

脳外傷は脳血管障害と異なって、病巣が両側性・びまん性であることが多く、多彩な症状を呈する。さらに年齢の若い男性患者が多い。したがって脳血管障害に対する治療を同じように適応できない場合があり、障害の特殊性について理解を深めることが必要である。

■ 脳外傷の病態、とくにびまん性脳軸索損傷の概念について

外傷性脳損傷の病態は、意識障害など臨床症状に基づいて分類されていた。しかし CT や MRI などの画像診断技術の進歩によって、血腫や挫傷など病理形態学的診断を容易に行えるようになった。しかしながら重症脳外傷のうちには、占拠性病変や大きな脳挫傷を認めないにもかかわらず、遷延性意識障害を示す場合が少なくない。このような症例には軸索のびまん性損傷があったとされている。びまん性脳軸索損傷の経過や転帰については、まだ詳細な研究が行われていない。(山口三千夫氏ら、455 頁)

■ 脳外傷による認知機能障害と包括的アプローチ

慢性期の脳外傷患者が、復学あるいは復職する場合、運動機能障害よりも認知機能障害が問題となることが多い。認知機能障害は、問題解決のために情報を検索・操作し、処理する能力の障害と考えることもできる。情報処理能力の評価には、状況絵の説明などいくつかの簡便な方法が考えられる。患者への対応としては、記憶や注意力など個々の障害に対応するだけでなく、対人関係のグループワークなどを含めた包括的アプローチが必要である。(万歳登茂子氏、461 頁)

■ 脳外傷によるコミュニケーション障害へのアプローチ

脳外傷によるコミュニケーション障害には、構音障害、失語症、および認知機能障害によって二次的に派生する障害がある。構音障害には嚥下障害が合併することがあるが、両者の重症度が一致するとは限らない。脳外傷による失語症のタイプは、病態が限局性かびまん性かによって異なる。認知機能障害を原因としたコミュニケーション障害に対して、米国の ST は治療プログラムを作成して積極的に関わっている。(高橋 正氏、468 頁)

■ 脳外傷者への身障更生施設を利用した社会的リハビリテーション

身障更生施設では、脳外傷者の社会的活動度向上を目的としたさまざまな訓練および指導が行われている。入所目的の最終達成率を見ると、生活習慣は 71% 達成できたが、復職就労については 43% であった。短気、細事へのこだわり、不満の好訴など社会適応性に問題があると、就労可能に近い作業能力をもちながら就労できなかった例が多い。施設退所後の地域生活をどのように支援するかについて、今後体制化する必要がある。(前田小三郎氏ら、477 頁)

■ 脳外傷者へのニューヨーク大学におけるプログラム

脳外傷のリハビリテーションは、米国リハビリテーション医学会においてもっとも演題が多いテーマになっている。このような脳外傷リハビリテーションの先鞭をつけたのは、1987 年頃からニューヨーク大学において開始された集中的神経心理プログラムである。その内容は、認知療法 (Cognitive Remediation)、行動・感情のコントロール、対人関係の戦略技術、職業の基礎能力獲得などを並行して行うものである。治療を受けた者は、自分の障害について理解が増し、社会に適応する戦略を身につけた、などの効果を認める例が多い。(水落和也氏、483 頁)