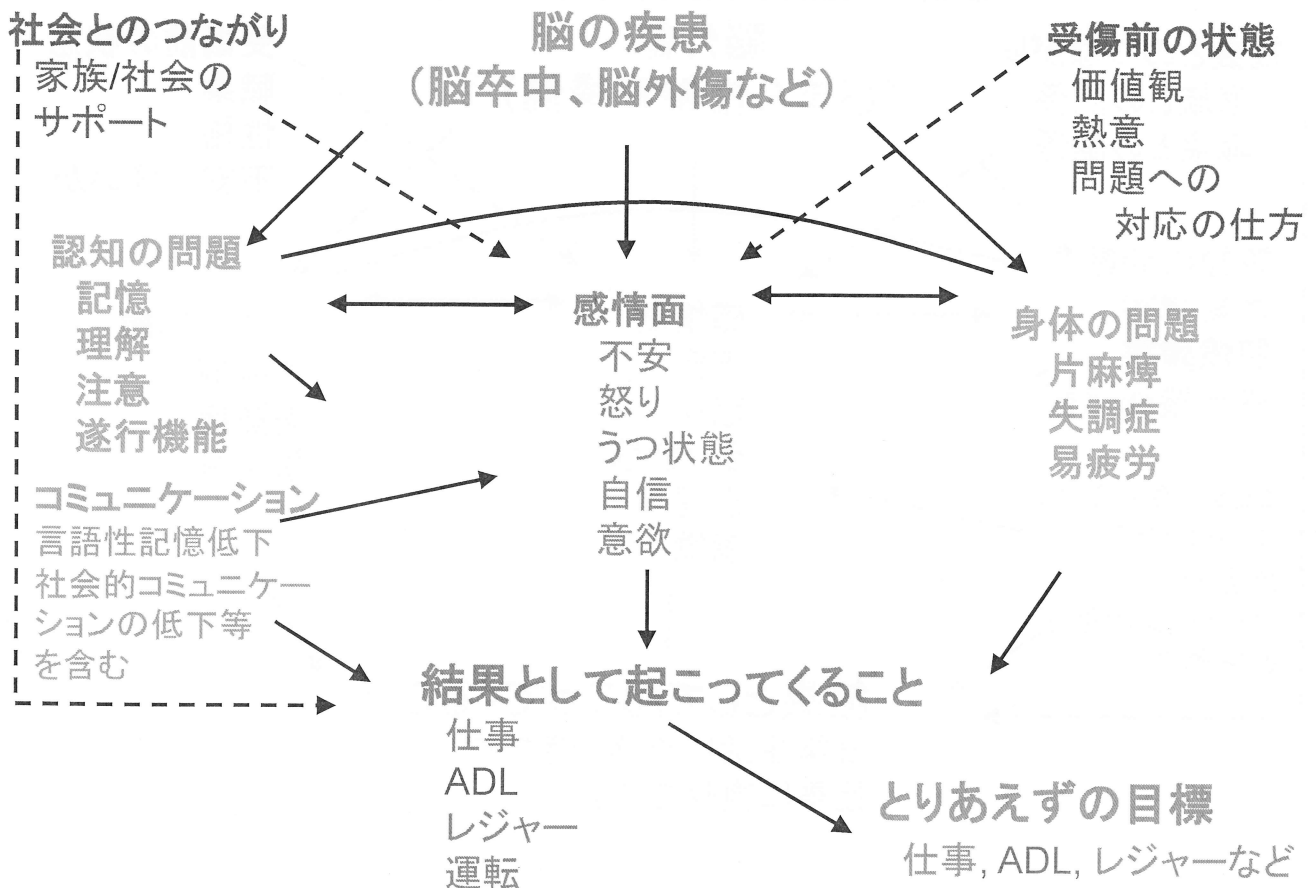
後天性脳損傷者の状態



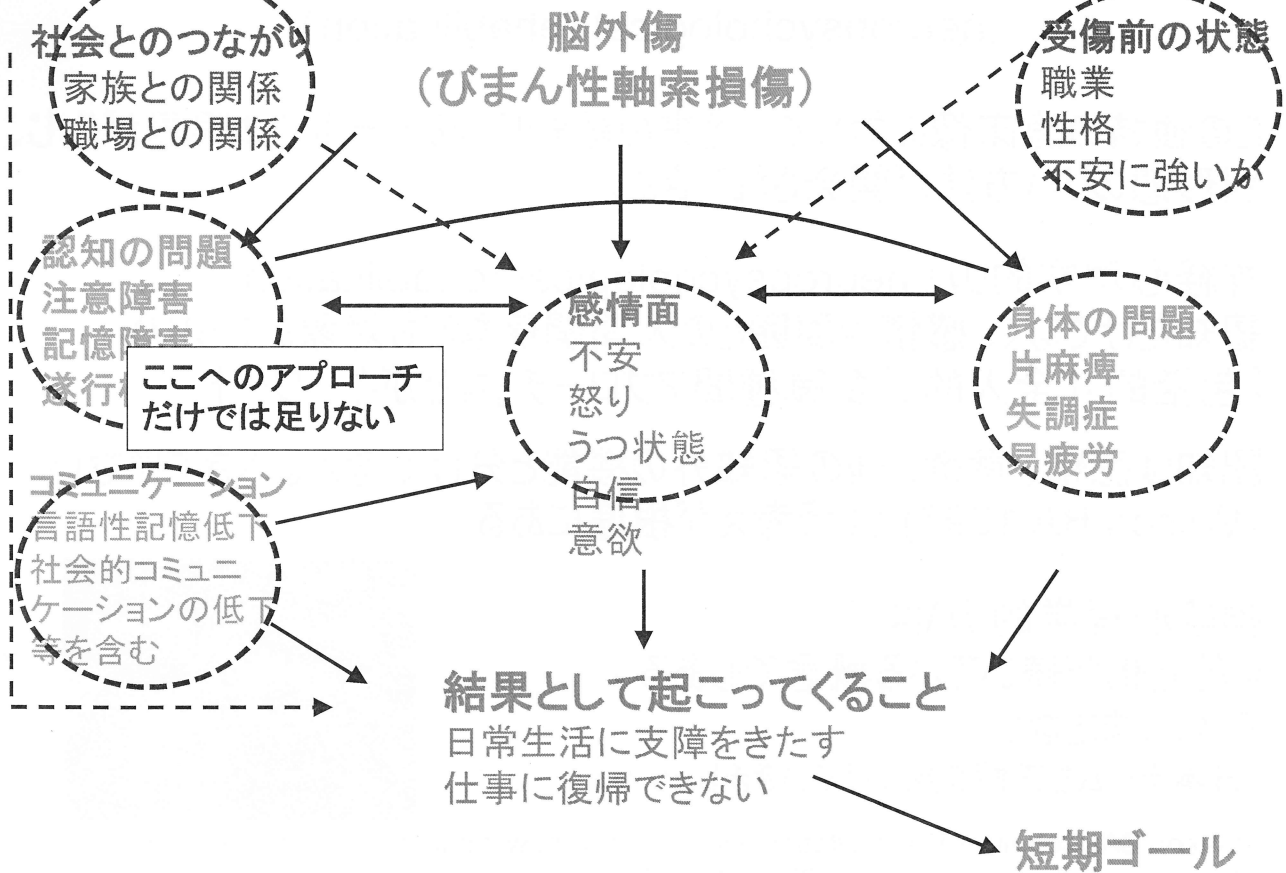
Assessment Formulation



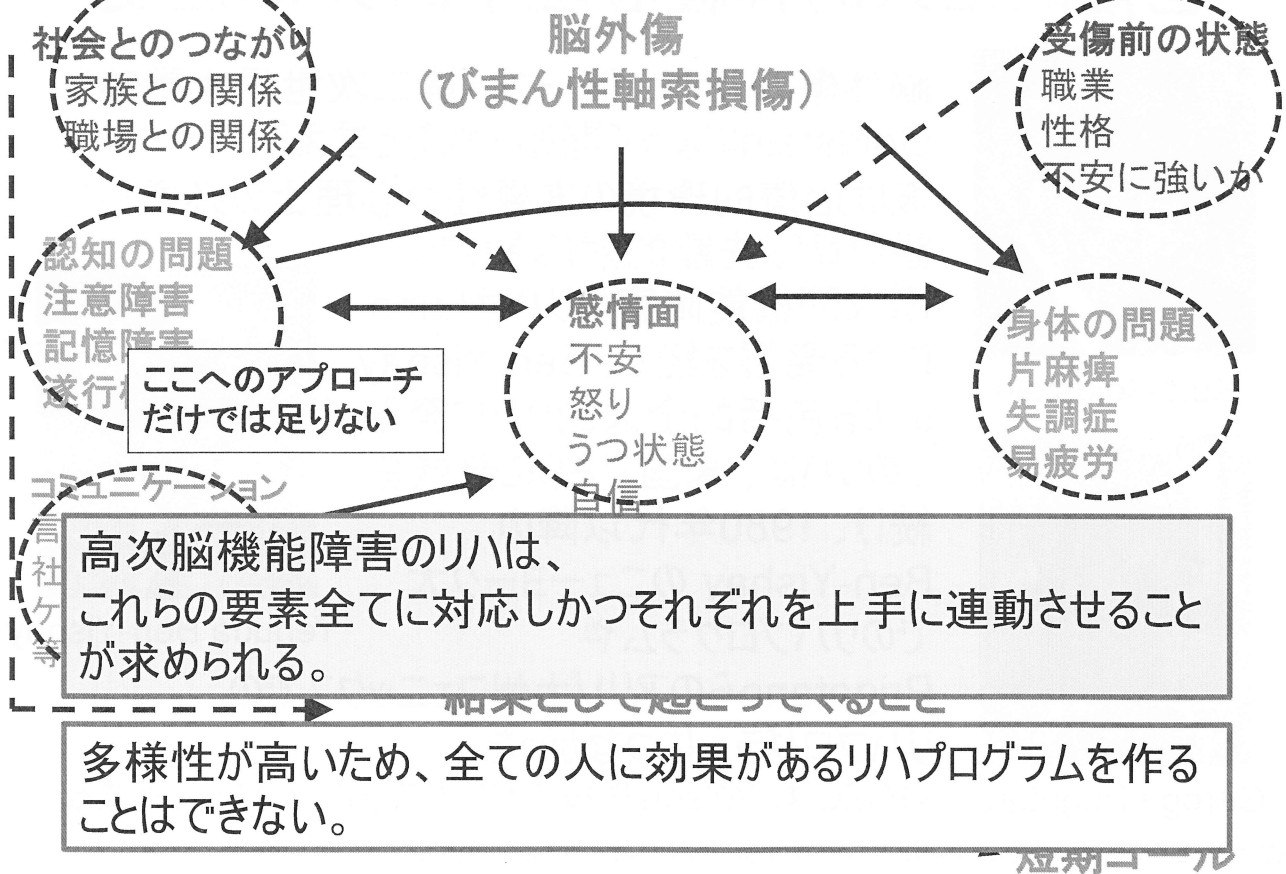
Assessment Formulation (翻訳)



後天性脳損傷者のリハ



後天性脳損傷者のリハ



神経心理学的リハへの発展

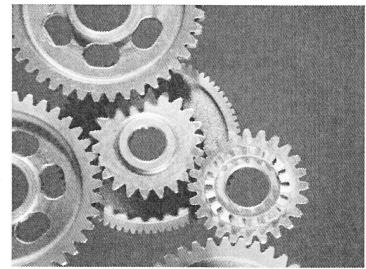
(neuropsychological rehabilitation)

この独特の臨床像に対して、従来の認知リハのモデルでは限界が生じ、別形態のリハ方法が開発されてきた。

神経心理学的リハ neuropsychological rehabilitation
認知だけでなく、感情や周囲との人間関係なども対象とするリハ
「包括的」「全人的」「多職種間アプローチ」などがキーワード

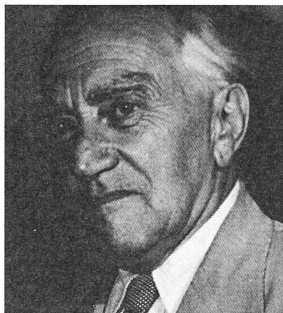
認知は感情、意欲、他の認知外の機能と分けて考えるべきではない
(Wilson BA 1997) という考えが根底にある。

神経心理学的リハは、
まだ進化が続いている概念でもある。
正解はまだない。
(日本チームも正解を見つけたいきましょう！)

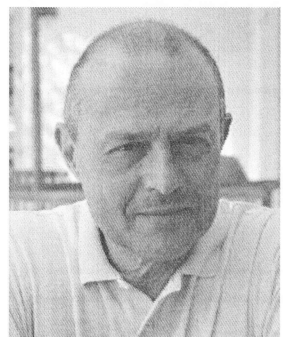


Wilson BA: Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be. J International Neuropsychological Society, 1997, 3, 487-496

包括的全人的神経心理学的リハの歴史



Kurt Goldstein



Geroge Prigatano

脳外傷のリハは、第一次・第二次世界大戦時に Goldsteinによって開始されたと言える。

彼は治療的環境の重要性や心理士の必要性を説くなど、先駆的対応をした。

高次脳機能障害のリハはLuriaによる発展を経て、Ben-Yishayによる包括的全人的リハに至る。

このリハは、米国でさらに発展を続け、1980年代以降の

Ben-Yishay のニューヨーク大でのリハプログラムや

Prigatanoらのアリゾナ州フェニックスでのリハプログラムにつながった。



Yehuda Ben-Yishay

※OZCは、Wilson BAのフェニックス訪問(1993)に始まる。

OZCでのリハとプログラムの適応

OZCで行われているリハ(及びその元となった米国でのリハ)は、
神経心理学的リハに基づくものである。

このプログラムは「本人にアプローチをする」ことが念頭におかれており、
すなわち全員に役立つものではない。

- ・自分に対して若干の関心が払える状況があるかがポイントである。
- ・就労を考慮できるレベルの者が目安となる。

気づきがわずかにでも無い場合には、環境の調整が主体となる。
(家族を含む)

高次脳機能障害者の経過は長い旅 long journey と表現される。
それを請け負うのは、地域のケースワーカー、家族、そして本人である。

Prigatano GP. Learning from our successes and failures: Reflections and comments on
“Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be”. J International Neuropsychological
Society, 1997, 3, 497-499

OZCの基幹リハプログラム

以下の形で構成をされるが、
クライアントによって柔軟に
予定を変えることも多い。

Assessment 現在は、通常2日間で行っている
適否の判断、フォーミュレーションの作成

Intensive phase 集中フェーズ
6週からなる、集中訓練

3-4名程度のグループ訓練
個別訓練を平行して行う

1週: 導入 introduction
2週: 脳損傷理解
understanding brain injury
3週: 注意と記憶 attention and memory
4週: 遂行機能 executive function
5週: コミュニケーション communication
6週: 情緒 mood

Integration phase 統合フェーズ
集中フェーズの後にある、12週の訓練

個別訓練の頻度が高まる

Follow up 終了後、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月時に実施

OZCの基幹リハプログラム 1日の流れ

Intensive phase
集中フェーズ
週4日(月～木)

Integration phase
統合フェーズ
週2日

10:00-10:30

コミュニティミーティング

10:30-13:15

グループセッション
×3

個別セッション
×3

13:15-14:15

ランチタイム
セラピー犬の散歩

ランチタイム
セラピー犬の散歩

14:15-16:00

個別セッション
×2

個別セッション
×2

※常に紅茶を片手に、リラックスできる治療環境を作る工夫が随所にされている。

Intensive phase 集中フェーズ Time table

TIME	MON	TUE	WED	THURS
10:00am til 10:30am	Community meeting LG room	Community meeting LG room	Community meeting LG room	Community meeting LG room
10:30am til 11:15am	Jess Executive Function LGR	Jess Executive Function LGR	Pieter Support Group Large Group Room	Jess Executive Function LGR
Break	Break Order lunch at Docky Box	Break Order lunch at Docky Box	Break Order lunch at Docky Box	Break Order lunch at Docky Box
11:30am til 12:15pm	Jess Executive Function LGR	Jess Executive Function LGR	Jess Executive Function LGR	Jess Executive Function LGR
Break	Break	Break	Break	Break
12:30pm til 1:15 pm	Jess Executive Function LGR	Sue/Andrew Physical Group Large Group Room	Jess Executive Function LGR	Jess Executive Function LGR
Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
2:15 pm til 3:00 pm	Pieter IPC Room 2	Jess Mood Room 1	James Cog Conf Room	Jess Executive Function LGR
Break	Break	Break	Break	Break
3:15 pm til 4:00 pm	Leyla SLT Room 1	Sue OT Room 2	James Control Skills Room 1	Home

1週: 導入 introduction

2週: 脳損傷理解

understanding brain injury

3週: 注意と記憶

attention and memory

4週: 遂行機能

executive function

5週: コミュニケーション

communication

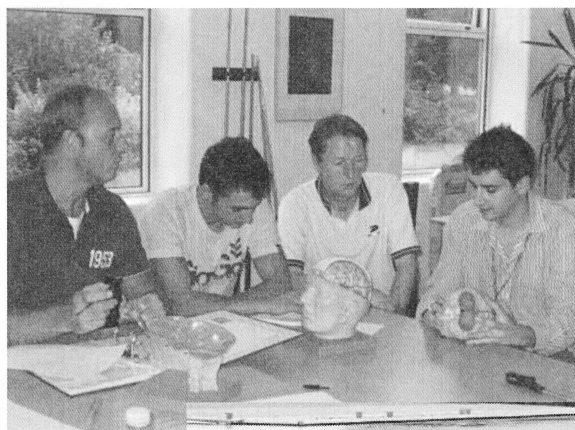
6週: 情緒 mood

あるクライアントの

executive function weekの

1週間のスケジュール

Intensive phase 集中フェーズ



治療的環境の中で
実際に行動を通して
自分の理解を高める



Integration phase 統合フェーズ

- ・個別訓練が基本となる。
- ・individual program coordinatorが軸となって、各クライアントの個別性にあわせてプログラムを用意する。
- ・場合によっては、職場に出る経験なども開始される。



神経心理学的リハのコアコンポーネント

Prigatano (1992) の5つ+1のコアコンポーネント

- 1) 認知リハ Cognitive rehabilitation
- 2) 心理療法 Psychotherapy
- 3) 治療的環境の確立
The establishment of the therapeutic milieu
- 4) 教育 Education
- 5) 家族との共同作業
Working alliance with the patient and family
- + 保護された就労トライアル (a protected work trial)

⇒英国OZCでは、OZCの理解の下で、一部内容や順番を改変

Prigatano GP. Learning from our successes and failures: Reflections and comments on "Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be". JINS, 1997, 3, 497-499

Wilson BA. The Oliver Zangwill Centre approach to neuropsychological rehabilitation. In Wilson BA(Ed) Neuropsychological rehabilitation. 2009, 47-67, Cambridge University Press

神経心理学的リハのコアコンポーネント

OZC (2009) による6つのコアコンポーネント

(Prigatanoのコアコンポーネントを一部改変)

- 1) 治療的環境 The therapeutic milieu
- 2) 障害理解の向上 Shared understanding
- 3) 機能的対応(含就労)
Meaningful, functional, goal-directed activities
- 4) 認知
Learning compensatory strategies and retraining skills
- 5) 心理学的介入 Psychological interventions
- 6) 家族 Working with families and carers

Prigatano GP. Learning from our successes and failures: Reflections and comments on "Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be". JINS, 1997, 3, 497-499

Wilson BA. The Oliver Zangwill Centre approach to neuropsychological rehabilitation. In Wilson BA(Ed) Neuropsychological rehabilitation. 2009, 47-67, Cambridge University Press

治療的環境 The therapeutic milieu

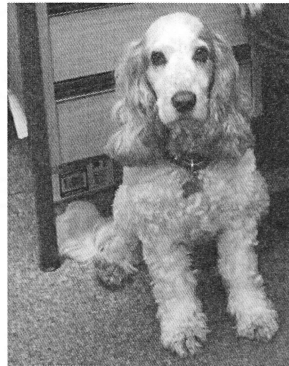
(milieuはフランス語で、環境、関係性の意味
すまわち、クライアントとスタッフとの関係性と言ってもよい)

OZCに初めて入ると、どの人にもまずコーヒーか紅茶の好きな飲物を自分で取るように勧められる。

クライアントが安心して、リラックスし、自分の家にいるような感覚を持てるように工夫がされている。

クライアントはプレッシャーを感じずリラックスし、「ここでは素直に話せるけど」と言いながら、自分の状況を話すようになる。

環境の大切さは
帰国をしてからも
改めて感じています。



障害理解の向上 Shared understanding

障害の理解は大きなテーマである。

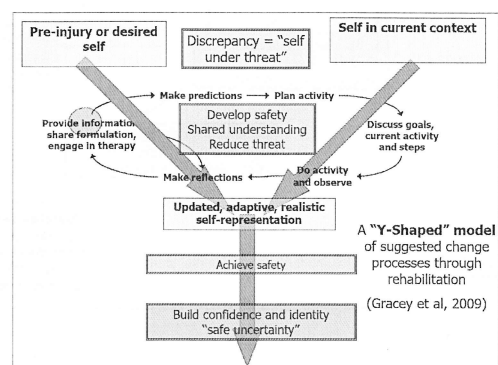
かつてOZCの各職員に後天性脳損傷者のリハビリテーションで最も大切なことは何だと思うかという質問をする機会があった。

スタッフには別々に質問をしたのだが、

ほとんど全てのスタッフが「理解をすることである」と答えた。

(事務スタッフまでが「理解が大事である」と答えたのには驚かされた)

各スタッフが理念を共有して動く形がとられている。

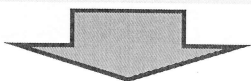


神経心理学的リハのゴールの考え方

多くの因子が絡む/多様性が高い/時間とともに変化する

1つの症状を良くしても・・・

それだけでは足りない/他の症状が強くなることもある



リハの目標(ゴール)

identityの確立(米国)やwell-being(英国)が目指される

“自分らしく生きる”に近い感じでしょうか

“自分らしく生きる”には多くの準備が必要である

医療の安定

安定した生活(病棟生活、自宅生活)

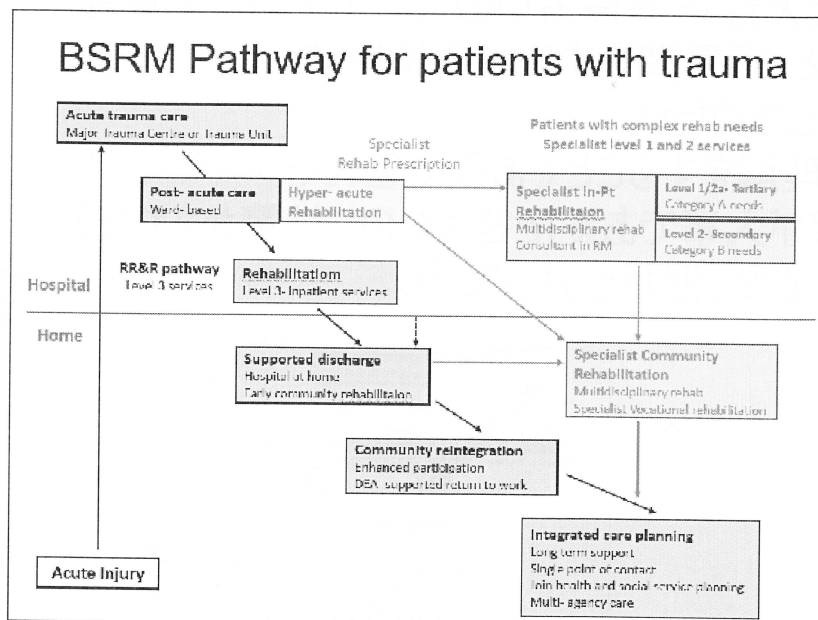
社会生活、職業生活

気づき

自分らしく生きる

英国のその他の機関

高次脳機能障害者の経過は長い旅 long journey と表現される。
それを請け負うのは、地域のケースワーカー、家族、そして本人である。



英国リハ医学会が脳外傷者のリハ指針を提案している。急性期、急性期後を経て入院リハ期に入り、退院支援の後に地域での支援、地域でのケアという形に続く。退院後に、専門家による地域リハの枠組みが存在する。

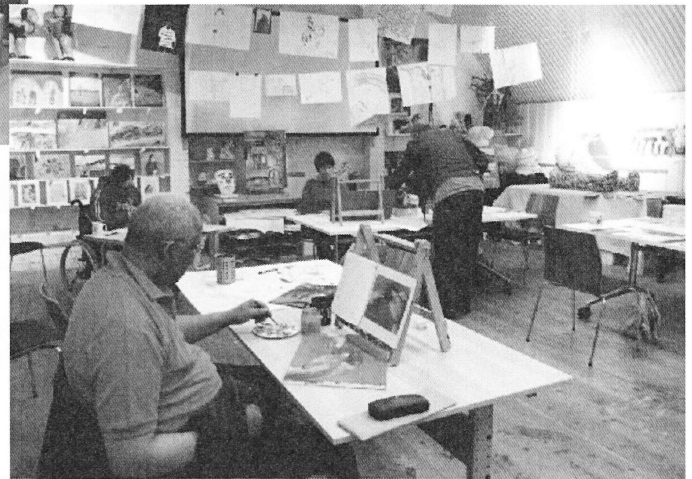
Headway East London

<http://headwayeastlondon.org/>



地域の後天性脳損傷者の支援機関の一つ。チャリティーからなる機関である。日本でいう‘地域作業所’に当たる。

利用者は通所で利用し、
絵画、デザイン、音楽、ガーデニング、
調理など様々な活動を行う。



帰国してから -日本でのプログラム実施における課題-



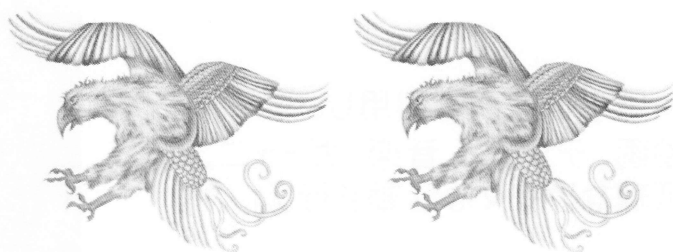
ケンブリッジの虹

OZCスタッフからのアドバイス

渡英以来、OZCスタッフから言われてきました（現在完了）。

「日本では、直接そのままの形でやらないように」

つまり、文化も制度も異なる日本で同じ形では絶対できない。そうではなく、OZCのリハのエッセンスを理解し、それを活かしたリハプログラムを作るべきである ということなのです。



OZCのリハのエッセンス

現時点での自分の理解

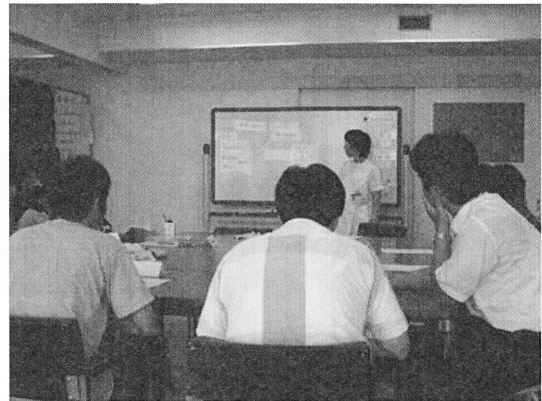
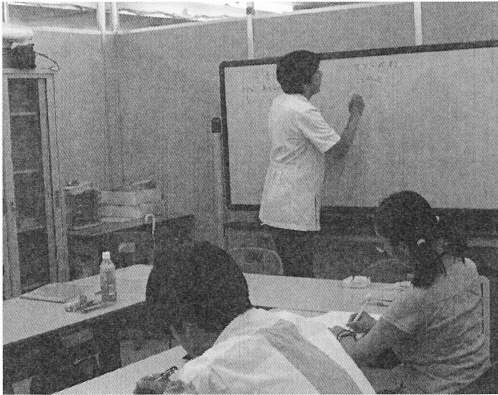
- ・心理教育の一つの形である。障害理解を目指す。
その方法に工夫が施されている（包括的、行動実験など）
- ・グループ訓練と個別訓練とを併用する。
グループの力動の利用と、個別性への対処を同時に行う。
- ・環境への視点も重要である。
環境には、人との関係性も含まれる。
- ・プログラムは自信（思い込みでない自信）の向上を助ける。
自信の向上は、自分が適応できる幅を広げる。

日本でやるべきこと

当院にも「通院プログラム」という通院グループ訓練があります。
ただ、このプログラムの意味の理解は足りなかった...かもしれません。

グループ(6~8名) 週2回×4ヶ月間
多職種による包括的アプローチ

障害理解を高める
ためのグループ訓練

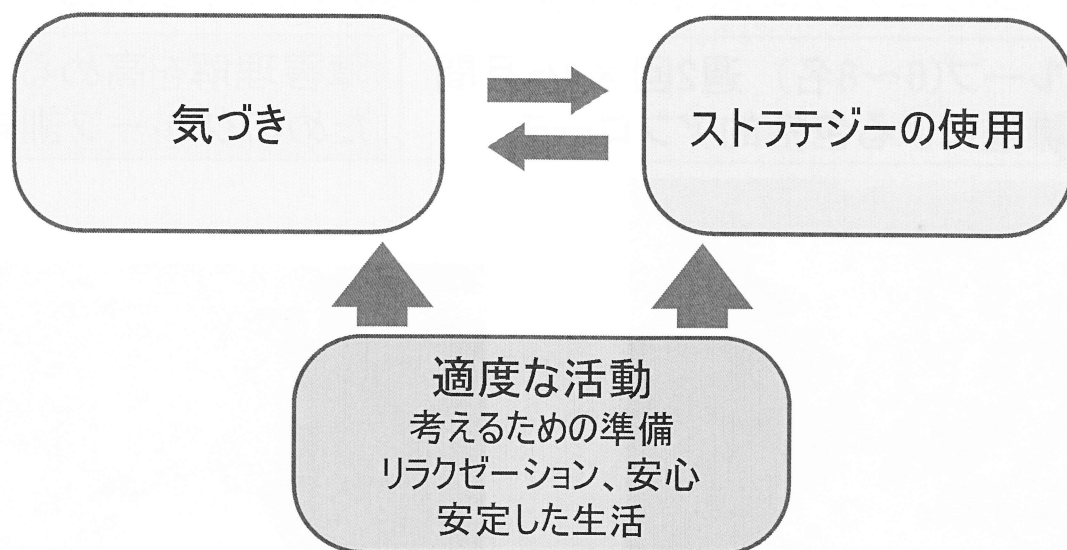


まずは、このプログラムのリニューアルから開始

高次脳機能障害短期集中型通院グループアプローチ 通院プログラム(仮称)

- ①「高次脳機能障害を総合的に学ぶ」 講義、実技
(医師・心理・ソーシャルワーカー・PTなど)
-頭だけでなく体も使って、高次脳機能障害を総合的に学ぶ。
- ②「生活や人間関係の中で、ストラテジーを知る」 実技、ロールプレイ
(OT・PT・ST・心理・職能・体育・ソーシャルワーカー)
-①で得た知識を踏まえ、日常生活や今後の社会参加の中で実践していくためのストラテジー(作戦や対処方法)を紹介する。
- ③「一人で学んでみんなと活かす」
-個別プログラムとグループプログラムで構成される。
グループプログラムの強みを活かして、個別プログラムで得た内容を応用・実践する経験をし、社会復帰に向けた練習の一つとする。

高次脳機能障害短期集中型通院グループアプローチ 通院プログラム(仮称)



自分の状態に気づくこととストラテジーを使用することは相互作用がある。また、それらは適度な活動があることによって支えられる。

高次脳機能障害短期集中型通院グループアプローチ 通院プログラム(仮称)

実際に、2018/11月～通院プログラム(リニューアル)が開始しています。以前より、心理教育の要素を強めた内容となっています。

現時点の印象としては

- ・より強い働きかけをしている手ごたえはある
- ・期待ほど効果が出てないように見えるケースもある
- ・感情面の反応が見えるところもある

終了後に検証をする必要があります。

通院プログラム 今後の方向性

このプログラムは、
「本人にアプローチをするプログラム」として、
基本的な要素を持つ、いわば基幹的プログラムになると考えています。
プログラムの要素の議論は、他への般化につながる可能性があります。

例えば、得られた必要要素を基に以下プログラムが作れるかも??
「家族にアプローチをするプログラム」⇒ 病棟プログラムへの般化
「地域スタッフにアプローチするプログラム」⇒ 地域プログラムへの般化
「要素のモジュール化」⇒ 外来への般化

検討を続けていく予定です。

日本における課題

現実的には、以下の問題も残ります。

・日本の現制度にどう合わせるかが難しい。

帰国してから、最も多くもらった意見です。

高次脳機能障害は、医療と福祉とに必ずまたがる障害であり、一つの枠組みにはまりにくい。昨今の医療費事情が輪をかけます。(もう少し自由度があるとよい?)

・効果の評価が難しい。

これは世界共通の課題であり、現在も議論が続いています。

英国 OZC に学ぶ脳損傷者のリハビリテーション まとめ

英国で、神経心理学的リハプログラムを学んできました。
これは、
Formulationという多くの要素を全体的に見る評価を
基に包括的全人的に対応するものでした。

現在、この考え方に基づくプログラムを当院でも始めて
みえています。

今後は、入院時のプログラムや地域のプログラムへの
般化やプログラムの一部要素の使用の検討をしていけ
ればと思っています。

御清聴ありがとうございました。
Thank you for your attention !

