

講義

ライフステージに応じた支援 長期経過とフォローアップ

1

ライフサイクルとは

乳児・幼児期 — 児童期 — 学童期 — 青年期 — 成年期 — 壮年期 — 高齢期
(0~3歳) (4~5歳) (6~11歳) (12~18歳)

課題
信頼・行動の制御 → 独立・限界探索 → 生存・技術のマスター → 同一性 → 親密さ・孤立 → 目的・生産性 → 自我の統合
(Erik Erikson 心理社会的発達段階)

「生涯発達：人間は誕生から死まで生涯をかけて発達する存在である」
それぞれの発達段階において乗り越えるべき発達課題があり、それが達成できない場合に心理学的な危機の状態に陥る。
脳損傷を受傷・発症した場合、高次脳機能障害によってそれぞれの発達段階における課題を達成することが更に困難となる。受傷・発症時の年齢相応の問題をかえつづける。

2

ライフサイクルと高次脳機能障害

すべての年齢に共通して介入すべきこと

- ① 生活の安定 (生活リズム・睡眠・食事・日中の活動性)
- ② 記憶・注意・遂行機能障害に対する介入
- ③ 社会的行動障害に対する介入
- ④ 環境 (学校・職場・家族) に対する介入

- ・ 脳損傷 (高次脳機能障害) によって社会的交流の機会が減少する。
- ・ 社会性を獲得する機会を損失することで、社会性が発達しにくい。
- ・ 受傷・発症時の年齢相応の問題をかえつづけるために、長期的な介入が必要である。

3

ライフサイクルをとらえてみた高次脳機能障害

乳児・幼児期 — 児童期 — 学童期 — 青年期 — 成年期 — 壮年期 — 高齢期
(0~3歳) (4~5歳) (6~11歳) (12~18歳)
(Erik Erikson 心理社会的発達段階) (WHO高齢者65歳以上)

脳損傷が生じたそれぞれのライフサイクルの段階で乗り越えるべき発達の課題を考えて対応する

- ・ 児童期・学童期では、成長・発達の間であるもの集団 (学校生活) を支える
 - 小学校低学年 (学童期) : 発達の課題：生存し適応するために必要な技術をマスターする
注意障害・ワーキングメモリの低下、情動制御困難による生活障害への支援
 - ・ 青年期では、思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行う
 - 中学生：自我同一性の確立が困難 (自分が何者かという自問に対する肯定的な回答を持っていない)
内面の安定と情緒性を保ち、よいモデルを提示する、正のフィードバックを行う
記憶・注意障害に対する学習支援を行う
特別支援学級への進級についての心理的支援、学習と並行して就労体験などを取り入れる
- ・ 成年期では就労を目標とする
- ・ 壮年期・高齢期：機能低下を早期に発見し、支援体制を強化する

4

青年期 (中学生・高校生) では、 思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行う

10歳 (小学4年生) 受傷したびまん性軸索損傷の (10年経過) 20歳就労に至るまで

小学生 (10歳時) 受傷 → 小学4年 → 初学 中学3年 → 高校3年 → 20歳

公立一般校 ↓ サポート校 ↓ 障害手帳 (障害者雇用枠)

小学生 → 中学生 → 高校生 → 就労移行支援 → 就労

スーパーでの品出し

周囲の配慮で卒業 動作緩慢 ぼーっとしている 思考が遅い

サポート校 気の合う友人もいる 気持ちは楽になる 動作は遅い、聞きそわれてしまうことあり

情報量が多くなり複数の同時処理に困難をきたしたため、集中的に訓練を行った

青年期 (中学生) への対応

- ・ 注意障害に加えて記憶障害に対する学習支援、学校・家族への支援を行う
- ・ 思春期：自我同一性
 - ・ 支援学級への進学に対する心理的支援
 - ・ 環境が変わることでの適応できず、孤立する
- ・ 青年期 (高校生以上) : 就労にむけた準備
 - ・ 得意な作業を就労に結び付けて就労移行支援や職業訓練への導入をはかる

内面の安定と連続性をはかる。正のフィードバックを行う

5

就学期の高次脳機能障害の特徴と対応

復学から就労にどのようにつなげていくか

- ・ 就学期の高次脳機能障害の記憶・注意・遂行機能障害は回復とともに変化する。
- ・ 心理的発達に応じた対応、家族や学校への説明を同時に必要とする。
- ・ 受傷前に属していた集団環境に戻ること (小・中・高校生)、信頼できる友人関係を維持できる環境が望ましい。
- ・ そのため、回復期リハビリからの復学率は80%と高いが、その後の進学・就労において多くの支援を必要とする。
- ・ 環境がかわることで (進学・就労など)、残存する認知機能障害が軽度であっても (新しいことを覚えられない、複数のことが同時処理できない) など適応障害を起こすことが多い。
- ・ 特に大学18歳以上では、そのために集団の中で孤立し、うつ状態が強くなることもある。
- ・ 学校生活が続けられない、仕事がうまくできないことから、障害枠での就労や訓練を希望し、申請希望が出される。(精神障害手帳申請者はリハ終了時は2名 (3.3%) だが、追跡調査時点では17名 (28.3%) に増加していた。)
- ・ 問題が生じた段階で、医学的再評価、短期間訓練対応、生活訓練課程での就労準備性に対する訓練、職業リハなど、適切な支援を行う・導入することが、社会参加につながる可能性がある。

6

成年期（20～40歳代）では復職を目標とする

- 高次脳機能障害に対する標準的なリハビリテーションを行うことで社会復帰を促進できる。
- 病院で標準的なリハビリを行い、1年後に就労率は30%
- 2年後で就労率は40%近くまで上昇、2年後には自立訓練・就労支援などを活用し、社会復帰訓練をしている者が22%まで上昇する。
- 3年後には就労48%、作業所5%、在宅生活35%、自立訓練・職業訓練6%となった。

成年期の発達課題
次の世代に何を提供できるか
目的性・生産性

国立障害者リハビリテーションセンター
病院 論文・データ 2015より

7

就労に至るまでの経過

8

多専門職種によるリハビリテーションチームアプローチ

標準的訓練プログラムでは医学的～職能訓練が終了するまで1年間と定義されていた。

変傷・発症からの時間経過

社会参加を目標とするためには
疫学・病理・臨床経過・帰結調査から、受傷・発症から少なくとも3年はリハビリテーション（社会的リハも含む）などの関与が必要である

- 医学的訓練（医療・病院）から生活訓練（福祉）への移行、介護保険や障害福祉サービス、地域社会との連携が重要である。

9

就労に至るまでの外傷性脳損傷患者の受傷から3年間の経過

	開始時	1年後	1年後 帰結	3年後	3年後 帰結
典型例 32歳男 外傷性脳損傷 (DAI)	受傷から3カ月入院リハ実施 機能回復訓練・代用手段の活用訓練を行った。 WAIS-III VIQ82 PIQ86 IQ82 言語理解95、知能統合93 作動記憶74、視覚空間72	病院外来リハ 就労にむけた訓練 環境調整 WAIS-III VIQ114 PIQ128 IQ122 言語理解118、知能統合123 作動記憶107、視覚空間102 認知機能全般に改善した	試験会社から就労 (現職)	職場内配置転換	就労 (一般社)
未診断・未治療例 41歳男 外傷性脳損傷 (即時術前頭葉)	受傷から1年目に受診 リハがなされていなかった。注意・ワーキングメモリの低下、適切に調整されていない WAIS-III VIQ81 PIQ59 IQ67 言語理解92、知能統合81 作動記憶72、視覚空間74	病院外来リハ 機能回復訓練・代用手段の活用訓練	就労移行支援の利用	就労移行支援、職能リハビリテーションを活用して、障害者雇用枠で新規就労となった。 WAIS-III VIQ98 PIQ98 IQ98 言語理解92、知能統合101、作動記憶95、視覚空間81 認知機能全般に改善した (受傷から4年、訓練開始から3年)	就労 (障害者雇用枠)

10

就労に至るまでの低酸素血症者の発症から3年間の経過

	開始時	1年後	1年後 帰結	3年後	3年後 帰結
低血糖症 41歳男	発症から5ヶ月で入院リハを開始 認知機能に対する治療手段・注意機能全般の向上をはかる認知訓練 WAIS-III VIQ 65 PIQ 51 IQ 56 言語理解73、知能統合55 作動記憶2、視覚空間60 RBMT(標準) 4スクリーニング 2 FAB 16/18	病院入院リハから外来リハへの移行をはかった 認知機能全般の改善、前頭葉機能の向上 WAIS-III VIQ 71 PIQ 69 IQ 68 言語理解72、知能統合77 作動記憶2、視覚空間70 RBMT:標準 8 スクリーニング 3 FAB 18/18	心療科 障害センター入所	地域生活支援センターでの作業を習得、地域の障害者福祉作業から試験会社へ就労。	就労 (障害者雇用枠)
一酸化炭素中毒 27歳女	発症から7ヶ月で入院リハを開始 認知機能・注意であったが、短期間や前頭葉機能は保たれていた WAIS-III VIQ 71 PIQ 59 IQ 63 言語理解78、知能統合61 作動記憶2、視覚空間54 RBMT:標準 2スクリーニング 0 FAB 16/18	発症から1年6ヶ月 病院入院リハから外来通院リハ グループ訓練の導入	外来リハ 継続中	発症から2年6ヶ月 生活訓練へ移行 就労準備を生活訓練の中で実践した 記憶機能の改善はみられず、注意や前頭葉機能が向上した WAIS-III VIQ 80 PIQ 71 IQ 73 言語理解95、知能統合72 作動記憶69、視覚空間72 RBMT:標準 2 スクリーニング 0 FAB 18/18	就労 (障害者雇用枠)

11

できる能力をひきだし生活障害に対応しながら、職業前準備段階を整備していく


回復期に「入院から外来、生活訓練、職業訓練」の流れにのれない場合であっても、緩やかな回復が起り、慢性期に、就労にむけたリハビリテーションにのせることができる場合がある。

- リハビリテーションの基本的な考え方：
生活の作業場面の中から本人ができる能力をひきだすことが意欲につながる
- 障害認識の欠如：
周囲から指摘されるうちに何となくそんなものだとなつていく

12

長期的な視点で就労を支援する

- 脳損傷の回復の神経基盤が緩やかな場合がある。
頭部外傷(びまん性軸索損傷)・低酸素脳症など
- 回復に見合った対応が必要である。
標準的な医学的リハビリテーションから、社会的リハビリテーション(生活訓練・就労移行支援・職業リハビリテーション)を利用して就労に至るまでに時間を要する(発症から3年程度)ことが多い。
- 現職復帰をしても高次脳機能障害のために適応できず、配置転換・職場変更となる場合がある。
- 患者本人が、障害者雇用枠での就労や就労継続支援など現状を心理的に受け入れていくには時間がかかる。
→ **長期的フォローが必要**



13

壮年期・高齢期では、機能低下を早期に発見し、介護体制の強化をはかる

50歳台発症 前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血

記憶障害が重度だが、在宅生活を送ることができていた。
発症から5年後にてんかん重複発作を起こし、認知機能が全般的に低下し、認知症に移行した。

年代	10代	20代	30代	40代	50代
発症	入部1年	再発2年	生活訓練	在宅生活	てんかん発症
失語・失算・失読・失認			記憶障害が重度で日常生活が支障しない	リハビリテーション利用	認知機能全般の低下 進行性失語・失行
経過					介護体制の強化 ショートステイ・入居施設が利用

発達の課題：
自我の統合
自分の人生に満足しているか

介護保険のサービス(要介護5)
障害福祉の在宅介護を併用した(精神1級)

→ **高次脳機能障害** → **認知症**

家族の介護負担度が大きくなった。支援体制の強化・家族支援が必要である。

14

神経心理学的検査

	X年		X+5年	
WAIS-III	VIQ	54	ベント視覚記憶検査	正2 誤18
	PIQ	54	RBMT	標準プロフィール0 スクリーニング0
	IQ	50		
	言語理解	54		
	知識統合	60		
	作動記憶	50		
	処理速度	スケールアウト		

X年では、失見当識あり、時間の混乱が強い。
5~10分間のエピソードを想起できない。
繰り返し会う人の顔を再認できるようになるまで回復した。

X+5年では、WAIS-IIIの再検も得点できない。

X+5年			
田中ビネー検査	生活年齢 (CA)	55歳11ヶ月 (修正生活年齢 18歳4ヶ月)	
	精神年齢 (MA)	2歳3ヶ月	
	IQ	12 (基礎年齢1歳)	
	言語性	1~2歳級が上限、4歳級で全問不合格	
		円・三角・ひし形模写や打数数は6歳級まで正答	

15

重度失語症検査 PartIII・評価領域別パーセンタイル値プロフィール

X年では呼称、単語理解ともに保たれていた。
くも膜下出血後に進行性失語を呈し、言語機能の低下を認めたためにX+5年に重度失語症検査を行った。

パーセンタイル	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
単語の理解											
読みの理解											
系列音・母音											
音読											
発話											
聴覚											
理解											
書字											
数・時計の理解											

復唱は保たれ音読も可能。流暢な発語を呈していた。
しかし重度の物品呼称の障害・単語理解の障害、対象物に対する知識の障害を認めた。
著しい意味理解の障害、失行も加わり、障害手帳は1級・介護保険要介護5となった。

16

高次脳機能障害 DSM-V 神経認知障害群 (Neurocognitive Disorders)

DSM-V 精神疾患の診断・統計マニュアル

- せん妄 意識混濁、注意・思考・感情・行動のあらゆる面を損なう
- 認知症 認知の問題が長期持続、安定していて意識の混濁はない
 - アルツハイマー病による認知症
 - 血管性認知症
 - 外傷性脳損傷による認知症
 - パーキンソン病による認知症
 - レビー小体型認知症
 - HIV感染による認知症
 - 前頭側頭型による認知症
 - ハンチントン病による認知症
 - プリオン病による認知症
- アルコール誘発性
- 他の物質誘発性
- 軽度認知症: 軽度の認知機能障害はあるものの、まだ自立性が損なわれず、日常的な作業ができないほどではない状態

DSM-V 米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル

血管障害や頭部外傷後に認知の問題が持続する場合は、神経認知障害群の中の認知症に分類される。

17

認知症とは

脳の神経細胞が徐々に壊れてなくなっていく進行性の疾患

- 変性疾患 (アルツハイマー型・レビー小体型)
- 脳血管性認知症
- 若年性認知症 (前頭側頭型認知症)

WHO ICD-10 (国際疾病分類第10版)
アルツハイマー型認知症 血管性認知症 ほかに分類されるその他の認知症

高次脳機能障害とどう違うのか

- 障害された能力と保たれている能力がある。
- 高次脳機能障害は発症時期が明確、知能が低下することは少ない、回復することがあるが認知症では症状が徐々に進行する。

高次脳機能障害から認知症への移行

- 頭部外傷や脳血管障害後に認知機能低下が生じるリスクは健康者に比べて高い。
- 5~10年の経過で症状の進行がある。高次脳機能障害のリハビリテーションを行って、社会参加に至った症例でも認知症に至る場合がある。白質病変や脳萎縮などの予備能やてんかん発作と関連する。記憶障害がある場合でも早期発見し、地域包括ケアシステムに導入することが望ましい。

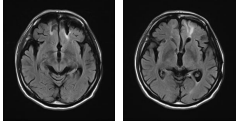
18

受傷・発症から10年経過した症例の現状と 支援サービス利用状況

19

事例① 介護保険も障害福祉もサービスを使わずに在宅生活を継続できている

74歳（受傷から10年）両側前頭葉脳挫傷
知的機能は向上しているが、記憶力低下あり



三宅式記憶検査	受傷後	10年後
有関連	7-8-9	5-6-4
無関連	1-3-4	0-0-0

RBMT	受傷後	10年後
標準	18	8
スクリーニング	8	1

	受傷後	10年後
VIQ	81	95
PIQ	83	88
IQ	80	91
言語理解	84	95
知覚統合	87	83
作動記憶	85	88
処理速度	75	94

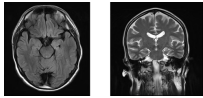
日中は畑仕事・食事の準備や買い物はできる
 単身だが友人や娘が見守りをしている
 予想せぬことに対応できない、記憶力低下が思い込み、つじつまのあわない言動につながる

記憶力低下による生活障害があるが、知的機能が維持されているため、本人・家族ともにサービス（介護保険や障害福祉サービスの介護給付である「居宅介護」）の利用を望まない。

20

事例② 在宅生活を送っているが通所に困難あり、活動量や発動性が低下している

**60歳 ヘルペス脳炎（発症から10年）障害手帳2級
介護保険は65歳まで申請できない**



三宅式記憶検査	受傷後	10年後
有関連	5-6-4	1-1-3
無関連	0-1-1	0-0-0

RBMT	受傷後	10年後
標準	12	13
スクリーニング	5	5

	受傷後	10年後
VIQ	82	91
PIQ	94	106
IQ	86	97
言語理解	64	80
知覚統合	103	114
作動記憶	109	117
処理速度	78	84

記憶障害は残存するが、注意機能や視覚認知が向上したため、作業系の通所施設の利用を検討したが、就労継続Bに通所できない。記憶障害のため、単独での移動が困難。体調の波があり、発動性低下している。

障害福祉サービスの介護給付である「居宅介護」、「行動支援」や地域生活支援事業の「移動支援」を導入し、活動の場をふやすことで、発動性の向上につながる場合がある。

21

まとめ

ライフサイクルと高次脳機能障害
 受傷・発症時の年齢相応の発達課題をかかえつづけるために、進学・就労において長期的なフォローが必要である。ライフサイクルの段階で求められる課題にもむきあいながら対応することがのぞましい。

- ・児童期・学童期では、成長・発達の間であるもとの集団（学校生活）を支えること
- ・青年期では、思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行うこと
- ・成年期では就労を目標とすること
回復の神経基盤に合わせて長期的な視点で対応することが望ましい。
- ・壮年期・高齢期では機能低下を早期に発見し、支援体制を強化すること

高次脳機能障害から認知症に移行した場合介護度の見直しが必要。
 発動性向上につながるサービス導入の工夫が必要。

22

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

23