

目 次

◆巻頭言

東京大学大学院教育学研究科長

南風原 朝和…………… 1

◆運営小委員会委員長ご挨拶

心理教育相談室運営小委員会委員長

山本 義春…………… 2

◆相談室長ご挨拶

東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース

高橋 美保…………… 3

● 公開講座の記録

『見えない障害とともに生きる—高次脳機能障害をもつ青少年と
その家族の心理的支援のために—』

◆高次脳機能障害をもつ方の心理について—事例からの検討—

東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科

渡邊 修…………… 5

◆高次脳機能障害を受障した青年と家族の支援

神奈川リハビリテーション病院

瀧澤 学…………… 12

■2013年度活動報告 …………… 23

■心理教育相談室のご案内 …………… 29

■心理教育相談室の構成（2013年度） …………… 31

巻 頭 言

東京大学大学院教育学研究科長
南風原 朝和



心理教育相談室のホームページには、本相談室の任務についての紹介の最後に、「また、本学大学院生の研修機関を兼ねています」とつつましく書かれています。本稿では、その研修の部分に少しスポットを当ててみたいと思います。

心理教育相談室は学外の一般の方々に開かれた相談機関ですが、東京大学には、本学の学生を対象とした相談機関が多く存在しています。その代表格は学生相談所（所長は大桃敏行・教育学研究科教授）ですが、ほかにも法学部学習相談室、理学系研究科・理学部学生支援室、経済学研究科・経済学部学生サポートルームといった、学部・研究科ごとの機関があり、学生たちのサポートに当たっています。これらの機関では、心理教育相談室で研修を積んだOB・OGが活躍しており、研修の成果が、東京大学における学生の支援におおいに生かされています。

もちろん、心理教育相談室のOB・OGの活躍は学内に限られず、全国のさまざまな臨床実践の場、さらには大学等の研究・教育の場に広く展開しており、わが国における臨床心理学の実践・研究・教育をささえる大きな力になっています。

研修・研究に励む大学院生スタッフ、そして、彼らを指導する教員スタッフには、多忙ななか、ぜひ自らのケアも忘れずに、これからも心理教育相談室の重要な任務を果たしていただきたいと思います。

また、関係各位には、心理教育相談室の活動に、一層のご支援・ご協力を賜りますよう、お願いします。

心理教育相談室運営小委員会委員長ご挨拶

心理教育相談室運営小委員会委員長
総合教育科学専攻長

山本 義春



昨年度に引き続き、心理教育相談室運営小委員会委員長を仰せつかっております。以下、この1年の相談室での出来事に関する運営小委員会での話題を二つご紹介いたします。

まず、特筆すべきこととして、2013年度は面接件数が伸びて、3,600件超と過去最高になりました。実は昨年（2012年度）の年報で、2009～2012年度は「年間3,100～3,400件とほぼ横ばいで推移」とご報告申し上げたのですが、僅か1年で件数増加への対応が差し迫ったものとなりました。この上昇トレンドは、相談室の活性や知名度の向上や収入面でのメリットといった望ましい面をもたらす一方で、スペースやサポート体制の飽和という懸案をより深刻化します。また、量的飽和の問題のみでなく、面談件数の増加とともに、医療や福祉も含めた関係諸領域との共同・連携が必要な症例が増加傾向にあり、関連諸機関との連携を構築・強化するといった質的対応も求められます。2014年度は、これら諸要因を考慮した上での最適な運営戦略の検討が必要であると、個人的には感じております。

2013年度のもう一つの大きな出来事として、本学ライフサイエンス委員会に、相談室における研究活動に関わる包括的倫理審査を申請し、承認を得たことが挙げられます。相談室は、臨床と教育の場であるのみでなく、研究の場でもあります。日々の活動で様々なデータが蓄積されるわけですが、これらを元に臨床心理学的研究を行うために必要な倫理審査を受けたということになります。承認を受けて、「相談記録や検査結果等の取り扱い」について公開・説明を行い、来談者の方のご意向をお聞かせいただくことになりました。その上で研究に活用できるデータを整備することによって、今後より一層、有意義な研究成果が発信され、実践に還元されるようになるものと期待しております。

以上、簡単ですが、この1年を振り返り、ご挨拶にかえさせていただきます。相談室の運営にあたりまして今後とも一層のご指導・ご鞭撻を賜れば幸いです。

なお、今年度の公開講座は、臨床心理学コース開設10周年記念シンポジウムと併せて開催することとなりました。是非、ご参加くださいますようお願い申し上げます。

相談室長ご挨拶

心理教育相談室室長
臨床心理学コース准教授

高橋 美保



2013年度は前相談室室長であった中釜洋子教授が一昨年に急逝されてから、手探りで運営を維持した年となりました。残された教員と学生にとっては大きな試練となりましたが、お蔭様で、大過なく過ごすことができました。相談室関係者一同がこの危機を肌で感じとり、むしろ一丸となってこの試練を乗り越えてきたからではないかと思っております。そして、そんな私たちの悪戦苦闘ぶりを、先生はいつもの笑顔で温かく見守って下さっていたのではないかと思います。

中釜先生を失った後、臨床指導体制をどう整えるかが大きな課題となりました。今年度は、従来よりお越しいただいていた臨床相談員の先生方にこれまで以上にご協力をいただくとともに、中釜先生のご専門の家族療法の第一人者である平木典子先生にも臨床相談員に加わっていただくという恩恵にあずかりました。これは中釜先生からのGiftだったと思っております。さらに、相談室のOBである森田慎一郎先生にも加わっていただくなど、多くの先生方にお力添えをいただきました。

また、臨床指導体制のもう一つのテコ入れとして、新たに臨床検討会というカンファレンスを行い、専任教員が総力をあげて臨床指導を行える場を用意しました。まだまだ手さぐりは続けていますが、臨床を大事にされた中釜先生のご遺志は今も私たちの日々の臨床、教育に息づいています。

年報では、そんな私たちの一年の活動実績を報告しております。蓋を開けてみれば、今年度の年間延べ面接件数は過去最高を記録しました。これは相談室員のこの一年の奮闘ぶりを示す結果といえます。そして、この記録の数だけクライアントの皆様のお役にたつことができたのであれば何よりの喜びです。しかし、数が増える一方で、その質を担保し続けることも重要な課題となっています。これからも私たちの奮闘は続きますが、今後とも宜しくご指導、ご支援いただきますようお願い申し上げます。

公開講座の記録

心理教育相談室では毎年秋に公開講座を開催しておりますが、第9回となる2013年度は、10月27日(日)に本郷キャンパス赤門総合研究棟A200教室にて、「見えない障害とともに生きる—高次脳機能障害をもつ青少年とその家族の心理的支援のために—」というテーマで行われました。当日は、心理専門職をはじめ、医療従事者、福祉、学校関係者、そして当事者やその家族など、様々なバックグラウンドを持つ約80名が参加しました。

プログラムとしては、まず、本学臨床心理学コース石丸径一郎講師の司会のもと、東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科渡邊修教授が、「高次脳機能障害をもつ方の心理について—事例からの検討—」と題して講演を行いました。続いて、神奈川リハビリテーション病院医療ソーシャルワーカーである瀧澤学氏により、「高次脳機能障害を受障した青年と家族の支援」のテーマでの講演がなされました。後半では、本学教育心理学コースの佐々木正人教授、同臨床心理学コースの能智正博教授も交え、4名によるディスカッションが行われ、高次脳機能障害者とその家族に対する心理援助の可能性について議論を深めました。最後に、フロアの参加者からも具体的な質問や意見が活発に出され、この問題に対する関心の高さが窺えました。

以下に掲げるのは、前半の講演部分をテープ起こししたものに、渡邊先生・瀧澤先生ご自身にペンを入れていただいたものです。

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室主催 第9回公開講座

見えない障害とともに生きる

— 高次脳機能障害をもつ青少年とその家族の心理的支援のために —

日時 2013年**10月27日(日)** 14:00 - 17:00

場所 東京大学本郷キャンパス 赤門総合研究棟2階A200 <http://www.p.u-tokyo.ac.jp/cg>

◆司 会 石丸 径一郎 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース専任講師

◆開会の辞 高橋 美保 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース准教授
同心理教育相談室室長

◆第1部 講演 (14:10~15:50)

「高次脳機能障害をもつ方の心理について—事例からの検討—」
渡邊 修 東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科教授

「高次脳機能障害を受障した青年と家族の支援」
瀧澤 学 神奈川リハビリテーション病院高次脳機能障害者相談支援コーディネーター

◆第2部 ディスカッション (16:00~17:00)

講演をうけて
佐々木 正人 東京大学大学院教育学研究科教育心理学コース教授
能智 正博 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授

講演者との対話

主催：東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室
共催：東京大学バリアフリー教育開発研究センター

入場無料
(定員80名)
要事前予約



お申し込み

相談室ホームページまで
パソコン <http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>
携帯 <http://www.wapapa.jp/p/>

定員に達した際には、相談室ホームページにてその旨お知らせし、申し込みを打ち切りいたします。また、申し込み後、都合でキャンセルされる場合には、**10月24日(木)**までに電話もしくはメールにてご連絡ください。

メール：koukai@p.u-tokyo.ac.jp
電話：03-3818-0439 (心理教育相談室：平日10:00~17:00)

お問い合わせ：東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室 <http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>
電話：03-3818-0439 (月~金 10:00~17:00)

高次脳機能障害をもつ方の心理について —事例からの検討—

東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科 渡 邊 修



私は、脳損傷によって生ずるさまざまな高次脳機能障害の臨床にたずさわっておりますので、本日は、その方たちが呈する症状をご説明し、先生方の日頃の患者さんと比較していただければと思います。

まずは、分離脳症例から推測される「意思」について私見を述べさせていただきます。本症例は、以前に東大におられた杉下守弘教授の指導を受けました。そして、もう一例は、感覚性失語からみる、「欠損をうめる」という心理について述べます。そして、最後に、重度の脳外傷の方たちに表れやすい脱抑制症状について述べます。いわゆるきれるという症状だと思います。

高次脳機能障害の概略

さて、高次脳機能障害全般について確認をします。最初は、注意障害。そわそわと周囲が気になる。火を消し忘れる、ちょっとしたことで気が散りやすい、ぼうーっとしている。分かりにくい症状ですが、このような症状を注意障害と言っています。臨床的には、前頭前野が傷つくと、こういう症状が顕著に表出てまいります。右前頭前野と左前頭前野の相違についても報告がありますが、はっきりとした役割分担は分かりません。

その次に遂行機能障害。日常生活や仕事の内容をうまく整理・計画・処理・実行できない。皆さんは、今日、1時からこういう話があるということがわかっておられ

たので、家を何時に出て電車・バスに乗ってどうするかということを計画し、そして、ここにいらっしゃった。こういう計画をして実行する能力、これが遂行機能ということです。この遂行機能も、やはり、前頭前野が主に担っています。正確に言えば、ブロードマンの46野。これも、確かに右脳と左脳の違いはあるようではありますが、はっきりとした相違は分かりません。

そして、左大脳半球に、話す・聞く・読む・書くことを行う中枢があります。本日、ウェルニッケ失語を見ていただきますが、それは、「聞く」ということの問題ですね。話す・聞く・読む・書く。これらは、言語に関する四つの要素であり、失語症者は、これらが、濃淡の差をもって障害されます。

ついで失行症。ハブラシの使い方が分からない、お茶の入れ方が分からないというように行動の手順に関する記憶が喪失してしまう病態です。この責任病巣の主体は、左下頭頂小葉です。この部位は、頭頂葉の一部で、大脳半球の後方部でこの模型にみるように突出しています。これは、サルから人間になって顕著に飛び出たところなんです。犬とか猫では、まだ飛び出ないです。

さらに後方の病巣で、家族を見ても分からない、リングを見ても分からないというように、見たものの認識が悪くなる病態、視覚失認が表れます。

そして、数の概念がくずれるのが、失算です。数の概念も、基本的には、ここの頭頂小葉が中心的な役割を持ちます。みなさま、御存知のように、視覚情報は後頭葉から、聴覚情報は側頭葉からで、触覚情報は頭頂葉から下頭頂小葉に向かいますので、数というのは、視覚情報・聴覚情報・触覚情報のさらにシンボルとしてあるわけなので、これらの融合領域、すなわち下頭頂小葉に存在するわけです。

一方、右大脳半球の病巣で表れやすい症候は半側空間無視です。ご飯の左半分を残すなどの症状で、右側の下頭頂小葉が主な損傷で表出する症状です。そして、麻痺している手に注意を払わない、麻痺している手を認めないという症状、例えば「その手、動かないの?」と問うと、「おれの手じゃないんだよ」とか「動かしたくないだ

けだから」というような言い方をします。こういうように、自分の左の半分の体を認めないという症状が、半側身体失認です。半側空間無視というのは、自分の体の外側の無視に対して、半側身体失認は、自分の体の内側の無視です。基本的に病態は同じです。

そして、もう1つ、道に迷いやすいという症状があります。これは、地誌的障害と言います。入院している患者さんが、ふっと、院外にでて自宅に帰ろうとしてしまうことがあるのですが、左大脳損傷の方では、きちんと自宅に戻れますが、右大脳損傷の方では、地誌的障害のために、迷子になってしまうことは多いのです。

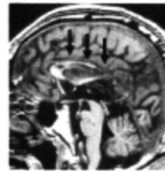
さて、右大脳半球の損傷として、5つの症状を書きました。本当は、呈する高次脳機能障害はこれだけじゃないけれども、5つの症状をここでは申し上げました。だから、右大脳半球の病気ということは、左片麻痺ですね。こうやって患者さんが左片麻痺で歩いている場合は、ひょっとすると、半側無視があるかなとか、道に迷いやすいかなとか、そういうことを一応考えて、お付き合いが始まっていくということになります。

この高次脳機能障害のマップに入らないのが、記憶です。昨日の記憶と未来の記憶、両方とも海馬が関与します。海馬というところは、すごく脆弱な場所です。この1300グラムある脳の中で、海馬はすごく弱い部位ですね。脳への酸素供給が低下してきたときに真っ先に損傷する部位ということになっています。

もともと、脳が進化していったときに、じゃ、何で、記憶なんてすごく重要なのに何で弱いんだろうというような疑問がおきます。生きていくのに必要な臓器なのに、なぜそんなにもろいかなというような疑問がおきるわけですが、恐らくは、生物が生きてきたときに、そのときの必要な記憶というのは、こういう海馬で使う記憶じゃなかったんですね。体を使う記憶だったわけです。手続き記憶とか。それは、脳全体が使う記憶だったんですね。だから、海馬の使う記憶系というのは、実に未熟なまだまだ新しい記憶系ということなので、弱いといういい方ができます。

そして、さらに、「やる気がない・自分の障害が分からない・怒りっぽい・暴言・暴力・こだわりやすい・あとさきのことを考えない・うつ・怒り・悲しみ」などの、精神症状ともいえる症候があります。これらは、以前は、高次脳機能障害とは言わなかった。厚生労働省は、脳の病気（器質的障害）によってこういう症状が表れ、社会的な問題となることを意識して、これらを高次脳機能障害の中の、社会的行動障害と呼びました。これらは、心因性としても表出しますが、あくまでも、前頭葉を中心

左右の大脳は
2億本の線維で
結ばれてる。



スライド 1

とする損傷によって生じた場合に、初めて、高次脳機能障害、社会的行動障害というように言っています。

さて、これらの症状、実は、みんな、濃淡があるわけですね、出やすい症状、出にくい症状っていうのがあります。誰でも、20歳30歳のときには、この前頭葉の血流はピークに達するんですね。ですから、30過ぎたらもう脳血流は落ちるばっかり。記憶のこの海馬なんかも、小学校6年ぐらいが、多分一番いいんじゃないかと思うんですけれども。60歳70歳になると、この前頭葉の血流が、やっぱり先に落ちてくるんですね。

脳梁離断症例

さて、きょうのテーマは、まず1つ目は、杉下教授に教えていただきました脳梁離断の症例です。左右の大脳は、約2億本の繊維によってつながっています【スライド1】。お猿さんは、これが8000本だったかな、すごく少ない。やっぱり、人間になって初めて左右の脳が、かな

左手に鍵をもっているのに指輪
と言ってしまう・・・



スライド 2

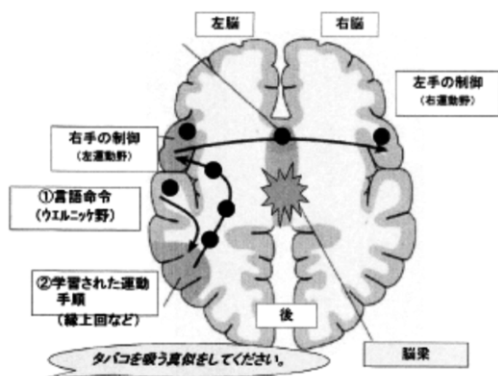
り密につながってきているわけです。

この症例は、前大脳動脈が閉塞し脳梁梗塞を起こし、右脳と左脳が左右に分離した症例です。それで、どうい
うことがおきるかというと、この人は今、スクリーンの
前で、左手で鍵を持っています【スライド2】。鍵を持っ
ているという感覚は右脳にいきます。一方、「鍵」と「指
輪」の文字を、左の視野と右の視野で別々に見てもらい
ます。そうすると、左側の視野にあるものというのは、
右の後頭葉にまいります、これ交差する関係があるわけ
です。そうすると、この人にとっては、右脳には鍵が入っ
ているわけです。ところが、右脳に入った情報は、左側
にいきません。脳梁が、離断されているからきません。
そこで、右側の視野に指輪という絵を見せます。そうす
ると、それは左後頭葉へ入ります。そうすると、同半球
にあるのは言語野だから、この人は、鍵を見たり触った
りしているのに「指輪です」と答えるんです。

この患者さん、右手にコインを持ってももらいました。
そうすると、右手に持っているコインはコインだと分か
るわけです。右手だから左脳にいきますから。ところが、
左手には、今度ははさみを渡したわけです。はさみを渡
したけれども、言語野にっていないわけだから、はさ
みとは言えなくてさっきのコインが左脳に残っているわ
けです。

そこで、この方に左手は何を持ちましたか？ と質問を
します。「コイン、コイン」と言っているのに、しかし、
手はちゃんとはさみを探すのです。口で言っていること
と、左手がしていることは異なる。左手は本当のことを
知っているということなんです。口では、コインと言っ
ても、左手はちゃんと本来のはさみを触っていることが分
かっているんだという、そういうことなんです。こう
いう現象がおきます。

同じように見ていただきますが、例えば、「たばこを吸



スライド3



スライド4

う真似をしてください」って言うと、まず言語命令が入
てくると、左側の脳にまず入ってきます【スライド3】。
それはすぐに左脳の手の領域にいきますと、右手を支配
する運動野に入ります。だから右手ではたばこを吸う真
似ができるわけです。ところが、その情報は、脳梁を超
えて反対側の脳にいきません。そうすると、右側の脳と
いうのは、左手を制御しているのですが、その情報は、
左手にいかないから、左手が思うようにできなくなる
という現象がおきるわけです。これを左手の失行といいま
す。

もう1つの現象をお示しするために、キメラ図形とい
うのを見ていただきます【スライド4】。…キメラ図形
というのは、この顔、右半分が女の子で左半分が男の子で、
2つの顔がくっついたのがキメラというわけです。こう
いうのを見たときに、右側にある女の子の顔は、見てい
る人の右側の後頭葉に入ります。左側にある男の子の顔
は、左側の後頭葉に入ります。こういうように、左右の
大脳に別々の男の子と女の子が入るんですね。「何を見た
か」と言ったならば、「男の子を見た」と言った。「ほか
にいますか」と言ったならば、「いません」というふう
にもう断言しちゃうわけです。つまり、この人にとっては、
左脳に入った情報が、もうそこで全部全てになっちゃう
んですね。右脳に入った情報は、何も入らないわけです。
何も入らない、否定すらする。自分は、男の子しか見て
いないんだということになるわけです。

男の子と言っておきながら、右脳の支配下にある左手
は女の子を指すということになります。つまり、この症
例で私が感じるのは、言語化される意志というのと、言
語化されないけれどもその人に潜在する意志があるの
ではないかということです。だから、口で言っていること
と、やっぱり心の奥底は違うんじゃないかなという。こ

れは、高次脳機能障害者も同じなんですね。言葉で表現できなくても、奥底には違った意志があったりするわけです。そういうのを支援者、我々は、悟ってあげなくちゃならない。そういうことを感じるんですね。これが、分離脳から感じる左脳の意志と右脳の意志です。

ウェルニッケ失語症例

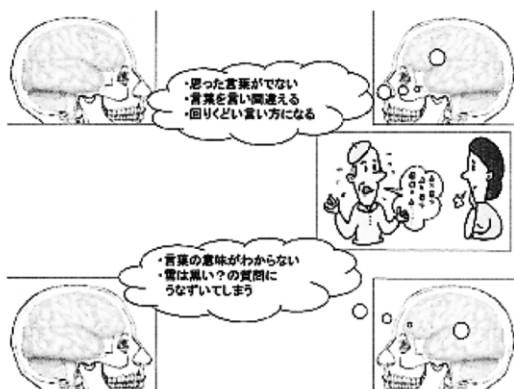
今度は、失語症の話ですけれども、思った言葉が出ないとか、言葉を言い間違えるというのは、これはブローカ失語になります。運動性失語症になります。この運動性失語症症例は、自分がしゃべりたいことは、全部頭の中にあるんだけど、それが表現しきれないと、そういう失語症になります。ところが、病巣が少し後ろ側(上側頭回後方1/3)の病巣では感覚性の失語症になります【スライド5】。

問診の様子をご覧くださいますが、ビデオに出てくる方は、言葉を理解することが困難です。

質問者：だいぶ涼しくなりましたが、きょうは、何月何日になりましたか？

患者様：それから、終わりましたら、あとは、それを見ましたら。

この方は残念ながら理解していないことになります。いわゆる感覚性失語症とかウェルニッケ失語症というわけですが、理解していないわけです。この方は、相手の言葉が理解できないんだけど、理解していないということすら理解していないわけですね。ここが、我々が違う言語を聞いたときの理解の仕方と違うわけですね。私たちは、違う言語を聞くと理解していないということを理解しているわけですが、この方はそうじゃないです



スライド5

ね。あたかも知っているかのようにべらべらしゃべり始めているわけです。この人は、病識が乏しいです。病巣が下頭頂小葉あたりに近くなってくると、病識が乏しくなります。それは、右の脳でも同様で、自己の障害を知る、メタ自己というかな、こうした障害が表れてきます。

こういうように感覚性失語は、運動性失語に比べると全然違っていて、自分の病識が分からないというところが特長になるわけですね。しかし、何とか相手と上手に話を続けようというその気持ちがあります。

記憶障害症例

次に記憶の話をしてします。海馬というところは、先ほどお話したように、脆弱性が高いところです【スライド6】。ただし、海馬は、大体4.5センチぐらいに渡っています。4.5センチと僕が強調するのは、結構、昔から記憶が悪いとよくなならないと、大体どこの国でも言われたんですよ。記憶ってよくなならないねと言われたんだけど、だけど、5年10年とお付き合いしていると、よくなりますね、明らかによくなってきますので、恐らくはこの4.5センチの部分でだんだんと変わってくるんじゃないかなということをおもいます。この海馬というところ、海馬も右側の海馬は、より視覚性記憶に関わります。同じように左側は、言語性記憶に関わるわけですが、記憶障害は、頻度が高い障害です。薬飲んだかな、これは、言語性記憶です。食卓の風景が思い浮かばない、これは、視覚性記憶です。同じ記憶形態でも違う。

ビデオでは、「記憶がない、昨日かおとといか分からない。どこに行ったかあまり記憶がない。」症例をごらんいただきました。この方は、アメリカに行っていたんですが、伊豆に行ったとか信州に行っていたとかそういうい



スライド6

い方をします。これは、いわゆる、欠損を違う言葉でうめるという心理です。記憶障害といっても、乳頭体や間脳など、脳の中心が損傷される場合には、病識が結構低下するんですね。記憶がないということが分かりにくいのです。

一方、海馬などの側頭葉性の障害になってくると、病識が出てくるわけですが。どちらにしても、記憶障害を違う言葉でうめようという作用がどうしてもあります。これは、決して本人が何とかそれを言ってもやろうという気持ちではないんです。脳自体がそういうことをするわけです。脳自体が欠損をうめたい、感覚性失語もそうでしたね。自分で理解できていないけれども、違う言葉でうめたい。何とか2人の関係を続けたい、そういう恒常性といえましょうか。そういうことを維持したいという気持ちが恐らくあるんだと思うんです。

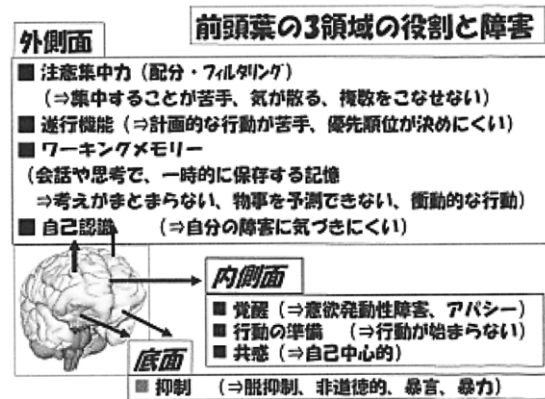
欠損をうめようとする心理です。盲点に直線のとぎれた部分が入ると1本の線に見えてしまうわけですね。もうこれに限らず脳というのは、全てこの欠損をうめるという作業が僕等の中にあるわけです。多分、持って生まれた脳の機能だと思わなければなりません。こういう健常者でもおきる、欠損をうめよ、聞き逃しても、そこを何とか違うことでうめようということを、僕等はやるわけじゃないですか。同じように、脳損傷者でもそうです。今見てきたように、感覚性失語症の方の、ああいう自分の障害を認識していないのを、不認知的態度というんです。先ほどの記憶障害もそうです。

半側身体失認症例

ビデオでは、「今痛いところありますか？特にない、困っているところは。」とご自分の麻痺を感知していません。この人も明らかに左手が麻痺しているけれども、全然感知していない感じがするじゃないですか。左手が分からない、感知していない感じ。自分の困っていることがあまりない。何かこうやって見えても、自分の手という感じがしない。こういうふうな、右の頭頂葉損傷では、自分の麻痺に対する不認知というのがおきてまいります。

前頭葉損傷症例

最後に前頭葉の話です。まず、背外側面、この部分が、まず注意集中力というように一応臨床的には言っています【スライド7】。ビデオを見ていただければいいんですが、学生が複数ここでバスケットボールをやるん



スライド7

です。それで、皆さんがやってもらうのは、白い服を着た人のパスの数を数えるというのをやってもらいたいんですね。一生懸命、白に僕等は注目すると、ここに出てきたゴリラに気が付かない方がいらっしゃるわけです。ゴリラに気が付かない方、恐らく一生懸命やればやるほど、気が付かないことがおきるわけですが。こういう心理実験があるんですね。

この実験が教えることは何かというと、前頭葉というのは、注意集中力をやっているんだけど、同時にフィルタリングをやっているということです。僕たちは、一つのことをぐっと集中するということは、いらぬものを消すということ、この前頭前野はやっています。うるさい電車の中でも、Aさんとこそこそ話ができるのは雑音を消すということをやっているからだということになります。患者さんによっては、騒がしいデパートを嫌うんですよ。騒がしいところは嫌いだからお前行ってこいというようなことを言うんですね。視覚的なフィルタリングとか、聴覚的なフィルタリングとか、そういうものをこの前頭前野がやっているということになります。病院ですと、急性期は、やっぱり静かな部屋で安静を守るとい、そういうやり方もありますね。あまり、ICUのごたごたした所で生活するよりは、本人は落ち着いたところで、少し光を落とすというようなことをやるわけです。

ほかに遂行機能、計画と実行、ワーキングメモリー、心理の先生方ですのでお分かりですが、一時的な記憶、この一時的な記憶というのは、大体、ここでやっているということになっています。一時的な記憶、きのうAさんと映画の話をするときには、Aさんと僕の前頭前野には、昨日の映画のシーンがのっているわけですね。これがワーキングメモリーでして、「心の黒板」とよく言われます。損傷者たちは、この作業機が狭くなっていますね。

狭くなっているのです、2人の会話がうまくいかない、作業机が狭いからうまくいかないわけです。じゃ、どうするかというと、日常生活では、作業機の狭さを手元の紙で補っていくわけです。紙に書いて物事を考えていくようにやっていくわけです。さらに前頭前野は、自己認識、アウェアネスに関与しています。

そして、もう一つは、この前頭葉の底面です。交通事故の場合は、この底面がやられやすいんです。この部分は、抑制をかける部位というように言われております。自己抑制、自分の何かしたいぞと思うところを理性をかけて抑えるという能力だというように、一応報告されています。交通事故の方たちでは、確かに、急性期に暴れまわる人っています。全員が全員暴れるわけじゃないんですよ。

ビデオでは、交通事故後に暴れるようになった方をもらいただきました。重症の頭部外傷の方というのは、ほとんど、記憶障害がある。ただ、この方も記憶障害があるんですけども、実は、記憶障害がある方が、全部こういう行動に入るかというと、そんなことはないわけです。これが脱抑制症状、自分を抑えきれない。

この人は、このときは大変だったんですが、実は、家族会に入り、作業場で自分の役割を取り戻し、自分の価値をみんなに認めてもらってということをやってきました。今は、食堂で働くようになりました。食堂で働いて、もうこんな症状は全然出なくなりました。

そうやってみると、脳に傷跡が残っているのに、こういう問題行動はもうないんですね。そういうのって、どう説明するんだろう。違うところが、こう補っているのか。あるいは、その辺はよく分からないんです。よく分からないんですが、一切薬も使わずにこうやってよくなっていくと。この人の本来の役割とか、社会で歯車として働かすとか、そういうことが重要なのかなというように考えています。そういうのが、リハビリとしての支援。

もう一つ、前頭葉の内側面。内側面の一つは、意欲発動性に関わります。

この部分は、前部帯状回と言っています。パーキンソン病の中には、意欲発動性の低下した方がいらっしやいます。また運動の開始が特に苦手となります。前傾姿勢で歩いている。しかも、顔が仮面用の顔です。なかなかイニシエーションがかからないわけです、運動のイニシエーションが。その一つは、基底核から投射されているこの部分の機能低下です。それが足のリズムを落とすわけですけども。こういうように、活動性が低下するというわけです。

また、前頭葉内側面は、心の理論とか共感とか、こう

興奮性・易怒性への対応



急性期は静かな落ち着いた環境を設定。
本人にとって嫌なことはなるべく避ける。
よい行動（笑顔、協調性）には、目印を。
（行動の定着は直後の結果に左右される）



環境調整（不安の解消、役割）、薬剤。

スライド 8

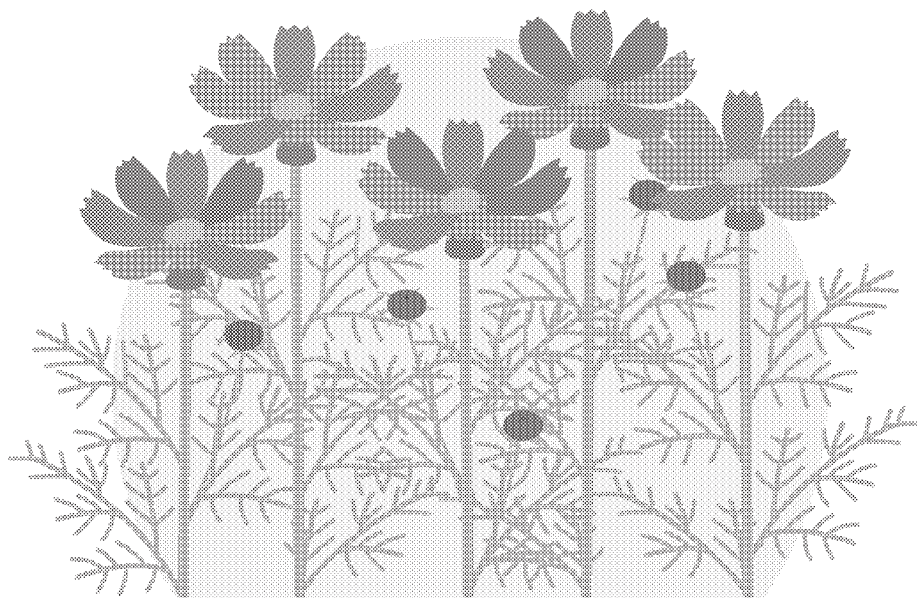
いうものに関与するというように言われています、確かに、この辺の障害が自分勝手な行動に出たり、相手の気持ちを思わなかったり、思いやりが欠けたりというようなことになります。やはり前頭葉というのは、まさに、社会脳と言われているところだと思います。失語症とか空間認識だとかそういうものとは違って、こここそ最後に調整していかないと社会に戻れないというように感じていまして。その辺のリハビリテーションが、まだこれからの課題であります。認知リハビリテーションのエビデンスというのを、今、いろいろとまとめているんですけども、どういうやり方が一番効果的なエビデンスを持ったアプローチかというのは、まだまだ今模索している状態ということになります。

臨床では、興奮性とか怒りっぽいという人に対して、急性期は静かな落ち着いた環境を作っています【スライド 8】。本人にとって嫌なことはなるべくしていません。そして、よい行動には目印を、もう、こんなのは、心理学的には当たり前のことですが、行動変容療法を付け加えています。時には、薬というのも、効果があるので、薬物療法も取り入れております。

おわりに

今日、お話をさせていただいたことのまとめですけども、脳梁損傷症例は、各々の半球が個別に思考し、意志を持っているように思われる。しかしその意志を表出する術を言語に求めると、左大脳半球の意志のみ反映されていますが、実は言語表出できないもう一つの意志が存在していることが示唆されました。大脳半球損傷症例は、損傷による欠損を認識しない、否定する、あるいは、違った内容で埋めようとしてしましました。いずれも、恒常性や健常

性を保持しようとする心理を示唆しているように思われました。



高次脳機能障害を受障した青年と家族の支援

神奈川県リハビリテーション病院 MSW 瀧澤 学



皆さん、こんにちは。神奈川県リハビリテーション病院で、ソーシャルワーカーをしています。病院のソーシャルワーカーというと、患者さんやご家族からのご相談が中心になるのですが、私は、それだけではなくて、地域で社会資源を使いながら、これからどういう生活をしていこうかというご相談を受けたり、地域で高次脳機能障害の啓発活動をしたりという仕事もさせていただいています。

今日は、青年期で怪我や病気をして高次脳機能障害になった方への支援についてお話をしたいと思います。

実は、高次脳機能障害の青年期の支援をすることは少ないのです。患者さんは怪我や病気をして入院します。病院で治療を行い、退院したあとに学校に戻っていきます。退院した後は、定期的にお医者さんを受診するだけで、ソーシャルワーカーのところはなかなか来てくれません。脳外科のお医者さんとかは、頭の治療が必要なければ経過が良好ですねというふうにお話しして、そういった受診を繰り返していくことになっていきます。

ただ、当院患者さんから色々な話を聞く中で、思春期、青年期で怪我をした方が、沢山の問題をはらんでいることが分かってきました。その方たちが大人になってから、実際に就職ができないですとか、仕事が続かないとかということでご相談をいただくことになります。それらを通して若いころにどうやって支援をしていくことが必要なのか、若い方への支援も大事だろうなと思って

います。

渡邊先生とも先ほどお話ししましたが、特に国内では小児の高次脳機能障害支援というのは、まだまだ浸透していません。高次脳機能障害という言葉自体が、ここ10年15年ぐらいで出てきたものです。その中で、小児の高次脳というのは、ここ数年少し知られてきたんですが、実態がなかなかつかめていません。また、海外の文献とかも調べてみましたが、家族にどうサポートするのかという文献はあるのですが、ご本人がどう思っているかというような文献、ご本人の語りをベースにした文献というのは、ほとんどありません。そのように、今回は文献探しでも非常に苦労したのですが、私が5年前ぐらいに当事者にインタビュー調査をしていました。対象者が、30歳ぐらいでお仕事をしている高次脳機能障害の方だったのですが、皆さん、高校生から大学生のときに受傷、発症したという方にインタビューをしていまして、今日はそのデータも使いながらお話をしていこうと思っています。

高次脳機能障害とは

渡邊先生が、高次脳機能障害についてお話をしてくださいました。皆様は、高次脳機能障害を知っている方、知らない方、色々いらっしゃると思いますので、高次脳機能障害について、少し簡単にお話をします。一つは、脳に損傷があるということです。高次脳機能障害ということ、記憶とか注意とか遂行、それから社会的行動障害ということが言われる。私もいろいろな相談を受けますが、例えば、統合失調とかうつでも同じような症状になる場合があります。しかし、高次脳機能障害の場合は、お怪我をしているとか、脳卒中、脳腫瘍等、脳損傷があるということが一つの前提になってきます。それにともなって認知機能の障害が出てきます。受傷前は普通に暮らしていた方たちですが、受傷したあとに、なんらかの認知機能の変化が出てきて、社会参加に課題が生じているというのが高次脳機能障害の特徴です。

また、受傷前後で認知機能が変化をするので、元々の

自分と、怪我をしてしまった自分との違い・ギャップが生じるのですが、ご本人は受傷前のイメージで生活します。そうすると、何がおきるかというと、失敗ばかりしたり、周りから怒られてしまったり、どんどん負のスパイラルに入ってしまう。ですから、高次脳機能障害の支援を考えるときには、「中途障害支援」という言葉も、一つのキーワードになってきます。

そして、受傷によって変化した新しい自分と、どう付き合っていくのか。その自分でどう生活を再構築していくのか。その部分がリハビリテーションになってくるのかなと思って、色々なお仕事をさせていただいています。

渡邊先生とかぶってしまいましたが、高次脳機能障害の方のビデオを1本見ていただきたいと思います。【大学生の高次脳機能障害例のビデオを視聴】

高次脳機能障害支援の特徴

高次脳機能障害支援というと、中途障害者支援だというお話をしました。これは、エリクソンの人生のライフステージです【スライド1】。高次脳機能障害は後天性の脳損傷なのですが、生まれたあとに頭に怪我や病気をすると、高次脳機能障害の症状が出る場合があります。特に中途障害、前の自分との変化をどの時点、どの年齢から感じやすいかというところが、よく議論になります。高次脳機能障害になると、記憶、注意、遂行、社会的行動障害といったことが見られます。ただ、小学校4年生以降の青年期にアイデンティティが築かれるので、そこが軸になって別れているのかなというふうに思っています。今日私が言うことは、正解か不正解か分からないですよ。本当に、これは、未開発というか、あんまり触られていない分野の話なので。これから、研究なさる方とかいらしたら、非常に面白い分野なのだろうなと思っているのですが。

乳児期	信頼対不信	知的障害 発達障害 学習障害
幼児前期	自律性対恥・疑惑	
幼児後期	積極性対罪悪感	
児童期	勤勉性対劣等性	
青年期	同一性対統一性拡散	高次脳機能障害 中途障害支援
初期成年期	親密性対孤独感	
成年期	生殖性対自己吸収	
成熟期	自我統合感対嫌悪・絶望	

スライド 1

今私たちの業界で言われていることは、4年生より小さい方が高次脳機能障害になった場合、高次脳機能障害の症状が出ますが、例えば、知的に遅れてしまったら、知的障害の対応であったり。人との関係が上手にとれなかったら、発達障害であったり。また、学習能力に凸凹があるようだったら、LD、学習障害の方の対応で良いのではないかというふうに言われています。問題なのは、青年期以降、アイデンティティがしっかりと出来あがりつつある方から、その過程の方もいらっしやると思いますが、そこで「受傷前との自分との違い」を感じてしまうのが、高次脳機能障害の特徴じゃないかと考えています。

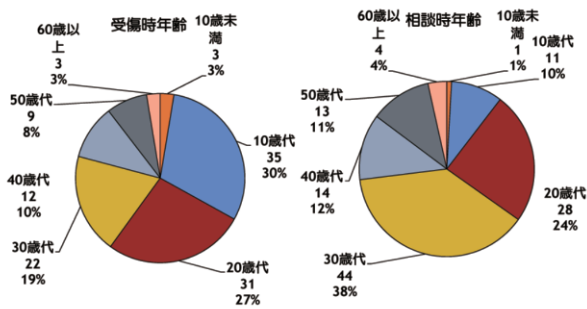
また、就職を1回経験している人たちというのは違います。社会の中での自分の立ち位置が、ある程度分かっている立場なので、怪我をしてしまったらどういうふうになってしまうのか…例えば、怪我をしてしまって認知機能が落ちてしまったら、上手に仕事ができない、上手に社会生活が送れない可能性があるということが自分自身で分かるんです。

ところが、一番難しいと思うのが青年期で、まだ自分が社会でどういうふうな立ち位置なのか分かっていない方が脳損傷で認知面の障害を負ってしまうので、支援が非常に難しいなというふうに思っています。あるいは、かえって障害を気づかせてしまう方がいいのかという面も課題なのかなと思っています。高次脳機能障害支援をするときには、最近言われているのは、awareness、気づきです。ご本人が受傷前の自分と、怪我をしてしまった自分で異なってしまうわけです。そこで、自分の後遺症をどう気づくのかというところ、awarenessが非常に大事と言われています。青年期以降、特に働いていた経験がある人たちは、awarenessや障害認識をつけていただいて、社会に戻っていく。また、会社には戻れないけれども、障害者の方の作業所などで福祉的な就労をするとかいうことで、自分の新しい人生を構築していただきます。しかし、青年期の方は、それをやっていいのかなというのは、すごく大きな疑問に感じています。青年期の高次脳機能障害の方というのは、あまり気づかせすぎないほうがいいかなと思っています。

青年期の高次脳機能障害支援

私は、神奈川県で高次脳機能障害の相談を専門に県受けているのですが、今までで、約1000人のご相談を受けています。その大雑把に10回以上ご支援した方・比較的濃密な支援をした方115人に絞って、その方たちが発症し

受傷年齢と相談時年齢



受傷時年齢は10代から30代が多いが、相談時年齢は20代から40代が多い

2007～2011年度に神奈川リハCoが10回以上関わった115人分のデータより

スライド 2

たのはおいくつか、私のところに相談に来たのがおいくつかというのをデータで出してみました【スライド 2】。すると、10代発症というのが多いですね、3割ぐらいで、115人のうち35人。さらに、20代で発症している人31人、30代で発症している人22人。当院は65歳以上の介護保険が適応になるような人はあまりお受けしていない病院で、主に60歳未満の稼働年齢層の方・社会参加の可能性がある方が当院を受診されますので、比較的若い人たちが来る病院といえます。

そのような背景のもと、発症したのは10代が非常に多いのですが、実際にご相談に来るのは、20代3代になってからご相談に来られます。差し引きすると、1年未満に来る人も多いのですが、3年、5年、10年経ってから、私のところにご相談に来る方も多い。特に若い方が、10代で発症していて、20代3代になってから、ようやく私たちのところにつながる、ご相談に来ていただく方がいらっしゃる。10代でお怪我、病気をすると、まず学校に戻ります。学校に戻って、中学校、高校、大学と進んでいって、いざ、お仕事をしようというところで何か問題になる。また、お仕事はできるのですが、なかなか続かないで転職を続けて、繰り返していくなかで、どうもおかしいということで、ご家族などが気づいて、そういえば昔、頭の病気、怪我をしたということで、私の病院につながる方が多いわけですね。

今、お話したように、時間が経ってから、私たちのところにご相談に来るのですが、特に青年期の高次脳機能障害と、大人の高次脳機能障害の支援では、異なるところがあるかと思います。まず、皆さん学校に戻るといってお話をしたのですが、大人の場合ですと、病気とか怪我すると休職期間というのがあります。所得補償もあって、職場に戻っても、例えば会社が倒産する、または、大き

な人事の異動があれば別ですが、基本的に戻る先に大きな配置転換等はありません。でも、お子さんや学生を考えてみると、まず早く戻らないとお友達が進級します。すると、自分は留年する立場になってしまうので、1級下に戻ったとしても、知らない人ばかりですから、時間はかけられないし、留年すると、友人がいなくなるということから、まず急いで戻るということをご家族もご本人も考えます。ですから、大人に比べて、時間がかけられません。

それから、大人の場合は、仕事に戻ったとして、その方の、状態に合わせた職務創出が可能です。難しい仕事に戻る場合でも、最初のうちは、コピーとりからはじめましょうとか、シュレッダーかけからはじめましょう、郵便物の仕分けからはじめましょう、ということが可能です。でも、子どもの場合は、戻ったらもう全力疾走です。学校の授業についていかなければいけないので、全力疾走しなければいけません。そして、毎年、毎年、学習内容が難しくなっていくわけです。ですから、しばらくのんびりやろうかということが通用しないのが、お子さんの高次脳機能障害なのかなというふうに考えています。

それから、人との関わりもそうです。数年間は職場に戻っても大きな人事異動多くありません。ただ、学校というのは、毎年クラスが変わりますし、3年ごとに進学をしてきます。そうすると、学校自体も変わっていくということなので、周囲の理解を得ることが難しい。

例えば、小学生のお子さんが、学校に戻った場合、学校と病院でしっかりと引き継ぎをします。でも、その情報が、中学校につながるかというと、意外にそうではないのですね。そこで、情報が途切れてしまって「ちょっと変わった子が入って来たね…」といった形で、中学校で新たに支援がスタートということになると、その子の障害特性とかということが十分に引き継がれない可能性が出てきてしまう。また、社会経験が少ないので、ご自分の社会での、世間でのポジションとか位置取り、「自分が何者か」ということがしっかりしていない。この辺りが、大人になってから困るとこかなと思っています。時間がかけられなかったりとか、戻ったらすぐに頑張らなきゃいけなかったりとか、なかなか周囲の理解を継続的に得ることが難しいというところが、青年期の高次脳機能障害の難しいところなのかなというふうに思っています。

長期支援の必要：事例 1

ここで事例の話をしますが、その理由としては、高次脳機能障害の支援では、非常に長い時間が必要ということを理解していただくためです。1つめの事例は、2006年の12月に脳出血をして左側頭葉の脳損傷をした18歳の浪人生の方です。

この方は、左脳を出血したので失語症があって、感情コントロールのほうも低下してしまって、易怒性が非常に強かったです。彼は、うちの病院に来たときに、このあと2年間ぐらい続くんですけども、ご両親との口論が非常に多くて、家の物を壊して…さっきのビデオの方みたいな感じですね…お父さんが本人に注意をすると、お父さんを殴ってしまうということがありました。このころ、身体障害者手帳の言語機能障害で3級を取得しました。受験勉強の途中だったので、病気をした年は受験をできなかったのもので、翌年の3月に受験をしましたが、そこで失敗をしてしまったのです。多分、このあたりが一番荒れていたと思います。

うちの病院に後遺症の評価のために入院しましたが、本当に荒れていて、「おれは死ぬ」とか「誰かをなぐりたい」ということを、毎日毎日言っていたような状態でした。受傷して、2年経って、お薬を内服して落ち着いた頃に、障害者スポーツ施設の見学に行ってもらいました。運動も好きな方だったので、少し体を動かすスポーツ的なことにも参加してみようかということで、スポーツ活動にも参加いただきました。そこでのスポーツ活動が本人にも合っていたようでした。翌年の4月には障害者のサークル活動障害者を見学していただいて、1年間通いました。高次脳機能障害で一番困るのは、おうちに引きこもってしまうことなのですね。ですから、とにかくおうちから出て、何か日課作りをしていきましょうということを、ご両親とご本人に了解していただいて…翌年には、就労継続支援B型という福祉施設への通所が始まりました。

さらにその病気から5年後には、職業訓練校に入学をして2年間職業訓練を受けて、今は、障害者雇用ですけれども、会社で仕事をするようになりました。都合7年ぐらい経過して、障害者枠で就職するということになりました。

ちょうど就職した前後ぐらいに彼と面接をする機会があって、いろいろ振り返りをしてみました。「病気をした後の最初の2年間というのは、あなたにとっては何だったの」という話をちょっとしてみたら、失語症なのでた

どたどしい言葉なのですけども、「受験も出来なくなっちゃったし、前の自分と違っちゃって思うようにならなくて、もう、暴れるしかなかったんです」と…さっきのビデオの方と同じですね。「イライラして暴れるしかなかった、そのほかに何もすることが見当たらなかった」…ということを話されていました。ただ、病気から2年間ぐらい経過して、やっぱり自分でも何か動かないと前に進まないというふうに思い出したので、親と一緒に作業所を見学したりして、今は、「無事にこうやって就職まできて、これから先どうなるか分からないけれども、頑張っていこうかな」とお話しされていました。

渡邊先生も、「問題行動、特に暴れるとかそういうことがいつまで続くのだろう」ということをおっしゃっていたのですが、私も、何人か暴れるという方に関わっています。しかしずっと暴れ続ける人ってそんなに多くはないです。混乱期や、脳の機能が十分でないとき、高次脳機能障害の方って一言でいうと、「壊れたコンピューターとか酔っ払った状態」というふうに私はよく言うんですけども……酔っぱらった方って脱抑制ですよ、言わなくていいこと言っちゃいますよね、私たちもお酒飲んだらそうなる。ただ、私たちはお酒を飲んでも、次の日には落ち着くのですが、高次脳機能障害の方というのは、脳の腫れや機能がある程度落ち着いてこない、その抑制が出来ないのだよというような言い方をしています。彼の場合は、多分、2年間かかって、ある程度抑制ができる、物事を整理できる状態になった。その状態になるまで2年間かかったということなのだと思います。

余談ですけども、高次脳機能障害の方とよくお話をしていると、「あ、やっとな霧が晴れました」と言う人が結構います。「霧がかかった状態って何」っていうと…患者さんは、私やいろいろな医師やセラピストと会話をしているのですが、「言っていることは分かるんだけど、頭に全然残らないのよね。そのことを、自分で判断できないのよね」ということを言います。でも、パッと霧が晴れると、「今、自分がどういう状態なのか、何を言おうとしているのかというのが分かるようになってきた、それが『霧が晴れた』状態」というふうに表現をする当事者の方が結構いらっしゃいます。私の経験ですけども、当事者大体、30代から40代の方というのは、それが半年前後ぐらいでくるんですね。50代になると1年、60代を過ぎた方は、1年から1年半ぐらいかなと。重症度にもよると思うんですけども、結構な時間がかかって、そういう状態が訪れる方がいらっしゃる。かえって、その（認知がはっきりしていない）時期に色々言っても「のれんに腕押し状態」なのかなと思いが、支援

をしています。

長期支援の必要：事例2

もう1人の事例の方は、13歳、中学生のとき、交通事故で頭部外傷をしてしまいました。IQとしては90台なのでそんなに低くはないのですが、記憶障害とか注意障害とか発動性の低下とか、処理速度の低下があり、対応が難しいような場面になると、パニックになってしまうというような症状がありました。7月に怪我をして、12月に復学したんですが、復学したとき彼…学校についていけないとか勉強ができないとかってというのは、あまりショックじゃなかったそうです。人の何倍も繰り返せば覚えられるので、とにかく努力あるのみだというふうに、彼はその当時思っていたようです。ただ、一番ショックだったのは、好きだったサッカーができなかったことだというふうに言っていました。

その後、彼は通信制の高校を出て、専門学校へ進学、このころの成績は普通だったそうです。高次脳機能障害の方で多いのが、外では頑張ります、外面は皆さん良いです。外ではいい子にするのですが、実は結構ストレスを抱えています。自分でうまくいかないとか、覚えられないといったストレスを抱えておうちへ戻ってくる。そして、それをおうちで全部出すんですね。それを全部受け止めるのが家族なので、非常に家族のほうが大変。彼も、そういった経過の中で、ご自宅で大声を出す、物にあたるということを結構続けていたそうです。

そうこうしながら進学を経て、建設会社に就職をしてフォークリフトの運転手を4年間やって、その会社は面倒見がいい会社で、何とか仕事はできていたそうです。でも、そこからが大変だったんです…その面倒見のいい会社がつぶれてしまって、その後は、行く会社、行く会社で、彼のちょっと怒りやすい、ツンケンしているところというのを、上手にフォローアップしてもらえるような会社ではなく、結局、彼はその後に転職をずっと繰り返していきまして…1年から2年おきに仕事を変えていくというような形をとっていました。彼は私に「ステップアップの為に転職をした」と言っていましたけれども、お母さんに聞いてみると、ミスを指摘されると、逆切れする、捨て台詞を言って人間関係にひずみが生じて、結局退職してしまったということを繰り返してきたようです。

それでも彼は「自分には障害がない」、お母さんも「この子は障害とは考えずに頑張る」というふうに言っていたんですけれども、今から2年前ぐらい、30も半ばになっ

てみて…周りの30代というのは、社会で中堅を担う役割になってくるんですが、彼はずっと転職を繰り返しているの、母が「このままで、この子の将来はあるのかな」と考え、お母さんの言葉ですけれども、「もう障害の枠で生きます、あきらめます。普通に頑張るのはもう無理だと思うので、障害者手帳と障害年金をもらいに病院にきました」と、私のところに相談に来ました。

お子さんが青年期で発症してしまうと、多分、そこであまり障害について知りすぎてしまうと、最初のビデオの方みたいに抑うつ的になると思うのです。ただ、今お話しした事例の方は、何とか自分で頑張るということ、ずっと繰り返し続けてきたわけですが、13歳で怪我をして、当院にそのような思いで障害者手帳をとりきたのは35歳のときです。ですから、22年間、障害なく頑張りを続けてきたのですが、親のほうは「難しいかな」と思って相談に当院に来た。

今は、障害者手帳と障害年金を持っていますが、まだ、本人は障害を理解しておらず、一般枠でのアルバイトとかを続けています。今でも、時々当院に来てくれるので、私のほうで相談を受けているのですが、家族会でもつながりがあるので、あまり変な道にいかないように、フォローアップをしています。ですが、彼の場合は、本人は障害を理解するのが、まだまだ難しいですし、親のほうもようやく20年経ってその辺を受け入れた。そう考えると、障害を理解する、受け止めるまで、非常に時間がかかるんだな、ということを再認識しました。

高次脳機能障害は、社会での認知度も低い。それから、見えない障害なのでご本人も分かりづらいのですね。さらに、障害、後遺症があることを知ってしまうことも、リスクなことだということを、押さえていただければと思います。

高次脳機能障害の 気づきから受け止めまで

高次脳機能障害へ本人が気づいていくプロセスには、いくつかパターンがあります。私がおこなった、高次脳機能障害へのインタビュー調査からも、いろいろと見えてくることができました。高次脳機能障害の方は、頭に病気とか怪我をして脳損傷しています。そこで、記憶や注意・遂行といった障害が出てくるわけですが、当事者の皆さんがおっしゃるに、「病院では気づかなかった。病院では、セラピストとかお医者さんから、こういうことが残りますよと言われて『へえー』と聞いていたんだけど、全然実感はありませんでした」と言っています。

病院の中でも、話せないとか、書けないとか、言われていることが分からない（失語の症状）とか、体が動かなかったり、麻痺があったり、発作がある…そういった体の障害とかは、見えてくるものなので、入院中に少し気づいていたりしたそうです。

ただ、覚えられないとか、忘れっぽいとか、それからやるが遅い、感情コントロールができない…そのような認知面の後遺症にどこで気づいたかという、「家に戻る、学校に行き初めて気づきました」ということをお話されるんですね。そのように気づいて行くのですが、「自分に起こった症状についてどう思いましたか」というお話を聞いてみると、最初は、「事故による一過性」「頭の怪我をしたので、何かしらの症状が出たのかな」「うちのお母さんもとときどき忘れるからそれと変わらないじゃないかな」と思っていたそうです。でも、そのようなことが続くことで、段々できないことにイライラしたり、できないことを避けたりするようになっていきました…というようなお話が聞かれました。さらに、仕事を続けるとか、社会生活を続けていくこと、元の生活に戻ること、学校に戻ることにごく不安を感じましたとおっしゃっていました。ですから、どこで気づいていくかということ、生活の中で気づいていくわけですね。その気づいたことに対しての「思い」というのも、色々と変化をしていくということが言えると思います。

大人の方では、子どももそうですけれども、本人が気づくことで「抑うつ状態」になってしまう方が、結構いらっしゃると思います。ですから高次脳機能障害を気づかせることが大事ですが、気づかせすぎると抑うつになってしまうので、そこを慎重にやっていく必要があるのかなと思っています。

そのように、自分にはできないことがあるのだと思うのですが、そのままでは生きていけないわけです。そこで、当事者の皆さん、学校に戻ってどういうことをするかというと「授業はICレコーダーに録音するようにしました」「友達から頻繁にノートを借りて復習をするようにしました」というお話がありました。アルバイトをしてみると…学校の勉強はできるが、アルバイトの中では臨機応変の対応がとれなかったり、何か言われたことを忘れちゃったり…でも、そういうことでも、他者を真似たり、分からないことはバイト先の先輩に聞いたり、覚えられないことがあると何度もメモをする、スケジュール帳を付けたり。

記憶障害がある方で、よく発揮するのは、繰り返すことで覚えていく…いわゆる体で覚えていく「手続き記憶」です。そういったことをやりながら、できないこと

に対して、いろいろ対応していくということを、皆さんされているのです。

そうこうしているうちに、「やっぱり、元の仕事とか学校には戻れないのかな」というふうに割り切ったり、いろいろな高次脳機能障害の方と付き合っていく中で、「普通に働かないで、障害枠で働いていくのもありかな」「一つのきっかけだから、違う道を歩こうかな」「そういう（障害者制度を利用した）生き方もあるのかな」と思ったりとか。

印象的だった方…16歳のときに怪我をして、36歳のときに私がインタビューをした方も、学校に戻ることご苦労していました。その中で彼女が言った言葉がすごく印象的だったんです。「私は、16歳で怪我をしました。今、36になりました。今、振り返ってみると、怪我をする前の自分よりも、怪我をしたあとの自分との付き合い時間が長いのですよね。だから、ようやく、今、ここにきて、今の自分が本当の自分なのだと思うようになりました」というお話をされている女性がいました。学生のときに怪我をしても「今の自分が本当の自分なんだ」と言えるまで10年以上かかっています。私、今みたいな「高次脳機能障害を受け止めました」といった話を受傷発症してから5年未満ぐらいで聞いたことはありません。つまり、高次脳機能障害を自分で受け入れる、「障害があるのかな」ということを理解するまでにはそれだけの時間がかかるのですね。

高次脳機能障害への気づきと抑うつ

それから、最初のビデオの方もそうですね…特に小児とか青年期の高次脳機能障害の方というのは、受傷当初はあんまり気づくことで落ち込んでいけないのですね。病院の患者さんで、お子さん、小児から青年期にかけて発症した人は、元に戻ろうと頑張るのですね。でも、希望とか進路が断たれたときに「うつ」になってしまう。先ほどの彼女、16歳のときに怪我をしたという女性は、ずっと音楽をやりたいかった、音大に行きたかった。でも、音大に行けない…覚えられないし、指も普通に動かないので、音大に行けないということに気づいたときにうつになったそうです。「18歳のころですね、1年間は暗黒でした」ということをお話しされていました。

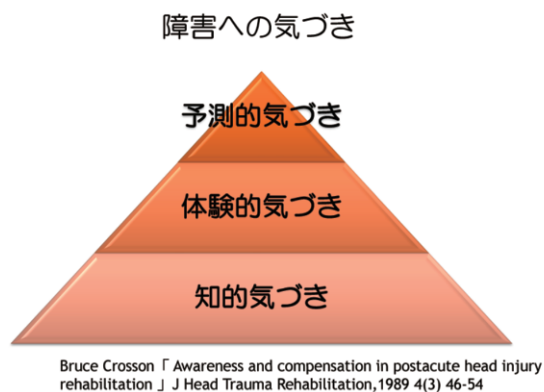
ですから、特に青年期の高次脳機能障害支援で私たちが気をつけていることは、あまり気づかせすぎないことです。高次脳機能障害支援の研修会で、お話しすることなんです…いろんな支援者と話をすると、「どうしたら、分からせられますか」「どうしたら本人が障害を受

け入れますか」ということを、支援者の皆さんは言うんですね。でも、それがゴールだと思っちゃいけないと思っています。それをしてしまうと、当事者・患者さんがつぶれてしまう。本人が障害・後遺症の受け入れはしなければいけないので、どこかで受け入れていくとは思いますが…支援者の側が無理やりそれを押し付ける必要はないのではないかというふうに思っています。

それから、私が患者さんとの面接で必ずことお話しすることは、「まだよくなる可能性はある、変化をする」ということです…脳の回復というのは3年がリミットというふうに言われているんですが、実は、3年ではなくて5年10年経って記憶がよくなっている人とか、できることが増えている人たくさん見えています、私たち。なので、高次脳機能障害だからといって、もう全てが断たれてしまったわけではなくて、「まだよくなる可能性はありますよ」という話は必ずしています。「よくなるために頑張りましょう、こういう生活をしませんか」というような投げかけをするようにします。そうでなければ、当事者の皆さんは、恐らくうつになってしまったり、何らかの違った病気になっていくのではないのかなというふうに考えたりもしています。

障害への気づきのプロセス

高次脳機能障害の気づきという話をしてきましたが、気づきにも、3つの段階があるといわれています【スライド3】。「知的な気づき」というのは、高次脳機能障害という言葉を知っているというだけです。自分には、認知面の障害、記憶の障害とか注意の障害があるかも…と言っている段階。でも、実際に忘れちゃっても、それが、「自分に高次脳機能障害があるんだ」というところと結び付けられていない状態のことを言っています。



スライド3

ここから一つ進んでくると、体験的な気づき…自分が忘れちゃったら「あ、そうだ、記憶障害があるんだった」、見逃しや見落としがあったら見逃し「あ、注意障害があるんだった」、一生懸命仕事していたら…頭痛いな…「あ、そうだ疲れやすいんだった」というふうに、自分に起きていることと症状が結びつけられるようになったら、体験的な気づきの段階。

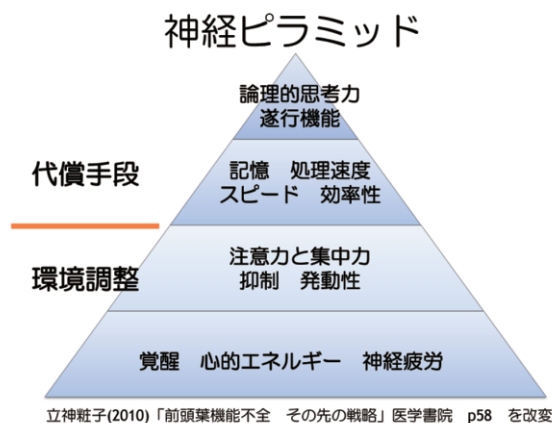
さらにそこから上にいくと、予測的な気づきの段階。例えば、「自分には、記憶障害があるのでメモをとるようにしています」とか、「注意力が散漫なので見直しを人より多くするようにしています」とか。また、「何か計算をするときには、定規をあてがいながら行数を間違えないようにしています」というような工夫をすること。自分の障害が分かっている、そこに自分で対処できるようになってくると「予測的な対応」ととれるようになります。

患者さんと話していると、「自分には高次脳がある、高次脳がある」と言っているが、「自分ではまだ分かっていないのだな」「言葉だけを知っている段階だな」。それとも、「自分に起きていることと、自分の症状が結びつけられているのだな…この人って上級者だな…自分の障害を理解して対応方法を考えているのだな」…面接での会話を通して、そのようなやりとりをヒントにしながら、患者さんがどう思っているのか、障害・後遺症を理解しているのか知るようにしています。

階層化している高次脳機能障害

もう1つ高次脳機能障害の方を支援するので重要なツールとして、私たちが「神経ピラミット」と呼んでいるものがあります。世界で、高次脳機能障害の研究が進んでいるのは、ニューヨークのラスク研究所と、イギリスにあるOliver Zangwill Centreと言われています。その中の、ラスク研究所を実際に利用して、ご主人が高次脳機能障害のトレーニングを受けた立神粧子さんという方が本を書いています。門外不出と言われている、ラスクの神経ピラミットを、この方が公開をしてくださったのですが、それを少し、一部改変したものがこれです【スライド4】。高次脳機能障害というと、注意・記憶・遂行・社会的行動障害がバラバラにあるような印象を受けるのですが…実は、つながっているんじゃないのかなと、このピラミットを見ながら解釈をしているんです。

一番高いところにある遂行機能、渡邊先生が、「今日ここに来るまで皆さん段取りを組んでちゃんと来たんですよ」というお話をされました。物ごとの計画をしっかりと立てて、それを遂行していく力というのが遂行機能



スライド 4

です。でも、物事を遂行するには、その物事の手順をしっ
かり覚えるという記憶が必要であり、適度のスピード処
理をしていくとか、処理速度が追いついていかないと、
その物事というのは、遂行できないのです。しかし、物
事を覚えたりですとか、適度な適切な速度で処理をする
ためには、その物事に注意をしたり集中をしたり、あと、
余計な雑念があったら振り払ったり、また、自分がやる
気がなくても「頑張るぞ」というふうに自分を奮い立た
せるような、注意や集中力、抑制、発動性というところが
十分に保たれていないと発揮できない。だけど、特に
この注意とか集中というのも…皆さんもありますよね、
眠いと授業に集中できない…覚醒しているとか、神経疲
労がとれていないと、注意・集中力というのは発揮でき
ない。

私たち支援する側というのは、物事を段取りよくでき
ていないと遂行機能なのかな、覚えられないと記憶障害
なのかなと、結構、安易に考えがちなのですが、実はそ
うではなくて、「記憶ができないのではなくて、記憶をす
るだけの注意力が高まっていないんじゃないか」「注意
力を払うだけのエネルギーがないんじゃないか」…高次
脳機能障害の方で、易疲労性とか、神経疲労が出てくる
方というのは、非常に多いです。ですから、十分に患者
さんのエネルギーが充填されていないのにいろんなこと
をやらせようと、ミスがでる、忘れてしまうのは当然
ですし、手順を忘れると物事を段取りよくできなくな
るのは当然ということですね。ですから、何か覚えられ
ないとか、注意ができないとかということを、その言葉
通りにとらえないで、しっかり行動観察をしながら、患
者さんがどこで躓いているのかということを読み解いて
あげることが必要です。

神経ピラミッドで、一番底辺にあるのが、この神経疲

労なのですが、高次脳機能障害の方で、まず必発なのが、
この疲労と注意なのです。先ほどもお話ししましたが、
私患者さんに高次脳機能障害を説明するときに、「酔っ払
いだったり、壊れたコンピューターだったり」というよ
うな例え話をします。例えば、非常に最近のパソコンは
優秀ですよ…、開けばすぐに立ち上がりますし、CPU、
計算をする機能も非常に高いです。メモリーやハード
ディスクも大きな容量が入っていますから、いろいろな
ソフトをいっぺんに動かしても上手に動きます。高次脳
機能障害の人も、元々はこういう脳を持っていたわけ
です。でも、ウィンドウズ95とか使っていた時代をちょっ
と思い出していなければいいと思うのですが、20年
前のパソコンは、能力が低かったんです。そうすると、
何が起るかというと…ワードだけやっていたらいいの
ですが、エクセルとパワーポイントを同時に動かすとす
ぐに固まっちゃう…フリーズしてしまうパソコンだった
わけです。複数の処理ができないわけですね。ちょっと
パソコンを頑張らせるとウィーンとファンが回り始めて
すぐに熱くなって固まっちゃうわけなのです。それが昔
のパソコンだった。

高次脳機能障害の方も、似ています。昔は、バリバリ
出来ていたが、怪我をしたことで処理速度の能力、注意
の配分、同時処理の能力、耐久性がぐっと落ちてしまっ
た状態だと考えると分かりやすいと思います。でも、人
の脳ですから、パソコン等の物ではないので、ここから
段々良くなっていく可能性はあるんです。しかし、病気
や怪我をした最初のころというのは、こういう状態なん
だよというふうに、私たちは患者さんにご説明をさせて
いただいています。こういう状態で何がおきるのか…学
生の方は、学校に戻ると「大丈夫です、できています」
と言います。高次脳機能障害の方は、体に麻痺がなけれ
ば、受け答えは普通のことを返答します。ですから、「こ
の人、障害がないのだろうな」というふうに思っちゃう
のですが、ところがどっこいなんですね。

先日、夏休みに、みんなで集おうということで小児高
次脳機能障害デイキャンプを行いました。私もそこへス
タッフで入っていたのですが…高次脳機能障害の高校生
の子がボランティアとしてお手伝いに来てくれて、私た
ちと一緒にカレー作りをしました。すると、カレーを作
るのは全然問題ありません。お手伝いもしっかりやって
くれるし、薪割なんかもしっかり出来るのです。一緒
に作業していて、カレーを作っていて「この子本当に障
害があるのかな、高次脳よくなったのだろうな」と思っ
て見ていました。ただ、最後までめのときに、「今日は、
OBの方が来てくれたから、1人一言ずつ言ってもらお

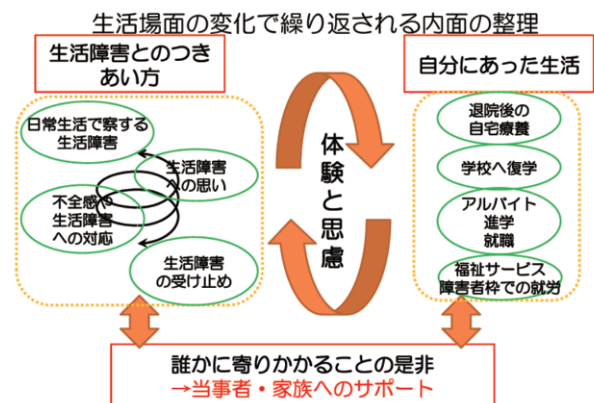
う。A君B君C君、前に来てください」って言った瞬間です…興奮してしまいました。「あー！」って言ってその辺を駆けまわるように舞台に出て行ってしまった。落ち着いている場面だったらできるのですが、そういうふうに少し負荷がかかっただけで、脱抑制の部分がガッ出ってしまったわけですね。転んだので、食べていたアイスクリームがその辺に散らばっちゃって、みんなでお掃除するのが大変だったのですが。このように、普段は何となくでも、少し負荷がかかると、症状が出てきてしまうということも、高次脳機能障害の一つの特徴だと思います。

繰り返される内面の整理

先日、17歳のときに怪我をして、今23歳なので、6年ぶりにうちの病院に検査入院した方がいました。その方と昔のことを話していました。彼は17歳で怪我をして、高校3年生だったので学校に戻りました。そのあと、何とか低空飛行だったので卒業したのですが、「君、高校に戻ったときってどうだった」っていう話を聞いてみました。そしたら、彼は、「全然覚えていない。一個も覚えていない」。じっと考えてくれるのですが、やっぱり、思い出せないんですね。学校に戻っても、学校では座っていたり、授業を受けられたりはできているのですが、彼の中の脳の機能は、十分に機能していないので、そのことを全然覚えていないのですね。

また、別の方（高校3年生）は、「僕はずっと寝ていました。高校に戻って、まず授業についていけない。それからすぐ疲れちゃう。なので、秋に学校に戻ったのですが、3学期はずっと寝ていました。でも、単位が足りていたから卒業できましたけれども」という方もいました。皆さん、学校には何とか戻るのですが、授業についていけるかどうかというのは、別問題だったりするわけですね。学校の中で授業ではおとなしく座っていれば授業は受けられるのですが、お友達との関係とか、実際に学習を理解しているかというところで、色々問題が生じているんじゃないのかなということが、私が経験の中で見えてきたことです。

これまでお話したように、高次脳機能障害の方、退院してから自分の障害に気づいて、色々自分で思慮しながら、「これは何が起ったのかな」「これからどうやっていこうかな」というふうに考えながら対応方法を獲得していく。さらに、自宅療養の期間、学校に戻ってから、さらに働くようになってから…長い年月をかけて、今の自分と付き合っていこうみたいな気持ちになる。また、



濫用「高次脳機能障害者の受傷から社会参加へのプロセスに関する研究」医療社会福祉研究. 2010, p81-89改変

スライド5

学生から就職、就職したあとも異動するなど…場面が変わるごとに障害・後遺症とのつきあい方を繰り返していくのですね。ここが高次脳機能障害のさらに大変なところ【スライド5】。

例えば、病院は非常に分かりやすい空間です。病院よりも家庭のほうが少し刺激は増える。家庭よりも学校のほうがさらに刺激が増える。さらに、社会に出ると対応しなければいけないことが増えてくるので、ステージが変わるごとに色々なことにご本人が気づくのです。自分ができないということに色々気づいていく。その度に、できないというのは何故なんだ…ということを経験することを繰り返していく。それを一人で自問自答させようと、暗闇の中に突き落とすような形になってしまうので、それぞれのステージの変化ごとに、私たちみたいなものがフォローする、本人や家族の相談に対応していくことが非常に重要になってくるのかなというふうに思っています。

ここで「誰かによりかかることの是非」というふうに書いたのですが、高次脳機能障害の方って、気持ちが揺れるのです。これもある女性が言っていました。「私高校生のときに怪我をしました。怪我をしたのですが、学校にも戻って…今、お花屋さんでアルバイトしています。親は、それだけ回復した私のことを喜んでくれています。でも、私、実は大変なんです。お花屋さんでお花の値段は覚えられないし、お客さんから2つ3つ注文を受けると、計算もできないし。だから、結構、仕事では、怒られているんですね」って。「でも、親には相談できません」と。「よくなったって思っている親をがっかりさせるから…病院の先生もよくなったねって言うってくれるから…病院の先生にも言えません」なので、高次脳機能障害の方っていうのは、周りに迷惑をかけられないとい

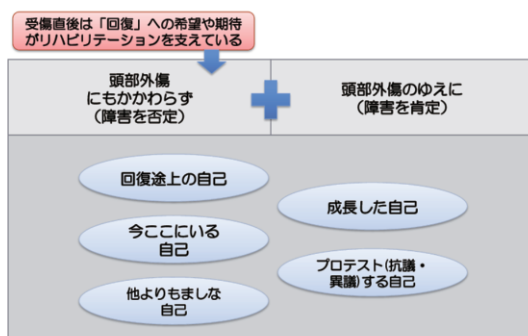
う思いがあるので相談があえてできないというふうに思っている方もおいでです。ですから、そういうような心模様というのも支援する側が色々と汲んであげないといけないのかなと思ったりもしています。

高次脳機能障害者の内面の揺らぎ

次のスライドは、能智先生の本から引用させていただきました【スライド6】。今日お話して、高次脳機能障害の方に「気づかせないほうがいいよ」「あまり気づかせすぎるとよくないですよ」というお話とか、当事者が色々なことを考えているというお話をしました。それに気づいたのが、3、4年ぐらいなのですね。今思うと、1年2年目ぐらいが一番辛くて、「当事者に障害を分からせようタイプ」だったと思います。しかし、当事者が障害を分かってくれなかったり、私に対して怒ったりとか、ソリが合わなかった時期が一時ありました。この頃は、この仕事を辞めたくてしょうがなかったのですが、そのとき、能智先生の本を読んですごく救われたんですね。能智先生が、やまだようこさんの『人生を物語る』の本の中で、「頭部外傷者の物語」というのを書かれています。これは先生がアメリカに留学されたときに行ったインタビュー調査です。

その中で、リハビリテーションというのは厳しい…患者さんが、大変なリハビリテーションを行うには、「良くなる、回復」というところが、リハビリテーションを支えているというふうに先生は当事者の語りを読み説いたわけです。そこから良くなっていくと、「頭部外傷にもかかわらず」ということで、障害を否定していく…例えば、良くなっているし、今ここにいるし、それから、他にも大きな怪我をした人もいます。頭部外傷だけれども、障害を否定しながら良くなるぞ！という方向に進んでいく。

当事者の内面の揺れ



能智(2000)「頭部外傷者の物語」より引用

スライド 6

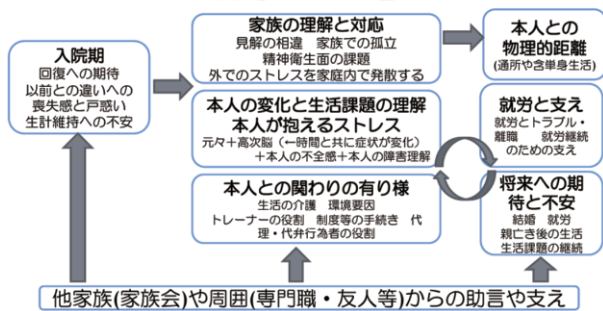
ただ、時間が経つにしたがって、頭部外傷ということを確認ざるを得ない、肯定をしていく…怪我をしたが、いろいろな方に出会えた。そして、いろいろな体験ができた。だから、僕は成長ができたというふうに考えたりですとか…頑張っている自分があるんだけど、周りが分かってくれないということで、周りに抗議をしたりとか運動をしたり、社会に働きかけをしていくということにいく。よって、回復から障害を否定し、障害を肯定に患者さんの気持ちは動いていくのではないかと。

でも、話はそこでは終わらなかったです。実は、当事者というのは、障害を否定っていうのと、肯定というのが、共存しているのではないのか…それを場面によって使い分けるのではないのか…気持ちを切り替えているのではないのか、と能智先生は、本の中でおっしゃったんですね。それを読んだとき私は救われました。患者さんの気持ちは揺れていきます。あるときは、「障害者雇用でがんばります」と言いながら、1カ月ぐらいうると、「やっぱり、僕には障害がありませんから、一般枠で働きます」とお話をされる方が沢山いるわけです。そこで、一緒になって右往左往していると、こちらの身ももたない…のですが、患者さんの気持ちは揺れるものだというふうに思っつけ合いお付き合いをしていくと、こちら方もゆとりがあるので、「またそっちにいったのね、今日はこっちなのね」という形で、臨機応変に寄り添うことができるわけです。

高次脳機能障害者の家族

私は、その本で救われたからいいのですが、救われないのが当事者の家族です。当事者の家族というのも大変で、入院期というのは、よくなる期待と喪失感…受傷前の本人と違う喪失感というのを抱えている。ですが、高次脳機能障害の家族が最も悩むところは、今日お話した様に、当事者が変化をしていくことです。当事者が障害を理解したりとか、障害に気づいたり…気づくことで荒れたりとか…そこで納得することで落ち着いたりということをずっと繰り返していく。また、認知面も変化をしてくる。記憶が良くなる、注意が良くなるのは良いのですが、脳の機能が良くなるということは、余計複雑なことを考えちゃいます。ですから、「俺、怪我をした、困ったな」というところから、今度頭がもう一段良くなると、「これからの先の人生どうしようかな」というふうに、深い考えに及んでいく、余計に問題が複雑化していく。ですから脳機能が良くなることで色々に変化をしていく。親や家族は、そういった本人の変化をフォローアッ

家族が高次脳機能障害者と向き合う生活



瀧澤「高次脳機能障害者家族の介護負担感に関する研究」医療社会福祉研究,2013,p115-125に加筆

スライド 7

プしなければいけないというようなことがある。

さらに、制度面での手続きの負担が、お母さんへ集中しがちになる。…例えば、知的障害とかだったら、小さいころからお母さん仲間がいるので、いろいろな情報が入ってくるんですけども…中途障害なので、インフォーマルな情報が入ってきづらい。また、親は子どもが怪我や病気をした時、あとになって「何であのときに熱があるのに気づいてあげられなかったのか」「何で私が外に出してしまったのか…だから、怪我を…事故にあってしまった」というように、親は自分を責めます…元の子どもを失ってしまった喪失感を抱えたうえに。親や家族にも、障害教育が必要ですが…親も子どもが怪我をしてしまったということを受け入れるのに、非常に時間がかかります。ですから、親にも十分に寄り添う必要があるのかなというふうに思ったりもしています【スライド 7】。

終わりに

青年期の高次脳機能障害ですが、本人が障害に気づく、認めるということは、非常に難しい。そこで、家族への教育が必要ですが、同時に家族も支援の対象です。家族も傷ついているので、家族も支援の対象となります。それから、復学についてですが、ご本人が障害・後遺症をよく分かっていない…普通に会話をするが、脳機能が十分に発揮できていない状態で、ご本人が学校に戻ってくるので、そのようなことを学校側が十分理解をする。さらに、高次脳機能障害の症状は年単位で変化をしているので、そういう変化があるということを理解して配慮してあげることが必要です。あるいは、本人に障害を気づかせすぎってしまうと本人は落ち込んでしまうので、「気

づかせすぎ」には気を付けないといけない。さらに、ライフステージの中で就職とか実習等で問題が生じてくるので…実際の青年期の高次脳機能障害支援は、そこから始まるのかなというふうに、今、私は思っています。少し長くなりましたが、以上で私のお話は終わりにしたいと思います。

2013年度 活動報告

1. 全般的動向

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室では、研究および大学院生の研修の一環として、臨床活動が行われている。本相談室は、1957年（昭和32年）に開設され、1983年（昭和58年）に臨床心理学の教育・研究のための特別施設として、有料の相談活動が認められ、相談室運営のために予算措置（相談料金収入に基づく）が講じられるようになった。相談室の関係規則としては、「東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室規則」、「同研究科心理教育相談室運営委員会内規」、「同研究科心理教育相談室内規」がある。実習施設としては、本郷地区弥生キャンパスの総合研究棟3階に、面接室5室、プレイルーム2室、待合室兼事務室1室、相談準備室1室を備えている。また、相談室と隣接して、カンファレンスや演習等に使用する演習室がある。

本相談室には、幼年期から老年期に至るまで、発達障害、不登校、非行、対人関係や心理的な問題等を抱えた方が来談している。また最近では、子どもを対象とした強迫性障害およびうつ病の治療プログラムを求めて来談するケースも増加している。2013年度の活動状況・相談件数等については、次ページ以降の表に示した。

相談にあたるスタッフは、教育学研究科臨床心理学コースの教員（臨床心理スーパーヴァイザー）、臨床心理学コースの大学院生（相談員）、そして臨床心理士の資格を有し、臨床心理面接の指導を委託された臨床相談員である。2013年度は、高橋美保准教授を相談室室長とし、下山晴彦教授、能智正博教授、高橋美保准教授、石丸径一郎専任講師、中嶋義文客員教授（本務：三井記念病院精神科部長）、原田誠一客員教授（本務：原田メンタルクリニック院長）が臨床心理スーパーヴァイザーとして指導に当たった。本学専任の臨床心理スーパーヴァイザーは、月2回の教員会議を開き、相談室運営・指導にかかわる事項について検討した。また、相澤直子先生（東京工業大学保健管理センターカウンセラー）、北島歩美先生（日本女子大学カウンセリングセンター研究員）、瀧井有美子先生（情緒障害児短期治療施設横浜いずみ学園治療課長）、平木典子先生（統合的心理療法研究所所長）、松澤広和先生（慶成会老年学研究所研究員）、森田慎一郎先生（東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース特任研究員）の6名が臨床相談員として、相談員のスーパーヴィジョンや心理面接を担当した。また、2名の相談補佐員が電話取り次ぎ、来談者受付などの事務業務を担当した。相談員は修士課程24名、博士課程25名からなり、心理相談活動および相談室運営を行った。

2. 相談活動状況

表1に、過去3年間の新規来談申し込み件数を示す。2013年度の新規申し込み件数は141件である。ほぼ例年並みではあるが、2012年度に続いて微減している理由として、2011年3月の東日本大震災の影響が考えられる。

表2に、過去3年間の新規申込者年齢別・男女別件数を示す。大まかな傾向としては昨年度の件数と大きな差は見られない。家族相談については、家族面接専門教員が不在のため、申込件数が計数されなかった。未成年からの申込に変化はないが、成人からの申込は減っている。

表3は、2013年度の新規来談者年齢別・男女別相談内容である。子どもの強迫性障害およびうつ病のための認知行動療法プログラムを実施しているため、未成年ではこれらの障害の相談が多くなっている。また年齢層を越えて、2012年度と比べて家族対応が微増している。成人については、女性からのカウンセリング希望が多いのは例年通りである。また、2012年度は0件であった大学生からの申し込みが7件まで増えている。

表4に、新規来談者来談経路を示す。ここ数年はインターネットを見ての直接来談が多い傾向がみられたが、2013年度も依然としてその傾向が見られる。また、各種機関からの紹介としては、医療機関からの紹介が最も多い。個人の紹介の中では、知人・家族等からの紹介が多い。

表5に、新規来談者居住区域を示す。傾向としてはこれまでと変化はなく、東京都在住の来談者がほとんどを占めている。一都三県以外の遠方からの相談も、例年数件見られる。

表6には、過去3年間の面接延べ回数を示す。2012年度よりも、250回程度の面接回数は増えている。特に男子において母子並行面接が多くなっているのは、男児の患者数が多い強迫性障害の認知行動療法プログラムの影響が考えら

れた。2012年度に引き続き、成人の個人面接も増えている。

図1には、心理教育相談室の活動量の推移を見るために、ここ10年間の述べ面接回数の推移を示した。臨床心理学コースは2004年に創設されたが、2005年には相談室運営小委員会が再建され、相談料金の改定がなされ、相談室年報を創刊、公開講座が開始され、臨床心理学コースと心理教育相談室の機能・位置づけの基礎が固められた。2007年度には、心理教育相談室の創立50周年記念式典が開催され、この頃から面接件数は急上昇を見せ、2009年度には臨床心理学コース創設時から比較して3～4倍の面接を行うようになった。東日本大震災の影響で2011年度には延べ面接回数はやや落ち込んだが、2012年度から回復し、2013年度は過去最多の面接回数となっている。現状では、相談員の人数、スーパーヴァイザーの指導可能量、面接室の設備のキャパシティなどの点から、ほぼフル稼働している。

3. 研修活動

毎週火曜日の午前中にカンファレンス（事例検討会）が行われた。2013年度のカンファレンスは、多様な関心領域や研究分野をもつ大学院生に、より効果的な臨床研修の場を提供する目的で、例年同様以下の3つの形態から実施された。

1つ目は、各ゼミ別の個別カンファレンスであり、隔週で月に2回行われた。このカンファレンスの目的は、学生がそれぞれの指導教員の専門とする視点や技法を学ぶことである。2つ目は、さまざまなゼミや学年からなる混成グループによる合同カンファレンスであり、月1回実施された。4つのグループが編成され、各教員はローテーションで各グループに参加した。大学院生がすべての教員によるカンファレンスに参加できるように設計されている。3つ目は、月に1回行われる初期事例カンファレンスであり、当相談室で新たに受理したケースについて、報告がなされた。このカンファレンスの目的は、心理臨床面接の核である面接初期の見立てや、相談室に申し込まれたケースの概要や全体的な傾向を、大学院生と教員が共有することである。このようにさまざまな形態からなるカンファレンスを行うことによって、偏りのない研修を可能にし、優れた臨床心理学研究者および実践家の育成を目指している。

4. その他の活動

その他、いくつかの教育啓発活動を行った。2012年度に引き続き、夏学期の教育学部の講義として「心理教育相談（カウンセリング）入門」を開講し、臨床心理学コースの専任教員4名がオムニバス形式で授業を行った。授業の目的は、心理教育相談室で実施している心理療法やカウンセリングを中心に、臨床心理活動に関わる理論と実際を紹介して、相談室活動を学生に広く知ってもらうことであった。

また、2013年9月には、「心理教育相談室年報第8号」を発行し、当相談室の待合室に設置し来談者が自由に読めるようにするとともに、近隣の大学の相談室や地域の相談機関等に配布した。

さらに、2013年10月27日（日）には、「見えない障害とともに生きる―高次脳機能障害をもつ青少年とその家族の心理的支援のために―」と題する心理教育相談室 第9回公開講座を行った。詳細は、本誌の「公開講座の記録」のセクションをご覧ください。

表 1 新規来談申し込み件数

月	2011年度	2012年度	2013年度
4月	14	14	14
5月	10	18	10
6月	14	8	20
7月	12	16	20
8月	11	8	17
9月	13	18	6
10月	16	11	12
11月	16	6	6
12月	6	13	12
1月	13	13	12
2月	13	12	6
3月	13	3	6
合計	151	140	141

表 2 新規申込者年齢別・男女別件数

	2011年度					2012年度					2013年度				
	男子				計	男子				計	男子				計
	本人	親	並行	家族		本人	親	並行	家族		本人	親	並行	家族	
就学前児	0	0	1	0	7	1	0	0	0	3	0	0	1	0	4
小学生	0	2	11	2	29	1	0	13	0	29	0	2	16	0	22
中学生	0	2	11	0	25	1	1	13	0	23	0	2	14	0	31
高校生	1	0	10	0	22	1	2	9	0	18	1	3	7	0	17
他未成年	0	0	1	0	2	0	0	2	0	3	0	0	4	0	4
浪人生	0	0	2	0	3	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1
大学生	2	0	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	4	0	7
成人	20～29	3	0	1	1	4	0	0	0	9	6	0	1	0	16
	30～39	7	0	0	1	17	0	1	0	26	6	0	0	1	17
	40～59	5	0	0	0	11	0	0	0	16	3	0	0	0	20
	60～	0	0	0	0	3	0	0	0	3	2	0	0	0	2
	計	15	0	1	2	35	0	1	0	54	15	1	1	1	63
合計	18	4	38	4	151	19	4	39	2	140	15	7	47	0	141

表3 2013年度 新規来談者年齢別・男女別相談内容

区 分	相談内容			
	男		女	
就学前児	発達相談	1	カウンセリング希望	1
			発達障害・発達相談	1
			場面緘黙	1
小学生	OCD・CBT	7	OCD・CBT	3
	うつ・CBT	1	うつ・CBT	1
	カウンセリング希望	3		
	プレイセラピー希望	1		
	発達障害・発達相談	3		
	家族対応	2		
	ADHD・アスペルガー	1		
中学生	OCD・CBT	7	OCD・CBT	7
	うつ・CBT	4	うつ・CBT	3
	認知行動療法希望	1	カウンセリング希望	1
	家族対応	2	発達障害・発達相談	1
	不登校	2	家族対応	1
			不登校	2
高校生	OCD・CBT	2	OCD・CBT	2
	うつ・CBT	1	うつ・CBT	1
	認知行動療法希望	1	カウンセリング希望	1
	カウンセリング希望	2	発達障害・発達相談	1
	家族対応	1	摂食障害	1
	ADHD・アスペルガー	1		
	不登校	3		
他未成年 浪人生	OCD・CBT	1		
	うつ・CBT	1		
	トゥレット症候群、CBT	1		
	発達障害・発達相談	1		
	統合失調症	1		
大学生	OCD・CBT	3	認知行動療法希望	1
	カウンセリング希望	1	トライアルカウンセリング	1
			親子関係	1
成人	カウンセリング希望	7	カウンセリング希望	14
	発達障害・発達相談	1	発達障害・発達相談	5
	家族対応	1	家族対応	13
	対人関係	4	うつ	2
	夫婦関係	1	引きこもり	1
			夫婦関係	2
			親子関係	1
			育児相談	1
			トライアルカウンセリング	2

表4 2013年度新規来談者来談経路

各種機関	幼稚園・学校より紹介	2
	医療機関より紹介	29
	他の相談機関より紹介	9
	上記以外のサービス機関より紹介	1
個人の紹介	クライアントより	0
	当相談室関係者より	1
	東大教員・学生より	0
	他大教員・学生より	4
	その他（知人・家族）	18
	相談室OBOG	1
直接	本を読んで	0
	再 来	4
	インターネット	66
	講演会・公開講座	0
	ちらし	0
	学内広報	0
そ の 他		6
計		141

表5 新規来談者居住地域

	東京	千葉	埼玉	神奈川	その他	計
2010年度	105	15	12	11	3	146
2011年度	105	13	18	9	6	151
2012年度	99	13	8	16	4	140
2013年度	95	16	11	12	7	141

表6 延べ面接回数

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
受付面接	143	110	119	115
カウンセリング	1410	1367	1674	1757
プレイセラピー	707	555	457	591
保護者面接	1009	1004	1028	1101
家族面接	99	72	82	41
コンサルテーション	11	0	5	6
検査面接	10	4	7	10
計	3389	3112	3372	3621

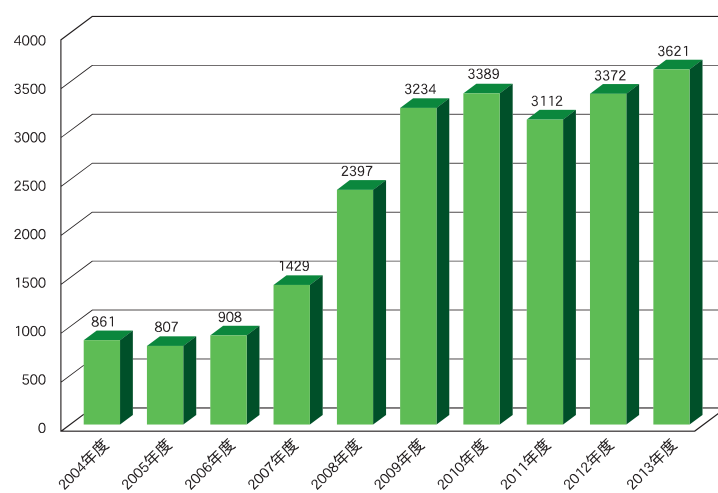


図1 10年間の延べ面接回数の推移

心理教育相談室のご案内

● 1. 東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室とは ●

心理教育相談室は心理的な問題への援助に携わろうとする大学院生の実践的な研修の場として設置された、本研究科附属の相談機関です。相談は、東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コースに所属する大学院生、研究員、臨床相談員が担当します。当相談室で相談業務にあたる者は全員、臨床心理学の専門教育訓練を受け、実際の相談業務の他に、毎週開かれる心理検査・心理療法などに関する研究会や事例検討会に参加し、能力・知識向上のために日々研鑽を積んでいます。また、大学院生については、教育相談機関や精神保健相談機関、医療機関の臨床心理士などの専門職、あるいは臨床心理学的な実践的研究者を目指して研修を受けている者で、一定以上の技能を修得したことが認められている者が、経験豊富なスーパーバイザーの指導を受けながら、実際の相談に当たります。

● 2. 相談内容 ●

次のような問題でお困りの方のご相談を受け付けています。ご本人だけでなく、保護者の方、学校の先生方のご相談も受け付けています。

- ・漠然とした不安感や無気力、落ち込みなどの心理状態を改善したい
- ・自分自身のことをもっとよく理解したい
- ・人前で緊張する、過ぎてしまったことをくよくよ考えるなど、性格的なことを何とかしたい
- ・友人や職場の同僚との人間関係上の問題を相談したい
- ・家族関係について考えたい
- ・親として子どもにどう対応してよいか困っている
- ・学校に行かない、行けない
- ・言葉が遅い、多動、集中困難であるなど、発達的な心配がある
- ・チック、夜尿など気になる行動が見られる
- ・反抗・暴力・盗みなどの問題行動がある etc.

● 3. 相談の種類と料金 ●

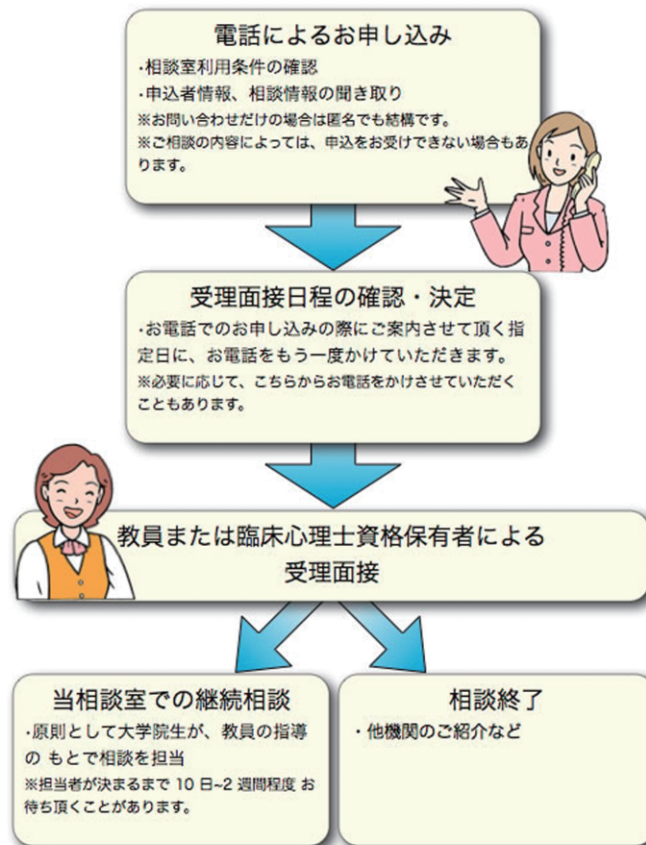
- 初回のご相談の場合 受理面接2,000円
- ご自身のことについてのご相談の場合 カウンセリング2,000円
- お子さんにプレイセラピー（遊戯療法）を行う場合 プレイセラピー（遊戯療法）2,000円
- お子さんの問題について、保護者の方からのご相談の場合 保護者面接1,000円
- 教師など、専門職の方がコンサルテーションをご希望の場合 コンサルテーション3,500円
- 心理検査や発達検査をご希望の場合 検査面接2,000円

※2013年6月現在です。医療機関ではありませんので、健康保険などの適用はできません。

※検査面接のみの実施は受け付けておりません。

● 4 . 相談申込の流れ●

当相談室における相談申込の流れは下記の通りです。相談は予約制をとっています。まずは電話で申し込み、後日担当者と日時を調整します。詳細については、03-3818-0439にお電話もしくは<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>を参照してください。



● 5 . 設備●

面接室 5 部屋

プレイルーム 2 部屋

待合室

スタッフルーム、ミーティングルームなど



心理教育相談室の構成（2013年度）

心理教育相談室運営小委員会

委員長 山本 義春（教育学研究科教授 総合教育科学専攻長）
委 員 佐々木正人（教育学研究科教授 教育心理学コース）
委 員 下山 晴彦（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委 員 高橋 美保（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）
委 員 東郷 史治（教育学研究科准教授 身体教育学コース）
委 員 石丸径一郎（教育学研究科講師 臨床心理学コース）

室長

高橋 美保

臨床心理スーパーヴァイザー

下山 晴彦
能智 正博（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
高橋 美保
石丸径一郎
中嶋 義文（教育学研究科客員教授 三井記念病院神経科部長）
原田 誠一（教育学研究科客員教授 原田メンタルクリニック院長）

臨床相談員

相澤 直子（東京工業大学保健管理センター カウンセラー）
北島 歩美（日本女子大学カウンセリングセンター 研究員）
瀧井有美子（情緒障害児短期治療施設 横浜いずみ学園 治療課長）
平木 典子（統合的心理療法研究所（IPI）所長）
松澤 広和（慶成会老年学研究所 研究員）
森田慎一郎（東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース 特任研究員）

相談員

博士課程3年 李健實 笠田舞 川崎舞子 川崎隆 北村篤司 倉光洋平 野中舞子 丸山由香子 松田なつみ
博士課程2年 小倉加奈子 日下華奈子 坂口由佳 菅沼慎一郎 高柳めぐみ 中島隆太郎 中野美奈 羽澄恵
博士課程1年 大上真礼 榎原潤 河合輝久 高岡佑壮 野津弓起子 能登眸 藤尾未由希 堀内多恵
修士課程3年 園部愛子
修士課程2年 栗屋南 遠藤麻美 大野諒太 片山皓絵 菅原絵里 砂川芽吹 高木郁彦 田川薫 長谷川智之
伴恵理子 樋口紫音 矢野玲奈 渡辺美穂 安婷婷
修士課程1年 石黒香苗 浦野由平 大西未紗 鮫島啓 中川実耶 藤田彩也香 山本瑛美 横田七海子
横山克貴

相談補佐員

岡田 和子
瀧田 恵美

東京大学大学院教育学研究科 心理教育相談室年報 第9号

2014年9月1日 発行

発行者 東京大学大学院教育学研究科附属
心理教育相談室
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
Tel (03) 3818-0439

