

者を除き、さらに今回の調査時点で当センターにおける一連のアプローチが終了していた利用者 58 人を最終的な対象とした。

失語は、高次脳機能障害のなかでも症状が明確なうえ、治療方法も比較的確立していることから今回の対象からは除いた。痴呆のみ利用者はほとんどが老年痴呆であった。いわゆる若年痴呆は今回の対象に含めた。また、65 歳以上の場合は、現在は原因疾患に関わらず介護保険サービスを受けることができるため、サービスの提供に関する問題は少ないと考え、今回の対象からは除外した。

診療録から年齢、障害原因、高次脳機能障害の種類、当センター受診までの期間、アプローチ内容、帰結などを後方視的に調査した。

今回の調査は、治療が終了した利用者を対象とした後方視的調査のため、各利用者に対して検査結果等の流用に関する同意は得ていない。しかし、利用者に対しては必要と思われる評価や治療を十分に実施しており、対象者がとくに不利益を被ることはない。また、データの取扱いに際しては個人名が推測できるようなデータが公開されないよう配慮し、プライバシーや倫理面の問題はないと判断した。

## C. 研究結果

### 1. 対象者のプロフィール

男性が 50 人 86%と大半であった(表 1)。受傷・発症時年齢は、全体では平均 38 歳であったが、外傷性脳損傷のみでは 31 歳と若年で、非外傷性のみでは 45 歳と若干高年齢となっていた。

原因疾患を図 1 に示す。脳外傷(28 人)と脳血管障害(24 人)の 2 つの疾患で 90%を占めていた。

受傷・発症から当センター初診までの期間

は平均で 1 年以上だった(表 1)が、ばらつきが大きく、21 人は 1 年以上、37 人は 1 年未満に受診していた。また、当センター受診までに他院リハ科医師の診療を受けていた人は約 80%と多かった。

受傷・発症前はほとんどが就労していたか、あるいは学生であり、受診時は自宅で生活していた利用者が多かったにもかかわらず、当センター受診時には学生が 1 人いたのみで、社会的な役割をもっていない人がほとんどであった。

表 1 対象者のプロフィール (N=58)

● 性別：男性 50 人，女性 8 人
● 受傷・発症時年齢：38 ± 14 歳
● 初診時年齢：39 ± 14 歳
● 初診までの経過月：13 ± 15 か月
● 初診までのリハ科の関わり： あり 45 人
● 受傷・発症前の職業：一般就労 45 人， 学生 9 人，主婦 2 人，不明 2 人
● 受診時の生活の場： 自宅 40 人，病院 18 人
● 受診時の職業・役割：とくになし 55 人， 大学生 1 人，スポーツセンター 2 人

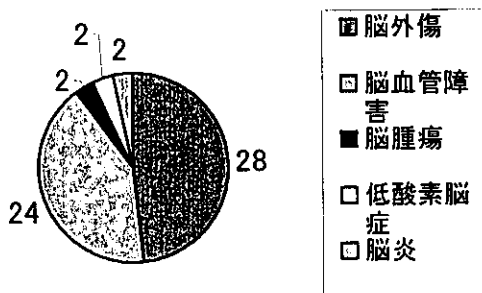


図1 原因疾患 N=58

## 2. 障害内容

高次脳機能障害の種類は多彩であり(表2)、複数の症状を呈している人が多かった。外傷性脳損傷と非外傷性との比較では、認知面の障害には大差なかったが、行動面・情緒面の障害が外傷性損傷で若干多かった。

初診時の WAIS-R は VIQ が平均 83, PIQ76, 全 IQ76 (N=44) であった。また HDS-R は平均 19 点であった。

表2 高次脳機能障害の内訳

種類	人数
記憶障害	47
注意障害	48
遂行機能障害	7
半側空間無視	12
病識低下	31
意欲低下	35
依存退行	10
感情コントロール低下	20
対人関係能力低下	8
固執	6
うつ	3

(重複あり)

高次脳機能障害以外の障害の合併は、肢体

不自由が 38 人、失語が 9 人であり、高次脳機能障害が単独の障害だった人は 14 人とむしろ少なかった。

身辺動作の自立度は高く、初診時の Barthel index は平均 82 点、80%46 人は歩行が自立していた。

## 3. アプローチ

当センターで実施したアプローチ形態を表3に示す。こうしたアプローチをいくつか形態を変えながら継続して実施した利用者も多く、33 人 57% が複数のアプローチを利用していた。そのうち 8 人は 3 つ、25 人は 2 つの形態を利用していた。25 人 43% の人は単一のアプローチで終了していた。

担当した専門職種を表4に示す。臨床心理士と作業療法士が中心となっていたが、多くの職種が関与していた。また、医師と看護師はこの表には示していないが、医師は全ての利用者に関わっていた。また、看護師はとくに入院や入所の場合に重要な役割を果たしていた。

表3 アプローチ形態 (N=58)

アプローチ	人数
入院	8
外来通院	46
身体障害者更生施設入所	9
授産施設通所	25
スポーツセンター通所	12

(重複あり)

表4 担当職種 (N=58)

職種	人数
理学療法士	20

作業療法士	31
臨床心理士	46
言語聴覚士	11
体育指導員	18
生活指導員	9
職業指導員	25

(重複あり)

当センターでのアプローチ終了までの期間は、初診からの期間としては平均22か月、受傷・発症からは35か月だった。この結果は、ばらつきが非常に大きく、標準偏差はそれぞれ19か月と23か月であった。

#### 4. 手帳の有無

身体障害者手帳などを取得していた利用者は、36人62%であった。その内訳を表5に示す。

身体障害者手帳の取得が大半であり、精神保健手帳の取得者は少なかった。また、18歳未満の受傷ということで、療育手帳を取得し、福祉施設の利用や就労に向けて利用している人がいた。

表5 手帳の取得 (N=36)

内 訳	人 数
身体障害者手帳 (肢体不自由)	31
身体障害者手帳 (言語機能障害)	2
身体障害者手帳 (視覚障害)	1
精神保健手帳	3
療育手帳	2

(重複あり)

#### 5. 帰結

最終的な帰結を表6に示す。一般就労や自営業へ多くの利用者が復帰していた。福祉的就労の内訳は、授産施設1人と作業所4人であった。

表6 職業的帰結 (N=58)

帰 結	人 数
一 般 就 労 〔 新規 〕 復職	16 〔 6 〕 10
自営業復帰	3
主 婦	1
大 学 生	2
福祉的就労	5
職 業 訓 練	1
無 職	26
不 明	4

また、職業的帰結としては「無職」としたが、生活や活動の場で分類すると、表7に示すようにスポーツや地域での活動に参加している人も多く、最終的には約65%の利用者が何らかの社会参加を達成していた。

表7 無職の利用者の社会参加  
(N=26)

社会参加の場	人 数
スポーツセンター	6
地域活動センター	1
機能訓練事業	1
デイサービス	1
とくになし	3
単身生活	1
施設入所	1
他院入院	1
とくになし(家族と同居)	11

#### D. 考察

今回の対象の原因疾患は、脳外傷と脳血管障害で大半を占めていた。受傷年齢が若いことから、とかく脳外傷のみが注目されやすいが、逆に脳血管障害では発症年齢が高いため社会的問題や責任が大きい場合も多く、非外傷性脳損傷も対象疾患として重要であることが確認できた。なお、今回はこの両者を区別して考察はしない。

高次脳機能障害の症状は多彩であり、また複数の症状が重複していることが多かった。W AIS-R の評価結果からは、知的には比較的良好的な印象を受けるが、全ての対象で WAIS-R が実施できていないこと、とくに重度な場合には検査が困難であったことを考えると、実際の平均はもっと低いものと推測される。また、他の認知障害や行動障害の障害程度は、必ずしも客観的評価が統一されておらず、比較が困難であった。同様に効果判定に関しても、アプローチ前後で同一の評価を実施していない場合や検査上の得点では明らかな変化がないことも多く、判定が困難であった。これらは後方視的調査の限界であり、今後は評価項目を統一化・標準化するとともに、前方視的な調査が必要である。

高次脳機能障害だけが残存している人よりも、肢体不自由を合併している人の割合が高かったが、当センター受診時の身辺動作の自立度は高く、ほとんどが歩行自立していた。その理由のひとつは、受傷・発症からの経過が長く、他院でのリハビリ治療を受けた経験をもつ対象者が多かったこと、さらに、身体障害が非常に重度の場合には高次脳機能障害への対応よりもむしろ身体障害への対応が重要となるため、今回の対象から除いたことも理由の一つと考える。

当センターは、入院機能をもつ診療所と在宅リハビリサービス部門、身体障害者更生施設、通所授産施設、障害者スポーツ文化施設をもち、さらには障害者更生相談所を併設している。サービス提供に際しては、利用者ごとに担当者は異なるものの、リハ医やケースワーカーが中心となって利用者のニーズに合わせたケースマネジメントを行った。同一センター内の利用形態の変更であるため、各施設間の変更は円滑に実施できていた。とくに更生相談所の存在は、福祉施設の利用に際しての判定業務などが効率的にできる点で利点が多かった。最終的帰結では、受診前には社会的役割のなかった利用者が何らかの形で社会参加できた場合が多く、われわれのアプローチは有効であったと考える。このように、当センター内の施設間連携は有効かつ効率的に実施できていた。

個々の利用者によって詳細なアプローチ方法はさまざまであったが、利用施設と担当職種を基準に分析すると、当センターにおいては臨床心理職と作業療法士を治療担当として、外来中心に評価・アプローチを行いつつ次の社会参加へ向けた対応を検討し、利用施設の変更をはかっていくというのが主なパターンとなっていた。種々のサービス施設をもち、これを利用者に応じて柔軟に提供していく体制は、高い個別性が求められる高次脳機能障害者のアプローチに有用であろうと考える。さらに言えば、医学・社会・職業リハなどを必要に応じて一体的に提供できる総合リハセンターがなければ、高次脳機能障害者へのアプローチは困難であると言えるだろう。

今後の課題として、①当センター受診までの経過、②個々の症例に対する詳細なプログラム開発、③社会参加の場、の3つをあげる。

当センターの受診者は他院リハ医の紹介で

受診する場合が多く、受診時点でかなり選別されていると考えられる。しかし、中には高次脳機能障害に気づかれず、医療の隙間で長期にわたる不十分な対応を受けてきた利用者もいた。高次脳機能障害そのものの認識を高めるための啓蒙活動を今後も続けるとともに、リハセンターの役割をさらにアピールし、早期にリハセンターへつなげる連携を確立する必要がある。

一方、リハセンターにおいては、利用者の特性に応じた有効なプログラムを開発し、これを検証していくことが必要である。とくに、行動面・情緒面の障害がある利用者に対するプログラムや集団でのプログラムについては、現状では不十分であり、今後の開発が求められる。

最後に、社会参加の場については、現在最も現実的な問題となっていると思われる。ひとつおりの治療が終了して家庭復帰したとしても、地域社会での活動の機会がなければ、

閉じこもりの生活となり、さらには家庭生活を安定して継続することが困難となることも多い。高次脳機能障害者が参加可能なスポーツ施設や作業所などの社会資源を地域においてさらに拡充していくことは、緊急焦眉の課題である。

#### E. 結論

入院・外来といった医療対応や障害者更生相談所、身体障害者更生施設、授産施設、スポーツ施設などを有し、医学・社会・職業リハを必要に応じて一体的に提供できる総合リハセンターは、非常に高い個別性が求められる高次脳機能障害者のアプローチに有用であった。急性期病院とリハセンターとの連携、有効なプログラムの開発、利用可能な社会資源の拡充が今後の課題である。最終的には、図2に示すような急性期から社会復帰までの継続したシステムを確立することが目標である。

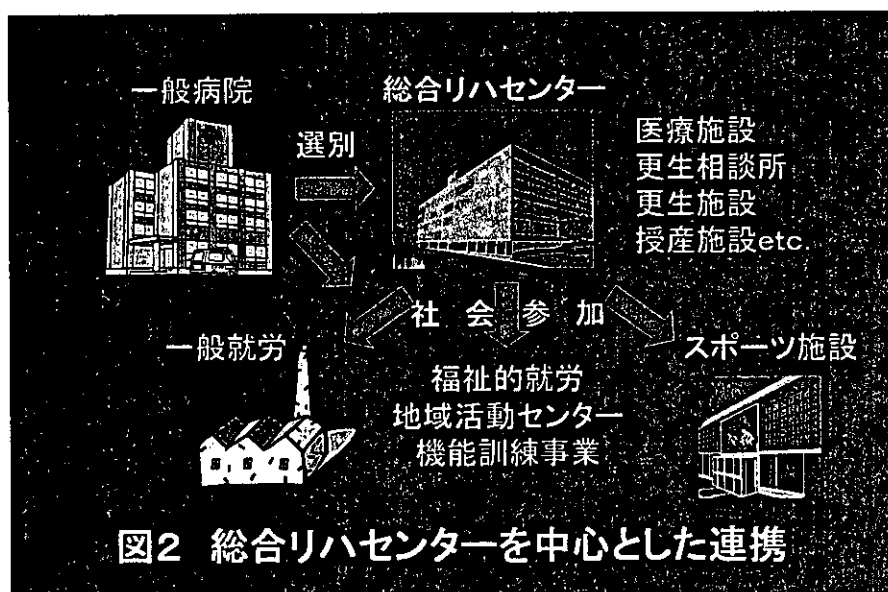


図2 総合リハセンターを中心とした連携

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
分担研究報告書

「脳外傷等による生活障害の実態に関するアンケート調査」より  
—本人・家族の困っている生活障害を作業療法経過における問題点に視点を移して—

分担研究者 宮永和夫（群馬県精神保健福祉センター所長）  
研究協力者

笠原洋勇（東京慈恵会医科大学教授）  
齋藤芳雄（ゆきぐに大和総合病院名誉院長）  
高田和夫（前橋保健福祉事務所部長）  
高橋正彦（東京都立老人医療センター）  
千葉潜（青南病院院長）  
長瀬輝誼（高月病院院長）  
中村健二（鹿児島県保健福祉部長）  
西島英利（小倉蒲生病院院長）  
比留間ちづ子（東京女子医科大学リハビリテーション部）  
前島滋（日本ヘルスケアコンサルタント取締役）  
山崎学（慈光会病院院長）  
米村公江（群馬大学医学部助手）

研究概要

1. 目的

1) モデルケースのパターン分析

急性期病院、リハ病院、療養病院、地域施設にて、作業療法を受けた脳外傷者27症例を抽出した。

2) アンケート調査

全国の病院・施設541施設の作業療法部門に郵送した。回答を受けた結果については現在、分析中である。

2. 評価項目

1) 身体機能面

麻痺、体幹失調、筋緊張の亢進、感覚障害、その他の身体状況、歩行

2) 生活活動動作

(1) ADL ①食事 ②排泄 ③更衣 ④整容 ⑤入浴 ⑥コミュニケーション

(2) 社会関連動作 ①買い物、②公共交通機関利用、③家事動作・整理整頓、④金銭管理、⑤時間の管理、⑥通院、⑦目的の場所に行く、⑧電話の応対、⑨備考

3) 高次脳機能面

(1) 作業・行動分析

(2) IQ等

(3) 認知障害分類

①意識障害 ②注意・覚醒障害／易疲労  
③失見当識 ④記憶・学習の障害 ⑤失語と関連症状 ⑥非失語コミュニケーション障害 ⑦視覚認知障害 ⑧構成障害 ⑨行為の障害 ⑩その他高次脳機能障害 ⑪遂行機能の障害／自発性低下 ⑫抑制障害 ⑬計画・問題解決 ⑭保続・固執・転換困難 ⑮全般的な知的機能低下 ⑯自己認識の障害

#### 4) 行動特性・性格変化

(1) 陽性症状 情緒不安定・衝動性・偏執性・感情コントロールができない・暴力・性的逸脱・易怒性・落ち着きがない・我慢ができない・不機嫌・拒否的態度・妄想・不安・騒音や痛みへの過敏・徘徊

(2) 陰性症状 動機づけの欠如・うつ・感情の平板化・不活発

(3) その他 子供っぽい・行動の開始・継続に促し要・行動の制止に指示要・強迫的・過度に規則的行動・他者の意向や行動への誤解・小さなことを気にする・状況判断が出来ない・動作が遅い・時間を気にしない・作業にミスが多い・睡眠-覚醒リズムの乱れ・計画性がない・何度も同じ話をする・変化に対応できない・同じ動作を繰り返す・被害者意識が強く転換できない

### 3. 結果

- 1) 対象 脳外傷者 27名
- 2) 性別 男性 22名、女性 5名
- 3) 年齢 10代 4名、20代 10名、30代 4名、40代 4名、50代 3名、60代 1名、不明 1名
- 4) 受傷時職業 学生 6名、社会人 16名、不明 5名
- 5) 受傷時生活形態 家族と同居 14名、単身 6名、不明 5名

※受傷後、同居家族変更 1名(内縁妻→母)、単身者は全て家族との同居に変更

6) 作業療法開始時期 6ヶ月以内 17名、6ヶ月～1年半 7名、1年半以上 2名

7) 治療形態 入院 10名、入所 3名、入院+外来 9名、外来のみ 4名、不明 1名(入院期間は概ね6ヶ月未満、外

来は4ヶ月～3年)

#### 8) 高次脳機能障害

記憶障害 16名、覚醒 9名(内8名は受傷後より6ヶ月未満)、見当識障害 7名、自己認識障害および病識欠如 8名、失語 6名、注意障害 5名、構成障害 2名、視覚認知障害 5名、発動性および自発性低下 5名、行為の障害 4名、遂行機能障害 4名、前頭葉症状 2名

#### 9) モデルケース

(1) 現職復帰 16名中0名(内訳:作業所・授産施設 4名、職業訓練 2名、再就職 2名)

(2) 復学 6名中3名

### 4. まとめ

- 1) 病院治療の限界と社会資源の利用の必要性
- 2) 社会活動の中での治療が望ましい
- 3) 自己認識が社会適応能力と関係する

### 5. 次年度の予定

- 1) アンケート調査の分析より、
  - (1) 時期による問題の具体的な幅と対応方法の検討
  - (2) 各期に合わせた対応マニュアルの試作

情緒・感情障害の障害特性モデルと関連させた相談・支援マニュアルを作成し、教育・職業関連機関や、地域サービスの利用における福祉分野での対応のあり方を共通のものとし、また、家族・介護者の精神的負担を軽減することに役立てる。

2) 対応マニュアルの試行と再検討  
各期に応じた病院や社会復帰施設での試行を通してサービスの再検討を行なう。

すなわち、初年度調査における評価状況の追試調査を行い、精神医療施設と一般医療機関において、情緒・感情障害の障害特性モデルについての治療・訓練・支援プログラムを試行し、その検証作業を行う。

### 3) 個別症例での検討

(1) 個別的な事例の前向研究により、障害の程度や生活環境条件で異なる適応技能の向上について検討し、家庭生活の質的充実や復学・就労への準備、施設活動などの具体的場面での処遇や指導方法を確実なものとするための、精神医療機関・社会復帰施設等の役割機能の拡大とプログラム整備について検討する。

(2) 一般医療機関や施設等との分担・連携のあり方について検討し、必要なときに利用と対応が可能なシステムについての検討を行う。

### 4) 精神医療施設・精神障害者社会復帰施設等の機能について

これらの地域関係機関の継続的利用や連携の中継地点としての役割が期待されることもあり、精神機能的障害のある脳外傷者の、社会復帰及び社会参加への支援モデル的实践について検討する。



厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

高次脳機能障害者の連続したサービスの提供に関する研究班

-Prospective study-

主任研究者 長岡 正範 国立身障者リハビリテーション病院 神経内科 診療部長

研究要旨

本分担研究では高次脳機能障害患者の急性期から慢性期における実態調査を prospective に行い、その結果を高次脳機能障害患者の速やかな社会復帰を支援するプログラムの作成に活用する。

分担研究者

片山 容一 日本大学脳神経外科 教授  
川又 達朗 日本大学脳神経外科 助手  
前田 剛 日本大学脳神経外科 助手  
福島 匡道 日本大学脳神経外科 助手

A. 研究目的

高次脳機能障害患者における急性期から慢性期への実態や各種施設のサービス利用状況を明らかにする目的で社会的、医学的、機能的に prospective study を行う。

B. 研究方法

日大板橋病院脳神経外科入院中の患者に対し以下の項目に対して調査を行なう。1. 社会的データ（23項目）、2. 医学的データ（12項目）、3. 機能的データ（10項目）、4. 帰結データ（4項目）。調査時期は入院時、退院時、3、6、12ヵ月に行なう。調査方法は患者・家族への面談、および調査票の郵送により行かない、症例により調査員が訪問調査する。

（倫理面への配慮）

調査開始時に「高次脳機能障害に関する追跡調査の説明書」を用い本研究の要旨を

患者本人と家族に「説明し「承諾書」、および「調査結果の研究利用同意書」に署名捺印をいただく。

C. 研究結果

各時点・各項目の質問表を作成した後、患者のエントリーを開始した。現在のエントリー数は11例である。その内訳は、脳血管障害5例、頭部外傷4例、脳腫瘍2例である。

E. 考察

作成したデータシート用い各項目について経時的にデータが集積される。

F. 結論

今後は症例数を増やしデータシートを元に個々の症例に対して調査を進める。

G. 研究発表

1. 論文発表

	なし	なし
2. 学会発表	なし	2. 実用新案登録
	なし	なし
		3. その他
H. 知的財産権の出願・登録状況		なし
1. 特許取得		

高次脳機能障害者の連続したサービスの提供に関する研究  
Prospective studyにおける調査項目

社会的データ調査項目

1. 登録日
2. 所属、現在の病院、利用サービス名
3. ID
4. 氏名・性別・生年月日・年齢
5. 住所（都道府県まで）
6. 地域環境
7. 入院（入所）経路
8. 教育年数
9. 婚姻
10. 同居者
11. 家族員数
12. キーパーソン
13. 受傷・発症前の職業
14. 現在の職業
15. 発症前適応  
（別居・離婚・逸脱行為・転職・失業の有無）
16. 医療保険の種類
17. 身障者・精神障害者保健福祉・療育手帳の有無
18. 自動車免許の有無
19. 家屋状況

医学的データ調査項目

1. 診断名
2. 疾患の種類
3. 発症・受傷日
4. 入院日
5. 病変の局在（CT / MRI）
6. 昏睡の長さ
7. 意識レベル（JCS / GCS）
8. 手術の有無
9. 外傷性健忘の有無
10. 既往歴

## 11. 合併症

### 機能的データ調査項目

1. 移動手段（自立歩行・車椅子介助の5段階）
2. Barthel Index
3. 老研式活動能力指標
4. HDS-R
5. 失語の有無
6. 失認の有無（病態失認を除く）
7. 失行の有無
8. その他の高次脳機能障害の有無
9. 精神機能障害の有無
10. Modified Health Index

### 帰結データ調査項目

1. Modified Health Index
2. 利用サービス（医療機関、その他）
3. 帰結データ記録時の職業
4. 職業自立尺度

高次脳機能障害者の連続したケアの提供に関する研究の前向き調査

Time Table

	入院時	退院時	3 カ月	6 カ月	12 カ月
日大板橋病院	(社) ◎	◎			
面談	(医) ◎	◎			
	(機) ◎	◎			
	(婦) ◎	◎			
本人・家族	(社)		◎	○	◎
郵送	(機)		◎	○	◎
通院先・転院先	(社)		◎	○	◎
郵送	(医)		◎	○	◎
	(機)		◎	○	◎
調査員	(社)			○	○
面談	(医)			○	○
	(機)			○	○
	(婦)				○
Informed Consent	説明書				
	同意書				本人・家族へお礼の手紙

転院先：説明書

1. 表中の (社) は社会的データ、(医) は医学的データ、(機) は機能的データ、(婦) は帰結データ。
2. ◎ ; 必須。