

表8 高次脳機能障害診断基準

「高次脳機能障害」という用語は、学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる単症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。

一方、平成13年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において集積された脳損傷者のデータを慎重に分析した結果、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活および社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらについては診断、リハビリテーション、生活支援などの手法が確立しておらず早急な検討が必要なが明らかとなった。そこでこれらの者への支援対策を推進する観点から、行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶことが適当である。その診断基準を以下に提案する。

診断基準

I. 主要症状等

1. 脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。
2. 現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である。

II. 検査所見

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状 (I-2) を欠く者は除外する。
2. 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
3. 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。

IV. 診断

1. I～IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
2. 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

なお、診断基準のIとIIIを満たす一方で、IIの検査所見で脳の器質的病変の存在を明らかにできない症例については、慎重な評価により高次脳機能障害者として診断されることがあり得る。

また、この診断基準については、今後の医学・医療の発展をふまえ、適時、見直しを行うことが適当である。

ることを示している。機器にはMRI、CT、脳波などと書かれているが、PETやSPECTであっても構わない。高次脳機能障害の発症の原因となった器質的脳病変がこれらの機器により確認できれば良い。外傷性脳損傷のうち、びまん性軸索損傷（広範性軸索損傷）は長期間にわたり段々と画像から消えていく傾向にあり、とりわけCTでは所見が得られにくくなる。そこで過去の発症時点での検査で器質的病変が確認されていたとの診断書があれば、脳の器質的病変が確認できたとすることができる。器質的病変が検出されても高次脳機能障害の発症をその病

変による症状として説明できない症例では、そのような器質的脳病変を生じるような外傷があり、その外傷が高次脳機能障害を生じたと判断できれば、この症例も診断基準を満たす。

IIIの除外項目は、この診断基準を行政の現場で使用することを想定して作成された事項であり、重要である。第1項に「脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状 (I-2) を欠く者は除外する」とあるが、失語症を例にとれば「失語は学問的には脳の器質的病変に基づく認知障害であるが、身体障害者手帳の対象で

あるため、失語単独であるならば除外する」と読み替えることができる。失語症は以前から身体障害者手帳の対象となっていることから、この診断基準では除外項目となっている。しかし、失語症があっても、日常生活や社会生活を困難にしている主症状が主要症状の項目にあるような認知障害であるならば、高次脳機能障害として診断されることには問題がない。第2項は、高次脳機能障害の原因となる疾病の発症日以前から同じ症状を持っている症例は除外し、発症日以前から確認されている画像診断上の所見は診断根拠に含めないということである。第3項にある疾患群のうち、発達障害やアルツハイマー病に代表される進行性疾患はそれぞれ別の支援体制が組まれるべきであるという観点から除外項目に入れられた。

Ⅳの診断の項目では、ⅠからⅢまでの項目すべてを満たしたときに高次脳機能障害と診断とすとなっている。その診断を行う時期を定めている。第2項では意識障害や通過症候群などの急性期特有の症状から離脱したのちに高次脳機能障害の診断をなすべきであるとしている。第3項では神経心理学的検査を参考にすることができるとあり、適切な神経心理学的検査を実施した場合では、その検査結果を診断の際に活用し得ることが示されている。高次脳機能障害を持つ人には、知能検査やその他の神経心理学的検査が全く正常であっても、社会的行動障害のみが生活を困難にする例があり、このような症例を異常なしとしないためにも、現今ではこのような取り扱いが必要であった。

この診断基準を満たした人を高次脳機能障害者と呼び、医療・福祉サービスの対象とする。補足として書かれていることの1つは、上段で述べたように、診断基準のうちⅠとⅢの項目を満たす一方で、脳の器質的病変の存在を明らかにできず、Ⅱの検査所見の項目だけを満たすことができない症例については、高次脳機能障害者として診断されることがあり得ることを示している。加えて、科学の進歩に伴い適切な診断

法の開発が予想されることと、障害者福祉行政においても制度の見直しがあり得ることを考慮して、この診断基準が適切に改正されることを見通している。

5 医学的リハビリテーションによる訓練の効果

病院における高次脳機能障害のための医学的リハは認知リハあるいは神経心理学的リハと呼ばれ、認知障害の回復や、残存機能の活用、記憶障害を補償する電子手帳などの装置の活用、心理的介入による作業能力の向上などを目指す訓練方法が症状に応じて実施されている。また運動麻痺などの身体機能障害を伴う症例では、この面でのリハも同時に実施される。このモデル事業では障害尺度という8段階の評価スケールを用いて訓練の効果を評価した(表9)。その結果、発症から6カ月以内に訓練を受けた症例では46%が改善を示し、6カ月から1年以内では32%、1年以上では14%となり、平均31%となった(表10)。これを疾病の自然経過ではないかとする論議はある。その確認のためにコントロール群をきちんと設定した研究がなされるべきではあるが、このデータはそのまま訓練効果を示すオープンスタディとしての意義がある。その一方で、医学的リハを受けた症例とそうでない症例では、後で述べるように社会生活に戻った後のいくつかのデータに差があり、自然経過ばかりではないとされた。

医学的リハにあたる訓練スタッフは、医師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士などの多くの職種にわたっていた。医師の作成した訓練処方に従って、このような多くの専門職種が訓練に携わることが効果を上げるために大切であることが指摘された。これらの経験と知見に基づいて「標準的高次脳機能障害訓練プログラム」が作成され、成書として出版が予定されている。

表9 障害尺度

-
1. 意識不明
 2. 1の状態ではないがベッド臥床
 3. 2の状態ではないが、椅子あるいは車椅子使用ですごし、自宅内の移動は介助者の手助けによってはじめて可能
 4. 3の状態ではないが、賃金雇用は不能。教育も継続困難。老人は付き添われて遠足や散歩する以外は自宅にとどまる。主婦は、いくつかの簡単な家事がわずかに可能。
 5. 4の状態ではないが、選ぶことのできる職業やその能力には限界がある。主婦や老人は軽い家事しかできないが、買い物には行かれる。
 6. 5の状態ではないが、社会参加にかなりの障害／職業遂行能力の軽度の障害を有する。重労働以外のあらゆる家事を遂行可能。
 7. 6の状態ではないが、社会参加に軽度の障害がある。
 8. 能力低下はない。
-

表10 医学的リハビリテーションの効果と訓練開始時期

訓練対象者173名中、2回目のデータのあるもの108名。そのうち33名(31%)で障害尺度の改善がみられた。次に、これら33名を受傷発症からの期間を6カ月時点で3群に分けて改善例を調べた。

1. 受傷後6カ月以内の者は41名。そのうち障害尺度の改善例は19名(46%)。障害尺度の値にして1.6。
2. 受傷後6カ月より後で1年以下の者は25名。そのうち障害尺度改善例は8例(32%)。障害尺度の値で1.5。悪化例は見られない。
3. 受傷後1年より長い者42名中、障害尺度の改善例は6例(14%)。改善の程度は、障害尺度の値にして1.2。障害尺度悪化例が3例みられた。

したがって、受傷発症から1年以内は、積極的な訓練が有効と考えられる。

6 医療・福祉サービスの提供

モデル事業の対象者は約3分の1が入院または入所して(表11)、約3分の2が在宅であった。この人たちが利用していた病院はリハ病院(65%)が多く、一般病院(33%)がこれに続いていた(表12)。これは原因となった疾病治療の延長上のことともいえる。病院を退院したあとの更生援護施設などの利用では、身体障害者更生施設、身体障害者授産施設の身障関連施設が過半数(59%)を占め、地域利用施設(13%)、小規模作業所(11%)と続いた(表12)。身体障害者関連施設が多かったことについては、わが国でこれまで高次脳機能障害者のリハに熱心に取り組んできた施設に身体障害者関連施設が多

かったことと、先に述べたように実際に運動麻痺などの身体機能障害を持つ方が過半数いたことによると考えられる。これはわが国で高次脳機能障害者が急性期治療を目的とする病院を経て、どのような施設利用の経路を歩むのか、その現状を示す注目すべき結果である。

このように社会復帰を目指し、社会的自立を果たしたいと考えている高次脳機能障害者に対して、支援様式を8つに分類した。すなわち、就業支援、就学支援、就労・就学準備支援、授産施設支援、小規模作業所支援、在宅支援、施設での生活訓練支援、施設での生活支援である。これらは高次脳機能障害の重症度に応じて策定される目標到達への支援である。能力に応じた支援を経て、モデル事業前期3年間の終了時に就業支援や就学支援を受けた者、すなわち職場

表11 対象者の現状：入院・在宅の区別

	人数
入院または入所	147
在宅	266
記入なし	11
計	424

や学校に戻った者が全体の28%になった。これが最終的に安定した職場や学校への復帰といえるかどうかについては今後の報告を待ちたい。これらの就業支援や就学支援を受けた者を、病院で高次脳機能障害者として医学的リハを受けた群と、病院での医学的リハの経験のない群とに分けて分析すると、きちんと医学的リハを受けた群で51%が就業支援および就学支援を受け職場や学校に戻ったのに対して、医学的リハを受けなかった群では17%だった。この2群については、受傷・発症から支援を受けるまでの期間に差があり、医学的リハを受けた群の方がこの期間が短いこと以外に目立った医学的属性に差はなかった。医学的リハを受けた群で就労や就学の比率が目に見えて高いことについては、医学的リハによる効果と病院在院中に高次脳機能障害の正確な診断・評価を受けることにより連続したケアが実現されたことが要因としてあげられる。また医学的リハを受けた群では帰結において対人技能拙劣や感情コントロールの比率が低いことも明らかにされた。適切に診断された高次脳機能障害者に特化したリハや支援サービスを提供することが社会復帰に有用であることが結論づけられる。一方で、職場や学校に戻った人たちの長期的な追跡調査が課題として残っている。

このような高次脳機能障害者が日常生活や社会生活を送るうえで必要な支援を実施する経過で得られた調査結果の中から、25%以上の者が必要とする支援ニーズをまとめて「高次脳機能障害支援ニーズ判定票」が作られた。また、この支援全体を通じて得られた経験と調査結果を

表12 対象者の現状：所属施設の種類の

	人数
一般病院	80
リハ病院	158
精神科病院	6
身体障害者更生施設	91
身体障害者療護施設	1
身体障害者授産施設	15
地域利用施設	23
精神障害者生活訓練施設	1
精神障害者授産施設	1
小規模作業所	20
グループホームなど	2
老人福祉施設サービス（老健施設含む）	1
老人福祉施設サービス	2
その他	23
計	424

もとにして、支援体制、社会復帰・生活介護の進め方、支援計画の策定方法などをまとめた「高次脳機能障害標準的社会復帰・生活・介護支援プログラム」が作られ、出版が予定されている。

文献

- 1) 千葉県高次脳機能障害支援モデル事業 平成15年度事業報告書 千葉県高次脳機能障害連絡調整委員会 平成16年6月
- 2) 平成11年度高次脳機能障害実態調査報告書 東京都高次脳機能障害者実態調査研究会 東京都衛生局医療計画部医療計画課 平成12年3月
- 3) 広島県高次脳機能障害支援モデル事業報告書 広島県高次脳機能障害連絡調整委員会事務局、広島県立身体障害者リハビリテーションセンター 平成16年3月
- 4) 福岡県高次脳機能障害支援モデル事業 高次脳機能障害者受け入れ機関一覧 産業医科大学リハビリテーション医学講座 平成17年3月
- 5) 高次脳機能障害支援モデル事業報告書—平成13年～平成15年度のまとめ— 国立身体障害者リハビリテーションセンター 平成16年3月
- 6) 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集1 高次脳機能障害支援モデル事業地方拠点病院等連絡協議会 平成15年3月
- 7) 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集2 国立身体障害者リハビリテーションセンター 平成

- 16年3月
- 8) 高次脳機能障害支援モデル事業 社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班調査結果 国立身体障害者リハビリテーションセンター 平成16年3月
- 9) 高次脳機能障害社会復帰支援モデル事業における関係施設の取り組み 北海道高次脳機能障害連絡調整委員会 平成15年1月
- 10) 高次脳機能障害支援モデル事業 平成15年度事業報告書 神奈川県総合リハビリテーションセンター高次脳機能障害支援モデル事業検討委員会 平成16年7月
- 11) 高次脳機能障害者への系統的支援 広島県高次脳機能障害連絡調整委員会, 広島県立身体障害者リハビリテーションセンター 平成16年3月
- 12) 高次脳機能障害データベース報告書 平成15年度報告書社会福祉法人 名古屋市総合リハビリテーション事業団 平成16年7月
- 13) 高次脳機能障害者の支援 東京都心身障害者福祉センター 平成15年3月
- 14) 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業「高次脳機能障害者に対する連続したサービスの提供に関する研究」平成13年度～平成15年度総合研究報告書 主任研究者 長岡正範 平成16年3月
- 15) 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業「高次脳機能障害者の障害状況の評価方法の開発と支援方法についての長期的追跡調査に関する研究 ―社会復帰・生活・介護支援サービス―」平成16年度分担研究報告書 分担研究者 寺島 彰 平成17年3月
- 16) 三重県高次脳機能障害者生活支援事業中間実施報告書 三重県身体障害者総合福祉センター 平成15年2月
- 17) 三重県高次脳機能障害者生活支援事業 第2次中間報告三重県身体障害者総合福祉センター 平成17年4月
- 18) 宮城県高次脳機能障害支援モデル事業 平成16年度事業報告書 宮城県保健福祉部障害福祉課 平成17年3月
- 19) 名古屋市高次脳機能障害支援モデル事業実施報告書(平成13年度～平成15年度)社会福祉法人名古屋市総合リハビリテーション事業団 平成16年4月
- 20) 脳外傷の社会生活を支援するリハビリテーション 監修:永井肇, 編著:阿部順子 中央法規出版 平成11年11月
- 21) 脳外傷リハビリテーションマニュアル 神奈川県リハビリテーション病院「脳外傷リハビリテーションマニュアル編集委員会」代表:大橋正洋 医学書院 平成13年4月
- 22) 岡山県高次脳機能障害支援モデル事業中間実施報告書 川崎医科大学付属病院 平成15年9月
- 23) 大阪府高次脳機能障害支援モデル事業報告書 大阪府高次脳機能障害支援モデル事業専門部会, 大阪府健康福祉部 平成16年3月
- 24) 埼玉県高次脳機能障害支援モデル事業 平成15年度事業実施状況 埼玉総合リハビリテーションセンター 平成16年4月
- また, 下記のホームページアドレスから高次脳機能障害支援モデル事業についての情報を見ることができます。 <http://www.rehab.go.jp/ri/brain/index.shtml>

*

*

*