

表1 利用者数

施設全体の利用者数	
男性	女性
1671	1372
合計 3043 人	

失語症者の利用者数	
男性	女性
199	95
合計 294 人	

Ⅱ. 失語症の症例数について

対 象：18 歳以上、病気や事故など後天性の疾患・外傷の後遺症として障害を持たれた方。

生まれつきの知的障害でこのような障害が出ている場合は除きます。

失 語 症：他人のことばが理解できない。発音に障害があるわけではないが、ことばが思いつかず、うまくしゃべることができない。

1. 施設全体の利用者数

性別、利用者数

男性 _____ 名 女性 _____ 名 合計 _____ 名

1-2. 失語症者の利用者数（各設問の合計人数が、設問①の合計の合算と同じになるようにしてください。）

①性別、症例数

男性 _____ 名 女性 _____ 名 合計 _____ 名

② 原因疾患

脳梗塞 _____ 名 脳内出血 _____ 名 くも膜下出血 _____ 名

脳外傷 _____ 名 脳腫瘍 _____ 名 変性疾患 _____ 名

その他 _____ 名 不明 _____ 名

③年齢

20 歳未満 _____ 名 20 歳以上～30 歳未満 _____ 名 30 歳以上～40 歳未満 _____ 名

40 歳以上～50 歳未満 _____ 名 50 歳以上～60 歳未満 _____ 名

60 歳以上～70 歳未満 _____ 名 70 歳以上～80 歳未満 _____ 名 80 歳以上 _____ 名

④障害程度区分

区分 1 _____ 名 区分 2 _____ 名 区分 3 _____ 名 区分 4 _____ 名

区分 5 _____ 名 区分 6 _____ 名

2. 失語症について

① 失語症の種類

運動性失語 _____ 名 感覚性失語 _____ 名 全失語 _____ 名
 健忘失語 _____ 名 その他 _____ 名

- 運動性失語：相手のことばを理解できるが、話ができない。発話が短く、なめらかに出ない。
- 感覚性失語：相手のことばを聴き取れず、また意味が理解できない。発話はなめらかに出るが、ことばに言い誤りがある。
- 全失語：ことばの理解と表出の両面が重篤に障害されている。
- 健忘失語：相手のことばは理解できる。自分から話す際に、なかなかことばが思い浮かばない。話し方はなめらかである。

② 重症度

重度 _____ 名 中等度 _____ 名 軽度 _____ 名

③ 発症からの経過期間

1 年未満 _____ 名 1 年以上 3 年未満 _____ 名 3 年以上 5 年未満 _____ 名
 5 年以上 10 年未満 _____ 名 10 年以上 _____ 名 不明 _____ 名

④ 日常生活の活動レベル

該当する箇所に人数を記入して下さい。

	自立	要援助
平地歩行		
階段昇降		
入浴		
バスや電車での外出		
日用品の買い物		
食事の用意		
預貯金の出し入れ		
会話		

Ⅲ. 失語症者へのサービスについて

1. 失語症者に対するサービス内容

下記の「基礎疾患の診断・治療」から「その他」のサービス内容の実施状況について、a～eの該当する箇所にレをつけてください。

- a. 力を入れて行っている
- b. 若干行っている
- c. 他機関に依頼している
- d. 将来的に行う必要がある
- e. 対応しない、将来行う計画もない

サービス内容	a 力を入れている	b 若干行っている	c 他機関に依頼	d 将来行う必要あり	e 対応しない
身体機能の訓練					
コミュニケーション機能の診断・評価					
コミュニケーション機能の訓練					
認知機能の訓練					
自立生活のための訓練・支援					
職業能力の評価					
職場適応についてのアドバイス					
職場への情報提供					
社会的資源の利用相談					
当事者家族、周囲の人への指導					
創作活動					
レクリエーション					

1級 _____ 名 2級 _____ 名 3級 _____ 名

療育手帳

A _____ 名 B _____ 名

2. 失語症者の社会参加という視点から見て、自立生活および就労に向けた福祉制度の問題点、改良した方がよい点について記載して下さい。

以上で終了となります。いま一度、ご記入もれなどの無いことをご確認願います。
大変お忙しい中、ご協力を誠にありがとうございました。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
蒲澤秀洋	第4章：障害の概要－第9節：高次脳機能障害	社会福祉士養成講座編集委員会編集	新・社会福祉士養成講座「人体の構造と機能及び疾病」－医学一般／第2版	中央法規出版	東京	2011	153－157
種村純		熊倉勇美、種村純(編)	やさしく学べる言語聴覚障害入門	永井書店	大阪	2011	
後藤祐之	高次脳機能障害者を支える法律や制度	能登真一(編集)	標準作業療法学高次脳機能作業療法学	医学書院	東京	2012	38-43

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Sekiguchi H, Takeuchi S, Kadota H, Kohno Y, Nakajima Y	TMS-induced artifacts on EEG can be reduced by rearrangement of the electrode's lead wire before recording	Clin Neurophysiol	122. Issue 5	984-990	May 2011
深津玲子	日米における高次脳機能障害者支援の現状	高次脳機能研究	Vol. 31 (NO. 2)	7-8	2011
深津玲子	そもそも高次脳機能障害って何？	Brain Nursing	第 27 巻 (6号)	662-63	2011
今橋久美子, 深津玲子, 目黒祐子, 萱場文, 細川恵子, 遠藤実	簡易高次脳機能障害チェック表の有用性について	高次脳機能研究	31	117-118	2011
Yasuhiko Shirayama, Yasoichi Nakajima,	A study of burnout characteristics among support coordinators for persons with high brain dysfunction	Jpn J Compr Rehabil Sci	2	13-17	2011
白山靖彦	わが国における高次脳機能障害の現状と課題	四国歯誌	24(2)	1-6	2012
Ukawa S, Satoh H, Yuasa M, Ikeno T, Kawabata T, Araki A, Yoshioka E, Murata W, Ikoma K, Kishiro R	A randomized controlled trial of a Functional Improvement Tool home-visit program and its effect on cognitive function in older persons	Int J Geriatr Psychiatry			2011
Nishio Y, Hashimoto M, Ishii K, Mori E	Neuroanatomy of a neurobehavioral disturbance in the left anterior thalamic infarction	J Neurol Neurosurg Psychiatry	82	1195-1200	2011
Kawata SHK, Hashimoto R, Nishio Y, Hayashi A, Ogawa N, Kaneko S, Hiraoka K, Yokoi K, Iizuka O, Mori E	A validation study of the Japanese version of the Addenbrooke's Cognitive Examination- Revised	Dement Geriatr Cogn Dis Extra	2	29- 37	2012
西尾慶之, 森悦朗	記憶障害の神経基盤 間脳性健忘	高次脳機能研究	31	294-300	2011

平山和美, 遠藤佳子, 岡田和枝, 山鳥重, 森悦朗	数の音韻, アラビア数字形式間で両方向性の変換障害を呈した左頭頂後頭葉出血の1例	BRAIN and NEURORVE: 神経研究の進歩	63	497-502	2011
阿部順子	高次脳機能障害者の障害認識—当事者の語りから	総合リハビリテーション	Vol. 39 No. 3	273-281	2011
篠田淳, 浅野好孝	頭部外傷による高次脳機能障害とその画像診断	No Shinkei Geka	39	115-127	2011
和泉唯信, 中村和己, 永廣信治	行政的な「高次脳機能障害」の診断	四国医学雑誌	67	29-34	2011
Keita Kondo, Masaharu Maruishi, Hiroki Ueno, Kozue Sawada, Yukari Hashimoto, Tomohiko Oshita, Tetsuya Takahashi, Toshiho Ohtsuki, and Masayasu Matsumoto	The pathophysiology of prospective memory failure after diffuse axonal injury—lesion-symptom analysis using diffusion tensor imaging	BMC Neuroscience	11:147		2011
熊田真宙, 吉田弘司, 橋本優花里, 澤田梢, 丸石正治, 宮谷真人	表情認識における加齢の影響について—表情識別閾の測定による検討—	心理学研究	82		2011
蜂須賀 研二	高次脳機能障害のリハビリテーション	認知神経科学	Vol 13 No1	22-28	2011/05
太田令子	「リハビリテーション分野における心理専門職の課題」	リハビリテーション研究	Vol. 41 No. 2 通巻148	27-32	2011年9月
森戸崇行	「高次脳機能障害者の支援とMSWの関わり—復職支援の事例を通して見えるもの—」	『病院』	第70巻第6号		2011年6月
種村純, 大槻美佳, 河村満, 他	高次脳機能障害全国実態調査報告	高次脳機能研究	31 巻 1 号	19-31	2011
種村純	右半球症状の臨床評価—半側無視症候学の発展と関連行動障害	神経心理学	27 巻 2 号	153-159	2011
種村純	遂行機能障害のみかた	Journal of Clinical Rehabilitation	21 巻 1 号	58-62	2012

IV. 研究成果の刊行物・別刷

高次脳機能障害と認知症との概念の相違

Differences in a concept between dementia and higher brain dysfunction

国立障害者リハビリテーションセンター 学院長

Yasoichi Nakajima 中島 八十一

Summary

認知症と高次脳機能障害は概念上で相違があるだけでなく、用法が異なる。現在のわが国では、認知症は広く学問領域一般に使用されているが、高次脳機能障害はリハビリテーション医学とその関連分野および福祉で多用され、精神医学や神経学で使用されることは多くない。そのような現実を踏まえたうえで両者を概念上で整理すれば、認知症が全般的な認知機能、すなわち知能の減退となり、高次脳機能障害は神経心理学的検査で評価可能な認知機能それぞれの障害ということになる。一方で、高次脳機能障害については行政的に診断基準が定められ、認知障害をもつ患者・障害者を救済するための新たな用語として確立された。

Key words

- 認知症
- 高次脳機能障害
- 診断基準
- 精神障害者保健福祉手帳
- 認知障害

Ⅱ はじめに

高次脳機能障害と認知症が概念上でどのように異なるか、誰もが疑問にもつことであり、議論されることである。疑問と議論の延長線上にあるものは、理念上の論争から臨床現場での取り扱いのマニュアル化まで、さまざまである。しごく普通に考えて、これらの用語で示される内容を軽重のみで問うならば、高次脳機能障害のほうが軽くて認知症のほうが重く、しかもその境目はスペクトルのようだとするだろう。ところがこの両者が学生向けの精神医学の教科書の中にそろって登場することは多くない。認知症はあっても高次脳機能障害はないというのが通例である。学生向けの教科書とは、初学者向けの平易な解説書であるとともに、よく確立した事項を内容とする書物である。一方、精神医学、神経学、生理学それぞれの領域で編まれた用語集に、高次脳機能や高次脳機能あるいはそれに類似する用語はあっても高次脳機能障害はない。認知症という用語(老発第1224001号,平成16年12月24日,厚生労働省老健局長)は、平成16年にそれまでの痴呆を置き換える様式で登場したことはともかくとして、その長い伝統と学問による裏づけには揺るぎないものがある。したがってこの両者を比較するということは、高次脳機能障害という比較的新しい用語を認知症を軸としてどこに位置づけるかという作業になるはずであり、読者の多くが求めることでもある。今少し遠回りして、高次脳機能障害という用語の使われ方からみ

ていきたい。



用語としての高次脳機能障害

高次脳機能障害という用語がこれまでにどのような分野で用いられ、どのくらいの頻度で用いられてきたかを知るため、医学中央雑誌で高次脳機能障害という単語をタイトルに含む原著論文を検索した。Web上で検索可能な1982年以降では、総数481件がヒットした。図1は5年間ごとにまとめて集計した該当論文数のグラフである。最近10年間で急激に増えていることは一目瞭然であるが、単年度ごとの集計においても2002年から顕著な増加を見た。また論文掲載誌を個別に検討すると、最近10年間ばかりではなく、それ以前においても一貫してリハビリテーション医学関連の雑誌であることが多く、さらには神経心理学関連の雑誌も一定の比率を占めるといえる。反面、神経学関連の雑誌では少なく、精神医学関連の雑誌ではさらに少数となる。確かに研究者が専門とする分野の違いにより、また所属する学会の違いにより、高次脳機能障害という用語が頻用されたり、全くといってよいほどに使われなかったりする傾向があることは否めない。1982年以前においても高次脳機能障害という用語を学術誌にみることは可能であると思うが、それは本稿の目的ではない。

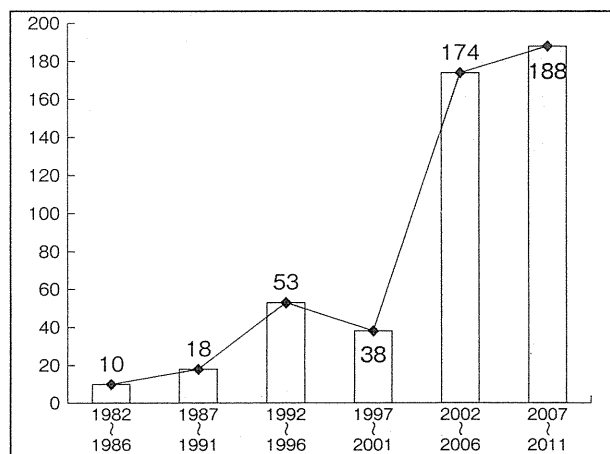


図1 「高次脳機能障害」をタイトルに含む論文数の推移

上田敏はその中で最も早い1982年の時点で、リハビリテーション医学分野の雑誌で高次脳機能障害特集号を組むにあたり、この用語を明解に説明している¹⁾。すなわち、「失語・失行・失認に留まらず、記憶・注意・意欲の障害等まで含み、さらには高次脳機能の部分的・要素的障害から認知症、意識障害などの脳機能の全般的な障害をも含める」としている。ここで注目されるのは「高次脳機能の障害」としている点である。高次脳機能(higher brain functions)は生理学用語として以前から普通に用いられ、英語には higher cerebral functions および higher cortical functions があり、これを高次大脳機能あるいは高次皮質機能と訳し、実際に使用されてもいる。また、高次精神機能や高次神経機能も用いられ、神経機能のほうがより要素的であるとの説明もなされていて、それぞれは精神科と神経科の違いにも似る。さらには慎重な言い回しとして高次の脳機能、高次の精神機能、高次の神経機能もみられる。しかしながら、上記の用語にそれぞれ障害という言葉がつき、たとえば高次大脳機能障害となるかといえばそうでもなく、そのような例はきわめて少数であるか全く見ないかのいずれかである。障害がつくのは高次脳機能の例が大部分であり、今日の高次脳機能障害につながる。このように高次脳機能という素性の確かな用語があったことから、改めて高次脳機能障害とは高次脳機能の障害という意味の用語であったといえる。すなわち、生理学の高次脳機能を基にして、それが損傷されたことによる症状を指したと考えられる。障害(disability)の関連領域を専らとする職種にあって高次脳機能の障害(disorder)を、高次脳機能障害と呼ぶことには案外抵抗がなかったのかもしれない。高次脳機能と障害の間にある「の」という助詞の脱落については、どのような事例で観察されるのか、またどのような短縮形を語呂が良いと感じるかなど言語学的な考察を俟たねばならない。

それでは本邦で使用される「高次脳機能障害」に相当する英単語はどれであろうかといえ、意外にも容易には思いつかない。認知症が dementia であると即座に思いつくのと対照的である。この dementia という不動の単語があればこそ、痴呆を認知症に変更する作業が容易

になったともいえる。一方、高次脳機能については先に述べたような英語の用語があるので、これに disturbance なり disorder をつければ解決するようにも思えるが、実際に MEDLINE で検索するとそのような例は非常にわずかで、一般的とは言い難い。また、認知障害という用語があり、これは欧米で広く使用されている cognitive dysfunction または cognitive disturbances の訳語で、いずれもおおむね本邦の高次脳機能障害に相当すると理解する。DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-IV-TR にある cognitive disorder も同様である。ICD (International Classification of Diseases) 10 では disturbance of cognitive functions として登場することから、認知機能障害という訳語として登場することもある。認知機能とは、われわれが日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、記憶、思考、判断などの脳機能のことで、これらの障害により人々は環境に適応することや、新しい問題に適切に対応することができなくなる。したがって、認知障害はいわゆる感覚系を主体とした認識の障害ばかりではなく、行動や社会的相互作用に至る能動的な機能の障害までも含み、失語・失行・失認に代表されるいわゆる巣症状に比べて、対象範囲はかなり広いものとなる²⁾。認知障害には、脳病理学の時代から認知心理学、神経心理学の勃興に至り、さらには神経科学の進展と相俟った情報処理的な考え方が反映されているといえる。



高次脳機能障害の概念

高次脳機能障害が疾患名でないことは確かである。それは認知障害と呼んでも同じである。したがって、その概念は認知症との対比で考えるより他に手立てはないように思われる。

Démence (dementia, Demenz) は精神活動の病的状態を表す用語として200年を超えて使用され³⁾、今日までに意味するところの内容を時代とともに変えてきたにもかかわらず、ある特定の脳機能の障害、たとえば知的能力障害といった表現に取って代わられることなく使われ続け、厳然たる精神医学の用語として揺るぎない地歩を

保っている。意味が異なることの一例を掲げれば、dementia praecox は統合失調症のことであり、このような歴史的な用法で démence を現在の医療現場で用いることはない。現代のフランスの医学用語辞典で démence を引けば、「知的能力の不可逆的な減退のことである。精神遅滞が発達の停止であるのに対し、退行のことである」とある⁴⁾。治療可能な認知症という概念が導入された今日にあっても、基本的な考え方としてこの説明はなお有効であり、多くに受け入れられている。もしつけ加えるとしたら「全般的な知的能力」とするぐらいであろうか。認知症は、この説明にあるような病態を示す症候群といえる。

この10年間ぐらいに刊行された精神医学の教科書の各論では、必ずといってよいほどに1章を認知症のために割いている。代表的疾患としてアルツハイマー病 (Alzheimer's disease ; AD)、前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia ; FTD)、レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies ; DLB) などの神経変性疾患から脳血管性認知症、感染症による認知症などを掲げていることから、器質性精神障害に分類され、認知症を主症状とする疾患をまとめた章といえる。これを ICD10 に照らし合わせれば F0 に、すなわち「症状性を含む器質性精神障害」に相当する。各論で、神経症や統合失調症などと並べて認知症の題目の下に1章を設けるのは、公衆衛生上の重要性に鑑みれば当然のことであるものの、それぞれが概念上で同列であるわけではない。認知症に見る認知機能の障害を神経心理学的検査を通じて統合失調症で確認できることが事実としても、今日的にはこれをもって認知症とは呼ばない。そのように認知症の用法の根底には疾病分類の考え方がある。

また認知症は、歴史的にも今日的にも患者が示す病態であり、病因や病態生理が割り合いよく理解されているにもかかわらず、ドイツ医学流の医師による記述的診断の対象であり続けていることが注目される。世代交代に伴い近未来的に操作的診断に移行することは十分考えられるが、その場合においても認知症はさまざまな認知機能の障害の階層構造上で最上位に位置するとともに、個別の患者診察という行為を通してのみ診断されるような

性質をもち続けるように思われる。認知症は症候群であり疾病ではないとして、認知症にはどこか病名として通用するようなどころがある。

高次脳機能障害は、かつては分離して評価できなかつたいくつかの認知機能を神経心理学的検査を用いて丁寧に評価しながら、統計学的手法も織り交ぜて操作的に診断、あるいは評価する方向に向かっている。したがって、医師が患者を診察して患者が高次脳機能障害であることを診断するというよりは、患者のうちに認知機能の障害があるかどうかを診断する方向に向かっている。その結果、認知症が全般的な知的能力低下であることに對し、高次脳機能障害では能力低下に濃淡のある症例をも包摂することになる。したがって、高次脳機能障害は種々の認知機能の障害をまとめて表現する用語といえ、神経心理学的検査で測定し、認知機能の障害がある検査で確定すれば、他の検査が正常であっても診察行為上は高次脳機能障害がある、となる。当然、失語、失認、失行といった巣症状はそれぞれで高次脳機能障害であり、他に記憶障害、注意障害、遂行機能障害、感情障害、行動異常なども高次脳機能障害に含まれる³⁾。そのように高次脳機能障害は種々の症状の集合体のことであり、よってこれを「症状群」とすることは適切である³⁾。しかし、高次脳機能障害をもつ患者の示す病態はあまりに多様で、共通しているわけではないので症候群ではない。このようにみると、前述の上田敏の説明はそのまま生きているといえる。



IV 高次脳機能障害の行政的背景

1990年代から頭部外傷後遺症やもやもや病などの脳血管障害後遺症をもつ若年者に医療・福祉サービスの提供を考える現場では、認知障害が社会復帰を妨げる要因として重要視されるようになり、患者・障害者がもつ認知障害が失語、失行、失認などの巣症状にとどまらないことが明確になった。このとき、高次脳機能障害を名称に使用する当事者団体が一部にあり、また1998年、1999年、2000年と立て続けに国会質疑の場で当該障害者の説明にあたり高次脳機能障害という用語が使われた⁴⁾。これら

を受けて厚生省(当時)が実施を決めた事業が高次脳機能障害支援モデル事業(以下、モデル事業)であった。このモデル事業を通じて後述するような行政上の定義である高次脳機能障害診断基準(以下、診断基準)を作成した。このモデル事業は2001～2005年までの5年間実施され、第Ⅱ章「用語としての高次脳機能障害」で述べた高次脳機能障害という用語が論文のタイトルに頻用されるようになったのもこのモデル事業の開始と軌を一にする。

認知症の代表疾患であるFTDの初期症状は全般的な知的能力の低下とは言い難く、ADでも前駆期においては同様である。いずれも進行性の疾患であり、完成した病像が認知症であることから認知症の疾患とすることに問題はない。ところが頭部外傷に代表されるようにいったん認知障害を発症し、その認知障害は認知症と呼ぶほどの全般的な知的能力でもなく、進行性でもない症例を認知症とするかどうかには疑問が残った。確かに知的能力の不可逆的な減退の軽度のものといった表現は可能であるものの、診療の現場でこのような患者を実際に診察したならば、認知症と診療録に記載する医師は少数にとどまると考えられる。しかも非進行性であるため、診断時の病態を完成像としている。加えて人格の障害や認知障害に特有の行動の問題が前景に出ていて、知能指数が一定水準で保たれている症例を認知症とするのは容易ではない。ましてや医療・福祉現場でこのような患者群に適切に支援を行うと社会適応が可能になるだけでなく、年齢により復学や復職が可能になる例も少なくない。そこで行政的にはこれらの症例を高次脳機能障害をもつ者として認知症とは一線を画した。しかも後述するように決して少ないわけではないことが示された。

そこでモデル事業では真っ先に行政的な診断基準の作成に取りかかった。この診断基準の第1の目的は「高次脳機能障害者」は誰のことを指すのか、すなわち障害者支援という行政的観点から、支援を必要とする対象者を明確に定義することにあつた。障害者は障害者自立支援法下のサービスを利用するにあたり、原則として障害者手帳を所持する必要がある。それまでも高次脳機能障害に相当する障害で精神障害者保健福祉手帳(以下、手帳)を申請することが制度上不可能だったわけではないが、

実質的にはその道は閉ざされていた。そのような状況にあってこのような診断基準を作成することは、対象者に新たにサービス利用の門戸を開くことであった。そのため集積した症例について、慎重な集約分析を行った結果診断基準を作成したわけであるが、当然のこととして既存の法令に基づく諸般の障害者施策と矛盾しないような配慮がなされた。この点が行政的診断基準といわれる所以である。しかしながら大部分は十分に医学上での吟味がなされていることはいうまでもない。加えて医学面で強調すべきは、遂行機能障害のような神経心理学上の新しい知見を取り入れている点である。



行政的な高次脳機能障害診断基準

診断基準(表1)⁷⁸⁾を最も短い文章で表現するならば、「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、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する障害を行政的に高次脳機能障害と呼び、これを有する者を高次脳機能障害者と呼ぶ」となる。この中では社会的行動障害が当時としては聞き慣れない用語であり、社会生活で問題になる情動障害、意欲・発動性の低下、対人関係の障害、固執などを含んでいる。

身体障害として認定可能である失語症は除外項目に入

表1 高次脳機能障害診断基準

<p>「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巣症状としての失語・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。</p> <p>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、日常生活及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、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要となることが明らかとなった。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定めた。</p>
<p>診断基準</p> <p>I. 主要症状等</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>II. 検査所見</p> <p>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。</p> <p>III. 除外項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>IV. 診断</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p> <p>また、この診断基準については、今後の医学・医療の発展を踏まえ、適時、見直しを行うことが適当である。</p>

れているが、失語症があっても記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害があり、これらが日常生活や社会生活での制約の主たる要因であるならば高次脳機能障害として問題はない(表1第Ⅲ項の1)。さらに、ADに代表される進行性疾患を原因にもつ症例では別の施策が必要であるという観点から、これも除外項目に入れている(表1第Ⅲ項の3)。

神経心理学的検査を参考にすることができるとしているが、神経心理学的検査を実施することに意味がないということではなく、いわゆる知能検査を除けば、注意障害や遂行機能障害については統一的に実施されている検査法がなく、実施方法を確認すると必ずしも同じカットオフ値で評価できるとは言い難い面があり、このような記述になった(表1第Ⅳ項の3)。

診断基準に合致する高次脳機能障害の原因疾患として、ほぼすべての症例が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍術後のいずれかに該当する⁹⁾。これらの症例が示す症状を認知症と比較すれば、記憶障害は共通しているものの診断基準に合致する症例では前頭葉症状が目立つといえる。その点で症例間にある程度の共通性があることから、行政的な高次脳機能障害には緩やかな症候群としての性質がある。

高次脳機能障害と精神障害者保健福祉手帳

診断基準に基づく高次脳機能障害は手帳取得の対象である。手帳申請のための診断書にはICDカテゴリーを記入する項目があり、高次脳機能障害については、F04、F06、F07から選択し、この中の複数にわたることもある⁷⁾。この3項目に含まれる疾病を原因にもつ者すべてが高次脳機能障害に相当するわけではないが、他の項目に含まれる疾病に基づく場合は対象外である。原因疾患が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などであり、記憶障害が主体となる病態を呈する症例はF04に分類し、健忘が主体でない病態を呈する症例はF06に分類する。注意障害、遂行機能障害だけの症例はF06に分類する。AD(F00)、パーキンソン病(F02)を原因とする症例は対象外である。心的外傷後スト

レス障害(PTSD)はF43に該当し、対象外である。

なお、2011年4月1日から手帳申請用の診断書に、高次脳機能障害者の場合、主たる精神障害として「高次脳機能障害」と記入することが可能になった(障精発0303第1号、平成23年3月3日、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長)。また、判定基準の解説にある器質性精神障害の項目では、認知症と高次脳機能障害が併記された。認知症については「慢性器質性精神症状の代表的な症状の一つは、記憶、記銘力、知能等の知的機能の障害である。これらは記憶、記銘力検査、知能検査等で量的評価が可能である」と記されている。高次脳機能障害については診断基準のとおりである。

高次脳機能障害者の実数

診断基準に合致する障害者が全国にどれだけいるか、そのための調査には常に明確な目的があり、その目的により数値は異なってくる。最も大きな数字となるのは年齢および重症度を問わずにすべてを網羅する場合である。また、行政担当者にあっては支援対象を考えるうえで年齢および重症度を考慮した調査が必要になる。前者の代表は2008年に東京都で実施された調査であり、東京都に高次脳機能障害者は約49,500人いて、毎年約3,000人の新規発症をみるとした¹⁰⁾。この数字から全国に高次脳機能障害者は約50万人いると推計した。後者の代表は2008年に福岡県で実施された調査であり、年齢を6～69歳に区切り、リハビリテーションにより社会復帰が可能な障害程度をもつ者に限った場合、高次脳機能障害者は全国に約68,000人いて、年間約2,900人(人口10万人当たり2.3人)の新規発症をみると推計した¹¹⁾。

文 献

- 1) 上田敏：高次脳機能障害とリハビリテーション医学。総合リハ11：605-608, 1983
- 2) 岩田誠：高次脳機能障害。和顔施, 2：46-47, 2004
- 3) 濱中淑彦：臨床神経精神医学－意識・知能・記憶の病理。東京, 医学書院, 1986
- 4) Garnier M, Delamare V : Dictionnaire des termes techniques de médecine 19e édition. Paris, Maloine S.A.

1974

- 5) 鹿島晴雄：器質性精神障害. 加藤進昌, 神庭重信 編, text 精神医学. 138-155, 東京, 南山堂, 2007
- 6) 白山靖彦：高次脳機能障害者に対する医療・福祉連携モデルに関する研究. 東京, 風間書房, 2010
- 7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部, 国立障害者リハビリテーションセンター 編：高次脳機能障害者支援の手引き(改訂第2版). 所沢, 国立障害者リハビリテーションセンター, 2008
- 8) 中島八十一：高次脳機能障害の現状と診断基準. 中島八十一, 寺島彰 編, 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. 東京, 医学書院, 1-20, 2006
- 9) 中島八十一：高次脳機能障害支援モデル事業について. 高次脳機能研究 26：263-273, 2006
- 10) 渡邊修, 山口武兼, 橋本圭司, 他：東京都における高次脳機能障害者総数の推計 Jpn J Rehabil Med 46：118-125, 2009
- 11) 蜂須賀研二：高次脳機能障害者に対する地域支援ネットワークの構築に関する研究. 平成20年度総括・分担研究報告書, 2009

