■シンポジウムⅣ：高次脳機能障害の診療における多職種連携

臨床心理士の立場から

山口 加代子*

要旨：高次脳機能障害の診療には多くの職種が関わっている。それは、高次脳機能障害の診療には多面的な介入が求められるからである。その中で、臨床心理士にはどのような役割が期待され、また、多職種連携においてどのような役割を果たせるのだろうか。

高次脳機能障害の診療の特性、連携の必要性や必要条件、臨床心理士への期待、臨床心理士の役割、のそれぞれについて触れ、臨床心理士の立場から高次脳機能障害の診療における多職種連携について論じる。

(高次脳機能研究 38 (3) : 297 ~ 301, 2018)

Key Words：高次脳機能障害、多職種連携、臨床心理士

higher brain dysfunction, multidisciplinary cooperation, clinical psychologist

Ⅰ. 高次脳機能障害の診療の特性

行政用語としての高次脳機能障害は、注意障害、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害により、日常生活または社会生活に制約が生じるものと定義されている。2001年に開始された厚生労働省の高次脳機能障害支援モデル事業の報告によれば、1症例で三つの障害が併存していた者が70%、二つの障害の併存は12%で、高次脳機能障害が生じた場合、二つ以上の障害を併存することが極めて多いことが明らかになった。さらに、社会的行動障害に含まれる症状の一つでも呈していた者が81%、自己意識性の障害がある者も60%と、社会的行動障害と自己意識性の出現率も高かった。さらに、身体障害をあわせ持っている者は57%であった(長岡 2004) (表1)。

また、2007年に東京都内の全医療機関に対し実施された高次脳機能障害者実態調査報告書によると、失語症と高次脳機能障害はほぼ同じ割合で見られた(東京都福祉保健局 2008)。

このように高次脳機能障害は、認知障害だけでも複数の障害が同時に生じ、それぞれの障害の程度やその組み合わせのバリエーションも様々である。同時に身体障害や言語障害を持つことも少なくない極めて個性が高い障害である。

そして、高次脳機能障害は突然発症する。その原因となる脳血管障害、外傷性脳損傷などの病気や事

故は、予期せず起こる。患者は思いがけない事態に遭遇し、混乱のさなかにいることが多い。患者は、発症した原因は自分が健康管理を怠っていたからと自責の念を抱く、復職できるだろうかと不安になる、仕事は無理だろうと落ち込む、などの心理状態に置かれる。交通事故の被害者の場合には、加害者に対する怒りの感情を抑えられない、自損事故であれば、強い後悔に苛まれることも生じる。このように、高次脳機能障害を生じた際の患者の心理も様々である。

また、高次脳機能障害によって、それまで従事していた仕事や役割、人生の目標、自己有能感や自己

表1 出現しやすい症状

・記憶障害	90%
・注意障害	82%
・遂行機能障害	75%
・1症例で三つの障害が併存	70%
二つの障害が併存	12%
・社会的行動障害に含まれる 症状が一つ以上存在	81%
・自己意識性の障害	60%
・身体機能障害が併存	57%

(長岡正範：高次脳機能障害標準的訓練プログラム
医学的リハビリテーションプログラム (概要版)。
高次脳機能障害支援モデル事業報告書—平成13
年度～15年度まとめ—。国立身体障害者リハビ
リテーションセンター、2004, pp. 57-64 より引用)

肯定感、時に家族までも喪失することもある（山口 2018）。脳損傷後は多くの患者に心理反応が起こる。その主なものは不安、抑うつ、過敏性、他者への不信、絶望感、無気力、怒り、恐怖心、社会的ひきこもりであり、脳損傷者の約半数にこのような心理反応が生じる（Prigatano 1988）。脳卒中後うつ病（Post-Stroke Depression：PSD）の罹患率は約25～79%（Caplan ら 2000）、脳外傷における心的外傷後ストレス障害（Post-Traumatic Stress Disorder：PTSD）の出現率は27～50%（中村 2009）と、精神的な症状を呈することも稀ではない。

一方で自分に起こったことを認識できず、周囲の心配をよそに自分の状態や予後に無頓着であることや、自己意識性の障害ゆえに、自分の状態に気づくことができないこともある。自己意識性の障害が生じると、診療に対する動機を形成しにくい。自分の状態を認識できず、自分の実状に見合わない選択をしてしまう。その結果、「できる」と思って復職し、できずに離職につながることもある。あるいは、「できる」と思う本人と「できない」ことに気づく家族との間で、意見の食い違いや、感情のぶつかり合いが起こることも少なくない。

高次脳機能障害患者の家族は、身体障害や言語障害の患者家族に比べストレスが高く、特に人格変化や精神症状の出現（大橋 2002）や、社会的行動障害が生じた際に（白山 2010）負担感が強いことがわかっている。

このように、高次脳機能障害は極めて個別性が高いだけでなく、患者や家族の心に多大な影響を与える、複雑で、見えにくく、わかりにくい障害である。診療においては、個別性の高さ、心理状態の多様さ、二次症状や社会的行動障害、自己意識性の障害の出現率の高さ、周囲の人間関係に与える影響の大きさ、家族のストレスの高さに対応する必要がある。さらに、退院後の日常生活や社会生活に向け、多面的なリハビリテーションが提供される必要がある。これを単一の職種で担うことは不可能であり、複数の専門職が関わり、それぞれの専門性に基づくアプローチを展開していくことが求められている。

Ⅱ. 多職種連携における必要条件

複数の専門職がチームを組んで診療にあたる際には、情報の共有が必要である。情報を共有することで、一職種では気づけなかった患者の症状や些細な

変化に気づくことができ、患者に対し多角的な理解が可能になり、より適切な支援を組み立てられる。患者の状態を言語化して他職種に伝えることで、自分に対応すべきことが明確になり、それぞれの職種の力量も上がっていく。複雑で、見えにくく、わかりにくい障害ゆえに情報の共有が欠かせない。もし、情報の共有がなされないと、各職種の立てる目標や対応にずれが生じ、適切なサービスが提供できないばかりでなく、患者・家族を混乱に陥れる。高次脳機能障害の診療においては連携が不可欠である。

連携とは、連絡を密に取り合って、一つの目的のために協力し合って事を成すことである。すなわち、患者・家族に対し、最善の結果を提供するという共通の目的のために、多職種が協力して目的を達成するということが多職種連携である。

多職種で連携する際には、自分の専門領域でできることと、自分以外の職種ができることを理解しておくことが必要条件である。それだけでなく、その理解が職種間で共有されていることも多職種連携の必要条件である。しかし、この共有が意外に難しい。なぜならば、それぞれの職種の職務内容は固定的ではなく、常に進化しているからである。また、それぞれの職場の特性や、職種の配置状況、抱えている患者数、患者の状況によっても、役割分担が異なり変動することもある。さらに、それぞれの職種の職域は、他の職種の職域とオーバーラップすることもある。逆に、それぞれの職域でカバーしきれないこともある。

従って、多職種連携にあたっては、各職種が担う役割について、基本的な役割分担を共有しつつ、その調整や患者・家族の現況と診療の進捗状況について常に情報を共有し、話し合える関係と時間と場を構築する必要がある。業務の中に連携を具体化するケースカンファランスが組み込まれること、しかもそれが形式的なものではなく、それぞれのケースの必要性により必要な職種が集まることができ、必要な時間を確保でき、意見交換ができることが重要である。

ケースカンファランスでは、必要な情報を相手に分かりやすいように伝えるコミュニケーションスキルも求められる。多くの職場ではケースカンファランスに多くの時間を割けない状況であろう。その中で、手短に、的確に、必要なことを伝えられるスキルと、相手の主張を聞いた上で、意見が異なる場

合には、問題点を整理し、適切な結論を導き出せるような意見を述べる必要がある。

それを可能にするために、日常的なやりとりの中で、個々のケースを介して、自分が果たせる役割と他職種に期待したい役割を伝えておく必要がある。このような日常的なやり取りの積み重ねの中で、他職種から期待されている役割と他職種に委ねた方が良い役割も明確になる。この積み重ねがあることで、カンファランスが効率的に進み、多職種連携がより緊密に機能する。

他職種とやりとりをする際には、情報を受け取る相手の立場や感情を尊重し、相手が受け取りやすい伝え方で自分の考えを伝えるというアサーティブなコミュニケーションを心がける。

多職種連携においては、カンファランスの実施という物理的な設定だけでなく、その中で有益なディスカッションを効率的にするために、日常的なやりとりを図り、各職種の役割の明確化・共有とともに、自らのコミュニケーションスキルを磨くことも必要だと考える。

Ⅲ. 臨床心理士への期待・役割

2006年に、日本リハビリテーション医学会関連専門職委員会は国内の日本リハビリテーション医学会認定研修施設指導責任者394名(394施設)にアンケート調査を実施した。回答を得られた233施設(回答率59%)の73%の施設は臨床心理業務担当者が業務を実施していなかった。しかし、業務を実施していない施設の86%が「臨床心理業務担当者」の採用を希望していた。

臨床心理業務担当者が業務を実施していない施設に、臨床心理業務担当者が採用された際に対応を希

望する疾患を尋ねると、1位が脳血管障害、2位が外傷性脳損傷、3位が脊髄損傷であった。また、臨床心理業務担当者が採用された際に依頼したい業務内容を尋ねると、1位が臨床心理・神経心理検査(100%)、2位が心理療法・カウンセリング(障害受容も含む)(75%)、3位が初回インテーク面接(35%)、4位が認知リハビリテーション(21%)の順であった。

一方、臨床心理業務を実施している施設の臨床心理業務担当者の業務内容は、1位、臨床心理・神経心理検査、2位、心理療法・カウンセリング、3位、認知リハビリテーション(高次脳機能障害)の順であった(表2)。

この調査結果から、脳血管障害や脳外傷の患者に対し、臨床心理業務担当者が臨床心理・神経心理検査や心理療法・カウンセリングを実施することが求められていることが汲み取れる。報告書には「リハビリテーション診療現場で要求されている臨床心理業務担当者の業務が臨床心理・神経心理検査をはじめとして心理療法・カウンセリング、認知リハビリテーションなど非常に広範囲にわたる」「リハビリテーション診療において臨床心理業務担当者のニーズは極めて高いことが確認された」(日本リハビリテーション医学会関連専門職委員会 2006)と記載されており、この調査委員の一人である高岡は、「心理職は高次脳機能障害者のアプローチを実践する際には欠かせない職種になった」と述べている(高岡2006)。

高次脳機能障害支援モデル事業の報告では、訓練関与時間が最も多かったのが心理技術者、次に、作業療法士、言語聴覚士の順であり、心理技術者の業務内容別関与時間の割合はカウンセリングが41%、

表2 臨床心理業務担当者が対応した1週間当たり平均回数と1回の平均時間

	業務	回答施設	平均回数/1週間	平均時間/1回
1	臨床心理・神経心理検査	48施設	8.4 (0.5～50) 回/週	71.4 (20～420) 分
2	心理療法・カウンセリング (障害受容の促進を含む)	43施設	9.1 (1～45) 回/週	55.4 (20～90) 分
3	認知リハビリテーション (高次脳機能障害に対して)	28施設	7.0 (1～22) 回/週	55.7 (20～90) 分
4	初回インテーク面接	29施設	3.1 (1～28) 回/週	47.5 (20～90) 分
5	リエゾン業務	21施設	4.1 (1～25) 回/週	63.3 (10～90) 分
6	その他 (グループ指導・家族指導など)	13施設	4.7 (1～20) 回/週	97.3 (20～120) 分

表3 職種別訓練関与時間 (単位数 / 週)

内容	作業療法士	理学療法士	言語聴覚士	心理技術者	合計
評価	5	2	4	5	16
訓練	15	9	8	8	40
カウンセリング	—	—	—	9	9
合計	20	11	12	22	65

(1 単位 20 分, 1 時間で 3 単位)

訓練 36%, 評価 23% であり, カウンセリングは心理技術者固有の業務であった (長岡 2004) (表 3)。

Prigatano は「患者の多くを援助するためには, 認知再訓練より以上のことが必要とされる」「認知障害および患者の心理的苦悩の特有な形態について見識のある個人による心理療法的介入が必要」(Prigatano 2002) とし, 先崎も「認知リハビリテーションと心理療法とは, 脳損傷者の場合には, 互いに車の両輪のようなもので切り離せないものである」(先崎 2009) と述べている。

また, 当事者団体である日本脳外傷友の会前理事長の東川は, 「リハビリにしっかり取り組もうという意欲を持ち, 自分の障害に気づく過程を支える心理職の役割は最も重要であると思う」(東川 2015) と述べ, 高次脳機能障害の診療において心理職が果たす役割の重要性を強調している。

日本における高次脳機能障害のリハビリテーションにおいて, 臨床心理士として先駆的な役割を果たした阿部は, 心理士が行う認知リハビリテーションを①認知機能の回復促進と代償手段を身に着けることを目標とする認知的アプローチ, ②本人が障害を認識し, 障害への対処法 (障害を受け入れて障害と付き合う方法) を学ぶことを目標とする心理的アプローチ, ③本人を取り巻く周囲が障害を理解し対処できるように環境に働きかける心理教育的アプローチ, の三つに分類して整理した。さらに, 回復期には認知訓練が主となるが, 慢性期にはカウンセリングを主とする関わりや, 医療からより現実的な生活や就労への移行をつなぐ役割を果たしていることも明らかにしている (阿部 2006)。

筆者の職場では「分かりにくい現象を, 患者・家族だけでなく, 医療スタッフにも分かりやすく説明してほしい」というリクエストをもらうことが多い。また, リハビリテーションの受け入れが良くない患

者・家族, 社会的行動障害や自己意識性の障害が強い患者, 家族関係に困難が大きいなど, 介入が難しい患者・家族への関わり方について他職種から助言を求められることも多い。対応困難な患者・家族への対応上の助言を他職種に伝えることで, 他職種の診療を支援する役割も心理職に求められている。

先崎は「心理職は, 心理面から人のありようを統合的に見て, 人と人との間の関係性に注目し動機づけを促し, 気づきを獲得させていくことに長けている」(先崎ら 2016) と述べ, 村瀬は「必要な時期をとらえ, さりげなく本人が気づくように話を向ける術」も心理職の技であるとしている (藤井ら 2015)。

患者の行動面の変化は, 心理士の介入のみで起こるものではない。チームの持つ力が最大限に発揮されたときに起こるものであり, 心理士としてもそのためのチームに対するサポートを意識しておくことが必要である。他の専門職の支援に関する悩みや困り感に対する心理的サポートも連携における心理士の役割として期待されている (四ノ宮 2018)。

このように, 臨床心理士は患者・家族の心に寄り添い, 臨床・神経心理学的アセスメントやカウンセリング, 心理療法, 認知リハビリテーションに対応するだけでなく, 連携して診療にあたる他職種の心理面や他職種間との関係性にも注目し, 多職種連携が最大限の効果をもたらすように, 連携チームを支えることもその役割として求められている。

文 献

- 1) 阿部順子: 心理士が行う認知リハ—名古屋リハの実践から。高次脳機能研究, 26: 283-289, 2006.
- 2) Caplan, B. & Moelter, S.: Stroke. In: Handbook of rehabilitation psychology (eds Frank, R. G. & Elliott, T. R.). American Psychological Association, Washington, 2000, pp. 75-108.
- 3) 白山靖彦: 高次脳機能障害者家族の介護負担に関する諸

- 相一社会的行動障害の影響についての量的検討一. 社会福祉学, 51: 29-38, 2010.
- 4) 東川悦子: 当事者の声. 臨床心理学, 15: 579-582, 2015.
 - 5) 藤井康弘, 日詰正文, 村瀬嘉代子, ほか: 福祉領域において求められる心理職の活動. 臨床心理学, 15: 567-578, 2015.
 - 6) 長岡正範: 高次脳機能障害標準的訓練プログラム 医学的リハビリテーションプログラム (概要版). 高次脳機能障害支援モデル事業報告書—平成 13 年度～15 年度まとめ—. 国立身体障害者リハビリテーションセンター, 2004, pp. 57-64.
 - 7) 中村俊規: プロセス指向の人間性認知行動リハビリテーション—社会精神行動学的観点から. 総合リハ, 37: 23-28, 2009.
 - 8) 日本リハビリテーション医学会関連専門職委員会: リハビリテーション診療に求められる臨床心理業務担当者に関するアンケート調査結果. リハ医, 43: 808-813, 2006.
 - 9) 大橋正洋: 脳外傷による高次脳機能障害—法律家・保険関係者の基本的な理解のために. 判例タイムズ, 53: 74-82, 2002.
 - 10) Prigatano G. P. (八田武志, 訳): 脳損傷のリハビリテーション—神経心理学的療法—. 医歯薬出版, 東京, 1988, p. 41.
 - 11) Prigatano G. P. (中村隆一, 監訳): 神経心理学的リハビリテーションの原理. 医歯薬出版, 東京, 2002, p. 148.
 - 12) 先崎 章: 高次脳機能障害 精神医学・心理学的対応ポケットマニュアル. 医歯薬出版, 東京, 2009, pp. 83-96.
 - 13) 先崎 章, 中島友加, 大塚恵美子: 広義の認知機能障害 (高次脳機能障害や認知症) における心理職—リハビリテーション従事者の視点から—. 精神科治療学, 31: 1185-1188, 2016.
 - 14) 四ノ宮美恵子: 他領域との協働. 公認心理師カリキュラム準拠臨床神経心理学 [神経・生理心理学] (緑川 晶, 山口加代子, 三村 將, 編). 医歯薬出版, 東京, 2018, p. 92.
 - 15) 高岡 徹: 臨床心理士. 総合リハ, 34: 285, 2006.
 - 16) 東京都福祉保健局: 高次脳機能障害者実態調査結果. 2008. (www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/joho/soshiki/syougai/seishiniryo/oshirase/kouji.html).
 - 17) 山口加代子: 支援の基本. 公認心理師カリキュラム準拠臨床神経心理学 [神経・生理心理学] (緑川 晶, 山口加代子, 三村 將, 編). 医歯薬出版, 東京, 2018, p. 80.

■ Abstract

Multidisciplinary Cooperation of Higher Brain Dysfunction —From the Position of Clinical Psychologist—

Kayoko Yamaguchi*

Multifaceted intervention is necessary for treatment of higher brain dysfunction. So, multiple professionals are involved in cooperation. What role can a clinical psychologist in multi-cooperation collaboration play?

Based on the characteristics of higher brain dysfunction, expectation for clinical psychologists through questionnaire survey, experience at our center, I will consider multi-occupational collaboration.