

高次脳機能障害に対するアプローチ

—心理士の観点から—

宗澤 人和・橋本 優花里

福山大学人間科学研究科心理臨床学専攻 福山大学人間文化学部

キーワード：高次脳機能障害，心理士，認知リハビリテーション，グループ訓練

はじめに

高次脳機能障害とは、交通事故や脳梗塞などによって、後天的に脳が部分的に損傷されることで、言語、思考、記憶、行為、学習、注意などの機能に障害が起こった状態をいう。高次脳機能障害は、以前からも医療現場においてはリハビリテーションの対象であったものの、その症状はリハビリテーションスタッフなど一部の専門化にしか知られていなかったが、近年、マスコミなどでも「見えない障害」「制度の狭間の障害」をキーワードに、高次脳機能障害をもつ患者と家族への対応について、盛んにとりあげられるようになった。しかし、患者に対する診断、訓練、生活支援などの具体的な手法は、その問題の実態を把握するための十分な資料もなく、今日まで保険福祉行政のうえでも確立されていなかったというのが事実である。この背景には、高次脳機能障害に関する用語や概念が学術的・学際的に統一されておらず、高次脳機能が何を指すのかわかりにくいという問題や、障害の現れ方が多様であり、外見からもわかりにくいなどの高次脳機能障害特有の問題があった(大橋, 2001)。

このような現状を受け、厚生労働省は2001年から5年間をかけて、高次脳機能障害支援モデル事業に取り組むこととなった。モデル事業は、国立身体障害者リハビリテーションセンター(現：国立障害者リハビリテーションセンター)を中心に、全国12の拠点病院等が参加して実施された。5年にわたって高次脳機能障害の実態を調査した結果、医療福祉サービスの狭間に置かれている障害の現状が明らかになり、早急な対応が必要であることが示された。この結果を受け、モデル事業終了後の2006年からは、医療から福祉(受傷から社会復帰)までの連続したケアの提供を目標とし、高次脳機能障害は、自立支援法の中で都道府県が行う専門的相談支援に位置づけられた。そして、行政的に「高次脳機能障害」が定義され、その診断基準が提案されただけでなく、支援普及拠点機関に支援コーディネーターが配置され、地域の支援ネットワークの構築を目指した支援普及事業が取り組まれるようになった。モデル事業の成果によって、高次脳機能障害に対する支援が充実しつつあるが、社会への浸透はまだ始まったばかりであり、医療現場においても確立された支援が模索されている(橋本・澤田, 2009)。

高次脳機能障害に対する支援には、障害された認知機能に対するリハビリテーション支援、心理的サポート、社会復帰・生活・介護支援、家族支援など様々なものがあり、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、支援コーディネーターなどの多くの専門家がかかわっている。しかし、心理学を専門とする人々全体でも、このようなリハビリテーションが心理学という学問の一部であるという認識に欠けており、心理士がチームに加わるケース数は十分であるとはいえない(橋本, 2009)。これには、心理士が行う種々の介入が医療報酬の算定対象となりにくいという現状が背景にある。上月・椿原・前田・山口・高岡・永田・渡邊・田中・渡部(2006)は、日本リハ医学会認定研修施設における心理業務の内容・心理関連職の実態と心理業務担当者に望まれる資質に関するアンケート調査を実施した。調査の対象は、全国の病院および診療所等394施設であり、そのうちの233施設から回答を得ている。調査結果から、心理業務担当者が業務を行っている施設は、63施設(27.0%)に過ぎないことが明らかとなった。また、心理業務担当者の必要性については、114施設の回答のうち、98施設(86%)が採用を希望しており、採用された場合の依頼業務は、100施

設の回答のうち、臨床心理・神経心理検査 100 施設(100%)、障害受容を含む心理療法・カウンセリング 75 施設(75%)、高次脳機能障害に対する認知リハ 21 施設(21%)の順に多かった。

また阿部(2006)は、種々の認知機能の訓練には、心理士の認知障害を改善するための訓練、障害への対処法を学ぶ訓練、及び当事者を取り巻く環境を作るための心理教育など、リハビリテーション領域での心理士に対するニーズは高いと述べている。そのような中、臨床現場では、心理士が少ない人数で多くのケースを担当する場合も多く、より効率が良く、効果的な訓練の方法が求められている。近年、認知リハビリテーションの形態の一つとして、グループ訓練による報告がなされている。グループ訓練は、実施者が一人当たり割く時間が少なくなるため、より効率的で効果的なアプローチを幅広く提供できる可能性がある。そして、このような実施者側にもたらされる効果のみならず、また、他者の考えを知る、他者と問題を共有して解決するなど、個人訓練では得られない、他者との相互作用の中で生まれる参加者への効果も大きいと考えられる。

本稿では、認知リハビリテーション領域での心理士が果たす役割について、評価とリハビリテーションという2つの領域からまとめる。そして、上述のようなグループ訓練の利点に注目して、現在実施されているグループ訓練の有効性と問題点について言及するとともに、これからのグループ訓練のあり方について考えることを目的とする。

認知リハビリテーションにおける心理士の役割

障害の評価

障害の評価は神経心理学的検査を用い、症状を総合的・包括的に捉えるために、種々の検査をテストバッテリーとして組み合わせ実施する。神経心理学的検査の役割は、脳損傷後の変化を検出するという問題点の抽出ばかりでなく、その症状の改善を目指したアプローチの可能性を検討する手がかりを模索する作業でもある(宮森, 2004)。中島・寺島(2006)によると、高次脳機能障害を評価するには、まずはベッドサイドでも施行できる簡便な検査でスクリーニングを行い、その後さらに詳細な検査を施行することが適切であるとしている。損傷による機能系の離断ということを考えても、ある症状が単独に現れるということは極めてまれであり、患者が示す障害はさまざまな障害が組み合わさっている。たとえば記憶検査の課題を実行するには、記憶機能以外に言語、視空間認知、計算などの機能も働いている。軽度でも失語症を有する患者では記憶検査中の言語性課題の成績が低下するし、半側空間無視を有する患者では視覚性課題の成績が低下する。意識障害、注意障害も成績に大きな影響を与える。したがって、ある検査成績が低い場合もそれが何の機能障害を反映しているのか判断しなくてはならない(中島・寺岡, 2006)。このように、表面に現れている障害の基礎にあるものを見極めるのはとても難しい。そこで、種々のひとつひとつの検査結果にもとづいて、障害にかかわるいろいろな可能性を排除しながら、表面的に顕著に現れている障害と隠れている障害を見極めていく作業こそが、心理士が行う評価であり、リハビリテーションの重要な準備段階である(橋本, 2006)。

阿部(2010)は、モデル事業の拠点病院を対象に調査したところ、心理士がいない、ないしは不足している病院では、OTやSTが神経心理学的検査の一部ないしはすべてを担っていたと報告している。また、使用頻度の高い神経心理学検査については、①知能：WAIS-R(ウェクスラー成人知能診断検査)によって知能指数のみならず、下位検査項目のプロフィール分析を行う。これは、現在ではWAIS-IIIに改訂されている。②記憶：言語性の三宅式記録力検査、非言語性のReyの図形の再生、リバーミード行動記憶検査を組み合わせる。③注意：視覚系のかな拾いテスト、TMT(Trail Making Test)、聴覚系のPASAT(Paced Auditory Serial Addition Test)を組み合わせる。④遂行機能：WCST(Wisconsin Card Sorting Test)で概念形成とその転換を測定する、としている。しかしながら、注意機能においては、現在では、標準注意検査法(以下、CAT：

Clinical Assessment for Attention)が容量、持続、選択、変換、配分などの注意機能全般を評価する検査として有効であるとされている。CATはこれまで作成されてきた標準失語症検査(SLTA)、標準失語症検査補助テスト(SLTA-ST)、標準高次視知覚検査(VPTA)、標準高次動作性検査(SPTA)に続くものであり、脳損傷例にしばしば見られる注意の障害や意欲・自発性の低下を臨床的かつ定量的に検出・評価することが可能である。また遂行機能では、遂行機能障害症候群の行動評価法(以下、BADS: Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome)が有効であると考えられている。BADSは前頭葉症状の中核である遂行機能障害を症候群として捉え、さまざまな行動面を評価しうる系統的で包括的な検査バッテリーとして開発された。この検査バッテリーにより、従来の神経心理学的検査では十分に評価し得なかった前頭葉、特に前頭前野領域の損傷による行動障害の定量的評価が可能になることが期待されている(中島・寺島, 2006)。

そして、神経心理学的検査だけでは高次脳機能障害のすべての側面を評価することはできないため、家族や看護師などから患者の日常生活上の困難に関する聞き取りを行い、検査の結果と合わせてさらなる障害全体の評価を行っていく必要がある(橋本, 2006)。また、評価の結果では、患者自身やその家族、患者に関わる他職種 of 専門家に理解できるようなわかりやすい報告が求められる。わかりやすく報告することで、他職種に共通したリハビリテーション指針が立てやすくなるだけでなく、患者自身やその家族が障害を正しく理解し、リハビリテーションへの積極的な関与をうながすきっかけにもなる。

認知リハビリテーションの実施

高次脳機能障害への臨床的な取り組みは、リハビリテーション病院での脳血管障害などの局所脳損傷に伴う注意障害や視知覚障害に対するアプローチから始まった。しかし、当初は作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)が中心であり、心理士は評価など、限定的なかかわりにとどまることが多かったが、1990年代から名古屋市総合リハビリテーションセンターや神奈川県総合リハビリテーションセンターにおいて、外傷性脳損傷を中心とした高次脳機能障害への包括的な支援が行われるようになった(阿部, 2010)。その後、モデル事業の普及に伴い、臨床心理士が高次脳機能障害者の認知リハビリテーションに積極的に関与するようになっていったものの、しかし心理士が障害のどの部分に関わるのか、どのような支援を行うのかについての明確な基準はなく、業務内容が所属する病院や施設ごとに異なっている。

高次脳機能障害をもつ人に対するリハビリテーションは、神経心理学的リハビリテーションあるいは認知リハビリテーションと呼ばれている。神経心理学的リハビリテーションは、認知リハビリテーションよりも広範な障害を扱うという点で異なるという立場がある。つまり、神経心理学的リハビリテーションは、脳損傷に起因する障害を主な対象とするが、感情、人格、そして身体的障害まで含むとする立場がこれである。しかし一方で、認知リハビリテーションの対象は、注意・記憶・学習・思考・心的組織化・情動・感情表現・そして遂行機能までも含むという立場もある(橋本, 2006)。現在、わが国では認知リハビリテーションという用語が広く定着しており、認知リハビリテーションと神経心理学的リハビリテーションの境はほとんどないのが現状である。

阿部(2010)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つ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つき合う方法)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3つに分類して整理した。また、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が必要であることも明らかにしている。障害認識の欠如、あるいは低下した自尊心は、訓練不参加の原因となったり、補償手段の使用への抵抗あるいは拒否をもたらす可能性もある。そのため認知リハビリテーションでは認知的アプローチの効果を最大にするためにも、心理的アプローチによる障害認識の不足と自尊心の低下に対する取り組みが重要

となる。また、高次脳機能障害に限らず、障害を抱えた人々には必ずといっていいほど、障害受容の問題がある。これまで意識せずに行われてきた日常生活が障害のために困難になったとき、その障害を受容することは、患者のみならず家族の問題となる(橋本, 2006)。以上のことから、認知リハビリテーションは高次脳機能障害そのものに対するリハビリテーションだけでなく、患者や家族が障害を認知するための支援、患者の心理的ストレスの低減、患者や家族の障害受容へのはたらきかけや社会復帰のためのコンサルテーションも重要な課題となる。したがって、認知的アプローチと心理的アプローチは、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)。

先述のように、モデル事業の普及とともに、認知リハビリテーション領域において心理士が担う役割は大きくなったが、未だ心理士固有の業務として位置づけられているものはなく、業務内容が所属する病院や施設ごとに異なっているのが現状である。国の高次脳機能障害支援モデル事業において、拠点病院における職種別訓練関与時間を調査した結果によると、高次脳機能障害の訓練に最も多く関与していたのが心理士で、次いで、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)の順であった。心理士の業務内容別関与時間はカウンセリング 40.9%が最も多く、次いで訓練 36.4%、評価 22.7%であった。OT と ST は評価と訓練のみに関与しており、カウンセリングは心理士固有の業務であった(阿部, 2010)。阿部(2006)は、心理士が行う認知リハビリテーションはそれぞれ異なる学問的背景を有しており、認知的アプローチには神経や脳に関する神経心理学の知見とともに、情報やコンピューターに関する認知心理学の知見が活用され、心理学的アプローチには、人間の心や行動に関する臨床心理学の知見が活用されていると述べている。したがって、心理士には種々の心理学的理論やモデルに基づく障害の評価やアプローチが可能であり、このことは心理士特有の業務であると言える。

認知リハビリテーションにおけるグループ訓練

これまで、心理士の業務を、評価と認知リハビリテーションの視点から概観してきたが、現在の心理士の業務における困難の一つは、少ない人数で多くのケースを担当するという点であり、心理士特有の業務として確立されたものがないということである。このような状況を改善するアプローチ方法の一つとして、グループ訓練がある。グループ訓練は、少ない人数で多くの対象を扱うことができる。そして、臨床心理学の領域でうつ病やその他の問題に対して行われてきたグループ療法の知見を生かすことによって、心理士独自の視点からアプローチが可能となる。そして、グループ訓練には、実施者側にもたらされる利点のみならず、他者との相互作用というグループ特有の形態の中で生まれる参加者への効果がある。したがって、多忙な臨床現場において、効果的な集団アプローチを行うことは、参加者と実施者双方への利点があり、実施者の利点は、結果として患者の利点に還元されることになる(橋本・澤田, 2009)。また、中島(2009)でも、個人の特徴(疾患、損傷部位、障害の程度)に合わせた個別訓練と併用して、集団による治療効果をめざすグループ訓練を行うことは、自己・他者意識・意欲を促進させ、集中力、現実検討力を改善し、実際場面での訓練につなげるうえで有効であるとされている。

グループ訓練は、通常 10 人前後の小集団を対象とし、参加するメンバーの各々が自分を表現したり、行動したりすることを通じて実践される心理療法の一つである。中島(2009)によると、高次脳機能障害のグループ訓練は、治療者が 1 人の場合は 6 人前後の小集団が望ましいとされている。メンバー各々の障害の特徴が異なるために、対応する時間に余裕を持つておくことが必要であるからである。グループ訓練は一緒に参加している仲間を鏡にして自分を知ること、一人で体験する以上の気づきを得ることができる。また中島(2009)によると、高次脳機能障害者のグループ訓練の方法として、心理療法の中で 3 つの方法は適用できるのではないかと考えられている。第 1 に認知行動療法的アプローチがある。回復、向上をめざす問題解決型の心理療法である。具体的な目標を立て、目標達成のためにさまざまな技法を用いることが特徴である。よく使用される技法として「認

知再構成法」がある。これは、うまくいかなかったところを自分で修正するための方法である。治療者は、技法の説明や提案をし、メンバーはさまざまな観察や練習を行い、積極的に問題解決を図ろうとする療法である。問題の再発予防効果が高いと知られている。第2に解決志向的アプローチがある。問題やその原因、改善すべき点を追及するのではなく、解決に役立つリソース・資源(能力、強さ、可能性など)に焦点をあて、それを有効活用する。「何がうまくいかないのだろう」と考える代わりに「自分が望む生活のためには何が必要なのか、何が出来るのか、どうやったら出来るのだろうか」と考え、解決のための具体策を明確にしていく。効率的で実践的なアプローチとしてさまざまな治療に適用されている。第3に、精神療法的アプローチがある。消極的になり、否定的思考によって自信をなくしがちな方々を対象としたアプローチである。治療者は話をよく傾聴し、自分自身がどのように感じ、どのように生きつつあるのかに取り組み、自らが気づき回復していくことを促進させる。このようなグループ訓練においては、心理士は、本人が障害の症状と体験を結びつけて理解し、障害とのつきあい方を学べるように心理教育的アプローチを行うとともに、メンバー間の交流を促進するようにファシリテーターの役割をとる(阿部, 2010)。

現在まで、脳機能の回復を目指したグループ訓練や、脳損傷後の認知障害が長期化し、社会的に孤立しがちとなった症例やその家族に対するグループ形訓練が試みられ、その有効性が数多く検討されてきている。そして、近年では、高次脳機能障害のグループ訓練を1冊にまとめた書籍も出版され、集団訓練による種々のアプローチが紹介されている。例えば、川上(2009)では、亜急性期から慢性期にかけた高次脳機能障害の脳機能回復の直接的訓練として、注意・記憶障害のグループ訓練プログラムを実施している。プログラム内容は、病識の意識づけ、注意訓練(抹消課題と無意味図形の描き取り)、短文記憶訓練、伝言訓練の実施が主であった。このグループ訓練では、本人の病識が高まり(病識認識)、日常生活において代償手段を使用し(例えばメモの必要性を認識し、実際にメモをとる)、リハビリへの意欲が高まるなど、気づく力や覚える力、思い出す力、回復への意欲などを、グループ内のメンバー同士で相互に高め合うという効果が期待されていた。実施の結果、ほとんどの参加者において注意機能及び記憶機能の向上が示された。また、訓練の前後に実施された参加者へのアンケートより、病識は高まり、記憶力の弱いことを自覚し、計算機、タイマーやアラーム時計をよく使うようになった。忘れないように確実に手に書き留めたりメモや手帳に書いたりすることができるようになった、との報告があった。

上田(2009)では、精神的ケアにより社会復帰の成功の可能性を高めることを目的としたグループカウンセリングを実施した。このグループカウンセリングは、リハビリテーションによって回復できる、支えてくれる家族・仲間がいる、障害を負っても自分の人生はつながっていると感じることによって、自尊心を回復し、障害の認識の促進を図り、訓練への参加と継続の動機を高めるのと同時に、他者と適切なコミュニケーションが取れるようになることにより、社会復帰を目指す。グループカウンセリングの結果、単に感情が安定するというだけでなく、個別認知トレーニングへの取り組みが積極的になり、自身の障害に目を向ける気持ちや社会復帰への意欲が高まっただけでなく、その意欲を継続的にもち続けることができたとして報告されている。

これらのほか、個々の認知機能の回復訓練を取り入れながらグループ訓練のなかで障害認識にアプローチしている報告がある。殿村(2009)では、特に対人関係のスキルの障害へのアプローチに焦点を当てた、行動障害に対するグループ訓練の取り組みについて紹介している。このグループ訓練では、障害認識以外に、対人関係や感情面などを扱い、トータルな心理的ケアを目指した。グループは同じ障害をもつ仲間と構成されていたため、他者から受け入れられる、意見を聞いてもらう、あるいは共感しあうような体験がで、仲間からのフィードバックや仲間の言動をみることによって、障害の気づきを無理なく促進しやすいなどの効果があった。

以上のように、現在実施されているグループ訓練は、病院または施設に当事者や家族が毎週のように集まり実施するという形態である。しかしながら、毎週病院へ通うという事は、当事者やその家族にとって大きな負担となり、より一層訓練への参加を難しくすると考えられる。このような現状を改善するための一つの方法としては、

コンピューターの利用が考えられる。近年、認知リハビリテーションの領域においてもコンピューターを効率よく導入する方法が行なわれており、遠隔システムを利用することで、自宅でも訓練が取り組めるようになっていく(長野, 2007)。長野(2007)は、遠方の患者の自宅と病院をインターネットで介してつなぎ、NITの会議システムを使用して、パソコン画面上の課題をスタッフと共有する形で行うインタラクティブリハビリテーションシステムの開発について報告している。このシステムの開発によって、遠方の患者が通院の手間や費用をかけることなく、病院での個別訓練と類似の環境で自宅にいながら早期リハビリテーションを実施できる。

そこで、グループ訓練においても、コンピューターを導入し、遠隔をつなぐ会議システムのような形で実施することも可能ではないだろうか。具体的な手法の一つとしては、インターネット上の Skype がある。Skype は、インターネットプロトコルを使った電話システムであり、Skype ユーザー間であれば、無制限の無料音声通信が可能となる。この Skype を利用することで、当事者やその家族は直接病院へ出向くことなく、気軽に訓練への参加が可能となるのではと考えられる。このほか、他者とのコミュニケーションや、自助的な支援としては、SNS の利用や Twitter に代表されるミニブログと呼ばれるコミュニケーションサービスの活用などが考えられる。Twitter とは、「今何をしているのか?」を 1 行程度書き込み、自らが許可した人であれば誰でも見られるように公開するサービスである。利点としては、SNS やブログと違い、相手や読み手をそれほど意識せずに軽いコミュニケーションがとれる点にある。また、コンピューターがなくとも、携帯電話からの利用も可能であるため、容易に他者とのコミュニケーションが可能となる。これらの多様なコミュニケーションサービスを活用することは自助的な支援として有効であると考えられる。もちろん、病院内での業務としてこのような訓練や支援を行なうのであれば、診療報酬をどのようにするかと言った問題点は残るが、新しいグループ訓練の試みとして今後の可能性が期待できる。

結語

本稿では、高次脳機能障害に対する心理士としての支援のあり方と、心理士が実施するグループ訓練について検討した。現代の医療システムにおいては、心理士の役割や専門性は定着しているとは言いがたく、また他の医療スタッフにおいても心理士の専門性が認識されていないのが現状である。そのため心理士の課題としては、心理学の知識だけでなく、リハビリテーション医学関連の知識も習得し、他職種への積極的なアプローチが必要である。

グループ訓練では、少ない人数でより多くの対象者に効果的なアプローチを行うことができるが、それでも、定期的な通院といった当事者や家族の負担が軽減できるわけではない。本稿では、グループ訓練の一形式として、Skype や Twitter などの情報技術を利用したグループの可能性について触れた。今後は、このような形式の実現可能性や、その効果の評価方法などを詳細に検討していく必要があるだろう。また、中には、情報技術の支援技術の活用に対し、否定的な考えを抱く当事者も存在するであろう。心理士としては、種々のアプローチ方法への動機づけを高め、個人の特性に柔軟に対応できるような支援のあり方を検討していく必要がある。

引用文献

- 阿部 順子 (2006). 心理士が行う認知リハ——名古屋リハの実践から—— 高次脳機能障害研究, 26(3), 283-289.
- 阿部 順子 (2010). 高次脳機能障害の社会リハビリテーション リハビリテーション連携科学, 11, 2 - 10.
- 上月 正博・椿原 彰・前田 真治・山口 昌夫・高岡 徹・永田 雅章・渡邊 修・田中 尚文・渡部 一郎 (2006). 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 リハビリテーション医学, 43(12), 808-813.
- 橋本 優花里 (2006). 高次脳機能障害に対する心理学的支援の展望 福山大学こころの相談室紀要, 1, 59-67.
- 橋本 優花里 (2006). 神経心理学リハビリテーションとは 利島 保(編) 朝倉心理学講座4 脳神経心理学 朝倉書店 pp.173-186.
- 橋本 優花里・澤田 梢 (2009). 高次脳機能障害の心理的問題を対象とした集団療法プログラムの開発——ピア・サポート・トレーニングと認知行動療法の観点から—— 福山大学こころの相談室紀要, 9, 109-123.
- 宮森 孝史 (2004). 総合的評価法——神経真意心理学検査のすすめ方—— 高次脳機能障害のリハビリテーションVer2. 江藤 文夫・武田 克彦・原 寛美・坂東 充秋・渡邊 修(編) 医歯薬出版, pp.152-156.
- 丸石 正治 (2006). 高次脳機能障害診断基準 広島医学, 59(9), 683-688.
- 長野 友里 (2007). 認知リハビリテーション最前線 神経心理学, 23(2), 15-23.
- 中島 八十一・寺島 彰(編) (2006). 高次脳機能障害ハンドブック——診断・評価から自立支援まで—— 医学書院.
- 中島 恵子 (2009). 高次脳機能障害のグループ訓練 三輪書店.
- 大橋 正洋 (2001). わが国における高次脳機能障害リハビリテーション課題 リハビリテーションMOOK4 高次脳機能障害とリハビリテーション pp.135-143.
- 先崎 章 (2009). 高次脳機能障害精神医学会・心理学的対応ポケットマニュアル, 医歯薬出版, pp.83-96.
- 殿村 暁 (2009). 行動障害の適応のための通院グループ訓練 中島 恵子(編)高次脳機能障害のグループ訓練, 三輪書店, pp55-72 .
- 上田 幸彦 (2009). 心理的ケアを目指したグループカウンセリング 中島 恵子(編)高次脳機能障害のグループ訓練, 三輪書店, pp124-136 .

Approach for patients with acquired brain injury

:From the viewpoints of psychologist

Towa Munesawa & Yukari Hashimoto

This paper considered the expected role of psychologist in cognitive rehabilitation as summarizing their duty in the field. According to previous research, although there are a lot of needs for psychologist in rehabilitation, there are not many full-time psychologists in the actual clinical field. Therefore, psychologist often has to struggle alone. Group training is one of approach to improve this situation. Psychologists can treat many people at once in group training. Group training also provide great effect of socialization in patients with acquired brain injury. This paper took over view of the effective group training, and suggests new group training technique in the future.

(指導教員：橋本 優花里)