

シンポジウム

～高次脳機能障害の診断方法と診断基準に資する研究～

高次脳機能障害のある方を支援(あるいは介護)している家族への

「高次脳機能障害の診断」に関する

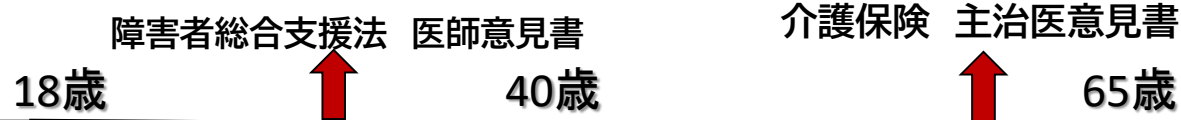
アンケート調査報告

目的:わが国の高次脳機能障害の診断実態を明らかにする。

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 渡邊 修

「高次脳機能障害」の診断が大切な局面（行政・福祉）

精神障害者保健福祉手帳（福祉・就労支援施設利用、障害者雇用、各種税の控除等）



介護保険特定疾病

- ・脳血管疾患
- ・初老期における認知症
- ・パーキンソン病 等

障害者総合支援法

- 介護給付
居宅介護、重度訪問介護
行動援護、療養介護
重度障害者等包括支援
生活介護、同行援護
短期入所（ショートステイ）
施設入所支援
放課後等デイサービス
- 訓練等給付
自立訓練（生活訓練）
就労移行支援
就労継続支援（A型、B型）
就労定着支援
共同生活援助（グループホーム）
自立生活援助

介護保険法

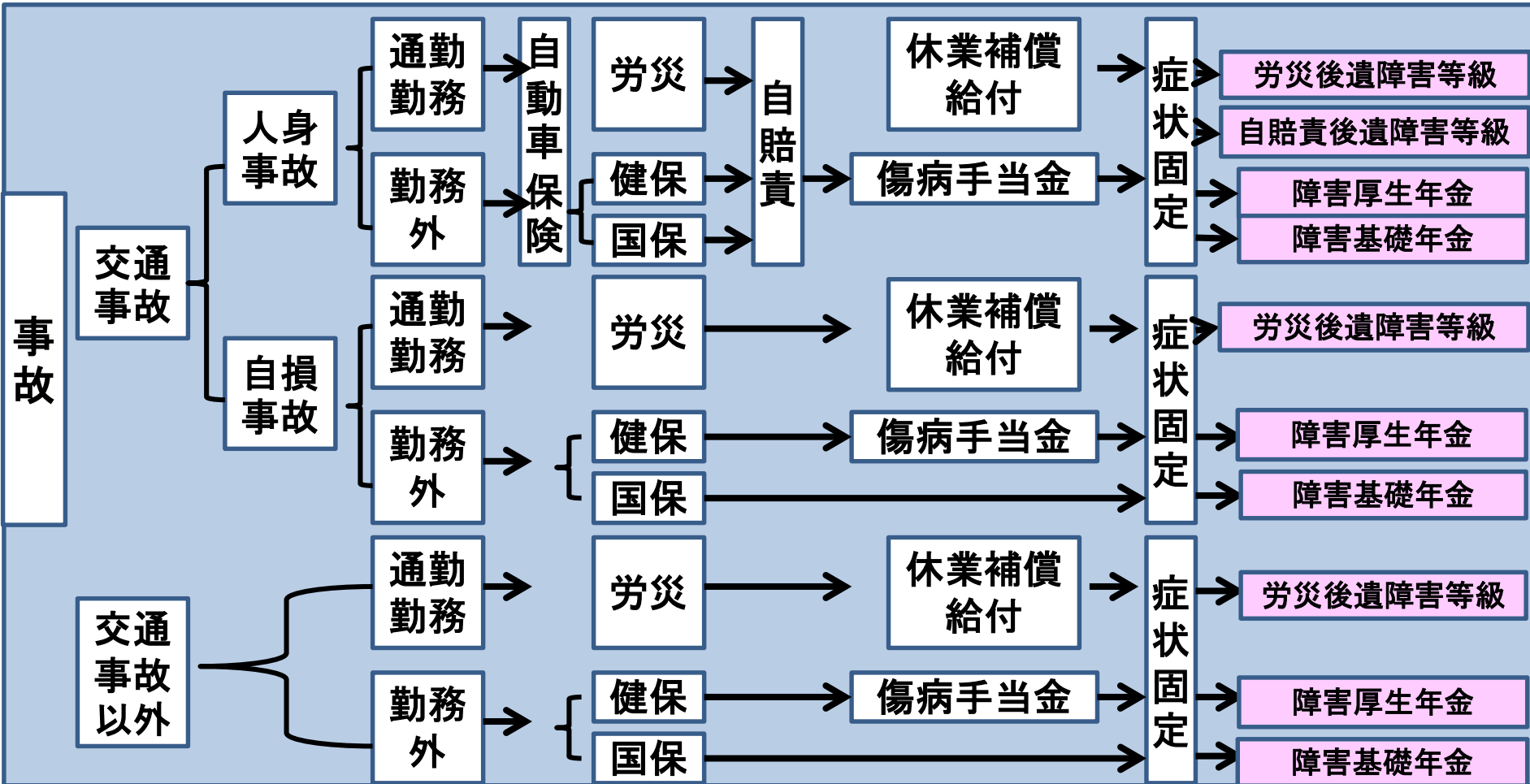
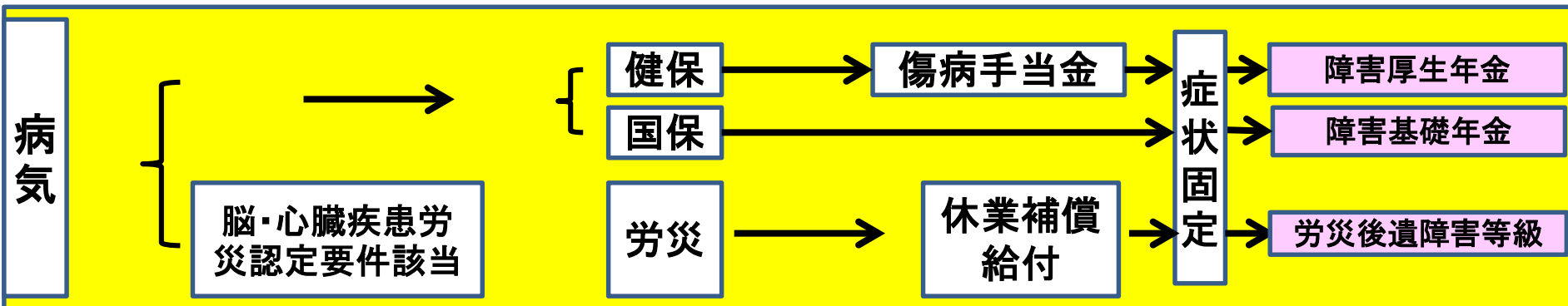
- 在宅サービス
訪問介護、訪問入浴介護、訪問介護
訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
通所介護（デイサービス）、
通所リハビリテーション（デイケア）
短期入所生活介護（ショートステイ）
短期入所療養介護
- 施設サービス
特老、老健、療養型医療施設
居宅介護サービス、グループホーム 等

その他

- ・脳外傷
- ・脳腫瘍
- ・低酸素脳症
- ・中枢神経系感染症

- 地域生活支援事業
相談支援、コミュニケーション支援、移動支援
地域活動支援センター、福祉ホーム
- 都道府県単位で、高次脳機能障害及び
その関連障害に対する支援普及事業

「高次脳機能障害」の診断が大切な局面(経済)



高次脳機能障害診断基準

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。

調査対象および方法

対象：高次脳機能障害者を介護する 278 の家族

東京都 179名、北海道 18名、岩手県 9名、静岡県 9名、山梨県 14名、愛知県 10名
高知県 10名、広島県 10名、福岡県 10名、他9名

方法：質問紙形式で、調査の了承の得られた対象者に送付。

質問内容：

1 高次脳機能障害者の個人的側面

発症・受傷年齢、原因疾患、現年齢、家族歴、通院状況、ADL、IADL
高次脳機能障害の内容、生活状況(同居者、就労の有無、内容)等

2 「高次脳機能障害」の診断に関する内容

高次脳機能障害の診断までに要した時間、診断の根拠として活用したデータ、
現行の高次脳機能障害診断基準ガイドラインについて家族が感じている問題点等

- 調査期間：2021年4月6日～2021年8月31日
- 本研究は、東京慈恵会医科大学倫理委員会において承認された。

高次脳機能障害者

278例(男性211例 女性67例)

■ 発症時年齢: 37.9±17.8 (0-78)歳

■ 現在の年齢: 49.1±13.9 (16-85)歳

■ 疾患の内訳:

脳梗塞 23名、脳出血 28名、くも膜下出血 33名、もやもや病 3名、脳動静脈奇形 12名
 脳外傷 139名、低酸素脳症 20名、脳腫瘍 20名、脳症・脳炎 12名、その他

■ 疾患の重症度:

●発症・受傷時の意識障害の程度とその割合

意識ははっきりしていた	17.0%
意識はもうろうとし、声をかけると目が開いた	14.9%
意識はもうろうとし、声をかけても目は開かなかった	12.3%
昏睡状態でまったく反応がなかった	55.8%

●発症・受傷時に意識障害のみられた231名の意識障害の期間とその割合

概ね1日以内	10.8%
概ね2日～3日	17.3%
概ね4日～7日	15.2%
概ね7日～1か月	28.6%
概ね1か月以上	28.1%

■ 同居家族

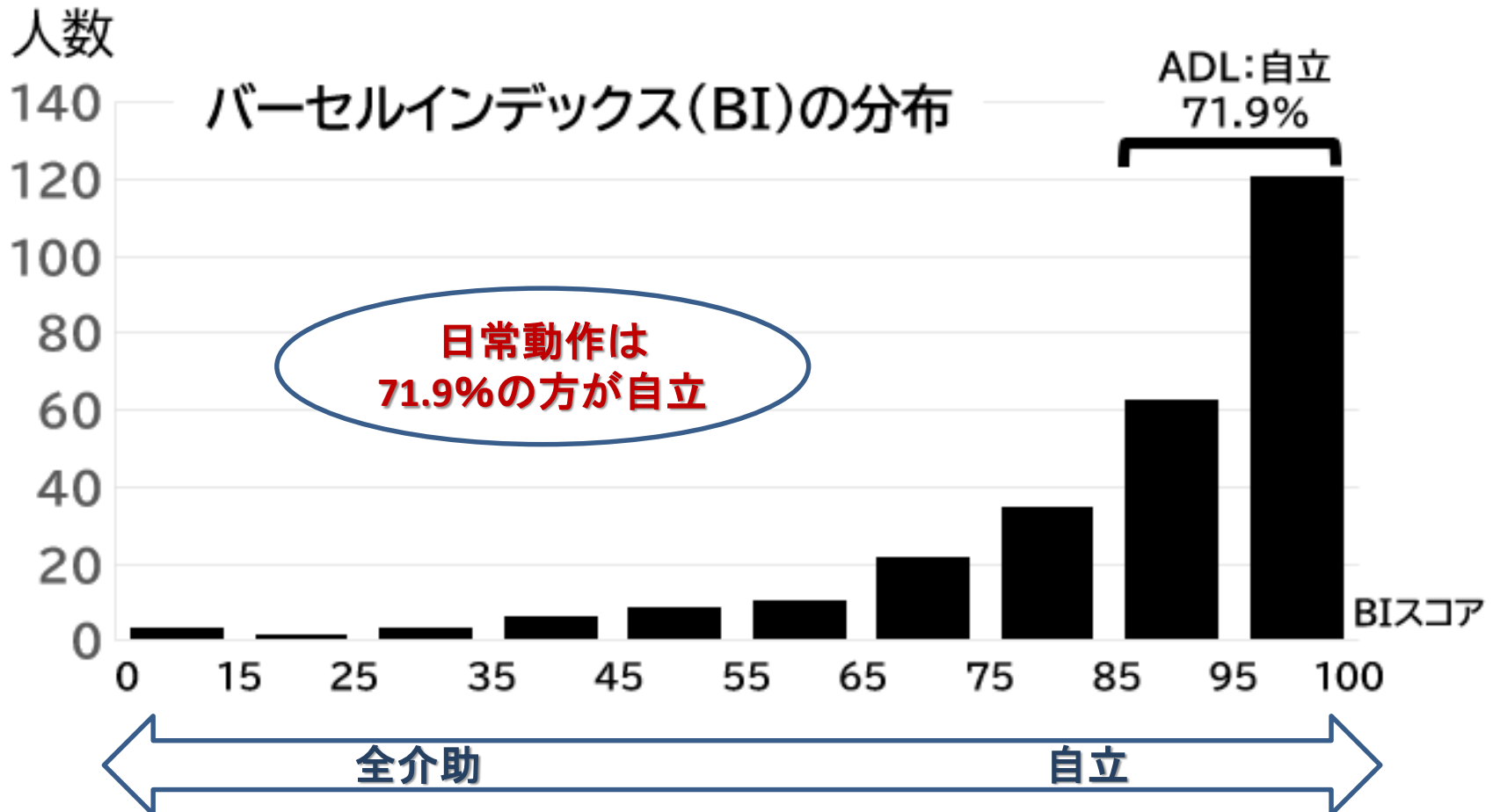
245例
(88.1%)

{ 配偶者と同居 128例(52.2%)
 主に両親と同居 117例(47.8%)

【日常生活の自立度】



日常生活能力(ADL)をバーセルインデックス(BI:0点から100点で採点)で評価すると、全体として、 86.8 ± 19.6 (5-100) で、自立例とされる、BIが85点以上は200例(71.9%)であった。



【認知・行動面の障害】

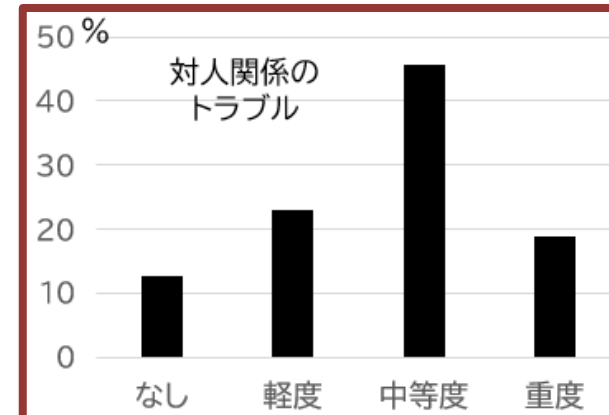
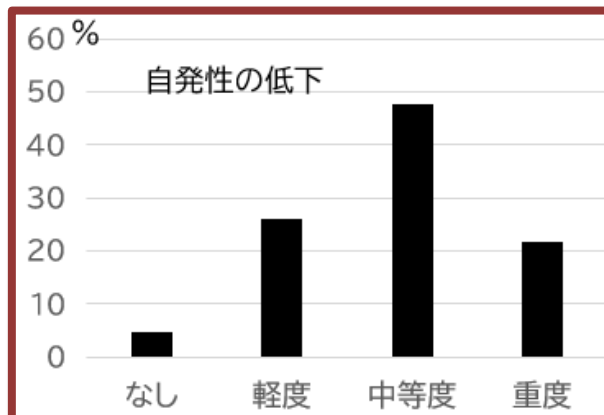
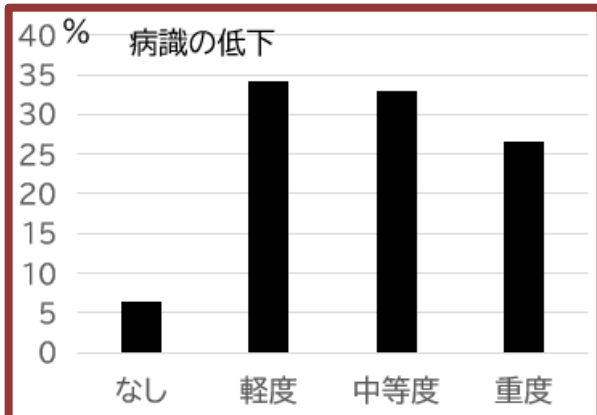
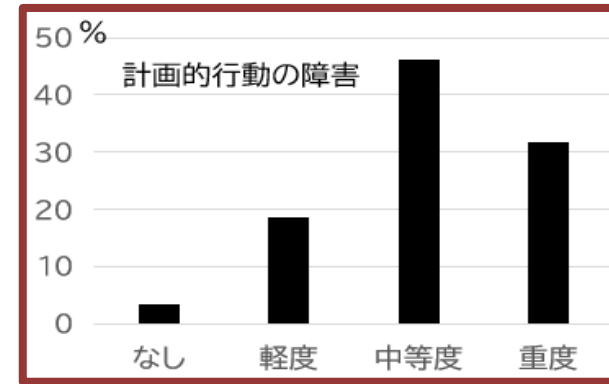
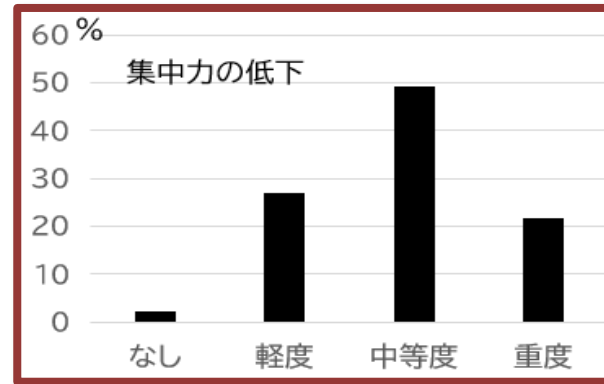
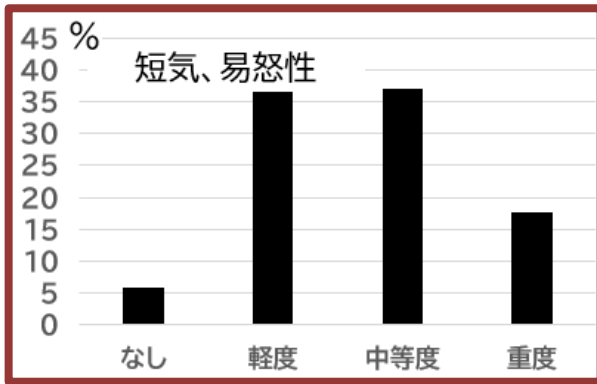
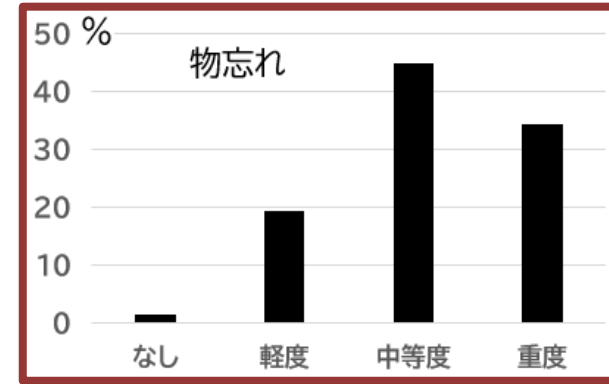


0=なし

1=軽度(日常生活に支障はない)

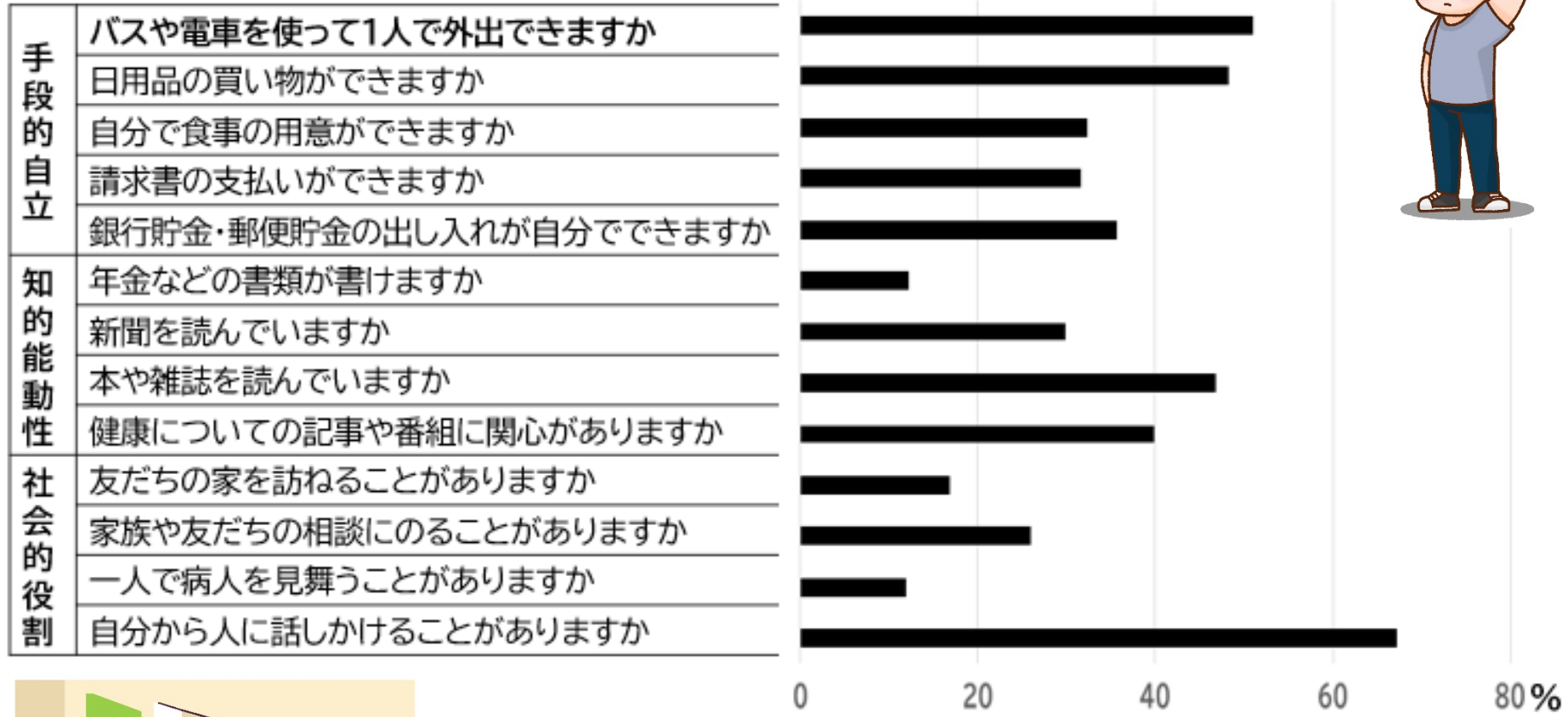
2=中等度(工夫や指導、介助でなんとか生活している)

3=重度(日常生活上問題があり、工夫や指導、援助があっても支障が大きい)



【活動能力評価】

日常生活の活動性 (達成率) n=278



拡大日常生活 (IADL) が自立されるのは、50%以下。

【就労状況（全278名）】

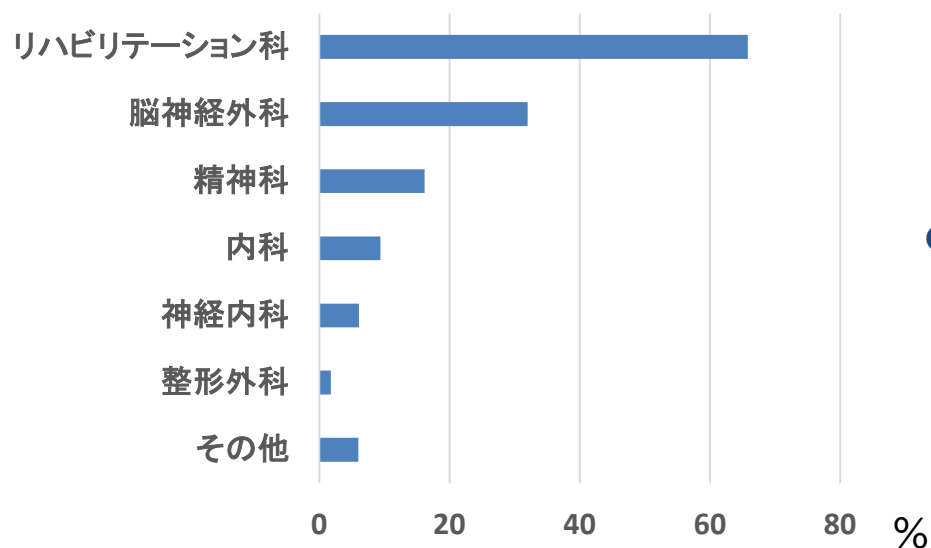
- 発症・受傷前に収入になる仕事をしていた人は、208名。
- 現在、就労している人は、113名(40.6%)
- 仕事の雇用形態(n=118)



週30時間以上勤務	週20時間～30時間	週20時間以下	福祉的就労	自営	その他
42人	22人	12人	37人	2人	3人
35.6%	18.6%	10.2%	31.4%	1.7%	2.5%

- 「障害者雇用」として就労している人は、48名
⇒ 週20時間以上の労働をされている人の75%

【高次脳機能障害に関し、通院中の診療科(複数回答)】



- 通院なし:20名(7.2%)

【発症・受傷後、初めて、高次脳機能障害の説明を受けた時期】

急性期	119名 (42.9%)	113人は医師から、他はソーシャルワーカーまたは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または病院外から。
急性期以後～ 6か月以内	66名 (23.8%)	66人の中で医師から説明を受けたのは50人。
1年以後	52名 (18.7%)	52人の中で、医師からは、19人、行政福祉機関から8人、他は患者・家族会、講演会、PT,OT,STなどから。
現在まで専門職 からの説明なし	10名 (3.6%)	

【発症・受傷時期別にみた医師からの高次脳機能障害に関する説明の有無】

	2005年以前		2006年～2016年		2017年以降	
	n=80		n=121		n=65	
急性期(1ヶ月以内)	21人	26.3%	59人	48.8%	35人	53.8%
6ヶ月～1年以内	9人	11.3%	27人	22.3%	13人	20.0%
1年以後	8人	10.0%	10人	8.3%	1人	1.5%

【高次脳機能障害の存在に家族が気づいた、発症・受傷からの時期 n=275】

6か月以内	6か月から1年	1年から2年	2年から3年	3年から5年	5年以降
160人	40人	20人	10人	13人	32人
58.2%	14.5%	7.3%	3.6%	4.7%	11.6%

【精神障害者保健福祉手帳の、発症・受傷後からの取得時期 n=275】

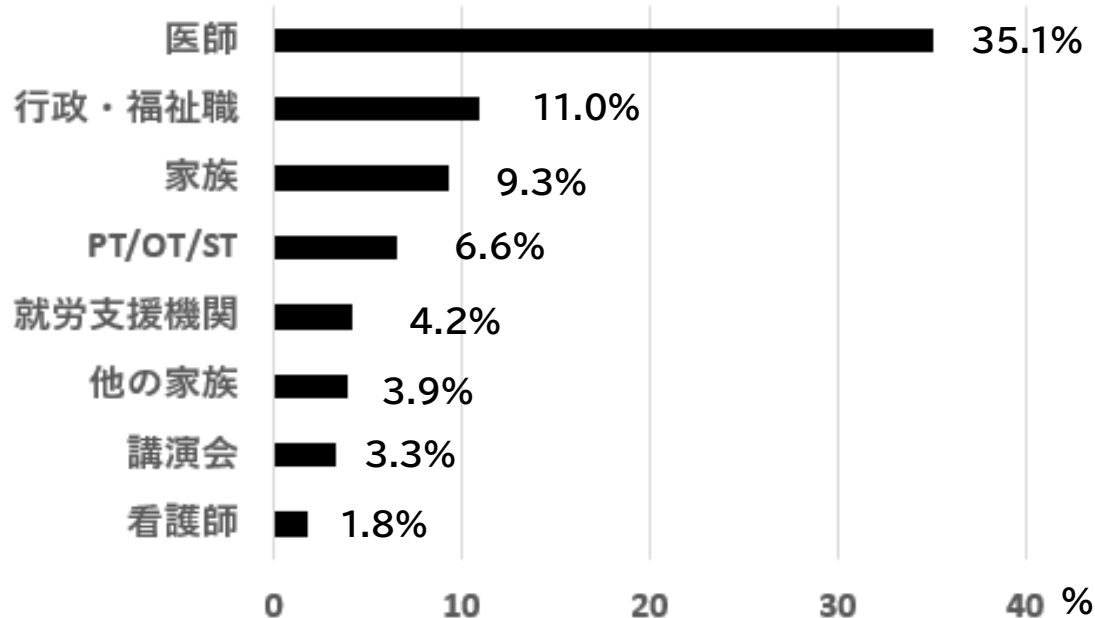
半年から1年	1年から2年	2年から3年	3年から5年	5年以降	取得なし
72人	46人	23人	20人	48人	66人
26.2%	16.7%	8.4%	7.3%	17.5%	24%



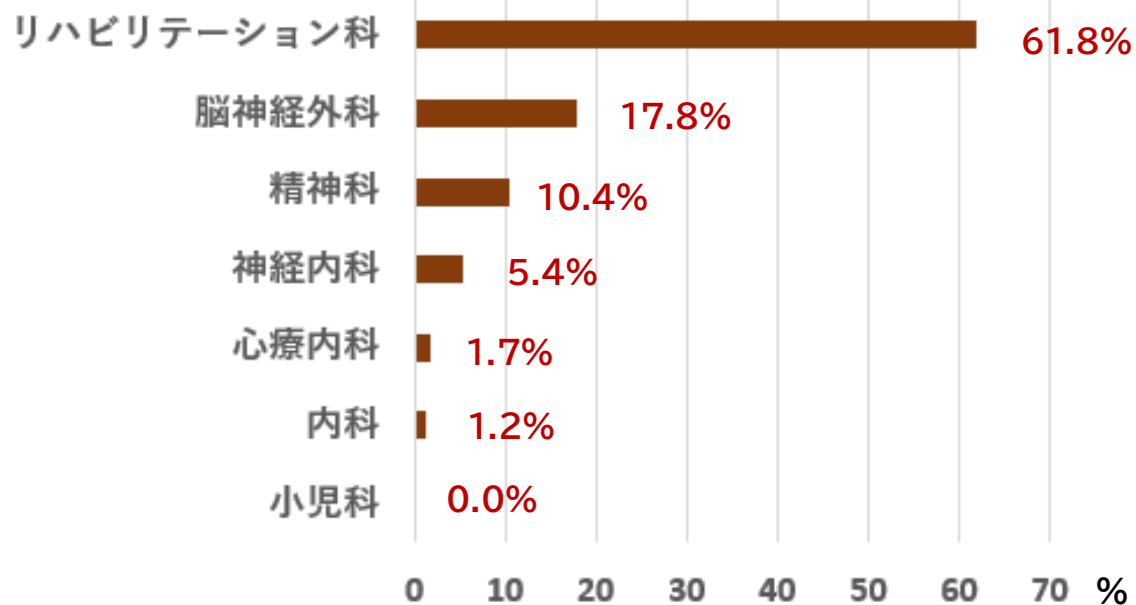
【精神障害者保健福祉手帳を取得していない理由 n=66 (複数回答)】

医師より取得できないと言われた	4人	6.1%
精神障害者保健福祉手帳について知らなかった	16人	24.2%
高次脳機能障害が軽度、あるいはなかったから申請しなかった	8人	12.1%
精神障害者と言われることに本人が抵抗があった	5人	7.6%
精神障害者と言われることに家族が抵抗があった	4人	6.1%
取得することで社会的に不利になると思った	4人	6.1%
その他(身体1級取得、高次脳機能障害の説明なし、案内なし等)	42人	64%

【精神障害者保健福祉手帳の取得を勧めた職種（複数回答）】



【精神障害者保健福祉手帳取得のための診断書を記載した医師の専門科】



【精神障害者保健福祉手帳を取得するにあたって受けた検査(複数回答)】



脳CT/MRI

44.6%

神経心理学的検査

45.9%

脳血流検査 (SPECT)

14.0%

脳波

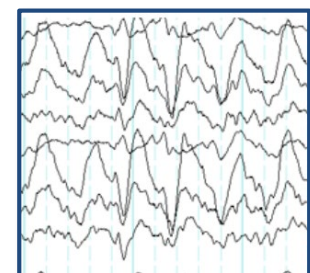
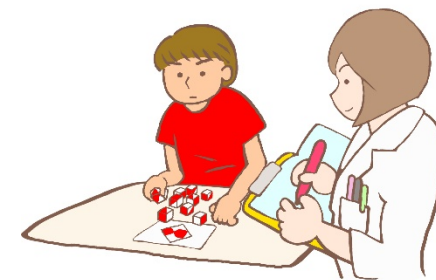
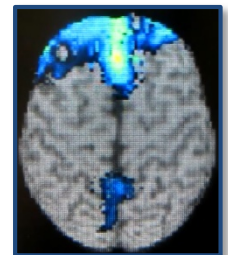
14.0%

他

5.0%

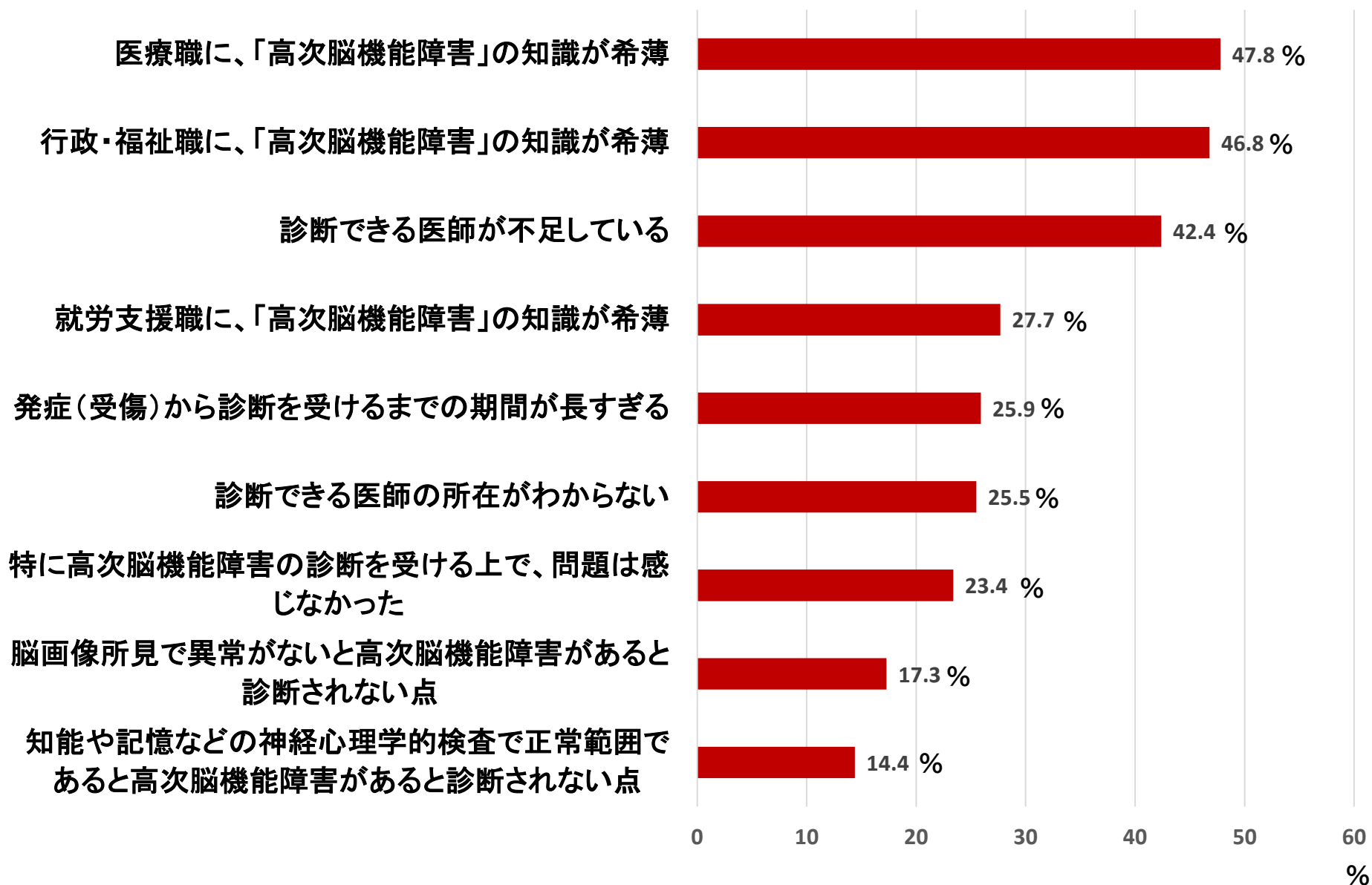
特に検査は受けなかった

16.9%



0 10 20 30 40 50 %

【高次脳機能障害の診断を受ける上で、問題だと感じたこと（複数回答） n=278】



わが国の高次脳機能障害の診断基準についての意見(自由記載)(抜粋)

- **器質的病変**の確認がどの程度を原因とするかわかりづらい。
- MRI、CT、脳波などで確認されない場合もあるのではないかな？
- 症状が変動する。
- この中身では、正直**あいまい**。
- 脳はまだ未知なところもあるからこそ、**柔軟**にして欲しい。
- 脳の器質的病変が確認できなかったとしても、実際の生活で障害を感じているという、本人、または**家族からの細かな申告内容に基づいた判断基準**があった方が救われる人が多いのではないかと感じた。
- II.検査所見の所で、必ずしも当てはまらない場合も有る。
- IIの「診断書により」とか枠外の「慎重な評価により」など、**医師の判断が決め手**になることが多い。数値化はできるのか。“慎重な評価”の部分の明確化が必要。
- 「**社会的行動障害**」は症状が多岐にわたっている。
- **神経心理学的検査**は、本人が受けることを拒否したり、難しい時期もある。
- 診断基準に高次脳機能障害が「あるか」「ないか」の基準から一步進んで障害がもたらす「生活のしにくさ」の観点から、その**軽重のわかる表現**を加えて欲しい。
- 受傷や疾病が原因であると認識していないケースもある。
- **本基準は、既往症として脳外傷や脳卒中がある例が想定されていない。**
- MRI非対応のICDを植込みしたためMRI撮影できなくなった例がある。
- I-2「日常生活または社会生活に制約が」ある。の部分について、受傷前の生活を医者が知りえないことや家族の理解の不足により受傷前とのちがいをうまく説明できないことがあるように考える。また、「制約がある」という症状がはっきりと見える場合ばかりでなく、見落とされるのではないかと懸念している。

軽度脳外傷(mTBI) 全脳外傷の70~90%



定義:①+② (WHO、米国リハビリテーション医学会、CDC)

- ① 次のうち、1つ以上が該当すること。
 - 受傷後に昏迷または失見当識がある。
 - 受傷後30分以内の意識障害がある。
 - 受傷後24時間以内の外傷後健忘がある。
 - さらに/あるいは、他に、一時的な局所症候あるいはてんかんなどの神経学的異常所見がある。
- ② 受傷後30分以上が経過した時点で、GCSが、13点から15点である。

予後

大多数は、
受傷後3カ月~12カ月
で回復(WHO)。

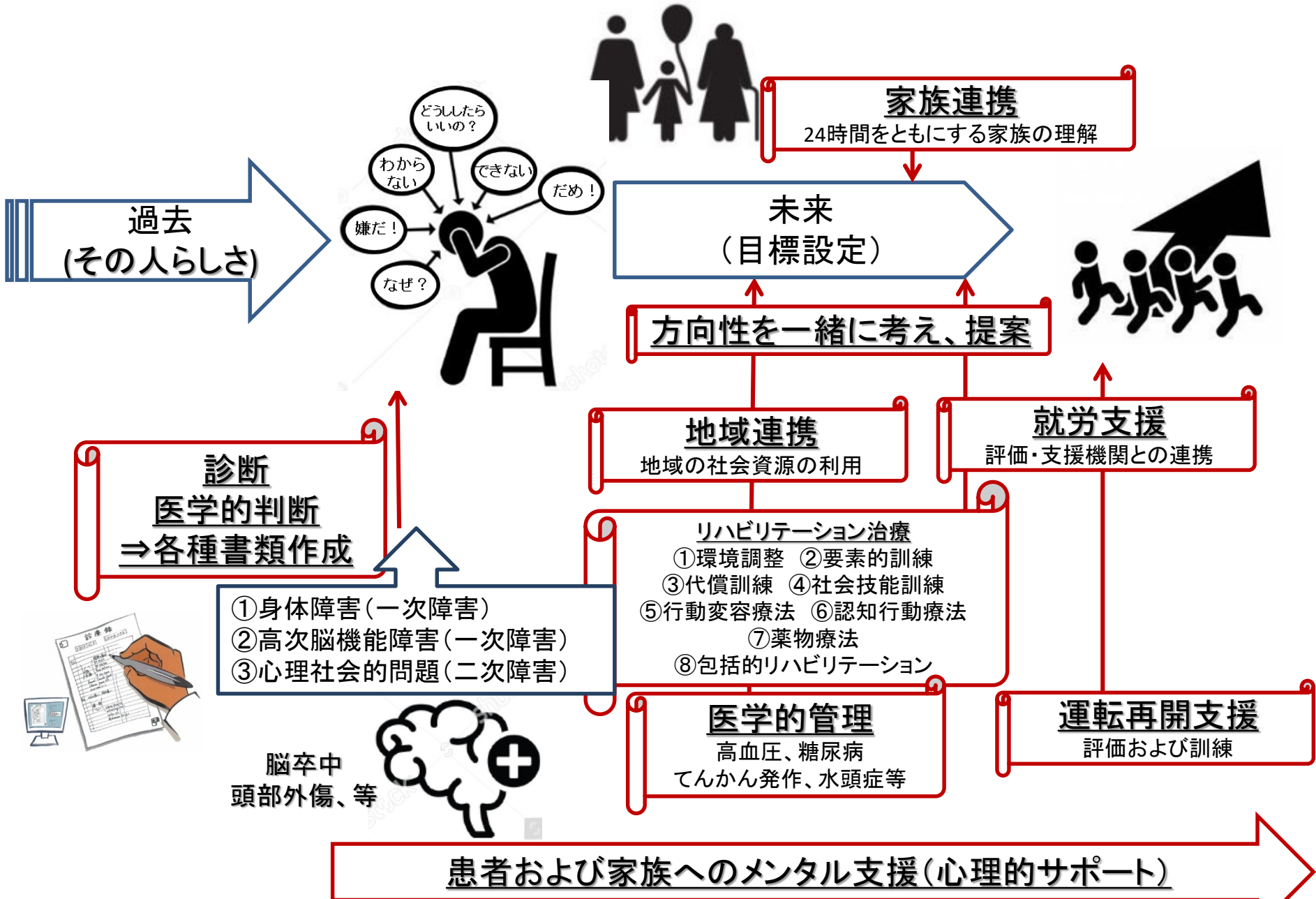
事例



極めて少数で、身体的、情動的、
認知的症状が存続する。
(WHO、他)

受傷後2年経過し当科を受診。物忘れ、複雑な内容は記憶できない、さっきまで何をしていたかわからない、ひとつのことしかできない、やかんに火をつけると他はできない、掃除を始めると火のことはわすれ、やかんをいくつもだめにした。パニックになりやすい。父の介護がうまくできない。事故後退職。MRIは、T2*含め異常なし。

高次脳機能障害者に対する医療機関の役割



ま と め

- 278名の高次脳機能障害者の家族に対し、「高次脳機能障害の診断」に関するアンケート調査を実施した。
- 現診断基準が発表される以前に比し、徐々に、社会の高次脳機能障害に関する認知度は拡大したが、いまだ社会の無理解が患者、家族を孤立させている。
- 画像検査で検出できない病変がある例、既往に器質性病変を有する例を踏まえ、さらに多様な検査を駆使した、平易で、柔軟な診断基準を求める家族の声が多かった。