

高次脳機能障害を持つ患者の社会復帰支援 —— グループ療法を通して ——

A rehabilitation program for a patient with higher brain dysfunction —— A Group Therapy ——

佐々木千穂¹⁾, 川上千鶴子¹⁾, 久保田美鈴¹⁾, 後藤美代子¹⁾, 柴田亜矢子¹⁾
谷口 康¹⁾, 河津 隆三¹⁾, 大塚 文²⁾, 本庄 由貴²⁾

要旨：高次脳機能障害をもつ患者の社会復帰における阻害因子には、「注意障害」「記憶障害」「遂行機能障害」などの認知機能の低下などに加え、「行動障害」「障害認識の低下」「感情コントロールの問題」などがあげられる。これらの諸問題を軽減し、社会復帰を可能にするための支援を、当院では多職種が協働してグループ療法を取り入れながら行っている。事例をあげながら、その有効性と今後の課題について考察を加え報告する。

Key Words：高次脳機能障害，社会参加・復帰支援，障害認識，グループ療法，地域連携

はじめに

一般に狭義の認知機能障害に関しては、ある程度神経心理学的検査での描出が可能であるが、障害認識の欠如や問題行動などは机上の検査で把握することが難しい（先崎ら，2003）と言われている。また、これらは「物理的に代償できるものではなく」（渡邊，2002）そのため対応も困難なケースが多い。生方ら（2003）は脳外傷者の生活障害について「退院後の具体的な社会生活の中で具体的問題として確認される」ため、「障害の多様性，環境との相互作用性などの複合的状況から評価することが必要」と述べている。また，就労支援機関からの要望として「神経心理学的検査だけでは利用ができない」あるいは「集団の中でどのように過ごせるのかの情報に欲しい」（青木ら，2006）などの報告もある。このような背景から当院リハビリテーション科では高次脳機能障害をもつ患者の社会復帰における問題点を把握し，これを改善させるためのアプローチの必要性を感じ，平成16年からグループ療法を取り入れた認

知リハビリテーションを開始した。

先行研究（阿部ら，2001；Ben-Yishay，2001）や，モデル事業での取り組み（田谷ら，2007；永吉ら，2005）を参考にしながら，当院の業務の中で遂行可能な形式で行っている。また，当院のみでリハビリテーションを完結するのではなく，医師やMSWを窓口にした地域連携の中で，様々な社会資源を活用しながらのアプローチを心がけている。

1. 当院での認知リハビリテーション (以下認知リハ) とグループ療法の取り組み

a. 当院での認知リハの概要（図1）

多くは当院入院時に，医師により高次脳機能障害と診断されてから支援を開始する。リハ科医師は医学的診断・関係スタッフへの指示，他機関との連携を担当しセラピストは評価や訓練などを主に行う。加えてMSWは外部機関との連携に関して，特に大きな役割を果たしている。

1) 九州労災病院リハビリテーション科 Chiho Sasaki, Chizuko Kawakami, Misuzu Kubota, Miyoko Goto, Ayako Shibata, Yasushi Taniguchi, Takamitsu Kawazu : Department of Rehabilitation, Kyushu Rosai Hospital

2) 九州労災病院地域連携室 医療福祉相談部門 Aya Otsuka, Yuki Honjo : Regional Partnership Office For Medical & Social Welfare Consultation

1) 当院認知リハの流れ (図2)

評価から初期カンファレンスを経て、訓練 (個別・グループ併用)、適宜家族との話し合いを行い、目標が達成されて終了とする。目標が達成されなければ再度評価からの流れを繰り返す。グループ療法に参加している患者は、必ずいずれかのスタッフが個別の訓練や支援を行う。

2) グループ療法の概要

1クールを4ヶ月とし、週に1回、40分枠で、集団訓練室において実施する。主な目的により、「機能訓練」と「社会復帰」の2グループに分けて施行する。ファシリテーター (グループ療法の進行役) を置くが2クール毎に交替する。グループ療法の内容が構造化されたものになるように、スタッフで事前に綿密な打ち合わせを行い、グループ療法後に毎回その日のまとめを行う。スタッフ構成は図3の通りである。多職種すなわち作業療法士 (OT)、言語聴覚士 (ST)、臨床心理士 (CP)、医療ソーシャルワーカー (MSW) が同時に参加する。定期的に他機関も交えたカンファレンスや家族の集まりを行うことで、患者を中心に周囲の人間の密な情報交換・情報共有を心がけている。

3) グループ療法の適応

グループ療法への適応は、スタッフの合議で決定する。先行研究 (先崎ら, 1999) を参考に、①医学的な治療がある程度落ち着いている (40分座位での訓練に耐えられる)、②他人に危害を与えない (暴力などがない)、③高次脳機能障害と診断されている、④18歳以上である、⑤グループ訓練で何らかの効果が期待できる、⑥外来通院が可能である、⑦社会復帰や社会参加の目的があるといった、当院独自の適応基準を設定している。この基準を満たす患者をカンファレンスでスタッフが推薦、検討し、患者・家族の見学を経て、十分なインフォームドコンセントの後参加を決定する。1グループ8名以下とし、原則として1クールの間にはメンバーの出入りはない。なお、IQによる選別は設けていない。

4) グループ療法の参加者

本研究の検討対象となった平成16年5月から平成19年8月までにグループ療法に参加した患

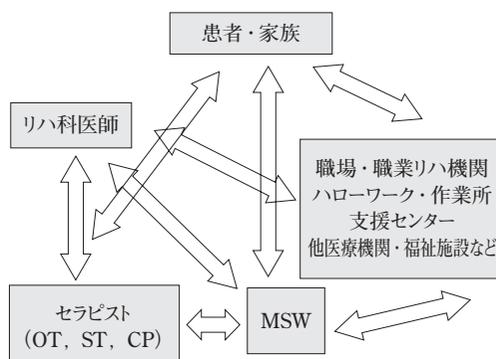


図1 当院認知リハの概略 (その1・連携)

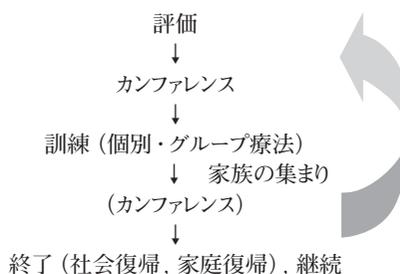


図2 当院認知リハの概略 (その2・流れ)

	評価	訓練	相談	グループ	カンファレンス	家族の集まり
医師 4名 *現在3名	●	—	●	—	●	△
MSW 2名	●	—	●	△	●	●
OT 2名	●	●	●	●	●	●
ST 3名	●	●	●	●	●	●
CP 1名	●	●	●	●	●	●

図3 スタッフ構成と役割

者は図4の通りである。対象疾患は、頭部外傷、脳血管障害、脳炎、低酸素脳症などで、年齢は20代～70代であった。男性17名、女性6名の計23名で、このうち社会復帰・社会参加を果たしたのは78%にあたる18名であった。

症例番号	性別・受傷時の社会的状況	受傷時の年齢	疾患名	症例番号	氏名・性別	受傷時の年齢	疾患名
1	女性・会社員	34歳	脳炎	13	男性・会社員	54歳	脳出血
2	女性・公務員	54歳	脳腫瘍術後	14	女性・主婦	74歳	脳出血
3	女性・主婦	31歳	低酸素脳症	15	男性・会社経営	44歳	頭部外傷
4	男性・会社員	45歳	脳出血	16	男性・大学院生	22歳	頭部外傷
5	男性・会社員	45歳	低酸素脳症	17	男性・会社員	32歳	脳出血
6	男性・小学校校長	51歳	脳出血	18	男性・公務員	18歳	頭部外傷
7	男性・自営業	65歳	脳出血	19	女性・主婦	76歳	脳出血
8	男性・自営業	44歳	脳出血	20	女性・会社員	38歳	脳腫瘍術後
9	男性・会社員	28歳	頭部外傷	21	男性・会社員	29歳	頭部外傷
10	男性・フリーター	24歳	頭部外傷	22	男性・学生	18歳	頭部外傷
11	男性・会社員	34歳	頭部外傷	23	男性・無職	68歳	頭部外傷
12	男性・教員	40歳	脳出血(2回目)				

図4 対象患者のプロフィール

5) 評価

神経心理学的評価はスタッフで分担して行った。しかし、社会復帰を目指すにあたり、生活の中での問題点や、就労などがうまくいかなかった理由についての分析を行い、検討する必要がある。そのため、家族や他機関からの情報も含めて、患者の生活全般の問題を評価していった。心理士やMSWが中心となって生活や社会心理的問題、社会経済上の問題、あるいは受傷前後での変化などについて評価・情報収集を行った。そのうえで、カンファレンスで話し合い、スタッフ間でこれらの情報を共有した(図5)。

b. グループ療法の内容

4ヶ月を1クールとし、1クール単位でグループの大きな目標を設定し、各回で段階的に達成するように細かい目標、課題を設定し、グループ療法を進めていった。各回では、その回の目標設定と確認、グループ内での約束事の確認、課題実施、まとめなどで構成した。また、課題についてはそのクールの参加者の問題点のうち、共通性の高いものから優先的にアプローチしていった。以下、課題の例を示す。

1) 認知機能改善のためのアプローチ

記憶障害に対するアプローチでは、メモ帳など

- ・医師：医学的診断
- ・OT：FIM/FAM 東大式記憶力検査など
- ・ST：SLTA/WABの下位項目から言語性課題、漢字課題、日本版リバーミッド行動記憶検査、流暢性の検査、読書力診断テストなど
- ・CP：WAIS-R(Ⅲ)、RCPM、TMT、POMS、WMS-R、家族質問紙、生活記録表、社会生活困難度評価表など
- ・MSW：生活歴、家族歴、職業歴、経済状態など

図5 評価

代償手段の選択と使用方法の習得にとどまらず、生活の中でそれが実際に役に立つように、日常生活での使用の定着を目的に進めた。

遂行機能に関しては、料理課題や日常生活上のタイムスケジュールの管理などについて具体的な問題点を上げながら教育的にアプローチを行った。目標を設定し、課題を実施、そして確認を繰り返し、段階的なステップアップを目指した。家族にも協力を得ながら進めていった。

2) コミュニケーションの課題

「無意味図形の描画課題」(Sohlberg,1989)などを用い、送り手と受け手という役割を相互に交替すること、および他者からのフィードバックを

元に、客観的に自分の言語的な、あるいは非言語的なコミュニケーションのスキルについて振り返る課題を行った。

3) 障害認識に対するアプローチ

松井ら(1996)は「適切な自己認識を促すためには、復職後想定される職務のシミュレーションが有効」と述べている。病院のリハの中では、これらを把握することに制限が大きいのが、上記のような具体的な課題を通して、本人の障害認識を促していけるように心がけた。具体的な課題を通して、「できない」経験をすることが、すなわち障害認識の気づきの一歩になることもある。また、障害認識を促すためには「恒常的なフィードバック」が有効との報告の他、「同じ障害を持つ者からのフィードバックの方が家族や治療者からのフィードバックより受け入れられやすい」(Kreutzer, et al., 1990)という報告もある。なるべく、患者同士の自然なディスカッションの中で問題点が出てくるように心がけた。また、各クールでそれぞれの目標設定を行うが、設定された目標をポスター形式にしてフィードバックするなど、視覚的な手段を用い、目標の意識化を促進させる工夫を行った。

4) 行動障害へのアプローチ

行動障害は、本人に自覚がなく周囲が困っている場合が多く、また、場面によって問題が顕在化しにくい。後述する家族の集まりなどで情報を集め、グループ療法の中で、問題点のチェックリストに沿ってチェックしながらVTR視聴するなどを通して、まずは患者の「気づき」を高めていった。これらを元に、グループ内でのディスカッションを行い、問題点を抽出し、対策を話し合った。メンバー同士からだけでは抽出が難しい点は、ファシリテーターが中心となって、その対応法を含め、教育的にアプローチを行った。

5) その他(SST, 心理的問題へのアプローチなど)

電話対応などは、求人に関する問い合わせなどの場面設定などを行うことで練習した。後に、病院への電話連絡も自分で行うようにし、実際の場面での使用も促した。就職試験など具体的な目標のあるメンバーがいる場合には、数回にわたり面接の練習をメンバー全員で行った。

対人場面での過緊張や作業場面での易疲労性な

どの問題点に関しても、自律訓練法や教育的なアプローチを取り入れることで具体的な支援を行った。作業所など他機関へ通っているメンバーの問題点については、作業可能な時間の設定や、休憩を入れることなどを他機関とも一緒に話し合い、本人自身でコントロールが可能になるよう促していった。

2. 事例

a. 事例1

事例1のプロフィールを図6に示した。49歳の男性、平成15年脳出血発症、約3ヶ月間当院で入院加療後、外来でのグループ療法に参加した。問題点としては、軽度の失語症と構音障害に加え、中等度の注意障害や記憶障害などを認めた。本人の希望は自営で行っていた水道工事への現職復帰であった。しかし、右の片麻痺や高次脳機能障害などにより現職への復帰は困難であると考えられた。

グループ療法参加の目標は、「何らかの社会参加」であったが、家族の集まりの中で家庭内での問題行動が明らかになった。そこで、家庭内に向けられていたストレスのはげきを外に向けさせること、併せて家族のレスパイトも考慮し、本人の家庭外での活動を増やすこと、その機会の一つとしてグループ療法に参加することをキーパーソンである妻とスタッフ間で話しあった(図7)。

グループ療法参加後、他のメンバーとディスカッションを重ねる中で、予てよりスタッフが薦めていた市の活動センターなどへも興味を示すようになった。MSWと共に見学を重ねていきながら、自身が希望するセンターに週2回通うことを決めた。職員や家族からの勧めではなかなか納得がいかない様子であったが、グループ内のメンバーから話を聞くうちに「生活のリズムをつけること」などを本人が現時点での目標とし、通所を開始した。この他にも生活保護世帯であることから、経済的負担のかからない公共の水泳教室などの活動場所を紹介した。また、グループの中で家庭での行動障害についての自身の障害認識を促し、

個別対応の中でストレス科受診を勧め、受診へと到った。

b. 事例2

50歳の男性、平成14年に脳出血を発症。他県での発症3ヶ月後、両親のいる出身地の北九州にある当院へ転院した。当初から、特に父親が強く本人の現職への復帰を望んでいたが、認知機能の重症度と、職場の状況や職務の内容から、現職への復帰は困難であると予測された。記憶障害は重度で、視覚障害もあり、高次脳機能障害に対する障害認識に乏しく、身体の麻痺は軽度であるものの、生活全般に促しや見守りが必要な状況であった(図8)。

グループ療法参加後は記憶障害などに対する本人の認識や、脱抑制的な行動に関しては改善が認められるようになった。MSWを通じて障害者支援センターの介入を求め、グループ療法を行いながらその他の機関とも連携して、通院の自立や社会参加の拡大を促していった。記憶の補完などは手帳の活用などで比較的可能になったものの、一般就労は依然難しいと考えられた。後に作業所への通所が決まり、公共交通機関を乗り継いで、作業所へ週2回通うこととなり、本人はパソコンを使っての作業にそれなりにやりがいなどを感じて通所している様子であった。しかし家族の方は常に本人に対し一般就労での社会参加という依然高い目標を望んでいた。障害者職業センターで職業評価を受けてもらい、結果、現在の作業内容が、本人の現時点での活動のレベルに適合していて、現作業所などでの活動を継続することが望ましいという判定をみて、家族も納得した様子であった。就労や社会参加に関しての目標設定に関しては職業センターなどの職業機関による評価を受けることで、客観的な判断を本人はもちろんであるが、家族に促すことが可能であることを経験した(図9)。

3. 結 果

グループ療法参加後に何らかの形で社会復帰・

●症例8 49歳男性 受傷後4年

診断名：脳出血(左被殻)、開頭血腫除去術後
障害名：右片麻痺(不全)、失語症、運動性構音障害
問題点：失語症、記憶障害、運動性構音障害
家庭内での問題行動
本人の希望：復職(自営・水道工事)
→業務内容を考えると困難と考えられた

図6 事例1

*現時点での適切な目標設定

現職復帰→活動センター通所(生活のリズムを整える)

*家族支援=家族のレスパイトケア

本人に家庭内での問題行動に対する認識を促す
→ストレス科受診

*認知機能改善を目的とした訓練

図7 事例1：問題点に対する対応

●症例4 50歳男性 受傷後5年

診断名：くも膜下出血、クリッピング術後、V-Pシャント術後、糖尿病
障害名：高次脳機能障害、視野障害、左不全麻痺
問題点：注意障害、記憶障害、視覚障害、障害認識の低下
本人・家族の希望：現職復帰(マスコミ)

図8 事例2

*社会復帰支援

作業所への通所、通院の自立など

*認知機能改善を目的とした訓練

記憶障害に対し手帳の活用を定着化
グループ内での抑制の効いた行動

*家族指導

障害者職業センターでの職業評価
→客観的評価を本人・家族にフィードバック

図9 事例2：問題点に対する対応

社会参加を果たした参加者は23名中18名(78%)
 その他5名であった。障害認識の問題などにより、
 現実的な目標設定を行うことが困難であった患者
 が、障害認識を高めることで具体的な社会参加の
 目標を見つけ、それに向けた行動・活動を開始す
 ることを多く経験した。中には受傷後10年を経
 過してグループ療法に参加し、比較的早い期間で
 安定した社会参加を果たした例も数例あった。急
 性期、回復期を除いたほとんどの参加者において
 は、グループ療法の参加開始時と終了時において
 神経心理学的評価上の数値の大幅な改善はみられ
 なかったが、障害認識や対人コミュニケーション
 スキルに関しては何らかの改善が認められるなど
 の共通した傾向が窺えた。

受傷後、長期間にわたり社会復帰が困難であっ
 た患者の中には、障害認識や対人コミュニケーシ
 ョンスキルの問題が影響していたと考えられる事
 例が多かった。

4. 考 察

a. チームアプローチ (図10)

当院のグループ療法は、多職種が協働して実施
 していく。利点としては、捉えにくい問題点をそ

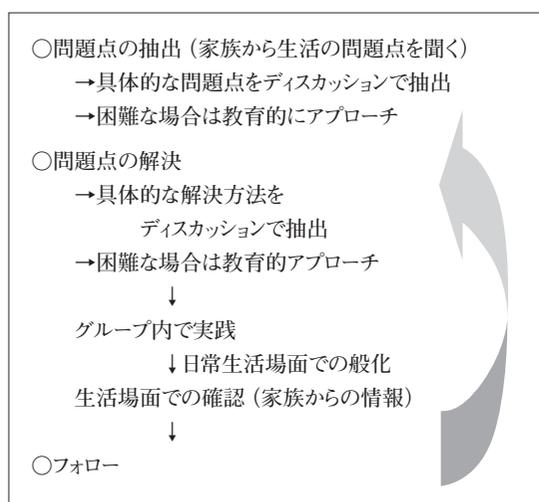


図10 当院認知リハのストラテジー (まとめ)

れぞれの焦点で描出することができる、より専門
 性を必要とされる問題点に関し、特異的・集中的
 にアプローチを行えるなどの、職種の専門性を生
 かしたアプローチを行うことが可能となる、など
 がある。また、医師やMSWを中心にして他機関
 との連携や地域資源の活用をすることで、オーダ
 ーメイドの支援がある程度可能になる。なお、現
 在の医療情勢の中では、高次脳機能障害のリハビ
 リテーションも他疾患の例にもれず、医療だけで
 完結することの方がむしろ少なく、インフォーマ
 ルなものを含め社会資源を利用しながらリハビ
 リテーションを進めていくことが必要である。そ
 の他スタッフの燃え尽きが防止できる、などのメリ
 ットもあると考えられる。

b. 心理社会的問題に対するグループ療法の効果

参加者の多くは受傷後、休職や退職などを含め、
 社会環境に大きな変化を余儀なくされる。このこ
 とで、家族や限られた人との接触以外、他者と交
 わる機会が減る。高次脳機能低下に加え、障害に
 起因した本人ととりまく社会状況の変化は、対人
 コミュニケーションの場を激減させることが多い。
 結果、「ひきこもりなどの二次的障害を引き
 起こすこともあり」(渡邊, 2002) 社会への帰属
 の意識の低下をもたらす。グループ療法では「他
 の参加者が不快に思うような発言をさけること」
 をグループ療法での約束事にして、安心して自分
 の不安や悩みを吐露できる場になるように配慮し
 ている。グループ療法終了時には、終了者に挨拶
 や感想を述べてもらうようにしているが、ほとん
 ど全員がグループ療法に参加したことを肯定的に
 述べている。特に多いのが「自分以外にも同じよ
 うな問題を抱えている人たちの存在を知ることが
 できた。大変なのは自分だけではないと思った」
 「(グループに参加して) 友達ができた」といった
 感想である。また、「自分も社会に出て頑張るので、
 皆さんも頑張ってください」と、他者を気づ
 かうメッセージをほとんどの参加者が残りのメン
 バーにエールとして送ってくれる。またグループ
 終了後も折に触れ、その後の活動の様子をグル
 ープメンバーに知らせてくれることも多い。また、
 急性期や回復期を除き、社会復帰や参加が可能に

なった患者の多くは、グループ療法参加前後で神経心理学的検査結果の数値の大幅な改善が認められたわけではない。このことから、社会復帰や社会参加を促していく上で認知機能障害以外の、障害認識や行動障害などに対するアプローチは重要であり、こうした面でグループ療法は有用であると考えられた。

c. 家族支援

患者を中心としたリハビリテーションを行う上で、重要な環境要因の一つである家族と協働してリハビリテーションを推し進めていくことは必要不可欠である。グループ療法を含めたアプローチが、どのように生活に反映されているかの確認や情報共有・情報交換を行う。また、「高次脳機能障害は介助の精神的負担が大きい」（田谷, 2003）といわれる。情報交換にとどまらず、日々の労を労い心理的サポートを行うことも重要である。また、同じ問題を抱えている家族が他にもいることを知ることで、日常生活における感情の吐露を安心して行える場となり、それが結果としてピア・カウンセリング的な意味合いを持つことにも繋がっている。生活支援の中で、まずは患者にもっとも関わりの深い、生活の単位である家族への働きかけを行うことは重要である。何より家族の心理的安定は、効果的なリハビリテーションの必要条件である。

また、事例2でも経験したことであるが、家族の障害認識が就労の成否に影響することがある（綱川ら, 2004）という報告もある。一般に、家族が雇用就労に目的をおく理由として「雇用という働き方でなければ従前の暮らしが維持できない」ことが考えられ、この背景には「障害者の所得保障が十分でない現状を反映している」（渡邊, 2002）ことが考えられる。しかしこれに加えて中途障害の場合、本人はもちろん、家族が受傷前の本人像に固執するあまり、結果、「現時点で可能な社会参加」の機を逸してしまうことも少なくないと感じている。今後も本人のQOLに配慮しながら、家族に対しても、患者自身の障害についての認識（客観的評価）を促すようなアプローチを行っていく必要があると思われる。

以上のことから、まずは医療機関での支援の中で家族支援を開始することは、社会復帰支援において大きな意味合いを持つと考えられる。

d. 問題点

当院での支援の現状としては、支援すべき多くの問題点を把握しながら対応の可能性に大きな制限があると感じている。リハビリテーションにおいてもっとも重要なのは「当事者の生活（地域、職場も含む）が主体であり、出発点は「生活モデル」である（白山ら, 2004）。生活は「生活構造、生活の質などさまざまな局面から成り立っている」。さらに「具体的な人の生活活動は、個人の目的行為を通じて社会の諸事情と相互作用の結果として発現する」。このため、「広義の生活障害は個人の生きがいや役割、住宅環境、介護者の状態、経済状態、社会サービス状況、職歴、近隣との関係などが複合連鎖した状態で現れる」（白山ら, 2004）。多くの患者が長期にわたり、生活支援を必要とするが、その中で「狭義の医療の範疇」でない問題も多いと思われる。当院のシステムのように限られた時間やマンパワーでは、生活の中での問題点を十分に把握しこれに対応することには限界がある。支援センターなどの他機関と一緒に取り組むことで比較的対応がしやすくなるが、一医療機関で取り組めることには限界も大きい。入所の施設や外出訓練などが可能な形態の施設であれば、ケースによってはもっと取り組めることが多く、リハビリテーションにおいて効果が高いのではないかと感じている。また、このような流れの中で、本来の意味でのリハビリテーションを考えていく際に、オーダーメイドの支援が可能となることが患者・家族にとっては強く望まれるところであろう。また、海外の研究ではオーダーメイドの支援が費用対効果の面でも有用であったとの報告もある（O'Neil JH, et al., 2004）。こうした視点からの研究も今後必要であろう。

5. 結 語

高次脳機能障害のリハビリテーションで社会復

婦や社会参加を促していく上で、グループ療法は有効であると考えられた。特に、障害認識を高める効果は重要で、それは他者との関係性の中で少しずつ可能になっていくことが示唆された。

社会復帰や社会参加に際しては、長期にわたる支援が必要とされる場合が多いが、今後、医療保険下の支援は期間的に制限がより大きくなっていく。ますます一医療機関で行えることには限界が生じてくる。一般病院の役割として、急性期から回復期での支援を行いながら、支援センターや障害者職業センターなど核となる施設や機関に支援の中心を移行していくことが求められる。この過程の中で、フォーマル・インフォーマル問わず社会資源を利用しながら、個別支援が可能となるようなステップを踏んでいくことが重要と考える。その際の医療機関からの情報提供・あるいは情報交換の上でもグループ療法で得られた情報は重要である。

前述したが、高次脳機能障害の心理社会的問題は、環境との相互作用で生ずる場合が多い。患者をとりまく環境は受傷後目まぐるしく変化する。「高次脳機能障害者の地域生活を支えるためには、医療期段階から地域生活維持段階までのライフステージに即した適切な支援が提供されることが必要」であり「本人と家族の願いは、家族の状況に左右されずに本人が地域で安定した生活を営めるようになること」（生方ら、2007）である。その時々に対応した必要な支援を継続して受けられる地域連携のシステム、すなわち連続したケアシステム（白山ら、2004）の構築が望まれる。

最後に本研究をまとめるにあたり、貴重なアドバイスを頂きました白坂康俊先生（国立身体障害者リハビリテーションセンター）、斉藤吉人先生（北九州市立総合療育センター）に深謝申し上げます。

文 献

- 1) 青木重陽, 鄭健錫, 大橋正洋, ほか: リハビリテーションチームおよび社会との接点. 総合リハビリテーション, 34 (6) : 569-574, 2006.
- 2) 日本脳外傷友の会: 設立日本脳外傷友の会 一周年記念 全国家族交流会 Ben-Yishay 先生講演会録; 脳損傷通所治療プログラムの紹介: 2001.
- 3) O'Neil JH, Zuger RR, Fields A, et al: The Program Without Walls; Innovative Approach to State Agency Vocational Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury. Arch Phys Med Rehabil Vol 85, Suppl 2, April: 68-72 2004.
- 4) Kreutzer JS, Leininger BE, Sherron PD, et al.: Vocational rehabilitation for persons with traumatic brain injury, Aspen: 1990, pp.35-70.
- 5) Sohlberg MM, Mateer CA, : INTRODUCTION TO COGNITIVE REHABILITATION ; Theory and Practice, THE GUILFORD PRESS. 1989, p.319.
- 6) 松井学, 中上裕人, 加藤朗: 外傷性脳損傷者の職業復帰の援助作業療法ジャーナル, 30 : 445-450, 1996.
- 7) 永吉美砂子, 上田幸彦, 高橋雅子, ほか: 脳損傷者に対する包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの実践, 総合リハビリテーション, 33 (1) : 73-81, 2005.
- 8) 名古屋市総合リハビリテーションセンター 脳外傷リハビリテーション研究会: 高次脳機能障害の評価基準に関する研究, 2001.
- 9) 日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター: 脳損傷者の就業定着に関する研究 : 2003, p.16.
- 10) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター: 高次脳機能障害を有する者の就業のための家族支援のあり方に関する研究 : 2004, pp.44-57.
- 11) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター: 高次脳機能障害者の雇用促進等に対する支援のあり方に関する研究; ジョブコーチ支援の現状, 医療との連携の課題, 2007, p.132.
- 12) 白山靖彦, 園田茂, 太田喜久夫: 高次脳機能障害者に対する医療・福祉連携モデルの構築; 1. 三重モデルの概要, 総合リハビリテーション, 32 (9) : 887-892, 2004.
- 13) 生方克之, 大橋正洋: 生活障害の評価, 総合リハビリテーション, 31 (2) : 121-127, 2003.
- 14) 生方克之, 大橋正洋, 瀧澤学, ほか: 地域生活支援の現状と課題, 総合リハビリテーション, 35 (9) : 881-886, 2007.
- 15) 渡邊嵩子: 就労の現状と問題点, 総合リハビリテーション, 30 (9) : 811-816, 2002.

- 17) 先崎章, 枝久保達夫, 新井美弥子: ニューヨーク
大学医療センター・ラスク「脳損傷者外来通院
治療プログラム」で行われている集団を利用し
た認知・心理療法, JOURNAL OF CLINICAL
REHABILITATION Vol.8, No6, 559-565, 1999.
- 18) 先崎章, 三村将: 神経心理学的検査の適応と限界,
総合リハビリテーション, 31(2): 113-120, 2003.