

労災疾病臨床研究事業費補助金

多面的アプローチを用いた高次脳機能障害患者の
復職支援プログラムの開発に関する研究

平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 橋本 衛

平成29（2017）年3月

目 次

I. 総括研究報告

高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子に関する研究

－患者の病識に注目して－ ----- 1

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 橋本 衛

(資料1) 事例集

(資料2) 教育講演資料

II. 分担研究報告

1. 高次脳機能障害者の未診断・未治療期間の検討

－発達障害、認知症との比較検討－ ----- 27

高知大学医学部神経精神科学教室 上村直人

2. 高次脳機能障害患者の支援専門職に対する復職支援のためのネットワーク

研究会実施と今後の課題に関する検討 ----- 30

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 石川智久

(添付資料) 配付アンケート

3. 患者の心理介入方法の開発と、有効性の検証－高次脳機能障害患者への

アンガーマネジメント (AM) の実際的な効果－ ----- 41

熊本大学医学部附属病院神経精神科 遊亀誠二

4. 高次脳機能障害患者に対する自動車運転再開支援プログラムに関する研究

－支援専門職に対する自動車運転再開支援の現状と

課題に対する意識調査 ----- 44

熊本大学医学部附属病院神経精神科 福原竜治

(添付資料) 配布アンケート

5. 急性期病院からの退院支援

－生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の事例－ ----- 50

熊本保健科学大学 保健科学部リハビリテーション科言語聴覚学専攻

池寄 寛人

6. 高次脳機能障害における介護者の感情表出 (Expressed Emotion; EE) と

患者特性との関係性について ----- 54

大阪大学医学部神経精神科 池田 学

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 61

I . 総 括 研 究 報 告

労災疾病臨床研究事業費補助金

総括研究報告書

高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子に関する研究

－患者の病識に注目して－

研究代表者 橋本 衛

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 准教授

研究要旨

目的：高次脳機能障害は事故や病気によって脳が損傷され、記憶、注意、遂行機能などの認知機能障害ならびに情動や行動などの精神・心理過程に障害が生じ、日常生活・社会生活に支障が生じた状態である。通勤中の交通事故や業務中の頭部外傷、過労によるくも膜下出血等による高次脳機能障害の頻度は少なくなく、労災の観点からも重要な病態である。しかし、高次脳機能障害患者の復職支援方法についてはほとんど確立していない。そこで本研究では、事例を通して高次脳機能障害患者の復職支援に有用な方法を検討する。本年度は特に患者の病識、障害受容との関連性に注目した。

方法：熊本大学医学部附属病院神経精神科を受診した高次脳機能障害患者の中から、病識の獲得ならびに障害受容が復職に大きく関与した4事例を抽出し、個々の事例の病態、支援内容を分析し、高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子を検討した。

結果：障害に対する病識の有無が、復職/就労を左右することが明らかになった。患者が障害に対する病識を獲得するためには、日常生活や職場での失敗体験が大きな役割を果たしていた。一方で、小児期の受傷や発達障害の合併は、病識の獲得を阻害する因子であった。

考察・結論：高次脳機能障害患者の復職/就労を病識の観点から考えたとき、失敗しても許容されるような職場環境の設定ならびに、失敗を繰り返すことによって自信を喪失する患者に対する心理サポートが必要である。高次脳機能障害患者の復職を支援する際には、絶えず患者の病識を意識することが重要である。

研究分担者氏名・所属施設名及び職名

上村直人	高知大学医学部附属病院・講師
石川智久	熊本大学大学院・助教
福原竜治	熊本大学医学部附属病院・講師
遊亀誠二	熊本大学医学部附属病院・助教
池寄寛人	熊本保健科学大学・講師
池田 学	大阪大学医学部・教授

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

田中 希	熊本大学医学部附属病院・ 精神保健福祉士
伊地知大亮	熊本大学医学部附属病院・臨床心理士

A. 研究目的

高次脳機能障害は事故や病気によって脳が損傷され、記憶、注意、遂行機能などの認知機能障害ならびに情動や行動などの精神・心理過程に障害が生じ、日常生活・社会生活に支障が生じた状態である。通勤中の交通事故や業務中の頭部外傷、過労によるくも膜下出血等による高次脳機能障害の頻度は少なくなく、労災の観点からも重要な病態である。しかし、高次脳機能障害患者の復職/就労支援方法についてはほとんど確立していない状況である。

平成 27 年度の研究結果から、復職/就労阻害要因として、重度の認知機能障害や社会的行動障害、障害に対する自覚の乏しさなどの患者本人の障害が直接の原因となること、医療・福祉・企業の間の連携不足、高次脳機能障害に対する社会や企業の理解不足があげられた。これらのさまざまな要因の中から、今年度は特に患者の障害に対する自覚（病識）に注目し検討した。障害者が社会復帰を果たすためには、自己の病態を正しく認識し、適切な対処方法を取ることができるようになることが必要である。しかしながら、高次脳機能障害患者は障害の性質上自己の病態が獲得されにくいという問題があり、十分な病識を獲得する前に復職し、職場で失敗を繰り返した挙句退職を余儀なくされることが少なくない。そこで本研究では、高次脳機能障害患者の病識獲得過程を事例を通して分析することにより、病識獲得に必要な条件、病識を獲得することによって生じる問題点を検討する。

さらに高次脳機能障害を診断できる専門医師の不足というもう一つの課題に対して、精神科の全国学会において高次脳機能障害に関する教育講演を実施した。

B. 研究方法

1. 就労と病識との関連について

熊本大学医学部附属病院神経精神科には 2009 年 4 月より熊本県高次脳機能障害支援センターが設置され、2017 年 3 月までの期間に 200 名以上の患者に対して、高次脳機能の評価、診断、治療、社会復帰支援などの個別介入を実施してきた。本研究ではその中から、病識の獲得ならびに障害受容が復職/就労に大きく関与した 4 事例を抽出し、個々の事例の病態、病識獲得に至る経過、就労状況との関連性などを分析した。各事例の背景を表 1 に示す。

（倫理面への配慮）

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部倫理委員会の承認を得た上で実施された。

表 1

事例	年齢	性別	原因疾患	復職形態
1	30 代	男	交通事故によるびまん性軸索損傷	障害者雇用
2	20 代	女	交通事故によるびまん性軸索損傷	一般雇用
3	20 代	男	交通事故によるびまん性軸索損傷	障害者雇用
4	30 代	男	クモ膜下出血	障害者雇用

2. 高次脳機能障害を診察できる専門医師の養成・教育について

2016 年 6 月 2-4 日に、千葉県幕張で開催された第 112 回日本精神神経学会学術集会において、「精神科臨床における高次脳機能障害の基本的理解」の題名で研究代表者である橋本と研究分担者である池田が教育講演を実施した。

C. 研究結果

1. 就労と病識との関連について

4 事例の詳細を資料 1 に示す。各事例の特徴（特に病識に注目した）のまとめを表 2 に示す。

表 2

事例	病識と就労との関連
1	病識が獲得される前に復職した事例。職場での失敗体験を経験することにより障害への自覚が得られたが、職場での適切なサポートが得られず抑うつを発症。勤労意欲を失う結果となる。
2	病識の乏しさから、重度の高次脳機能障害を呈していたにもかかわらず専門職への復職を希望した事例。実戦での失敗体験の繰り返しと、多職種による生活・心理面へのサポートにより、比較的スムーズに障害受容が図れた。その後、一般職としての就労につながった。
3	小児期の受傷であったため、大学になるまで高次脳機能障害の存在に、本人、家族共に気づかなかつた事例。在学中のアルバイトでの失敗経験を経て、障害の存在に気づかれた。学生

時代からの就労支援が行われ、就労後もサポートを受けることにより就労継続できている。

4 障害の程度が比較的軽度であるにもかかわらず、発達障害の合併により、職場での適応が不良であった事例。また発達障害の影響により、障害受容がなかなか得られなかった。

2. 高次脳機能障害を診察できる専門医師の養成・教育について

資料2を用いて、1時間の教育講演を実施した。教育講演では、約500名の精神科医が研修を受けた。

D. 考察

障害者が就労するためには、自己の障害を正しく認識し、障害に対して適切な対処方法をとることができるようになることは必須である。しかし高次脳機能障害では、記憶障害や注意障害などの認知機能障害に対する本人の自覚が乏しいだけではなく、障害が自らの生活にどのような影響を及ぼすのかについての想像力にも欠けていることが多い。そのため、周囲からいくら病状を説明されても受け入れることができず、早期に復職し失敗するケースがある。今回提示した事例1においても、障害に対する自覚の乏しさと、職を失うのではないかとの焦りから早期に復職したため、職場への適応障害、孤立感から抑うつを発症してしまった。事例1は、家庭生活では支障がなかったこと、元々聾啞であったことなどから、自己の障害に気づきにくい状況であった。そのため、実際に復職し失敗をすることで初めて障害を自覚することになった。このように、高次脳機能障害患者が病識を獲得するためには、実戦での失敗体験が重要な役割を果たすことから、高次脳機能障害患者が社会復帰をする際には、何度も失敗できるような環境を設定することが大切である。具体的には、失敗しても許容されるような職場環境の設定、失敗を繰り返し自信を喪失する患者に対する心理サポートが必要となるだろう。

事例2では上記の問題点をあらかじめ想定し、

多職種による介入を実施した。特に、障害受容の際に生じる反応性の精神症状に留意した。その結果、比較的スムーズに障害受容が促進され、最終的には一般就労につながった。

事例3は小児期に受傷したため、大学に入るまで障害に気づかれていなかった。大学に入りアルバイトを経験したことで本人は自らの障害に気づくことができた。学生時代に受傷した患者の場合、本例のようにアルバイトを体験することも、障害の状況を知るためには重要と思われる。また支援は学生時代から開始し、就労後も定期的なサポートを継続することが、その後の適応障害の予防に重要となる。

事例4は、発達障害と高次脳機能障害との合併症例である。発達障害が合併することにより、通常では問題が生じない程度の高次脳機能障害であっても、職場での問題が引き起こされる。本事例のような、高次脳機能障害が軽度であるにもかかわらず、職場での適応が悪いケースでは、何らかの発達障害が合併している可能性を考えるべきであろう。発達障害が合併することにより、障害受容が促進されにくいといった問題が生じたり、就労環境の調整に特別な配慮が必要となったり、うつ病などの精神疾患を合併しやすくなったりするため、高次脳機能障害者を支援するためには、発達障害が合併している可能性を絶えず念頭において置くべきであろう。

E. 結論

事例を通して高次脳機能障害患者の復職/就労に関連する要因、特に病識との関連性について検討した。患者が障害に対する病識を獲得するためには、日常生活や職場での失敗体験が重要であり、失敗が許容されるような職場環境の設定ならびに、失敗を繰り返すことによって自信を喪失する患者に対する心理サポートが必要である。一方で、小児期の受傷や発達障害の合併は、病識の獲得を阻害する因子となる。高次脳機能障害患者の復職を支援する者は、絶えず患者の病識を意識することが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ikeda M, Mori E, Iseki E, Katayama S, Higashi Y, Hashimoto M, Miyagishi H, Nakagawa M, Kosaka K. Adequacy of using consensus guidelines for diagnosis of dementia with Lewy bodies in clinical trials for drug development. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2016; 41:55-67.
- 2) Mamiya Y, Nishio Y, Watanabe H, Yokoi K, Uchiyama M, Baba T, Iizuka O, Kanno S, Kamimura N, Kazui H, Hashimoto M, Ikeda M, Takeshita C, Shimomura T, Mori E. The Pareidolia Test: A Simple Neuropsychological Test Measuring Visual Hallucination-Like Illusions. *PLoS One*. 2016 12; 11(5): e0154713.
- 3) Kabeshita Y, Adachi H, Matsushita M, Kanemoto H, Sato S, Suzuki Y, Yoshiyama K, Shimomura T, Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto T, Mori T, Kashibayashi T, Tanaka H, Hatada Y, Hashimoto M, Nishio Y, Komori K, Tanaka T, Yokoyama K, Tanimukai S, Ikeda M, Takeda M, Mori E, Kudo T, Kazui H. Sleep disturbances are key symptoms of very early stage Alzheimer disease with behavioral and psychological symptoms: a Japan multi-center cross-sectional study (J-BIRD). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Mar 21. doi: 10.1002/gps.4470. [Epub ahead of print]
- 4) Sakamoto F, Shiraishi S, Tsuda N, Ogasawara K, Yoshida M, Yuki H, Hashimoto M, Tomiguchi S, Ikeda M, Yamashita Y. 123I-MIBG myocardial scintigraphy for the evaluation of Lewy body disease: are delayed images essential? Is visual assessment useful? *Br J Radiol*. 2016 Jun 10:20160144. [Epub ahead of print]
- 5) Kazui H, Yoshiyama K, Kanemoto H, Suzuki Y, Sato S, Hashimoto M, Ikeda M, Tanaka H, Hatada Y, Matsushita M, Nishio Y, Mori E, Tanimukai S, Komori K, Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto T, Mori T, Kashibayashi T, Yokoyama K, Shimomura T, Kabeshita Y, Adachi H, Tanaka T. Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *PLoS One*. 2016 11(8):e0161092. doi: 10.1371/journal.pone.0161092
- 6) Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N, Ishikawa T, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Hotta M, Ikeda M: Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics* doi: 10.1111/psyg.12200, 2016
- 7) Koyama A, Hashimoto M, Tanaka H, Fujise N, Matsushita M, Miyagawa Y, Hatada Y, Fukuhara R, Hasegawa N, Todani S, Matsukuma K, Kawano M, Ikeda M. Malnutrition in Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies, and frontotemporal lobar degeneration: comparison using serum albumin, total protein, and hemoglobin level. *PLoS One* 11(6): e0157053. doi:10.1371/journal.pone.0157053
- 8) 橋本 衛. 注意障害. 老年精神医学雑誌 27(suppl.I):37-44, 2016
- 9) 橋本 衛. 高次脳機能障害と認知症. 日本医師会雑誌 145(6): 1205, 2016
- 10) 橋本 衛. レビー小体型認知症の薬物療法.

認知症の最新医療 6(3): 123-127, 2016

- 11) 橋本 衛. 常同行動(同じ行動の繰り返し)、抑うつ、不眠(睡眠障害)、意欲低下(アパシー)、拒食・食欲低下. 在宅支援のための認知症 BPSD 対応ハンドブック(服部英幸編集)、ライフ・サイエンス、東京、pp162-184、2016
 - 12) 橋本 衛. Alzheimer 型認知症の病態と薬物療法. 脳神経外科診療プラクティス 8 脳神経外科医が知っておきたい薬物治療の考え方と実際(清水宏明編集)、文光堂、東京、pp96-98、2016
 - 13) 橋本 衛. 抗認知症薬. ブレインナーシング 2016 夏季増刊号、脳神経領域で必須のくすり(橋本洋一郎監修)、メディカ出版、大阪、pp90-95、2016
 - 14) 橋本 衛、池田 学. 認知症の新しい診断基準について(武田克彦、村井俊哉編)、中外医学社、東京、pp269-279
2. 学会発表
- 1) 池田 学、橋本 衛. 「精神科臨床における高次脳機能障害の基本的理解」第 112 回日本精神神経学会学術集会、幕張、6 月 2-4 日、2016(教育講演)
 - 2) 田中希、橋本 衛、福原竜治、石川智久、遊亀誠二、一美奈緒子、伊地知大亮、池田学. 高次脳機能障害者の就労と障害理解との関連についての検討. 第 40 回日本高次脳機能障害学会学術総会、松本市、キッセイ文化ホール、11 月 11-12 日、2016、ポスター発表
 - 3) 伊地知大亮、橋本 衛、福原竜治、石川智久、遊亀誠二、一美奈緒子、田中希、池田学. 高次脳機能障害者と介護者の患者に対する感情表出(Expressed Emotion, EE)の関係について. 第 40 回日本高次脳機能障害学会学術総会、松本市、キッセイ文化ホール、11 月 11-12 日、2016、ポスター発表
 - 4) Hashimoto M. Assessment and diagnosis of BPSD. Asia Dementia Forum., Tokyo, November 20, 2016 (シンポジウム)

- 5) 橋本 衛. 「抗認知症薬の BPSD への適用」. 第 35 回日本認知症学会学術集会、東京都千代田区、東京国際フォーラム、12 月 1-3 日、2016 (シンポジウム)
- 6) 橋本 衛. 「災害時の認知症患者の行動—熊本地震を通して—」. 第 36 回日本社会精神医学会、東京都大田区、大田区産業プラザ、3 月 3-4 日、2017 (シンポジウム)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(資料 1) 事例集

事例 1 : 病識が得られる前に復職したために失敗した事例

事例 2 : 多職種による関わりにより障害受容が促進され就労につながった事例

事例 3 : 学生時代からの支援により就労につながった事例

事例 4 : 発達障害の合併が疑われた事例

事例 1：病識が獲得される前に復職したために失敗した事例

高次脳機能障害を持つ方が復職する際に、どのタイミングで復職するかはとても大切です。本人は往々にして復職を焦りがちです。その背景には、①自己の障害を過小評価し、「以前と変わらず仕事ができる」との過信に起因する早すぎる復職や、②「休職しているあいだに職が失われるかもしれない」という不安、③家族からのプレッシャー、④経済的な問題、など数多くの要因が関わっています。ここでは事例を通して、適切な復職時期について考えたいと思います。

【A さん 30 代男性 会社員】

【受診までの経過】

A さんは先天性の聾啞のため障害者雇用で県外の一般企業で就労されていました。35 歳時に交通事故に遭い脳挫傷を受傷されました。救急病院で保存的治療を受けた後、3 週間後に実家に退院されました。しかし記憶障害、遂行機能障害、注意障害、計算障害などの認知機能障害が残存していたため、実家で療養しながら通院リハビリテーションを受けていました。当院へは復職の際しての高次脳機能障害の評価を希望し、受傷から約 4 か月経た時点で受診されました。

【評価と復職へのアプローチ】

聾啞のため手話通訳を介しての診察となりました。A さんは「事故直後は暗証番号も思い出せなかったが今は思い出す。計算能力や理解能力もリハビリテーションによって回復した。事故前の状態に戻っている」と語られました。一方家族は、「以前に比べて記憶力や言語理解能力が低下している」と訴えられました。頭部 MRI では、左前頭葉から側頭葉前方部にかけて脳挫傷を認めました。家庭で生活する限りは目立った問題は見られませんでした。仕事のような複雑な作業では支障が生じる可能性が考えられましたので、当院において心理検査を実施しました。その結果を表 1 に示します。

聾啞のため言語に関わる認知機能の評価は十分ではありませんでしたが、記憶や注意機能は概ね保たれていました。書字を用いて評価した物品呼称で低下を認め、これは MRI における脳損傷部位と合致する所見でした。しかし A さんは、自身の言葉に関わる能力低下に対する自覚は全くありませんでした。A さんの病識の低下については、聾啞というハンディキャップが影響していたのかもしれませんが、いずれにしても、コミュニケーションを含めて高次脳機能障害が仕事に支障を及ぼす可能性が考えられましたので、A さんには「自分の障害が理解できるようになるまでは休職し、復職時期はできるだけ遅らせることが望ましい」と伝えました。

A さんは休職中に職を失うのではないかと不安が強く、職場への復帰を焦っておられま

した。主治医や家族から復帰を先延ばしにするように何度も説得しましたが、「自分は大丈夫だから復職する。会社にも、“最初は軽作業から始めることが望ましい”との診断書がリハビリ病院から提出されており、会社も理解してくれている」とできるだけ早い時期の復職を希望されました。そこで会社には、復帰後当面は仕事を軽くするなどの配慮をお願いする旨の診断書を作成し、Aさんは受傷半年後に職場に復帰されました。

表 1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	PIQ 105（聾唖のため VIQ は実施せず） 群指数：知覚統合 108、処理速度 97
WMS-R	視覚性記憶 92（聾唖のため言語性記憶は実施せず）
TMT	Part A 33 秒 part B 64 秒
物品呼称	14/20（書字を用いて確認）

【復職後の経過】

復職当初は障害に配慮され簡単な内容の仕事を割り当てられていましたが、1 か月半を経過した時点で事故前と同じ仕事に復帰しました。しかしながら以前と同じ業務であったにもかかわらず、仕事をうまくこなすことができず、時間が余分にかかるようになりました。そのため職場で疲労し、自宅に帰っても疲れが取れず睡眠不足が生じてきました。仕事ができなくなっていることを体験して初めて Aさんは自らの障害を自覚されました。

そこで職場の関係者に高次脳機能障害であることを自ら説明し、もう一度仕事の内容を簡単にしてもらえようをお願いしましたが、周囲からは理解が得られず、仕事の内容は変わりませんでした。無理な仕事を続けるうちに、次第に気分が落ち込むようになり、仕事にも行きたくなくなりました。半年後によりやく仕事の内容を軽減してもらい仕事も続けられるようになりましたが、この体験を経て Aさんは仕事に対する意欲を失い、早期退職を希望されるようになりました。

【考察】

本事例では、事前に会社に対して障害に対して配慮が必要なことを伝えていたにもかかわらず十分な配慮が得られず、無理な仕事を続けるうちに当事者の不適応が生じ、最終的には労働への意欲を失う結果となってしまいました。本事例を通して、反省すべき点を考えてみたいと思います。

第一に復職時期についてです。Aさんは早期の復職を希望されましたが、これは自己の障害を過小評価し復職を安易に考えていたことが背景にあります。障害に対する病識がある程度は得られるようになるまで、障害者就労支援センターなどでトレーニングを積んでから復帰してもらうような配慮も必要であったかと思います。第二に、職場との連携が十分にでき

ていなかったことです。職場には復帰前に繰り返し障害内容を説明していましたが、復帰後の連携が取れていませんでした。高次脳機能障害者では、実際に復職しなければ障害がどの程度仕事に影響するのか判断が難しい場合が少なくありません。そのため、復帰後も職場と専門機関が連携を取ることが重要となります。特に A さんのように聾啞というハンディキャップをお持ちの方については、より密接に連携を取るべきであったと反省されます。第三に、復帰後に A さんの心理面のサポートをする人をあらかじめ設定しておくべきでした。A さんは会社で孤立し、一人暮らしのため自宅でも相談する人もなく、抑うつ的になりました。そして就労意欲を失い、早期退職を希望されるようになってしまいました。A さんが気軽に相談する人がいれば、うつは防げたのではないかと思います。

【職場復帰のタイミングについてのポイント】

- 高次脳機能障害者の場合、病識がある程度得られた時期に復帰を考慮する
- 病識が獲得される前に復職した場合は、仕事の内容の軽減などの配慮とともに、職場と密接に連携が取れる体制や、当事者の心理面のサポートができる体制を整えておく

事例 2：多職種による関わりにより障害受容が促進され就労につながった事例

高次脳機能障害を持つ方は、障害が自らの生活にどのような影響を及ぼすかについての想像力に乏しく、周囲からいくら病状を説明されても理解・受容が得られないことが少なくありません。このような場合、実際に行動しうまくいかなかった経験を繰り返して初めて障害を自覚できるようになることがあります。しかし失敗が繰り返されれば、患者は落ち込んだり、怒りを表出したりして、社会との接点が失われがちになります。ここでは事例を通して、障害受容の際の支援について考えてみたいと思います。

【B さん 20 代女性 看護師】

【受診までの経過】

B さんは看護師として 1 年間勤務した後、念願であった大学の養護教員コースに入学することになりました。しかし入学 1 か月前にトラックに追突され、頭部を打撲し、急性硬膜外血腫、びまん性軸索損傷を受傷されました。数週間後によりやく意識は回復しましたが、重度の記憶障害、右下肢の不全麻痺、構音障害などが後遺症として残りました。これらの症状に対してリハビリテーションを受け、半年後に自宅退院されましたが、後遺症は残存し、「高次脳機能障害のため養護教員は無理です」と前医から伝えられました。しかし現実を受け入れることができず、「養護教員にどうしてもなりたい」と B さんが強く希望されたため、1 年間休学していた養護教員コースに進学することになりました。私たちのところには、復学に際しての支援を希望し、受傷 1 年後に受診されました。

【評価】

右下肢の不全麻痺を合併し、下肢には装具をつけ杖歩行でした。口調や会話の内容はまるで小学生のように幼く、精神的に退行している印象を受けました。受診 2 週間前から講座が始まっていましたが、いつから講座が始まったのかすら覚えておらず、近時記憶障害は明らかでした。会話中、唐突に関連性のない質問をするなど注意障害が顕著でした。何をするにも段取りが悪く、朝早く起きてても学校へ行く準備に手間どり、いつも遅刻寸前でした。講座が始まって 2 週間の時点ですでに授業にはついていけなくなっており、一日の講義が終われば極度に疲労し、復習も満足にできていませんでした。

表 2 に B さんの心理検査結果を示します。全般的に IQ は低く、元々の職歴を考えれば全般的に知的機能が低下していると考えられました。リバーミード行動記憶検査でも近時記憶、展望記憶の低下が認められました。注意力を評価する検査である CAT では、情報処理能力の顕著な低下を認めました。B さんの認知機能障害の程度は明らかに専門職として就労できるレベルではなく、養護教員のコースを完遂することすら難しいと考えられました。“どこかで養護教員をあきらめなければならないけれども、障害の自覚に乏しい B さんが障害を受容す

るためには、実際に行動し失敗することもある必要ではないか”とスタッフ会議により意見を統一しました。そこで「養護教員コースを継続することにより障害の受容を促していく」ことを目標に設定し、Bさんの支援方法を計画しました。

表 2. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 86, PIQ 87, FIQ 85（全般的知的機能の低下）
RBMT	SPS 16 SS 6（遅延再生、展望記憶の低下）
CAT	情報処理能力の顕著な低下

【支援体制の構築】

Bさんの進学に際して母親が郷里から出てきて同居し、Bさんの生活のサポートを行っていました。大学では、指導教官は障害の状態を前医ならびに本人・家族から説明を受け、就学に際して可能な限り便宜が図られていました。またノート記載や教室移動の援助など、クラスメートによる支援も得られており、就学を継続するためのサポート体制は概ね整っていました。当院への受診は2週に1回とし、担当医との面談を通して現状の認知を促し、障害の受容を図っていくようにしました。また臨床心理士によるカウンセリングを並行して実施し、本人のストレスケアを図りました。反応性の抑うつや興奮などの社会的行動障害に対して薬物対応が必要となった際には、担当医が実施する方針としました。身の回りの世話をしている母親に対して精神保健福祉士が定期的に面接を行い、母親の心理ストレスに対処しました。認知機能障害ならびに右下肢不全麻痺に対するリハビリテーションは、自宅近くの病院で受けられるように手配しました。

【進学後の経過】

上記方針で多職種による支援を開始し、Bさんは講義をほとんど休むことなく通学を続けることができました。その間、怒りや諦め、自暴自棄的な態度、母親との軋轢などさまざまな心理的な反応を呈しましたが、薬物治療が必要な状態にまで陥ることはありませんでした。当初予想していた通り、1年間ではほとんど単位を取得することができず留年となりました。2年目の1学期でも必要な単位が取得できず、この時点で養護教員コースを卒業できないことが確定しました。

Bさんに関わり始めた当初は、「絶対養護教員になる」との一点張りでしたが、この時点では「自分には養護教員は無理かもしれない」と現実を受け入れる発言がみられるようになっていました。また子供っぽさが減り、生活の自立度も向上していました。1年余りの養護教員コースの体験を経て、Bさんは自らの障害と向き合うことができるようになりました。Bさんは1学期終了後に退学し、郷里に戻り養護教員以外の道を探っていくこととなりました。その後は一時的に引きこもり状態となることもありましたが、5年後の現在、Bさんは看護

助手として勤務されています。

【考察】

本事例は、当事者の障害受容という社会復帰に関わる重要な過程を多職性によりサポートした事例です。医師だけではなく、臨床心理士、精神保健福祉士、言語聴覚士、理学療法士などの専門職や、家族、友人、大学教官などのさまざまな関係者による手厚い支援が得られたことが、スムーズに障害が受容できた大きな要因であったかと思います。障害受容が得られたことにより、当事者の障害に見合った仕事に就くことができました。

【障害受容のポイント】

- 日常生活や机上の試験だけで障害に対する自覚が得られない時は、実際に経験し、失敗することも大切である
- 失敗体験によってさまざまな反応性の精神症状・行動障害が引き起こされるため、専門家（臨床心理士など）によるサポート体制を整えておくことが望ましい

事例 3：学生時代からの支援により就労につながった事例

高次脳機能障害を就学時代に負った場合、当事者は、就学を続けることの困難さと同時に、就職に際してさまざまな苦労を経験します。また、何とか就職できたものの職場に適応できず、早期退職、再就職を繰り返し、そのうちに自信を失い勤労意欲が失われるケースもあります。このような場合に、学生時代から就労を見据えたサポートが望まれます。ここでは、学生の時期から、大学の障害者支援課と協働して就労支援を行った事例を紹介します。

【Cさん 男性 大学生】

【受診までの経過】

Cさんが当科を受診されたのは大学3回生の夏でした。Cさんは9歳の時に交通事故で頭部を打撲し、びまん性軸索損傷と診断されました。受傷2週間後に意識は回復し、1か月間のリハビリ入院を経て自宅に退院されました。退院後すぐに復学されましたが、事故前よりも記憶が悪くなり、授業内容も理解しにくくなったそうです。学校の成績は中の下にまで低下しましたが、何とか福祉系の大学の2部に進学することができました。しかし入学後も記憶力や注意力の低下のため授業についていけず、学業成績も振るわない状態が続いていました。また、飲食店でアルバイトを始めましたが、仕事が忙しくなるとオーダーの取り忘れが頻回になり、アルバイト先をくびになってしまいました。次のアルバイト先でも失敗が多く、上司からしばしば叱られていました。たまたま図書館で読んだ本の中に高次脳機能障害が取り上げてあり、「自分も高次脳機能障害ではないだろうか」と思い当たり、診断とリハビリテーションを希望し受診されました。

【評価】

表面的には明るく振る舞っていましたが、時折表情が暗くなり悩みを抱えている様子がうかがわれました。「物覚えが悪くなっている」「大学でも苦労している」と繰り返し訴えられました。表3にCさんの心理検査結果を示しますが、記憶力、知的機能ともに境界域レベルでした。頭部MRIでは、脳挫傷ならびにびまん性軸索損傷を示唆する所見を認めたことから、脳外傷後遺症による高次脳機能障害と診断しました。「脳障害によりたくさんの事を一度に覚えたり、複雑な作業を実施することが難しくなっている。これまでの生活のしづらさの主たる要因と考えられる」とCさんに説明したところ、とても納得された様子でした。

Cさんは、アルバイト先で叱られてばかりいることから、「自分は普通に就職できるのだろうか」と、学業以上に卒業後の仕事について心配され、認知機能を改善するトレーニングを受けたいと希望されました。また人とかかわり方や距離の取り方が苦手であると訴えられました。このようなCさんの障害特性、意向を確認した後、どのような形で支援していくべきかを相談しました。

表 3. 心理検査所見

検査	結果
MMSE	30 点
WAIS-III	VIQ 83, PIQ 65, FIQ 74 (全般的知的機能の低下)
RBMT	SPS 21 SS 9 (年齢を考慮すると境界域の記憶力)
CAT	情報処理能力の顕著な低下

【支援体制の構築】

当時 C さんは大学 3 年生でしたので、まずは単位をきちんと取得し、卒業することを目標に設定しました。そこで大学のしょうがい支援室と連携し、C さんへの学業面でのサポート方法を大学でも考えてもらえることになりました。認知機能障害に対するトレーニングについては、言語聴覚士による認知リハビリテーションを、大学の近くの病院で受けることができるように手配しました。リハビリの内容については、受傷 10 年以上経過していましたので、さまざまな代用手段を身につけることが主体となりました。対人関係の苦手さからストレスがたまりやすく、しばしば怒りが爆発してしまう傾向がありましたので、臨床心理士による認知行動療法を導入しました。4 年生になった時点でヤングハローワークによる支援を開始しました。C さんは以前から介護系の仕事を希望されていたので、介護職を中心に、一般就労と障害者就労との両面で検討していくことになりました。

【卒業後の経過】

C さんは大学の単位を順調に取得し、就職に向けて実習もこなしながら大学を無事卒業することができました。卒業後は老人福祉施設でのパート勤務を開始し、半年後に常勤となりました。雇用形態は障害者雇用であり、障害を開示しての就職となりました。職場では仕事をなかなか覚えることができず、同じミスを繰り返し注意を受けたり、他の職員と馴染めないなどの苦労が続きました。C さんの心理的なストレスに対して、当院の精神保健福祉士やリハビリ病院の言語聴覚士、ライフサポートセンターの担当者が適宜相談相手になることで対応しました。就職してから 3 年経過した現在でも職場での失敗は続いているそうですが、焦ることなく仕事を続けておられます。

【考察】

本事例は小児期の受傷であったため長年障害に気づかれず、大学になってようやく障害に気づかれました。たまたま読んだ本に高次脳機能障害が紹介されていたことが直接的な契機ではありますが、アルバイト先で失敗を繰り返していたことも、障害に気づく要因であったと思われます。本事例では、学内のしょうがい支援課だけではなく、在学中からヤングハローワークの支援を受け、十分な準備を整えてからの就職となりました。また就職後も、複

数の担当者が心理面のサポートを行っています。高次脳機能障害のため、職場では失敗を繰り返ししばしば怒られているにもかかわらず、3 年以上も仕事を継続できているのは、このようなサポートが得られているからだと思います。

【支援のポイント】

- 就学時期に高次脳機能障害を発症した人には、学生の時期からの就労支援が望まれる
- 学生の時期にアルバイトを経験して、自己の障害を自覚しておくことも有用である
- 就労継続には、就労後の心理面でのケアが重要となる。そのための相談相手を確認しておく。

事例 4：発達障害の合併が疑われた事例

高次脳機能障害を持つ方の中には、障害の程度がそれほど強くないにもかかわらず、就労がうまくいかない人がおられます。そのような人の場合、発達障害などの別の障害を合併している場合があります。ここで紹介する事例は、発達障害の合併が疑われた事例です。

【D さん 20 代男性 医療専門職】

【受診までの経過】

D さんは子供の頃からこだわりが強い性格でしたが、勉強はよくできていました。高校卒業後大学に進学しましたが、学部が合わないとの理由で中退し、その後医療系の学部に入り直し、医療専門職の国家資格を取得し就職されました。しかし職場での不適応からうつ病を発症し、最初の職場は退職することになりました。うつ病は薬物治療により改善したものの、その後も膜下出血を発症しクリッピング手術を受けました。くも膜下出血後には目立った後遺症を認めなかったことから 2 ヶ月で退院し、うつ病も改善していたので医療専門職の資格を生かして県外の病院に再就職しました。就職の際の試験の成績は一番だったそうです。しかし仕事を始めると、患者の氏名の書き間違いや書類の紛失などのミスが頻発し、何度注意されてもミスが減らなかったため、くも膜下出血による高次脳機能障害を疑われて当院を受診されました。

【評価】

D さんは、表情の変化に乏しく、周囲からみると奇異に感じるほど礼儀正しく、丁寧な敬語で話されました。これまでの経過を詳細に記したプリントを持参し、質問項目を箇条書きにしたメモを参考にしながら、自分の疑問点を一つ一つ確認されました。こちらからの質問に対する回答は概ね適切でしたが、説明が細くなりすぎて何を意図しているのかわからなくなることがありました。気分の落ち込みや意欲低下、睡眠障害などのうつ症状を訴えられましたが、就労に関しては意欲的でした。

表 4 に D さんの心理検査結果を示しますが、知的機能は平均レベルで、記憶力、注意力はともに境界域レベルでした。WAIS-III の結果と比較して WMS-R の結果が低いことから、高次脳機能障害により、記憶力が若干低下しているのではないかと判断しました。一方で、くも膜下出血発症後であったにもかかわらず就職試験でトップ合格であったことや、当院受診時はやや抑うつ的であったことなどから、心理検査結果には抑うつによる機能低下も反映されているのではないかと考えました。「就職試験で一番だった人が、実際の業務でミスを繰り返す」といった高次脳機能障害だけでは説明困難な事象については、D さんのこだわりの強さや対人コミュニケーション時の丁寧過ぎる態度などから、発達障害も合併していると考え、D さんの病態については、発達障害特性に軽度の高次脳機能障害が上乗せされた状態と診断

しました。

表 4. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 107, PIQ 97, FIQ 103
WMS-R	言語性記憶 83, 視覚性記憶 84, 一般性記憶 81, 注意集中 111, 遅延再生 85
CAT	情報処理能力の軽度の低下

【支援体制の構築】

D さんには、「全般的知能と比べて記憶や情報処理能力が少し低下しており、複数の作業を同時にすることが難しくなっていること」、「対人関係の構築に苦手さがあること」、「職場では何らかの配慮がなければ継続することは難しいこと」などの障害特性を説明するとともに、職場の上司にも D さんの障害特性をお伝えし、職場での配慮が得られるようお願いしました。その結果職場からは、D さんを単一の業務に固定するといった配慮が得られ、D さんは復職しました。職場復帰後は大きなトラブルもなく仕事を続けることができましたが、職場は 2 年間の有期雇用であったため、D さんは 2 年後に退職されました。

その後 D さんは障害があることを伏せたまま県外の別の病院に就職されましたが、業務のスピードについていけず、再びうつ病が悪化し、数ヶ月で退職し実家に戻られました。実家近くの病院でうつ病の治療を受けながら就職活動を行っていましたが、自分の希望する仕事が見つからない為、5 年ぶりに当科を受診されました。再診時の評価では、5 年前と比較して D さんの認知機能障害には明らかな変化は認めませんでした。D さんは、「記憶障害、注意障害、遂行機能障害があります」と一見病識が保たれているように話されましたが、「就労が長続きしないのは職場の責任である」と主張されるなど、自己の病態理解は不十分でした。そこで再度 D さんに病状を説明し、「障害のため資格を生かして仕事をするのは難しい。障害年金を受給しながら障害者雇用で働くことが現実的である」と提案したところ、D さんはようやくアドバイスを受け入れられました。

【考察】

本事例は子供の頃からこだわりが強かったことや、くも膜下出血を発症する前から職場での不適応を引き起こしていたことなどから、発達障害が基盤にあり、そこに高次脳機能障害が加わった事例と考えられます。就職試験でトップ合格であったにもかかわらず、職場でミスを繰り返していたことも、認知機能の低下だけでは説明がつかず、発達障害の要因が強く影響していたものと考えます。また、自己の認知機能の低下を表面的には訴えるものの、仕事が続かないことを職場に原因があると捉えるような他責的な思考も、発達障害の関与が疑われます。

【支援のポイント】

- 認知機能障害の程度が軽度であるにもかかわらず職場での適応が悪い場合は、発達障害の合併も考慮すべきである
- 発達障害の合併が疑われた場合は、子供の頃の様子など、障害受傷前の当事者の生活の様子を詳しく聴取する
- 発達障害を合併している患者の場合、障害の受容にも時間がかかりやすく、長期に亘る支援が必要となる

(資料2) 教育講演スライド

第112回日本精神神経学会総会

教育講演: 高次脳機能障害

高次脳機能障害の診察の進め方

橋本 衛

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野

- ・ 演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません

Kumamoto University

高次脳機能障害の症状

- ・ 認知機能障害
 - － 記憶障害
 - － 注意障害
 - － 遂行機能障害
 - － 言語障害
 - － 視覚認知障害など
- ・ 社会的行動障害⇒器質性人格・行動障害、器質性精神病(F06、07)
 - － 脱抑制、易怒性、うつ、アパシー、強迫など
- ・ 障害者手帳では、高次脳機能障害は身体障害ではなく精神障害の中に含まれる

精神科医が関わる機会が多い障害

Kumamoto University

高次脳機能障害の診察の流れ

1. 診断と評価
 - － 高次脳機能障害かどうか
 - － 他の原因(発達障害など)による機能低下か
 - － 認知機能障害、精神症状の程度は
 - － 生活活動能力の程度は
2. 治療、マネジメント
 - － 認知機能障害に対するリハビリテーション(認知リハ)
 - － 社会的行動障害(精神症状)の治療
 - － 社会復帰のサポート

Kumamoto University

診断の手順

1. どのような認知機能が障害されているのか
 - － 記憶障害
 - － 注意障害
 - － 遂行機能障害など
2. 社会的行動障害は合併しているのか？
 - － 精神症状は？
 - － 行動障害は？
3. 脳病変の同定
 - － 脳MRI検査により、脳挫傷、血管障害の部位、びまん性軸索損傷の有無などを同定する
4. 臨床症候と脳病変との対応を明確にする
 - － 症状と病巣は対応するのか？

Kumamoto University

評価の手順

- ・ 障害の程度は？
 - － 認知機能障害はどの程度の障害か？
 - － 社会的行動障害が生活に支障を引き起こしていないか？(治療が必要なレベルか？)

↓

 - － 生活活動能力はどの程度か？(就労や就学が可能か？)
- ・ 周囲環境は
 - － 周囲の環境は本人の病状に合ったものか？
 - － 環境のせいで病状が悪化していないか？
 - － 十分なサポートを受けているのか？

Kumamoto University

治療・マネジメント

- ・ 認知機能障害に対するリハビリテーション(ST、OT)
- ・ 社会的行動障害に対する治療(医師、臨床心理士)
 - － 薬物治療
 - － 認知行動療法など
- ・ 社会復帰へのマネジメント(PSW、精神科医、心理士)
 - － 医療と福祉との連携
 - － 職場や学校との交渉
 - － 家族心理教育

Kumamoto University

事例紹介

Kumamoto University

20代 左利き女性 元看護師

【受診理由】 就学への支援希望

【現病歴】

- 大学の養護教員コースに入学直前のX-1年3月、トラックに追突され頭部打撲。急性硬膜外血腫、びまん性軸索損傷と診断された。記憶障害を中心とした高次脳機能障害ならびに右下肢の麻痺、構音障害が残存し、認知・身体リハを受け、半年後に自宅退院。以降地元A県の病院で通院リハを受けていた。
- 養護教員になる夢があきらめきれず、休学していた養護教員コースに復学することになったが、その際の支援を希望し、X年4月当院を紹介受診した。

Kumamoto University

現症

- 担当医には終始無愛想な態度
- 口調や会話の内容は実年齢よりも幼い印象(退行)
- 2週間前に講座がスタートしたが、その日付も覚えていないなど、近時記憶障害を認める
- 会話の途中で、唐突に別の質問をするなど注意障害が著しい
- 日常生活では、一つのことに取り組むともう一つのことを忘れている(近時記憶障害、注意障害)
- 段取りが悪く、何をするにも時間がかかる(遂行機能障害)
- 右下肢の麻痺(装具着用)と軽度の構音障害(神経所見)
- 本人には不十分ながら障害に対する自覚はあった(病識の低下は軽度)

Kumamoto University

現症

認知機能検査

- WAIS-III FIQ 85

⇒元々の知的レベルを考えれば、全般的な知的機能の低下

- リバースミッド行動記憶検査(RBMT)
 - 標準プロフィール点(SPS) 16 (カットオフ値 19/20)
 - スクリーニング点(SS) 6 (カットオフ値 7/8)

大学での様子

- 2週間前に始まった講義にはついていけず、一日の講義が終われば極度に疲労し、復習も満足にできない

Kumamoto University

評価

- 本人の障害レベル
 - 記憶障害のレベルは何らかのサポートなければ仕事に困難なレベル⇒養護教員が務まるレベルではない
 - 注意や遂行機能の障害、さらには神経所見を伴うため、現状では養護教員の資格を取得可能なレベルではない
 - 前医でも養護教員は無理と言われていたが、本人の強い希望により復学となった経緯
- サポート体制
 - 母親が同居し本人の生活を援助
 - 大学の教官は本人の病態を把握
 - ノート記載の手伝いなど、クラスメートによる支援は得られていた

Kumamoto University

治療とマネジメント

支援方針

- 養護教員の夢をあきらめなければならない可能性が高いが、本人が障害を受容するためには一度は試みても必要と考え、やれるところまでやってもらう

以下の支援を計画

- 2週に一回の面接を通して障害受容を促す。適応障害が生じた場合は治療を実施(医師)
- 本人に対する心理的サポート(臨床心理士)
- 本人の身の回りの世話のため熊本まで来ている母親へのサポート(PSW)
- 認知機能障害と麻痺に対する通院リハビリテーションは自宅近くのリハビリテーション病院で実施

Kumamoto University

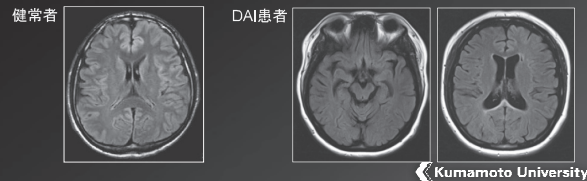
支援開始後の経過

- 1年間頑張って通学を続けたが単位は取得できず留年
- 2年目の1学期でも単位が取得できず、卒業できないことが決定
- この頃には、「絶対養護教員になる」⇒「自分には養護教員は無理かもしれない」と発言が変化
- A県に戻り就労への道を探っていくことになる
- 熊本での1年間の経験を経て
 - 子供っぽさが減る
 - 生活の自立度が上がる
 - RBMT SPS16 SS6 ⇒ SPS18 SS9と改善
- 今後も就労に際してさまざまな困難に直面することが予想される⇒長期にわたるサポート(特に心理的側面)が望まれる

Kumamoto University

びまん性軸索損傷 (Diffuse Axonal Injury; DAI)

- 頭部に回転性の外力が加わることで、脳の神経細胞の線維(軸索)が広範囲に断裂し、機能を失う
- ヘルメットを着用したオートバイ事故のように、頭部に直接の打撲がない場合でも、強く脳が揺れることにより起こり得る
- 頭部外傷のうち、受傷直後から6時間を超えた意識消失がある場合を、臨床的にびまん性軸索損傷と定義
- びまん性軸索損傷により、記憶障害、注意障害、遂行機能障害などの認知機能障害が引き起こされる

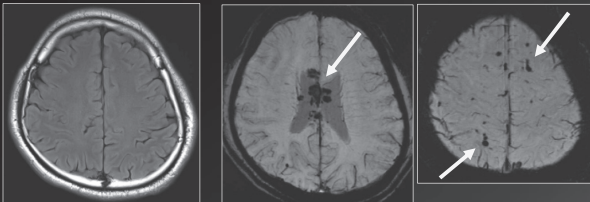


Kumamoto University

びまん性軸索損傷のMRI

FLAIR画像

SWI画像



白質の多発性微小出血がみられる

- びまん性軸索損傷を疑ったときは、必ずMRI SWIもしくはT2*画像を撮影し微小出血の有無を確認する

Kumamoto University

押さえておくべき認知機能障害

- 記憶障害
 - 病巣との対応
- 注意障害
 - 注意の分類
 - 注意障害を疑う症状、所見
- 遂行機能障害
 - 遂行機能とは?

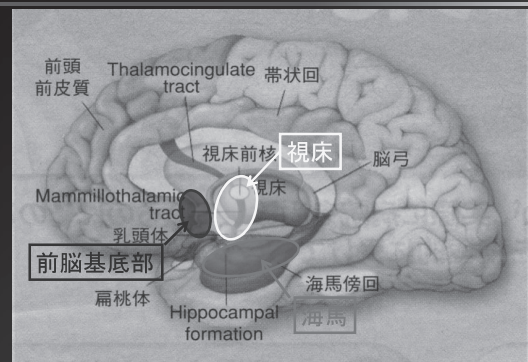
Kumamoto University

記憶障害を引き起こす代表的脳病変

- 海馬を含む内側側頭葉
 - 辺縁系脳炎(単純ヘルペスなど)、脳梗塞(後大脳動脈領域梗塞)
- 間脳病変(視床、乳頭体を含む)
 - 視床梗塞、ウェルニッケ脳症
- 前脳基底部病変
 - 前交通動脈瘤破裂によるクモ膜下出血
- びまん性軸索損傷
 - 頭部外傷

Kumamoto University

ヒトの記憶システム

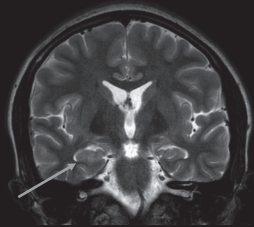
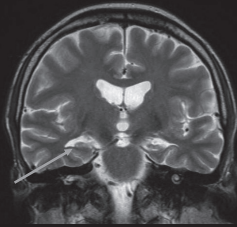


Kumamoto University

海馬病変による記憶障害患者のMRI画像

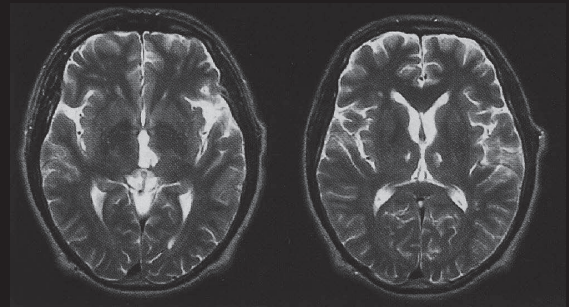
辺縁系脳炎後症例

健常者



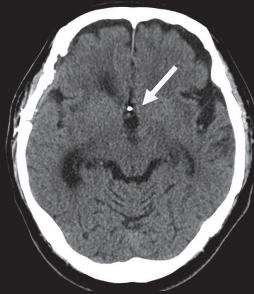
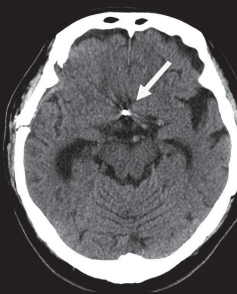
Kumamoto University

視床内側部梗塞例



Kumamoto University

前脳基底部病変例 (A-Com SAH後)



Kumamoto University

押さえておくべき認知機能障害

- 記憶障害
 - 病巣との対応
- 注意障害
 - 注意の分類
 - 注意障害を疑う症状、所見
- 遂行機能障害
 - 遂行機能とは？

Kumamoto University

注意の臨床的分類

強度 (Intensity)

- アラートネス (Alertness)
- 持続性 (sustained attention)

選択性 (Selectivity)

- 集中性・選択性 (focused attention)
- 分配性・転導性 (divided attention)

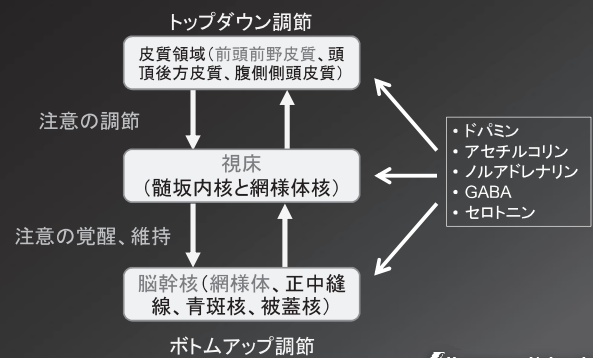
注意の制御 (Supervisory attentional control)

- 柔軟性 (flexibility)
- 戦略 (strategy)

(精神科臨床リュミエール10 より改変引用)

Kumamoto University

正常な注意プロセスにおける主要構造と経路



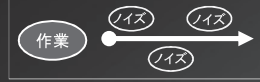
Kumamoto University

注意の分類 (Sohlbergらによる臨床分類)

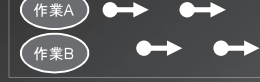
持続性注意
反応を一定時間維持、継続



選択性注意
不要な刺激を抑制して、本来の反応に専念



転換性注意
複数の作業を交互に処理

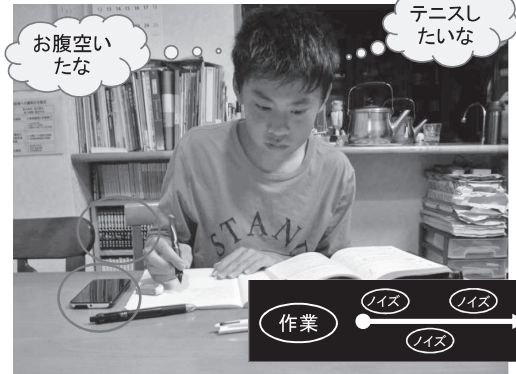


分配性注意
複数の作業を同時に処理



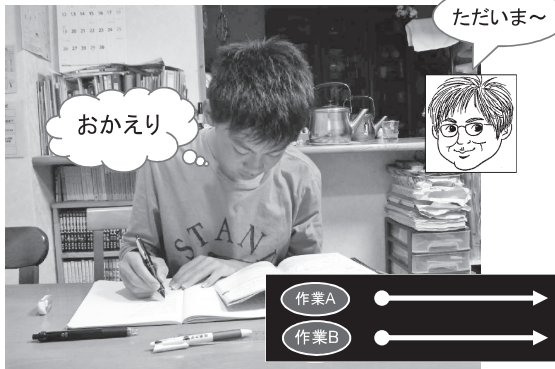
Kumamoto University

選択性注意



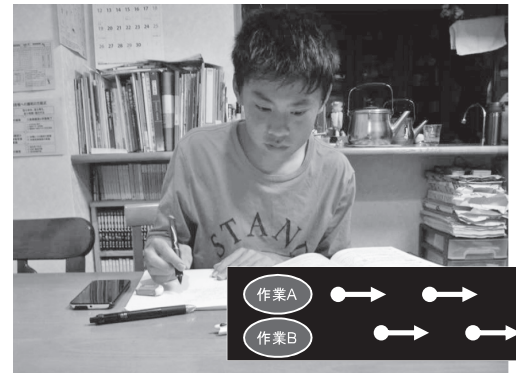
Kumamoto University

注意の分配



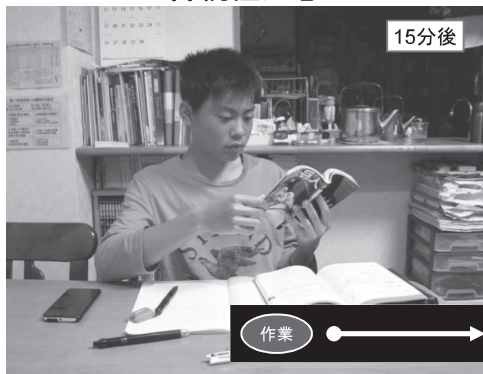
Kumamoto University

転換性注意



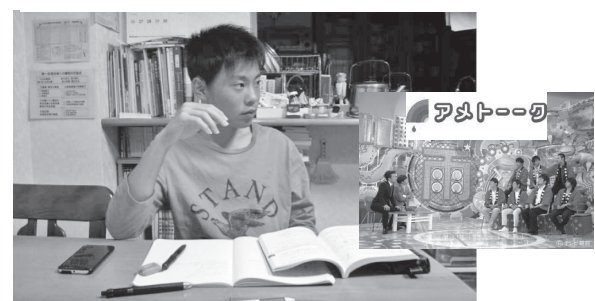
Kumamoto University

持続性注意



Kumamoto University

注意の能動的制御



注意機能が保たれていなければ、まとまった作業はできない

Kumamoto University

注意障害は気づかれにくい

- 軽微な障害では入院生活に支障がなく異常に気づかれにくい
- 特徴的な訴えが少なく、社会生活上の非特異的問題として表面化しやすい



- “何か変”と感じた場合は、積極的に注意障害を疑ってかかることが必要

Kumamoto University

注意障害を疑う症状、所見

- 同じことを何度も聞き返す
- 同じミスを何度も繰り返す
- 用事を二つ頼むと一つ忘れていく
- 物事を継続するのに促しが必要
- 作業が長く続けられない
- 時間経過とともにミスが増える、作業効率が低下する
- 反応や応答が遅く、行動や動作がゆっくり
- 活気がなくぼんやりしている
- 「疲れやすい、だるい、眠い」などの訴え

Kumamoto University

注意障害の検査手技

- 数唱 (Digit span)
- 暗算 (100から7ずつ引いていく)
- Cancellation Test (抹消課題)
- Symbol Digit Modalities Test (SDMT)
- Memory Updating Test (記憶更新検査)
- Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT)
- Stroop Test

Kumamoto University

押さえておくべき認知機能障害

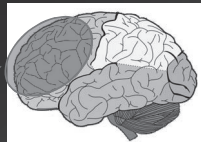
- 記憶障害
 - 病巣との対応
- 注意障害
 - 注意の分類
 - 注意障害を疑う症状、所見
- 遂行機能障害
 - 遂行機能とは？

Kumamoto University

遂行機能障害

- ある目的を達するために必要な複数の行動を、効率的な方法および順序で適切に行う機能の障害
- 前頭葉の働きが大きく関与している

前頭葉
背外側部



- 日常生活での症状
 - 切符を買ったりお金を支払う際に手間がかかる (前もってお金を準備していない)
 - 時間がないのにゆっくり新聞を読んでいる (時間の逆算ができない)
 - 約束時間が守れず “嘘をつく” と言われている人も
 - 予定通りに事が運ばないと混乱する (行動を臨機応変に修正できない)
- 簡単に言えば “段取りが悪い”

Kumamoto University

症例 50代男性 右利き

【主訴】 仕事ができない (妻)

【生活歴】 大卒後土木会社に勤務し、経営、現場監督など指導的な立場にいた

【病歴】 X-8年にもやや病による脳梗塞を発症。バイパス手術後、リハビリテーション入院を経て自宅退院した。仕事に復帰したもの、仕事の段取りができない (雨の日に芝を植えて駄目にする)、記憶の間違い (必要のないブロックを発注する)、などの仕事に支障をきたすようになった。近頃から便利との理由で、他人の駐車場に車を止めるような迷惑行動も認められた。徐々に行動障害は減少し、日常生活では障害に気づかれない程度にまで改善したが、現場監督の仕事がうまくこなすことができずしばしばパニックとなった。当科には高次脳機能障害精査目的で受診となる。

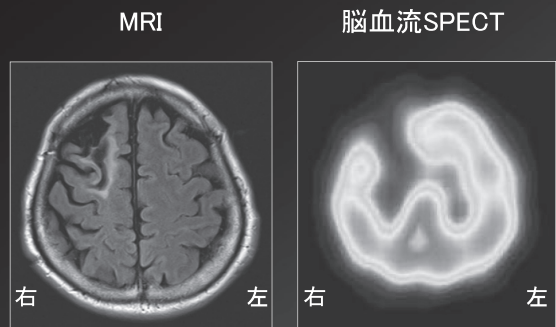
Kumamoto University

診察時現症・検査所見

- ・ 礼節は保たれ疎通性は良好で、診察や検査にも協力的
- ・ 「自分では特に悪いところはないと思う」と障害の自覚はない
- ・ 診察レベルでは明らかな記憶の障害は認めず、言語や注意も保たれている
- ・ MMSE 28/30点
- ・ TMT A 32s, B 67s(年齢相応)
- ・ リバーミード行動記憶検査 SPS 21 SS10(年齢相応)

Kumamoto University

画像所見



Kumamoto University

抽象化の障害

(質問) とんぼと飛行機の共通点は？

(回答) 羽があって飛ぶところ

(質問) とんぼと飛行機の相違点は？

(回答) トンボは自分の力で飛ぶ。飛行機は燃料で飛ぶ。

(他に違いはないですか)

(回答) トンボは空気抵抗は関係なく飛ぶが、飛行機は空気抵抗を利用して飛ぶ。

- ・ 全体が見えずに細部にこだわってしまう傾向がある
- ・ 指示を受けてそれをこなす一作業員としての仕事はできても、全体をみながら適宜指示を与えなければならない現場監督はこなせないであろう

Kumamoto University

遂行機能障害の検査法

- ・ 語列挙検査
- ・ かなひろいテスト
- ・ Trail Making Test (TMT)
- ・ Wisconsin Card Sorting Test (WCST)
- ・ Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)

Kumamoto University

社会的行動障害について

Kumamoto University

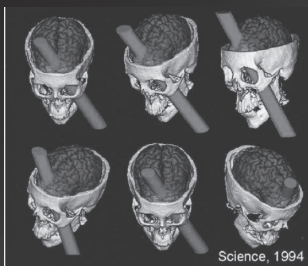
社会的行動障害を引き起こす二つの要因

- ・ 直接脳損傷に起因する症状
 - － 前頭葉障害⇒脱抑制、衝動性、アパシー
 - － 辺縁系障害⇒情動障害
 - － 前頭葉、基底核障害？⇒固執
- ・ 障害を負うことにより反応性に生じる症状
 - － 障害のため社会適応が難しくなり、反応性に不安、抑うつ、怒りなどが生じる(適応障害)
- ・ 実臨床において、我々精神科医は後者の症状に関わることが多い

Kumamoto University

前頭葉障害による人格・行動障害の最初の報告例

- 1848年、鉄道建設作業の現場監督であるフィネアス・ゲージ25歳は、ダイナマイトが暴発し、長さ109cm、太さ3cm、重さ6kgの鉄棒がゲージの下顎から頭を貫通した。
- 自宅で7ヶ月間静養したのち現場に復帰するが、以前のような指導的役割を果たすことができなかった。
- 事故以前には精神的にもバランスがとれていたが、事故後には、きまぐれで、非礼で、下品になり、仲間に敬意をほとんど示さなくなった。
- 辛抱強さを失い、移り気で、優柔不断で、そのくせ頑固になり、将来の行動のプランを決めることができなくなった。
- 友人たちは、「彼はもはやゲージではない」と評した。



Kumamoto University

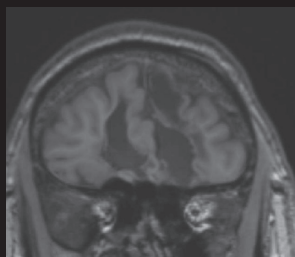
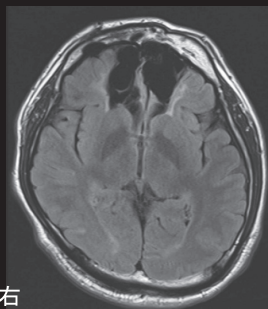
20代 右利き男性 無職

【主訴】 仕事が続かない(本人)、お金を勝手に使う(両親)
【病歴】

- 6歳時にベランダから転落し、脳挫傷受傷。
- 小学校では協調性や落ち着きがないと言われ、欲求が通らないと物を壊したりした。中学生時は親から渡された学級費を遣いこんだり、友人との約束を守らないなどのトラブルが頻発していた。
- 高校中退後は知人の下で大工として働くが長続きせず、数ヵ月単位で職を転々としていた。お金の浪費が激しく、親のキャッシュカードからお金を引き出し、買い物や飲食代で1日に20～30万円使うことがある。
- 対応に困り果てた家族と共に当科受診となった。

Kumamoto University

MRI所見



Kumamoto University

診察時の様子

【診察所見】

- 穏やかな態度で疎通性は良好
- 自分の行動の問題に対する自覚はあり、困り感もあった
- 軽度の注意障害を認める以外には、明らかな認知機能低下なし(WAIS-III FIQ 83)

【日常の行動】

- 他人の物や職場の電話を無断で使う
- 飲み屋に頻繁に通い、支払いを両親に回す
- お金を返す約束をしても守れない
- 毎日仕事に通っている間は問題も少ないが、一旦生活が崩れると立て直せない

【経過】

- あるトラブルを契機に警察官から厳しく叱責され行動障害は多少軽減したが一ヵ月もすれば元通り
- 最近、窃盗、覚醒剤使用で逮捕され執行猶予中

Kumamoto University

精神科医が高次脳機能障害を診察する利点

- 利点
 - 通院精神療法、精神科デイケア、精神科外来作業療法などコスト面の有利さ⇒長期に亘る支援が可能
 - 多職種による介入が可能
 - 社会参加という目標設定は精神科医が日常的に行っているもの
- 短所
 - 認知機能障害、神経症候に対する苦手意識⇒認知リハなどのわからない部分は専門家に任せる
 - 器質性精神障害への偏見(良くならない)
- 高次脳機能障害の特性を考慮すれば、精神科医が担うべき役割は大きい

Kumamoto University

II. 分 担 研 究 報 告

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高次脳機能障害者の未診断・未治療期間の検討
ー発達障害、認知症との比較検討ー

研究分担者 上村直人 高知大学医学部神経精神科学教室 講師

研究要旨

高次脳機能障害の適時・適切な臨床診断はこれまで不十分な点が多かった。その要因には、「見えない病気」とも称され、受傷直後やリハビリテーション段階での高次脳機能障害への気づきがなされにくいことや、医療関係者においても、高次脳機能障害の状態理解は十分でないことから、適切な臨床診断が下され、適切な医療やリハビリテーションを受けるまでに長い期間が費やされていると予測される。そこで今回、統合失調症の早期介入研究などで用いられている概念である未治療期間（**Duration of untreated psychosis**）を高次脳機能障害に適応し、高次脳機能障害の発症から臨床診断がつくまでの期間を、発達障害および認知症の代表的原因疾患であるアルツハイマー病と比較検討した。

研究は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとにして行った。今回のデータ選択基準として、(1) 2014年2月1日～2016年12月31日までに高知大学医学部附属病院神経科精神科、もの忘れ外来を初診し、(2) ICD-10 の F04, 06, 07 の診断基準を見たとし、(3) うつ病や統合失調症などの精神疾患がない者を対象とした。評価として初診時年齢、受傷から未治療期間について評価した。高次脳機能障害の対象者は 19 名で、初診時平均年齢 52.2 ± 19.0 歳、平均発症年齢は 46.6 ± 21.4 歳 (18-72 歳)、平均 MMSE は 25.7 ± 4.2 (18-30) であった。ADHD 群は 17 名で、初診時平均年齢 57.0 ± 16.0 歳、平均発症年齢は 55.7 ± 15.7 歳 (23-76 歳)、平均 MMSE は 26.7 ± 2.3 (22-30) であった。AD 群は 34 名で、初診時平均年齢 74.1 ± 11.0 歳、平均発症年齢は 70.1 ± 13.6 歳 (54-89 歳)、平均 MMSE 22.3 ± 3.6 (12-27) であった。DUP の比較では、高次脳機能障害群 (N=19 名) の平均 DUP は 66.0 ± 94 (8-300) ヶ月で中央値は 17.0 カ月であった。ADHD 群 (N=17 名) の平均 DUP は 17.6 ± 17.7 (1-60) ヶ月で中央値は 12.0 カ月であった。AD 群 (N=34) では平均 DUP 34.2 ± 25.9 (5-100) ヶ月で中央値は 24.0 カ月であった。以上から高次脳機能障害の適切な臨床診断を行う体制がまだまだ不十分であることが示唆された。

較検討した。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

中島亜季	高知大学医学部附属病院
------	-------------

A. 研究目的

高次脳機能障害が適切な時期に診断されているのかという臨床疑問に対して、アルツハイマー病と高齢者で診断された発達障害者との比較検討を行った。そこで今回、未治療期間（**Duration of untreated psychosis**；以下 DUP）の概念を高次脳機能障害にも適応し、高次脳機能障害の発症から臨床診断がつくまでの期間について、発達障害者と認知症の代表であるアルツハイマー型認知症（以下 AD）群で比

B. 研究方法

1. 研究は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとにして行った。今回のデータ選択基準として、(1) 対象者は 2014 年 2 月 1 日～2016 年 12 月 31 日までに高知大学医学部附属病院神経科精神科、もの忘れ外来を初診し、(2) ICD-10 の F04, 06, 07 の診断基準を満たし、(3) うつ病や統合失調症などの精神疾患がない者を対象とした。また、発達障害者はもの忘れ外来での精査目的で受診し、認知症を含めた精神疾患が除外され、WURS (Wender Utah Rating Scale) で 35 点以上の者を発達障害群と判断した。アルツハイマー病の診断は ICD-10 基準を用いた。

2. 評価として初診時年齢、性別、背景疾患、また発症から診断を受けるまでの未診断期間（以下 DUP）を評価した。

（倫理的配慮）

本調査研究施行に当たっては、認知症疾患データベース調査に関する高知大学倫理委員会での承認を得て行なった。

C. 研究結果

1) 対象者の背景

高次脳機能障害の対象者は 19 名で、初診時平均年齢 52.2 ± 19.0 歳、平均発症年齢は 46.6 ± 21.4 歳（18-72 歳）、平均 MMSE は 25.7 ± 4.2 （18-30）であった。比較対象の ADHD 群は 17 名で、初診時平均年齢 57.0 ± 16.0 歳、平均発症年齢は 55.7 ± 15.7 歳（23-76 歳）で、平均 MMSE は 26.7 ± 2.3 （22-30）であった。AD 群は 34 名で、初診時平均年齢 74.1 ± 11.0 歳、平均発症年齢は 70.1 ± 13.6 歳（54-89 歳）、平均 MMSE 22.3 ± 3.6 （12-27）であった。

2) DUP の比較

高次脳機能障害群（N=19 名）の平均 DUP は 66.0 ± 94 （8-300）ヶ月で中央値は 17.0 カ月であった。ADHD 群（N=17 名）の平均 DUP は 17.6 ± 17.7 （1-60）ヶ月で中央値は 12.0 カ月であった。AD 群（N=34）では平均 DUP 34.2 ± 25.9 （5-100）ヶ月で中央値は 24.0 カ月であった。

表 1：高次脳機能障害と未治療期間・未診断期間（比較検討）

	TBI 群 N = 19	ADHD 群 N = 17	AD 群 N = 34
性別(男/女)	14/5	8/9	14/20
年齢	52.2 ± 19.0	57.0 ± 16.0	74.1 ± 11.0
発症年齢 (range)	46.6 ± 21.4 (18-72)	55.7 ± 15.7 (23-76)	70.1 ± 13.6 (54-89)
MMSE (range)	25.7 ± 4.2 (18-30)	26.7 ± 2.3 (22-30)	22.3 ± 3.6 (12-27)
DUP (range) (中央値)	66.0 ± 94 (8-300) (17.0)	17.6 ± 17.7 (1-60) (12.0)	34.2 ± 25.9 (5-100) (24.0)

D. 考察

高次脳機能障害の発症から臨床診断が下されるまでの期間である未治療期間（DUP）を ADHD 群と AD 群で比較検討した。高次脳機能障害群では平均

DUP は 66.0 カ月と AD 群の 2 倍、ADHD 群の 3 倍と著しく長かった。中央値比較では高次脳機能障害群では、17.0 カ月であり、AD 群よりは短かったが、ADHD 群よりは長かった。一般的に DUP と言った指標は平均とりも中央値比較がより臨床的と言われているが、バラつきは他の 2 群と比べて著しく、したがって、高次脳機能障害の発症から臨床診断までの期間のバラつきが大きいことは高次脳機能障害という疾患の理解や普及が進んでいないことが明らかと考えられた。国民的理解の進んだ AD や発達障害での DUP 期間の偏差が 17.7 ケ月、25.9 ケ月である一方、高次脳機能障害では 94 ケ月間であることから、今後ますますの疾患理解のための普及啓発が必要と考えられる。

E. 結論

高次脳機能障害の未治療期間（DUP）を AD 群、ADHD 群と比較検討した。高次脳機能障害では平均 DUP が他の疾患群に比較して著しく長く、またそのバラつきが大きいという事はすなわち、高次脳機能障害の適切な診断に関して偏在が大きく、適切な診断やスクリーニング検査および専門性の確立が必要であると思われる。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Fujito R, Kamimura N, Ikeda M, Koyama A, Shimodera S, Morinobu S, Inoue S. Comparing the driving behaviours of individuals with frontotemporal lobar degeneration and those with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics 2016 Jan;16(1):27-33. doi: 10.1111/psyg.12115. Epub 2015 Mar 3. (査読有)
- 2) Baba T, Kanno S, Shijo T, Nishio Y, Osamu I, Kamimura N, Ishii T, Mori E. Callosal Disconnection Syndrome Associated with Relapsing Polychondritis Internal Medicine Vol.55, No. 9, 1191-3, 2016 (査読有)
- 3) Mamiya Y, Nishio Y, Watanabe H, Yokoi K, Uchiyama M, Baba T, Iizuka O, Kanno S, Kamimura N, Kazui H, Hashimoto M, Ikeda M, Takeshita C, Shimomura T, Mori E. The Pareidolia Test: A Simple Neuropsychological Test Measuring Visual Hallucination-Like Illusions. PLoS One. 2016 May 12;11(5):e0154713. doi: 10.1371/journal.

pone. 0154713. eCollection 2016.

- 4) 上村直人. 待ったなしの認知症治療！かかりつけ医の果たす役割の重要性 認知症と自動車運転. 認知症と自動車運転 日本臨床内科学会誌 第 30 巻第 5 号, 631-636, インテルナ出版東京, 2016
 - 5) 上村直人, 澤田健, 諸隈陽子, 吉本啓一郎, 大久保晃, 下寺信次, 古谷博和, 森信繁. 高知県認知症疾患医療センターの取組みと課題～地域特性を活かしたシステム作りを目指して～高知県医師会医学雑誌 VOL 21 NO 1, 84-91, 2016
 - 6) 上村直人, 大石りさ, 藤戸良子, 諸隈陽子. V I I I 諸問題 認知症と自動車運転 臨床精神医学第 45 巻 5 号 673-679 アークメディア 2016
 - 7) 上村直人, 大石りさ, 藤戸良子, 諸隈陽子. 自動車運転をどう判断し、対応するか—家族医の悩み、医師の悩み（ジレンマ） Modern Physician VOL 36 NO 10 1103-1107, 2016
 - 8) 上村直人, 藤戸良子, Tanya Leelasiriwong 認知症医療における課題 認知症の人にとっての運転をやめる難しさ、やめた後の難しさ Progress in Medicine 36 :1051-1057, 2016
 - 9) 上村直人, 諸隈陽子 対策 心理教育 心理教育 免許失効前後の心理的・社会的ケア/サポートの必要性日本精神科病院協会雑誌 第 35 巻第 5 号 2016 年 5 月号 469 P35～40, 2016
 - 10) 上村直人. 視点 高齢者による自動車運転 月報 司法書士 No. 539 P62-68, 2016
2. 学会発表
 - 1) 上村直人. 認知症と運転—待ったなしの問題 第 35 回日本社会精神医学会 2016.1. 28 岡山
 - 2) 上村直人, 須賀楓介, 土居江里奈, 赤松正規, 下寺信次, 森信 繁. 物忘れ外来におけるうつ状態の鑑別の重要性について～認知症以外の物忘れを主訴とするうつ状態の鑑別を要した 2 事例からの考察～第 35 回日本社会精神医学会 2016.1. 28 岡山
 - 3) 上村直人. もの忘れ外来における抑うつ状態鑑別の重要性 第 35 回日本社会精神医学会演題 2016.1. 28 岡山
 - 4) 上村直人, Tanya Leelasiriwon. 老年期の MC I にみられる ADHD の疫学的調査 第 回 日本老年精神医学会 2016.6 金沢
 - 5) 上村直人, 今城由里子. タッチパネル式簡易認知機能評価機器 (MENFIS-TABLET) の有用性の検討——ケアラーが使用可能な包括的認知症ケア評価ツールの開発—2016.6. 5 神戸
 - 6) 上村直人, Tanya Leelasiriwong. 軽度認知障害 (MCI) にみられる発達障害の有病率に関する調査研究 日本神経精神学会 2016 熊本
 - 7) Tanya Leelasiriwong, 上村直人, 安光ラヴェル 香保子. MENFIS による MC I と認知症の鑑別の検証 日本認知症学会 2016.12. 2
 - 8) 上村直人, Tanya Leelasiriwong, 藤戸良子. 認知症患者は運転をやめると本当にボケるのか？ または認知症が進むのか？ 第 35 回日本認知症学会 2016.12. 1 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

「高次脳機能障害患者の支援専門職に対する復職支援のための
ネットワーク研究会実施と今後の課題に関する検討」

研究分担者 石川 智久
熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 助教

研究要旨：

目的：高次脳機能障害患者（HBF 障害患者）の復職/就労支援に大きな役割をになう精神保健福祉士、作業療法士などの、復職/就労支援に対する支援体制づくりに関する連携を深め、専門職のスキルアップを図る「支援ネットワーク研究会」を実施し、そのアンケート調査から、医療・福祉ネットワークの構築にあたっての課題を探ることを目的とする。

対象：第4回 熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会（平成27年11月27日、熊本大学医学部 医学教育図書棟3階 第一講義室において実施）への参加者108名、および、第5回 同会（平成29年1月27日、熊本大学医学部 医学教育図書棟3階 第一講義室において実施）への参加者75名。アンケート有効回収率は、第4回 75.0%、第5回 90.7% であった。

方法：対象に対し、自己記入式のアンケート調査を実施した。

結果：アンケート総数は第4回 81名、第5回 68名、有効回収率は、第4回 75.0%、第5回 90.7% であった。回答者の属性は、第4回では、OT・PT・ST のセラピストが37%、ソーシャルワーカー・精神保健福祉士等相談支援職が41%、第5回では、セラピストが52%、相談支援職が32%であった。勤務先は、第4回では医療機関勤務が58%、福祉機関勤務が32%、行政機関、その他が各々5%であった。第5回では、医療機関勤務が67%、福祉機関勤務が19%、行政機関8%、その他6%と、やや医療機関勤務者が多かった。経験年数は、2年未満の新人が、第4回では15%、第5回では17%、6年未満の中堅は、第4回で46%、第5回で33%、11年未満の管理職クラスは、第4回で22%、第5回で23%、11年以上のベテランは、第4回で17%、第5回で27%であった。

まとめ：両回とも、研修講義内容、事例検討内容について、9割をこえる参加者に好評であった。講義の内容は高次脳機能障害の基本的な事項や、神経心理学的な基礎知識であり、事例検討では実際の事例をもとに、専門医を交えて多職種で検討する内容が好評であったと考える。その背景に、日常的にこれらの事項について系統的に講義を受ける機会が少ないからではないかと推察される。70～80%の回答者が実際に支援に関わった経験があり、80～90%の回答者から研究会の事項がこれからの業務にも役立つと回答があり、内容も実践的であったと考えられた。また、障害の診断・評価と、認知機能リハ、マネジメントに、支援の力点が置かれており、行動障害の治療やリハビリの占める割合はやや低かった。一方、参加者の属性をみると、経験2年未満の新人、6年未満の中堅、11年未満の管理職、11年以上のベテランが、ほぼ均等に参加しており、特に、新人、中堅の参加が半数を超えることから、新人から中堅のニーズが高いことが明らかとなった。参加職種は多くがリハ職またはワーカー職であり、今後の課題としては、医師・看護師・保健師などの医療系専門職の参加を増やし、多職種での検討ができる機会を作ることであると考えられた。

A. 研究目的

我々は、本研究の昨年度の報告書で、高次脳機能(HBF;Higher Brain Function)障害患者の復職/就労支援(以下、就労支援とする)において、就労支援に関わる多種多様の専門職は、本人の精神症状

や行動障害そのものが就労支援の直接的な妨げになっていると考えているわけではなく、近時記憶障害、コミュニケーション障害、注意障害といった認知機能障害そのもの、および、職場の受け入れ体制や協力体制に課題があると考えていることを明らかにした。

一方、熊本県高次脳機能障害センターでは、毎年定期的に HBF 患者の復職に関わる専門職に対する支援ネットワーク構築のための研修および事例検討会（『熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会』）を開催しており、本人や家族への効果的な介入方法の検討、社会側の支援体制づくりのための研修等を実施している。

そこで、本研究では、研究会の効果を検証し、今後の会の展開を検討するために参加者に対してアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

【対象と方法】

第4回 熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会（平成27年11月27日、熊本大学医学部 医学教育図書棟3階 第一講義室において実施）への参加者108名、および、第5回 同会（平成29年1月27日、熊本大学医学部 医学教育図書棟3階 第一講義室において実施）への参加者75名。

（倫理面への配慮）

アンケート調査への回答をもって、同意したものとみなした。本研究では個人情報とは取り扱わない。

C. 研究結果

アンケート総数は第4回 81名、第5回 68名であった。アンケート有効回収率は、第4回 75.0%、第5回 90.7% であった。

回答者の属性は、第4回では、作業療法士(OT)・理学療法士(PT)・言語療法士(ST) のセラピストが37%、ソーシャルワーカー(SW)・精神保健福祉士(PSW)等相談支援職が41%、第5回では、セラピストが52%、相談支援職が32%であった。いずれも、ほか、看護師、保健師、医師、福祉施設スタッフ、行政職などの参加があった。勤務先は、第4回では医療機関勤務が58%、福祉機関勤務が32%、行政機関、その他が各々5%であった。第5回では、医療機関勤務が67%、福祉機関勤務が19%、行政機関8%、その他6%と、やや医療機関勤務者が多かった。経験年数は、2年未満の新人が、第4回では15%、第5回では17%、6年未満の中堅は、第4回で46%、第5回で33%、11年未満の管理職クラスは、第4回で22%、第5回で23%、11年以上のベテランは、第4回で17%、第5回で27%であった。

設問1にて、講義の感想、設問2にて、事例検討の

感想をたずねた。第4回、第5回とも、90%以上で非常に良かった・よかったと回答があり、好評であった。

設問3では、研究会の事項がこれからの業務にも役立つかと問うと、「非常に活用できる」「活用できる」との回答があわせて第4回では93%、第5回では85%あった。

設問4では、これまでに支援に関わったことがあるかどうかを問うと、第4回では78%、第5回では71%の回答者が、「ある」と答えた。

設問5では、どのような支援を実践した・あるいはしているかについてたずねた（複数回答可）ところ、第4回では、認知機能リハ・評価が22%、マネジメント支援に21%、障害の診断評価と行動障害リハが各々15%という順であった。第5回でも、認知機能リハ23%、マネジメント支援 25%と多く、ついで、障害の診断評価14%、行動障害リハ15%であった。

自由記述では、「高次脳機能障害についての講義を聴くのが初めてだった」「具体的な支援の方法が聞けて良かった」「就労のためには多職種連携が必要であることが分かった」などの意見が多かった。

D. 考察

第4回、第5回実施の研究会のいずれも、研修講義内容、事例検討内容について、9割をこえる参加者に、好評であった。講義の内容は高次機能障害の基本的な事項や、神経心理学的な基礎知識であり、事例検討では実際の事例をもとに、専門医を交えて多職種で検討する内容が好評であったと考える。自由記述にもあるように、その背景には、日常的にこれらの事項について系統的に講義を受ける機会が少ないからではないかと推察される。

実際に支援に関わった経験を問うと、70～80%から「ある」と回答され、研究会の事項がこれからの業務にも役立つかと問うと、「非常に活用できる」「活用できる」との回答があわせて80～90%あり、内容も実践的であったと考えられた。また、実際におこなった、もしくはおこなっている支援を問うところ、障害の診断・評価と、認知機能リハ、マネジメントに、支援の力点が置かれており、行動障害の治療やリハビリは実際には力点が置かれていないことがわかった。一方、参加者の属性をみると、経験2年未満の新人、6年未満の中堅、11年未満の管理職クラス、11年以上のベテランが、ほぼ均等に参加しており、特に、新人、中堅の参加が半数を超えることから、勉強したいという意

欲が表れているものと考えられ、新人から中堅からの期待が高いことが表れている。

参加者の職種をみると、OT・PT・ST のリハ職が40～50%、SW・PSW・ケアマネ等のソーシャルワーカー職が40%前後であり、参加者の大半が、セラピストもしくはケースワーカー・支援相談員であった。勤務先は医療機関と福祉機関が大半であり、もともとの母集団の人数の差と考えられる。今後の課題としては、医師・看護師・保健師などの医療系専門職の参加が少なかったことが挙げられる。

E. 結論

熊本県高次脳機能障害センターでおこなっているHBF 障害患者復職支援連携構築のためのネットワーク研究会を企画実践し、アンケート調査を解析した。

HBF 障害患者の支援には、関係機関同士のネットワーク構築が必要であることはこれまでも示されているが、今回の研究会を通して、そもそもセラピストや支援ワーカーなどが、高次脳機能障害に関する基礎的な系統講義を受けていないこと、事例検討にも触れる機会が少ないこと、それらの機会を求めるニーズが高いことが示された。今回の研究会では、これらのニーズにあわせて内容を企画したことから、参加者の満足度が非常に高いことがそれを裏打ちしている。

また、実際に HBF 障害患者の就労支援を行っている経験のある参加者も7～8割と多く、社会からのニーズもあることが示されたが、実際に行われている支援の多くが、障害の評価とリハ、および、マネジメント支援に力点の多くが割かれており、これらに対する研修を企画する意義は大きいと考えられる。また、行動障害評価や行動障害のリハを実践している割合が少ないことから、復職支援には、これらの要素はあまり重要視されていない可能性があり、この点は、昨年度の我々の本研究での報告書でも指摘したように、精神症状や行動障害が復職支援の妨げになっていないというアンケート結果とも一致していた。

参加者の属性を見ると、経験年数はおおむねまんべんなくすべての年代で参加があったが、職種はセラピストと支援相談員・ワーカー職が多く、医師・看護師・保健師などの医療専門職の参加が少なかった。障害の評価や状態像の把握、背景疾患との体系的な理解のためには、医療専門職のかかわりも重要であり、今後も参加を促していくことが課題としてあげられる。第4回、第5回とも、概ね回答の傾向に違いは

なく、この研究会に係る期待が大きいことがわかる。

今後も専門職の更なるネットワーク構築のために、本研究会を継続し、基本的知識の理解・整理から、具体的な事例の検討を通じたスキルアップとともに、関係する職種が一堂に検討できる場を提供していきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N, Ishikawa T, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Hotta M, Ikeda M : Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics*. 2016 Mar 10. doi: 10.1111/psyg.12200.

2. 学会発表

- 1) 宮川 雄介, 橋本 衛, 福原 竜治, 石川 智久, 遊亀 誠二, 田中 響, 畑田 裕, 池上 あずさ, 池田 学. レム睡眠行動障害 13 例の臨床経過. 第 31 回 日本老年精神医学会, 金沢市, 6 月 23-24 日, 2016, 口頭発表
- 2) 高崎昭博, 上野由紀子, 栗林幸一郎, 石川智久, 橋本衛, 池田学. 非特異的な原発性進行性失語の一例に関する考察, 第 40 回 日本神経心理学学会学術集会, 熊本市, 9 月 15-16 日, 2016, 口頭発表
- 3) 上野由紀子, 小山明日香, 石川智久, 橋本衛, 池田学. レビー小体型認知症の幻視の重症度と負担度に関する研究, 第 40 回 日本神経心理学学会学術集会, 熊本市, 9 月 15-16 日, 2016, 口頭発表
- 4) 宮川雄介, 橋本衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀誠二, 田中響, 畑田裕, 池田学. アルツハイマー病における多発微小出血と精神症候の関係, 第 21 回 日本神経精神医学会, 熊本市, 9 月 17-18 日, 2016, 口頭発表
- 5) 戸谷修二, 加治屋智子, 田中響, 石川智久, 福原竜治, 橋本衛, 池田学. 肛門痛に対して ECT が奏功したレビー小体型認知症の一例, 第 21 回 日本神経精神医学会, 熊本市, 9 月 17-18 日, 2016, 口頭発表

- 6) 田中希、橋本衛、福原竜治、石川智久、遊亀誠二、一美奈緒子、伊地知大亮、池田学. 高次脳機能障害者の就労と障害理解との関連についての検討. 第 40 回 日本高次脳機能障害学会学術総会, 松本市, 11 月 11-12 日, 2016, ポスター発表
- 7) 伊地知大亮、橋本衛、福原竜治、石川智久、遊亀誠二、一美奈緒子、田中希、池田学. 高次脳機能障害患者と介護者の患者に対する感情表出 (Expressed Emotion, EE) の関係について. 第 40 回 日本高次脳機能障害学会学術総会, 松本市, 11 月 11-12 日, 2016, ポスター発表

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

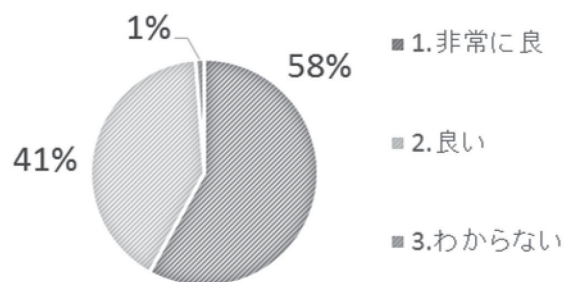
なし

3. その他

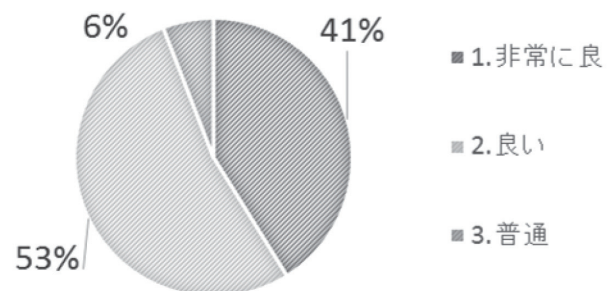
なし

【結果】

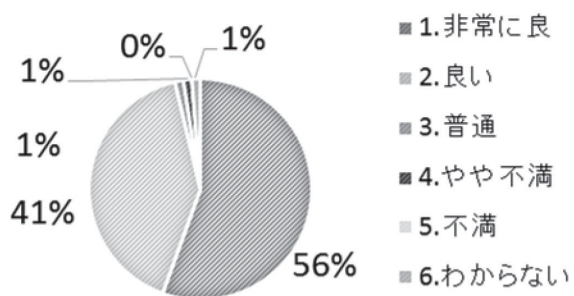
Q1 講義の感想(第4回)



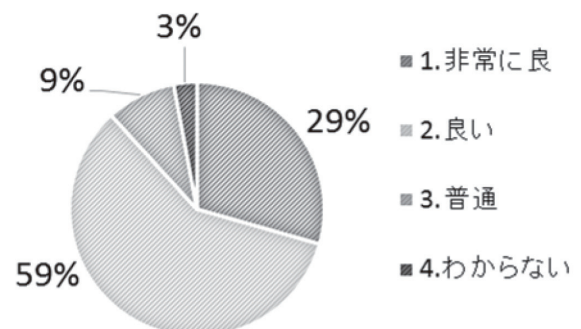
Q1 講義の感想(第5回)



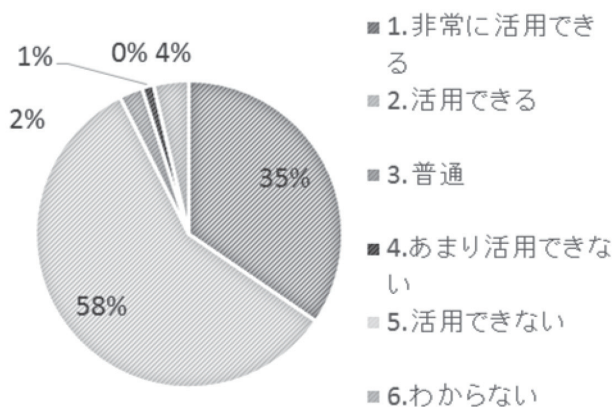
Q2 事例検討の感想(第4回)



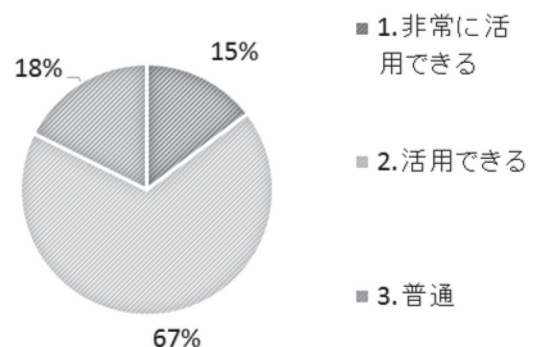
Q2 事例検討の感想(第5回)



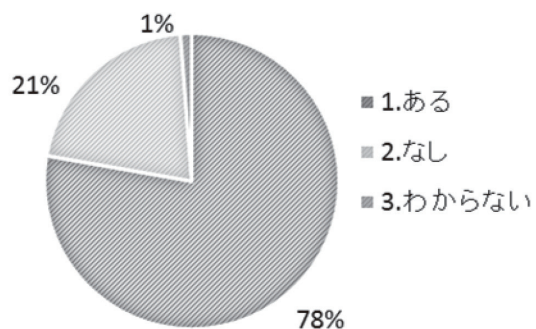
Q3 日常業務に活用できるか
(第4回)



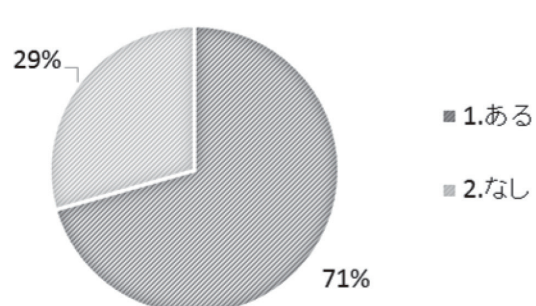
Q3 日常業務に活用できるか
(第5回)



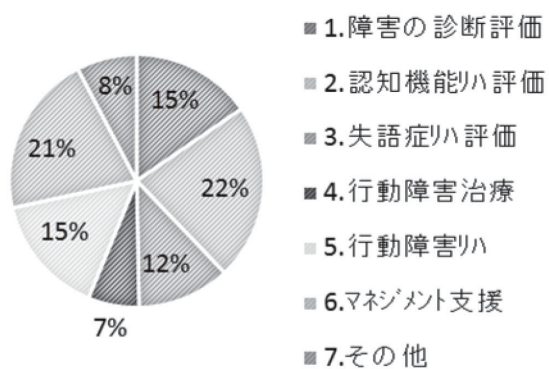
Q4 支援に関わったことがあるか(第4回)



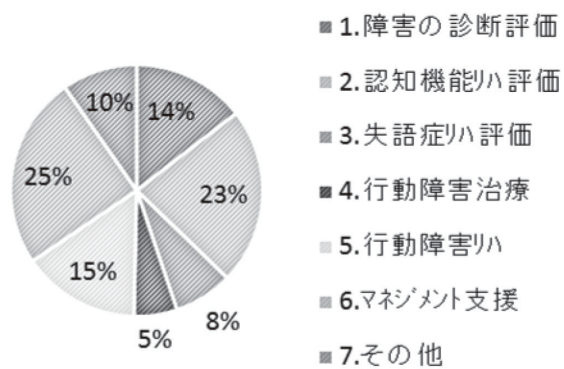
Q4 支援に関わったことがあるか(第5回)



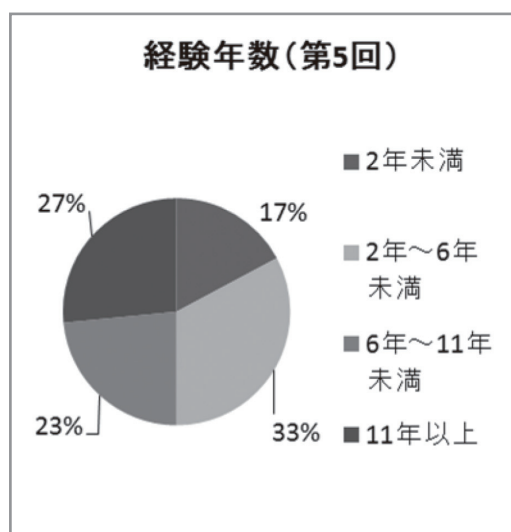
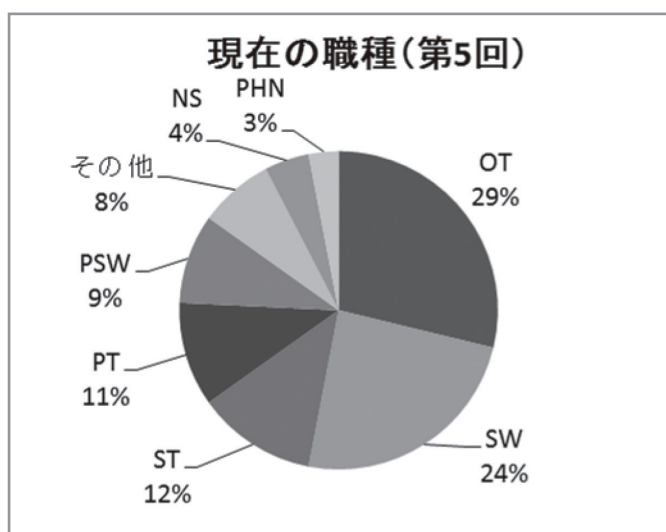
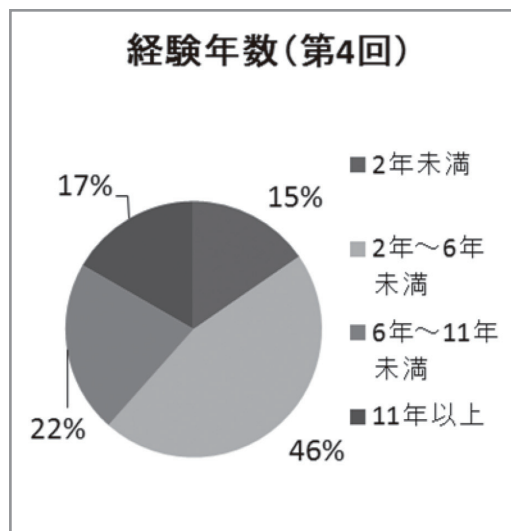
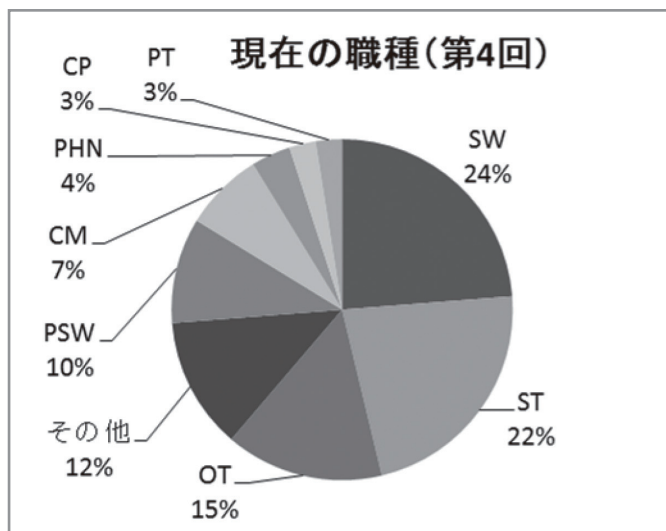
Q5 どのような支援をおこなったか(第4回)



Q5 どのような支援をおこなったか(第5回)



回答者属性



OT: 作業療法士 PT: 理学療法士 ST: 言語聴覚士 SW: ソーシャルワーカー CP: 臨床心理士
 PSW: 精神保健福祉士 NS: 看護師 PHN: 保健師 CM: 介護支援専門員(ケアマネージャー)

能本県高次脳機能障害支援センター

【職種】【經驗年數】年

【関係機関】（該当するところに○をつけてください）

医療機関 行政機関 福祉機関 その他（ ）

1. 本日の「くまもと障がい者ワーク・ライフサポートセンター「縁」の活動について～就労支援の実際～」の講義はいかがでしたか？
〔1非常に良かった 2良かった 3ふつう 4やや不満 5不満足 〕
2. 本日の「事例検討について」の内容はいかがでしたか？
〔1非常に良かった 2良かった 3ふつう 4やや不満 5不満足 〕
3. 日常業務に活用できる内容でしたか？
〔1非常に活用できる 2活用できる 3ふつう 4あまり活用できない 5活用できない 〕
4. 高次脳機能障害者の支援に関わった経験がありますか？
ある ない
5. あると回答された方に伺います。どのような支援をされているのかお尋ねします。あてはまるものに○をお付けください。(複数回答可)
 - 1 障害の診断・評価
 - 2 認知機能に対するリハビリ・評価
 - 3 失語症に対するリハビリ・評価
 - 4 意欲の低下や易怒性などの行動障害に対する治療
 - 5 意欲の低下や易怒性などの行動障害に対するリハビリ
 - 6 高次脳機能障害者への環境調整やマネジメントの支援
 - 7 その他 ()
6. 本日の研究会の感想、これから研究会で取り上げてほしいテーマ、ご要望などがありましたらお書き下さい。

7. 今後開催される研究会や講演会の案内などご希望の方は、お名前・ご所属・ご連絡先をご記入下さい。次回の事例発表者も募集しております。よろしくお願い致します。

《ご協力ありがとうございました》

「第5回 熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会」

アンケートご協力のお願い

本日は、大変お忙しい中、第5回熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会にご出席いただきありがとうございます。

今後、研修会をより良いものにし、ご参加いただく皆さまにとって有意義なものにするためにアンケートにご協力いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

熊本県高次脳機能障害支援センター

【職種】 _____ 【経験年数】 _____ 年

【関係機関】（該当するところに○をつけてください）

医療機関 行政機関 福祉機関 その他（ ）

1. 本日の「就労移行支援と職場定着支援について」の講義はいかがでしたか？
〔1非常に良かった 2良かった 3ふつう 4やや不満 5不満足 〕
2. 本日の「事例検討について」の内容はいかがでしたか？
〔1非常に良かった 2良かった 3ふつう 4やや不満 5不満足 〕
3. 日常業務に活用できる内容でしたか？
〔1非常に活用できる 2活用できる 3ふつう 4あまり活用できない 5活用できない 〕
4. 高次脳機能障害者の支援に関わった経験がありますか？
ある ない
5. あると回答された方に伺います。どのような支援をされているのかお尋ねします。あてはまるものに○をお付けください。（複数回答可）
 - 1 障害の診断・評価
 - 2 認知機能に対するリハビリ・評価
 - 3 失語症に対するリハビリ・評価
 - 4 意欲の低下や易怒性などの行動障害に対する治療
 - 5 意欲の低下や易怒性などの行動障害に対するリハビリ
 - 6 高次脳機能障害者への環境調整やマネジメントの支援
 - 7 その他（ ）
6. 本日の研究会の感想、これから研究会で取り上げてほしいテーマ、ご要望などがありましたらお書き下さい。

{ }

7. 今後開催される研究会や講演会の案内などご希望の方は、お名前・ご所属・ご連絡先をご記入下さい。次回の事例発表者も募集しております。よろしくお願い致します。

{ }

《ご協力ありがとうございました》

第4回熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会 次第

日 時：平成27年11月27日（金） 19時～

場 所：熊本大学医学部付属病院

医学教育図書棟3階第一講義室

1. 開 会

2. 挨拶 熊本大学医学部付属病院 神経精神科 講師

福原 竜治

3. 講 演 テーマ：

「くまもと障がい者ワーク・ライフサポートセンター『縁』

の活動について～就労支援の実際～」

講 師：くまもと障がい者ワーク・ライフサポートセンター「縁」

主任支援ワーカー 原田 文子先生

4. 事例検討 演 題：

「地域で他機関との連携により生活支援した高次脳機能障害の一例」

演 者：熊本市障がい者相談支援センター 絆

センター長 平田 晴彦先生

演 者：くまもと障がい者ワーク・ライフサポートセンター「縁」

支援ワーカー 工藤 麻美先生

5. 質疑応答

6. 閉 会

第5回熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会 次第

日 時：平成29年1月27日（金） 19時～

場 所：熊本大学医学部付属病院

医学教育図書棟3階第一講義室

1. 開 会

2. 挨拶 熊本大学医学部付属病院 神経精神科 准教授

橋本 衛

3. 講 演 テーマ：

「就労移行支援と職場定着支援について」

講 師： チャレンジめいとくの里ゆめくらしワークス事業所

サービス管理責任者／ジョブコーチ 中田 安俊先生

4. 事例検討 演 題：

「急性期病院からの退院支援

～生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の症例～」

演 者： 熊本保健科学大学 言語聴覚学専攻

講師 池寄 寛人先生

5. 質疑応答

6. 閉 会

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金 （認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

「患者の心理介入方法の開発と、有効性の検証－高次脳機能障害患者へのアンガーマネジメント（AM）の実践的な効果－」

分担研究者 遊亀誠二 熊本大学医学部附属病院 神経精神科 助教

研究要旨：

高次脳機能障害患者において、易怒性が高頻度に認められることが知られている。易怒性は、高次脳機能障害者が、社会生活を円滑に営む障害の一因となっており、就職・復職、仕事自体の継続にも、大きな影響を与えていることが考えられる。アンガーマネジメント(AM)という怒りの感情をコントロールする手法を応用し、当院では、高次脳機能障害患者の易怒性へのコントロールを行ってきている。この試みが、高次脳機能障害患者の易怒性コントロールおよび就業への効果が認められた3例を前年報告した。さらに3症例に対して、アンガーマネジメントを行っており、それぞれを検討した。

入院からアンガーマネジメントを導入し、十分に期間をかけた3症例は、易怒性によるトラブルの減少が認められた。完全な就業には至らないものの、仕事への意欲の増加や作業所への継続的参加ができるようになっていた。病感が薄く、アンガーマネジメントへの意欲が低い症例は効果が十分でなく、易怒性が続いた。就労もうまくいっていなかった。外来のみでアンガーマネジメントを行った2症例では、コントロールは良かったり、十分でなかったりした。高次脳機能障害患者へのアンガーマネジメントは有用な結果をもたらす可能性があるが、症例毎の工夫が必要であるかもしれない。

A. 研究目的

高次脳機能障害患者は、易怒性といわれる、怒りの感情が生じやすく、またそれを抑制することの困難な状態が、生じやすくなっていることが広く知られてきている。怒りの感情自体は、人が生きるために必要な自己防衛のための自然な感情であるが、他の感情と比して、そのままに表出することを、抑制されることが多い。怒りをそのままに表出することは、私たち人間が様々に営んでいる、他の人々との関係に対してマイナスに働くことが多いからである。

高次脳機能障害者は、この‘易怒性’の症状ために社会生活を円滑に行うことが困難となっており、就業や復職、仕事自体の継続に、大きなマイナスの影響を受けていることが考えられている。

アンガーマネジメントは、1970年代より、米国

を中心に始まった、‘怒り（アンガー）’の感情と上手に付き合っていく（マネジメント）ための心理教育である。「‘怒り’の感情について正しい知識を得ること」、「知識に基づいたマネジメントの技法を理解すること」、「その技法を実践すること」が行われる。セミナー形式で行われることが多かったが、近年では、より認知行動療法の技法を用いた、アンガーコントロールトレーニングプログラムが用いられ、統合失調症をはじめとした精神疾患患者の‘怒り’の感情のコントロールに成果が上がっている報告がある。

当院では、特に易怒性が強く、社会生活に明確な障害を生じている高次脳機能障害患者に対し、アンガーマネジメントを行ってきている。今回、前年報告した症例のほかに2症例を加え、その実践的な効果と、就労などへの成果につながっている

かを検討した。

特に今回は入院でのアンガーマネジメント導入でなく、外来のみでも施行した症例についても検討した。

B. 研究方法

平成19年より行っている当科高次脳機能障害専門外来を受診した患者のうち、易怒性が強く、入院環境下で、心理士からアンガーマネジメントを行われた3症例に、新たに3症例を加え、マネジメントの効果を、もっとも怒りの対象となり、被害が大きいと思われる家族からの評価と、その後の就業などの社会参加の程度により考察した。

症例1. A 氏。40代男性。脳炎後高次脳機能障害となった。著明な記憶障害があり、WMS-R の一般記憶70程度。両親と農家を営んでいたが、脳炎後は働かなくなり、些細なことで、大声でののしるなどが続いた。

症例2. B 女史。30代女性。脳炎後高次脳機能障害。精神科看護師として、10年以上勤務したが、脳炎後知的機能低下で（WAIS-IIIの FIQ70）、退職。些細なことで苛立ち、家族へ暴言・暴力。精神科病院入院も数回。退院後、近隣への易怒性で転居。転居後も落ち着かず。

症例3. C 氏。10代男性。交通事故後外傷による高次脳機能障害。リハビリ後も、著明な注意障害が続き、留年。自宅へ引きこもる。家族へ易怒性続き、大声や家財の破壊がみられた。

※症例1～3は前年報告症例。

症例4. D 氏。30代男性。交通事故後外傷による高次脳機能障害。事故後 WAIS-IIIで FIQ52と著明な低下が認められた。運送業に携わっていたが、ミスが続き、休職。易怒性明らかで、義父の自営業手伝いも些細なことでぶつかって継続できなかった。子供や妻への暴言・暴力が続いていた。

症例5. E 氏。20代男性。交通事故後外傷での高次脳機能障害。リバーミード実行記憶検査でSPS19、SS8程度であった。A 型事業所で就労訓練を継続しているが、易怒性が著明で特に家族対しての暴言が続いていた。

症例6. F 氏。30代男性。髄膜腫手術後の高次脳機能障害。認知機能障害は軽度の遂行機能障害のみ。10代での発症で、定時制高校卒業後も定職に就かず、アルバイトを時々繰り返している状態。アパシーや易怒・興奮から家族への暴言・暴力が続いていた。

症例1～4は入院時から、また症例5～6は外来から、心理士によるアンガーマネジメントを開始した。入院症例は退院後も随時外来においておマネジメントを継続した。外来症例は外来で継続した。また、症例のその後の入院回数は、症例により異なっている。

マネジメントは、心理士の判断で、グループでのセッションとしたり、心理面接の形で1対1で行ったりと形式は一定していない。初回に、アンガーマネジメントについての紹介と、‘怒り’に関する知識の紹介（高いところから低いところへ流れる、爆発は一時的である、第二次的感情であること、など）と、コントロールするための技法の簡単な紹介をおこない、以後は実生活で生じた‘怒り’の場面に基づいて、お互い相談しながら、知識と技法を深めていくやり方で行われた。回数は、入院の場合は週1～3回程度、外来での場合は1～2か月に1回程度、対象者各人に合わせて行われた。

評価は、最終受診での家族の評価を基にした。就業などへの成果は最終受診時を基にした。

（倫理面への配慮）

本研究の遂行に当たっては、患者及び家族の同意を得るとともに、本学の倫理委員会の承諾を得た。

C. 研究結果

症例1～3は、昨年報告通り、それぞれ入院からアンガーマネジメントを導入し、退院後の外来でも継続した。それぞれ何度かの入院を経て、易怒性のコントロールを行い、就業へは至らないまでも作業所や家業手伝いの継続が可能にまで至っていた。それぞれの家族は、「落ち着きが増している」「問題行動が減少した」など、アンガーマネジメントを高く評価していた。

症例4は、外来でアンガーマネジメントを導入

し、のちに入院でも行った。しかし、本人の病感が薄く、子供への暴言などは、「しつけである」など答え、反省がなかった。アンガーマネジメントは実行者の自らの易怒性への認識と易怒のコントロールへの意識が重要とされ、そのせいか症例4では他と比して目覚ましい効果が認められていない。家族の評価も高くなかった。一方では、本人にあおられての部分もあるにせよ、家族の感情的対応も状況に良い影響を与えていないようであった。

症例5、6は、これまでの入院からのアンガーマネジメントの経験から、外来での導入を行った例である。症例5では感情コントロールは良好となった。症例6でも効果は認められたが、十分でなく、入院加療が検討となっている。どちらも家族評価は悪くなかった。症例5、6ともに作業所での通所を継続していた。

D. 考察

症例1～3は、明らかな易怒性から、暴言・暴力や破壊行動が続いていた。入院からアンガーマネジメントを導入し、生活場面を通し、定着するまで十分に行った。支援をしている家族はその効果を高く評価した。症例4は本人に病感が薄く、易怒性をコントロールしようという気持ちが少なく、効果が十分でなかった。家族評価もよくなかった。症例5・6は外来のみでの施行であったが、効果はそれぞれまちまちであった。家族評価は悪くなかった。

前回報告通り、入院期間にアンガーマネジメントを導入し、週1～3回行った症例では生活にアンガーマネジメントが定着したのか、コントロールがうまくいっていた。入院導入でも、本人に易怒性をコントロールしようとする意欲が少ない場合は、必ずしもうまくいかなかった。

外来のみでのアンガーマネジメントは、施行の期間が間延びしたり、回数が少なかったりし、症例によって効果の差が認められた。導入時からし

ばらくは回数や間の期間を考慮する必要があるかもしれない。

それぞれの症例において、家族から怒りへの接し方についてどのようにしたらよいかとの相談が行われていた。怒りの感情は、対象となる側の対応によっても変化があることが言われている。アンガーマネジメント面接に家族も参加できるような形だとより効果が見込める可能性もあると思われる。それは症例4の様に本人の参加意欲が薄い場合でも家族が家族自身の‘怒り’をコントロールすることができれば、全体の状況の改善になるかもしれない。

E. 結論

- ・高次脳機能障害患者の易怒性のコントロールに、アンガーマネジメントは有用な可能性がある。
- ・アンガーマネジメント施行は、それぞれの症例に合わせた工夫が必要であろう。また家族も参加することでより効果が見込めるかもしれない。
- ・高次脳機能障害患者の易怒性のコントロールが就業へつながる可能性がある。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高次脳機能障害患者に対する
自動車運転再開支援プログラムに関する研究
－ 支援専門職に対する
自動車運転再開支援の現状と課題に関する意識調査－

研究分担者 福原竜治 熊本大学医学部附属病院神経精神科 講師

研究要旨

高次脳機能障害者の復職過程において、自動車運転の可否が復職自体あるいは復職後の仕事環境に影響する。実際の運転能力を評価においては、机上の神経心理検査のみを用いて評価することは現在のところ困難と考えられ、運転シミュレータや実車を用いた評価が最も妥当な評価法と期待されている。現在われわれは、高次脳機能障害患者の自動車運転支援を行っている熊本セントラル病院を協力機関として、就労を予定あるいはすでに就労している高次脳機能障害患者に対する自動車運転再開支援プログラムの開発に着手している。高次脳障害患者の運転再開には、複数の専門職による評価や支援が重要だが、今回、熊本県高次脳機能障害研究会に参加した専門職を対象に、高次脳機能障害患者の自動車運転再開支援における現状と課題に関する意識調査を行った。その結果高次脳機能障害患者の支援に携わっている専門職は、患者の大多数において自動車運転再開の可否が復職に影響を与えていると感じているが、その一方で3分の1の専門職は運転支援の方法がわからず、客観的評価法が確立されることを望んでいることが明らかとなった。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

田中 希	熊本県高次脳機能障害支援センター 精神保健福祉士
内田智子	潤心会熊本セントラル病院 作業療法士

いる高次脳機能障害患者に対する自動車運転再開支援プログラムの開発を行っている。

高次脳機能障害患者の復職および自動車運転再開支援には、多くの専門職の関わりが必要であり、実際の支援の現場において自動車運転再開支援に関してどのような現状や課題を専門職が持っているのかについて、アンケート調査を行った。

A. 研究目的

高次脳機能障害患者の復職過程において、自動車運転の可否が復職自体あるいは復職後の就労環境に影響する。しかし、実際の運転能力の評価には、机上の神経心理検査のみでは現在のところ不十分であり、運転シミュレータや実車を用いた評価を組み合わせの方が効果が高いと考えられ、われわれは、就労を予定あるいはすでに就労して

B. 研究方法

対象と方法:平成29年1月28日に開催された、熊本県高次脳機能障害研究会に参加した専門職を対象に、アンケート(参考資料)を配布した。アンケートは無記名とし、その場で回収した。

倫理面の配慮:本調査は介入でなくまた個人情報も取り扱わない。

C. 研究結果

研究会参加数は75名でそのうち65名がアンケートに回答した。回収率は86.7%であった。

回答者の職種の内訳は表1に示す。その勤務先

内訳として、医療機関が46名（72%）、福祉機関が11名（17%）であり、行政機関が3名であった。

表1 アンケート回答者の職種と勤務先の内訳

	人数	医療機関	福祉機関	行政機関	その他
医師	3	3			
看護師	2	2			
作業療法士	19	18			1
理学療法士	7	7			
言語聴覚士	8	8			
ワーカー	15	8	4	1	1
生活支援員	5		5		
職業指導員	1		1		
G ホーム世話人	1		1		
保健師	2			2	
事務職	1			1	
	64	46	11	4	2

表2に運転再開支援の経験について示す。

表2 運転再開支援の経験の有無

		運転再開支援の経験		
		あり	なし	今後可能性はある
就労支援 の経験	あり	17	3	6
	なし	3	9	22

有効回答者65名のうち、53名が運転再開の経験があるか今後関わる可能性がある者であった。これまでに運転再開の経験がある者は20名で、そのうち就職支援には関わってなくとも運転再開のみに関わった者が3名いた。就労支援の経験の有無を問わず、今後運転再開支援を行う可能性がある者は28名であり、高次脳機能障害の支援を行う専門職の大半は、運転再開支援に大きく関わっていくという意識を有していた。

次に、Q2(就労支援がなされている患者のうち、どの程度の患者で運転再開の可否が就労に影響

していると専門職が感じているか)の結果を示す(図1)。患者の就労や運転再開に関わったことがない者の大半が「わからない」という選択肢を選んだが、それを除外すると、専門職の大半は「8～6割の患者において運転再開の可否が就労に影響する」と捉えていることがわかった。

アンケートのQ4から、支援に携わる専門職が感じている運転支援における問題点や間仕事について、図2に示す。図2は、Q4の問1を用い、運転支援に関わった経験がある者のみを抽出した(36名)。そのうち、約3分の1が運転再開支援のためのリハビリ方法がわからないと回答し、約半数が運転能力を判断する客観的評価方法に困っていることがわかった。また、専門職の半数が、運転能力の評価法が確立していれば支援したい、運転免許センターなどとの連携に興味を持っていることがわかった。

D. 考察

高次脳機能障害患者の支援に携わっている専門職は、患者の大多数において自動車運転再開の可否が復職に影響を与えていると感じているが、その一方で3分の1の専門職は運転支援の方法がわからず、客観的評価法が確立されることを望んでいることが明らかとなった。

E. 結論

今回の高次脳機能障害支援に携わる専門職へのアンケート調査から、客観的な評価法や運転再開支援の方法が確立されれば、さらに多くの専門職が運転再開支援に参加することが期待される。本研究における自動車運転再開支援プログラムの確立が望まれる。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koyama A, Hashimoto M, Tanaka H, Fujise N, Matsushita M, Miyagawa Y, Hatada Y, Fukuhara R, Hasegawa N, Todani S, Matsukuma K, Kawano M, Ikeda M. Malnutrition in Alzheimer's Disease, Dementia with Lewy Bodies, and Frontotemporal Lobar Degeneration: Comparison Using Serum Albumin, Total Protein, and Hemoglobin Level. PLoS One. 2016 Jun 23;11(6)
- 2) 堀田 牧, 福原竜治, 池田 学. 生活支援を行った事例. 作業療法ジャーナル 50 巻 8 号 867-872(2016.07)
- 3) (総説) 福原竜治. 鑑別しにくい精神症状や行動障害をどう診分けるかー 認知症疾患におけるアパシー. 精神科治療学第 32 巻 01 号. 11- 14. 2017

2. 学会発表

- 1) Ryuji Fukuhara, Mamoru Hashimoto, Shunichiro Shinagawa, Kazue Shigenobu, Hibiki Tanaka, Kazuhiro Kawahara, Yusuke Miyagawa, Naoko Ichimi and Manabu Ikeda . The differences in characteristics of abnormal eating behaviors in semantic dementia between right and left dominant temporal lobe atrophy. ICFTD, Munich, Germany, 31th Aug.-2nd Sep. 2016
- 2) Ryuji Fukuhara, Mamoru Hashimoto, Hibiki Tanaka, Yusuke Miyagawa, Tetsuya Yoneda, Mika Kitajima, Toshinori Hirai, Manabu Ikeda. Diagnostic potential of magnetic resonance imaging with phase difference enhanced imaging (PADRE) for Alzheimer's disease. IPA Asia regional meeting, Taipei, Taiwan. 9th-11th Dec. 2016
- 3) 宮川雄介, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀 誠二, 田中 響, 畑田 裕, 池上 あずさ, 池田 学. レム睡眠行動障害 13 例の臨床経過. 第 31 回 日本老年精神医学会, 金沢市, 6 月 23-24 日, 2016, 口頭発表
- 4) 宮川雄介, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀誠二, 田中響, 畑田裕, 池田学. アルツハイマー病における多発微小出血と精神症候の関係, 第 21 回 日本神経精神医学会, 熊本市, 9 月 17-18 日, 2016, 口頭発表
- 5) 戸谷修二, 加治屋智子, 田中響, 石川智久, 福原竜治, 橋本衛, 池田学. 肛門痛に対して ECT が奏功したレビー小体型認知症の一例, 第 21 回 日本神経精神医学会, 熊本市, 9 月 17-18 日, 2016, 口頭発表
- 6) 田中 希, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀誠二, 一美奈緒子, 伊地知大亮, 池田学. 高次脳機能障害者の就労と障害理解との関連についての検討. 第 40 回 日本高次脳機能障害学会学術総会, 松本市, 11 月 11-12 日, 2016, ポスター発表

- | | |
|---|---|
| <p>7) 伊地知大亮、橋本衛、福原竜治、石川智久、
遊亀誠二、一美奈緒子、田中希、池田学.
高次脳機能障害患者と介護者の患者に対す
る感情表出 (Expressed Emotion, EE) の
関係について. 第 40 回 日本高次脳機能
障害学会学術総会, 松本市, 11 月 11・12 日,
2016, ポスター発表</p> | <p>2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし</p> |
|---|---|

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

図1 Q2の結果「復職や新規就労、その他就労に関することで、自動車運転再開が影響したと思いますか。」

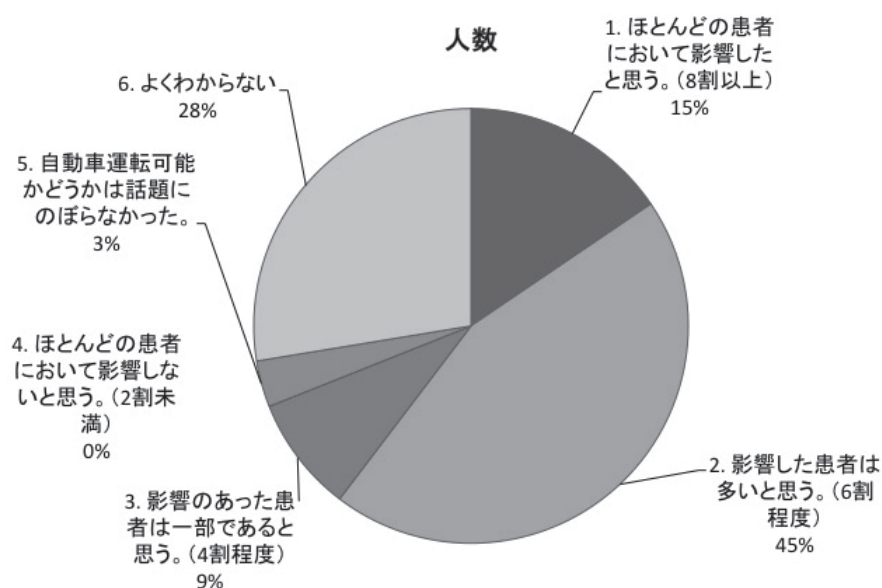


図2 Q4「自動車運転再開を希望している患者の運転再開支援に関して、あなたの経験から以下のうち当てはまるものを教えてください。(複数回答可)」(ただし、問1の「運転再開を希望する患者に関わったことがない」に「はい」と回答した者を除く)



(添付資料)「高次脳機能障害患者への自動車運転再開支援に関するアンケート」

ご協力をお願い

熊本県における就労と自動車運転再開の関係について調査しています。よろしければご意見をお聞かせ下さい。
本アンケートにご入力・ご記入いただきました内容は、アンケートの集計のみに使用し、集計後の統計資料はアンケートの趣旨・目的以外の目的には使用いたしません。

Q1 これまで、高次脳機能障害患者の就労支援（復職、新規就労、就労継続相談など）に関わったことがありますか。

1. ある
2. ない

Q2 復職や新規就労、その他就労に関することで、自動車運転再開が影響したと思いますか。

1. ほとんどの患者において影響したと思う。(8割以上)
2. 影響した患者は多いと思う。(6割程度)
3. 影響のあった患者は一部であると思う。(4割程度)
4. ほとんどの患者において影響しないと思う。(2割未満)
5. 自動車運転可能かどうかは話題にのぼらなかった。
6. よくわからない

Q3 これまで、自動車運転再開を希望している高次脳機能障害の患者の支援に関わったことがありますか。

1. 支援した経験がある。
2. 現在、自分が支援に関わる環境や立場にない。
3. これまで関わったことはないが、今後、運転再開支援に何らかの形で関わる可能性はある。

Q4 自動車運転再開を希望している患者の運転再開支援に関して、あなたの経験から以下のうち当てはまるものを教えてください。(複数回答可)

1. 運転再開を希望する患者に関わったことがない。
2. 運転再開を実現した患者に直接関わったことがある。
3. 運転再開を希望する患者に現在携わっている。
4. 運転再開に関する診断書作成を依頼されたことがある。
5. 関わっていた患者が、運転を再開したあと自動車事故を起こしたことがある。
6. 明らかに安全に運転する能力を欠いた患者が、運転再開を希望して困ったことがある。
7. 運転再開を希望する患者はいるが、運転能力を判断するための客観的評価に困っている(困ったことがある)。
8. 運転再開支援のためのリハビリの方法がわからない。
9. 運転再開を支援するプログラムが確立されていれば、支援したい。
10. 運転再開支援のために運転免許センターや教習所と連携したことがある。
11. 運転再開支援のために運転免許センターや教習所と連携してみたい。

Q5 そのほか、高次脳機能障害患者の運転再開支援に関連して、何かお困りの点やお気づきの点があればお教えてください。

[]

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

急性期病院からの退院支援
～生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の事例～

研究分担者 池寄 寛人 熊本保健科学大学
保健科学部リハビリテーション学科言語聴覚学専攻 講師

研究要旨:

目的: 医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションとの連携を目指して、急性期病院から自宅退院を希望し自宅退院となる事例に対して、アプローチを試みた。しかし、今現在、医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションへの連携は実現していない。今回は、生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の事例を呈示し、報告する。

対象: 2016年4月から2016年12月の期間に急性期病院に入院となり、高次脳機能障害を認めた2例を対象とした。

方法: 対象となった事例の生活支援がうまくいかなかった要因について、診療記録をもとに検討を行った。

結果: 2例の高次脳機能障害の事例を通して、生活支援がうまくいかなかった要因として、本人および家族側、急性期病院側の問題点が挙げられた。急性期病院における高次脳機能障害患者の生活支援に関する問題点は、まず、本人および家族側の特徴として、境界域の高次脳機能障害患者が主な対象となること、本人と家族の病識が乏しい点が挙げられた。次に、急性期病院側の問題点として、在院日数の短縮に伴い担当する期間が短い、転院調整など日々の業務に追われている、復職に対する経験不足や理解不足があった。

まとめ: 急性期病院において高次脳機能障害患者の生活支援で取り組むべき課題として、まず、本人および家族側に対し、自己の気づきを促す働きかけを評価と並行して行う、本人と家族の就労への不安に対してサポートを行う必要があると考えられた。次に、急性期病院側の改善点として、原則、医療の枠でリハビリテーションを継続し、就労を目指すことを提案する。関連職種と情報交換を行い、連携をとる。そして、ジョブコーチ支援等の各種援護制度の情報を把握し、福祉側と連携をとる。企業との連携をとる、といったことが必要であると考えられた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

清永紗知	熊本赤十字病院	言語聴覚士
大道奈央	熊本赤十字病院	言語聴覚士
養田健太	熊本赤十字病院	言語聴覚士

A. 研究目的

我々は、急性期病院からの高次脳機能障害患者へのリハビリテーションの提供および社会復帰支援を実施してきた。これらの介入を通して得られた知見として、「急性期病院から直接自宅退院となった高次脳機能障害患者の傾向」

(池寄ら、高次脳研究 2013) を報告している。我々の報告にて明らかとなったことは、1年間に急性期病院にて高次脳機能障害があるまたは疑われると評価された患者のうち、**95%(275名中261名)**が回復期病院にリハビリテーション目的で転院していたものの、**5% (275名中14名)**の患者は、自宅退院を強く希望し自宅退院となっていることが判明した。明らかな麻痺がなく歩行が自立している就労・就学中の患者では、注意障害へのリハビリテーションが必要と判断されても、自宅退院を強く希望し自宅退院となる傾向があった。

そこで、本研究では、医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションとの連携を目指して、急性期病院から自宅退院を希望し自宅退院となる事例に対して、アプローチを試みた。しかし、今現在、医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションへの連携は実現していない。今回は、生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の事例を呈示し、報告する。

B. 研究方法

【対象と方法】

2016年4月から2016年12月31日の期間に脳損傷で熊本赤十字病院に入院となり、言語聴覚士の機能評価で継続した高次脳機能障害へのリハビリテーションが必要と判断された者のうち、自宅退院を強く希望し、自宅退院となった**2例**を対象とした。

【倫理面への配慮】

本研究は、熊本保健科学大学倫理委員会および熊本赤十字病院倫理委員会の審査をうけて実施された（受付番号2016-01、212番）。

C. 結果

1. 事例1：64歳、男性、自営業（電気設備）
64歳時、脳梗塞により右足に力が入りにくい感じを自覚し、急性期病院へ入院となった。脳画像では新たな脳梗塞だけでなく、以前からの脳梗塞も散見された。初回評価では、明らかな認

知機能の低下を認めなかったものの、急性期病院での評価を進める中で、軽度の右片麻痺以外に、記憶力の低下、前頭葉機能の低下を認め、高次脳機能障害が疑われた。本事例は、病院での生活に支障をきたしていないものの、退院後に自営業で行っている電気設備の仕事に復帰しなければならず、慎重に対応する必要があった。しかし、就労について、本人、妻は楽観的であり、本人の病識も乏しかった。本事例の障害は、軽症であったことから、入院後3日目から高次脳機能障害への介入を開始し、6日目には急性期病院から自宅へ退院することが決定した。よって、退院前日の7日目に言語聴覚士より就労に向けた指導を行っている。指導の内容は、メモをとる習慣をつけること、仕事内容のチェックリストを作成すること、復職した直後は家族の見守りをつけることである。継続したフォローについては、急性期病院側から提案したものの、本人が望まなかったため、急性期病院から福祉のサービスへとつなぐことはできていない。本事例における急性期病院からの生活支援がうまくいかなかった要因としては、本人および家族が高次脳機能障害のことを十分に理解できていないまま自宅退院となったこと、急性期病院における在院日数の短さから生活支援に関する十分な情報提供や指導ができていないことがあげられた。

2. 事例2：59歳、男性、会社員（営業職）

59歳時、脳出血により事故を起こし、会社の上司とともに急性期病院を受診し、入院となった。脳画像では新たな脳出血を認め、軽度の右片麻痺と右同名性半盲に加えて、右の半側空間無視、注意機能の低下、構成機能の低下、記憶力の低下があり、高次脳機能障害と診断した。本事例は、病院での生活に支障をきたさなくなったものの、退院後は営業職の仕事に復帰しなければならず、慎重な対応が必要であった。しかし、本人の病識は乏しく、家族の協力が得られにくい状況であった。そのような中、入院後43日目

に当初予定していたリハビリテーション目的での転院から自宅退院に急遽変更となった。リハビリテーション担当スタッフから主治医に現状を再度報告し、再考を提案したものの、最終的に自宅退院となり、最寄りの診療所で右片麻痺に対するリハビリテーションのみ継続する運びとなった。本事例では、本人が高次脳機能障害のことを十分に理解できていないまま自宅退院となったこと、急性期病院での関連職種間での情報交換が不十分であったこと、急性期病院のスタッフがジョブコーチ支援などの各種援護制度の情報を把握できていないことが問題点としてあげられた。

D. 考察

早期復職を可能とする要因については、発症早期より日常生活動作の能力が高いこと、復職にて適応する十分な体力があること、医療機関の復職に関する支援があることが言われている（徳本ら 2010）。また、脳卒中患者が欲しかった復職支援として、主に職業リハビリテーションとの連携・産業医との連携があげられているが、実際に連携があったのはどちらも2割に満たないほど少なく、復職支援が充実しているとは言えない現状が指摘されている（豊永 2009）。我々の調査（池寄 2013）や本事例でも連携につなげることができなかったという点では同様であった。

本研究より急性期病院における高次脳機能障害患者の生活支援に関する問題点は、本人および家族側、急性期病院側の要因に分けられた。まず、本人および家族側の特徴として、境界域の高次脳機能障害患者が主な対象となること、本人と家族の病識が乏しい点が挙げられた。次に、急性期病院側の問題点として、在院日数の短縮に伴い担当する期間が短い、転院調整など日々の業務に追われている、復職に対する経験不足や理解不足があった。

急性期病院における高次脳機能障害患者の生活支援に関する問題点をふまえ、今後、急性期

病院において高次脳機能障害患者の生活支援で取り組むべき課題を考察する。本人および家族側への働きかけとして、自己の気づきを促す働きかけを評価と並行して行う、本人と家族の就労への不安に対してサポートを行う必要があると考えられた。次に、急性期病院側の改善点として、原則、医療の枠でリハビリテーションを継続し、就労を目指すことを提案する。関連職種と情報交換を行い、連携をとる。そして、ジョブコーチ支援等の各種援護制度の情報を把握し、福祉側と連携をとる。企業との連携をとる、といったことが必要であると考えられた。

E. 結論

急性期病院から退院支援として、生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の事例を呈示し、報告した。

2例の高次脳機能障害の事例を通して、生活支援がうまくいかなかった要因として、本人および家族側、急性期病院側の問題点が挙げられた。

急性期病院における高次脳機能障害患者の生活支援に関する問題点は、まず、本人および家族側の特徴として、境界域の高次脳機能障害患者が主な対象となること、本人と家族の病識が乏しい点が挙げられた。次に、急性期病院側の問題点として、在院日数の短縮に伴い担当する期間が短い、転院調整など日々の業務に追われている、復職に対する経験不足や理解不足があった。

これらの点をふまえ、今後、急性期病院において高次脳機能障害患者の生活支援で取り組むべき課題として、まず、本人および家族側に対し、自己の気づきを促す働きかけを評価と並行して行う、本人と家族の就労への不安に対してサポートを行う必要があると考えられた。次に、急性期病院側の改善点として、原則、医療の枠でリハビリテーションを継続し、就労を目指すことを提案する。関連職種と情報交換を行い、連携をとる。そして、ジョブコーチ支援等の各

種援護制度の情報を把握し、福祉側との連携をとる。企業との連携をとる、といったことが必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 黒木はるか, 池寄寛人, 清永紗知, 大道奈央, 蓑田健太, 立野伸一. 急性脳疾患の小児における嚥下機能の予後予測. 日摂食嚥下リハ会誌 2016 20(3) : 124-131
- 2) Matsuhita M, Yatabe Y, Koyama A, Y, Ueno Y, Ijichi D, Ikezaki H, Hashimoto M, Furukawa N, Ikeda M. Why do people with dementia pretend to know the correct answer? A qualitative study on the behavior of toritsukuroi to keep up appearances. Psychogeriatrics. 2017 ; doi: 10. 1111/psyg. 12253.

2. 学会発表

- ・ 畑添涼, 山本恵仙, 池寄寛人. 軟起声発声を行い発話明瞭度に変化が生じた痙性麻痺性構音障害の一例. 第17回日本言語聴覚学会、京都、6月10日－11日、2016、口頭発表
- 2) 池寄寛人, 橋本衛, 栗林幸一郎, 池田学. Alzheimer 型認知症における ADL と関連する臨床所見の検討. 第40回日本神経心理

学会学術集会、熊本、9月15日－16日、2016、口頭発表

- 3) 蓑田健太, 和田邦泰, 清永紗知, 大道奈央, 池寄寛人, 立野伸一, 中島伸一. 脳卒中患者の食欲低下～高次脳機能障害を有する例の特徴～. 第40回日本高次脳機能障害学会学術総会、長野、11月11日－12日、2016、口頭発表
- 4) 松原慶吾, 池寄寛人, 小菌真知子, 塩見将志. 評価実習前後における言語聴覚学専攻学生の不安状態について. 第6回日本言語聴覚士協会九州地区学術集会、宮崎、1月21日－22日、2017、口頭発表
- 5) 池寄寛人, 松原慶吾, 小菌真知子, 塩見将志. 言語聴覚学専攻学生における実習前後でのレジリエンスの変化. 第6回日本言語聴覚士協会九州地区学術集会、宮崎、1月21日－22日、2017、口頭発表
- 6) 池寄寛人. 急性期病院からの退院支援～生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の症例～. 平成28年度第5回熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会、熊本、1月27日、2017、口頭発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高次脳機能障害における介護者の感情表出(Expressed Emotion ;EE) と
患者特性との関係性について

研究分担者 池田 学 大阪大学医学部神経精神科 教授

研究要旨:

目的: 高次脳機能障害者の社会復帰において、家族が支援者としての役割が十分に果たせていないケースが少なくない。そこには家族の患者に対する負の感情が関与している可能性がある。本研究では、高次脳機能障害者の家族介護者の感情表出 (Expressed Emotion ; EE) と患者自身の特性について、関係性を分析し、支援の在り方について検討する。

対象: 2016年4月の時点で熊本大学医学部附属病院高次脳機能障害専門外来に通院中の患者16例

方法: 家族介護者の EE を Family attitude scale (FAS)を用いて評価し、高 EE 群 (6例) と低 EE 群 (10例) の2群間で、患者の認知機能障害、社会的行動障害、家族の疾患理解、介護負担感を比較した。

結果: 高 EE 群と低 EE 群の2群間で、記憶、注意、遂行機能などの認知機能障害の程度に有意差は認めなかった。一方、高 EE 群では低 EE 群に比べて、外的刺激を受けやすく、興奮しやすいことが示された。さらに、不安、無為、異常行動等も高 EE 群において高かった。家族の病態理解については、高 EE 群の家族介護者は患者本人が認識しているよりも患者の遂行機能に問題があると認識していた。介護負担感については、高 EE 群の家族介護者は低 EE 群の家族と比較して、患者の介護について強い負担感を感じていた。

まとめ: 高次脳機能障害患者と家族との関係性を知る上で、EE は有用な評価尺度である。EE が高い家族介護者は、患者の認知機能障害に対する評価が低いので、家族介護者に対して患者の認知機能についてわかりやすく伝えることが患者と家族との関係性を構築する上で重要となる。また、高 EE の家族の介護負担感にも目を向けることも重要である。その一方で、患者の精神症状に対してのアンガーマネジメント等の心理療法や認知機能の代償手段の獲得を支援し、患者の自立を促すことも、家族の EE の軽減には必要である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

田中 希	熊本県高次脳機能障害支援センター 精神保健福祉士
伊地知大亮	熊本大学医学部附属病院 臨床心理士

A. 研究目的

高次脳機能障害者の社会復帰において、さまざまな支援が必要となるが、その一つに家族介護者のサポートがあげられる。家族は高次脳機能障害者が社会復帰を果たすためには重大な役割を担っている一方で、家族の焦りから十分に回復しないうちに社会復帰し、職場に適応できずに退職を余儀なくされるケースや、家族の不適切な対応が

かえって当事者の意欲をそいでしまうケースなど、家族の支援者としての役割が十分に果たせていない場合が少なくない。そこには家族の当事者に対するさまざまな感情が関与していると想定される。

統合失調症では、家族の感情表出（Expressed Emotion；EE）についての研究が進んでおり、評価尺度も作成されている。EE 尺度は主要な家族員から患者へ表出された感情の内容と強度を測定し、統合失調症の再発を予測するために作成されたものであり、本尺度を用いることにより、患者へのネガティブな感情表出が再発の危険因子であることが示されている。その尺度の有用性から、発達障害や双極性障害などの他の精神疾患患者の家族研究でも用いられてきた。

本研究では、高次脳機能障害者の家族介護者のEE と患者自身の特性についての関係性を分析し、支援の在り方について検討する。

B. 研究方法

【対象】

対象は、2016年4月時点で熊本大学医学部附属病院高次脳機能障害専門外来に通院中の患者の中から、以下の基準を満たす16例を選択した。

（選択基準）

1. 高次脳機能障害と診断されている
2. Mini-Mental State Examination（MMSE）が24点以上である
3. 年齢が、就労の対象となる20～50代である
4. 信頼できる家族介護者がいる
5. 研究への同意が得られている

【方法】

1. 高次脳機能障害者への検査
全般的知的機能：MMSE
記憶機能：論理的記憶課題
注意機能：D-CAT
遂行機能：Trail Making Test（TMT）、遂行機能障害の質問票（DEX）
社会的行動障害：NPI-D
2. 家族介護者への検査

家族のEE：Family attitude scale（FAS）

介護負担度：Zarit 介護負担尺度（J-ZBI）

遂行機能障害の質問票（DEX）

【解析】

対象者を FAS 得点により、50点以上の「暖かみ」が少なく「批判」「敵意」の感情表出が多い高 EE（High EE；HEE）群、50点未満を「批判」「敵意」が少なく「暖かみ」のある感情表出が多い低 EE（Low EE；LEE）群の2群に分類した。2群間で、認知機能検査及びその他の検査結果について t 検定または対応のある t 検定（ $P<.05$ ）にて比較検討した。HEE 群と LEE 群の患者背景を表 1 に示す。

表 1. 患者背景

	HEE (n=6)	LEE (n=10)
年齢	41.8歳	32.4歳
性別（男：女）	6：0	9：1
主介護者（配偶者：両親）	4：2	1：9*
就労：非就労	2：4	7：3

*： $p<0.05$

【倫理面への配慮】

本研究は、熊本大学生命科学研究部倫理委員会の審査をうけて実施された。

C. 研究結果

HEE 群と LEE 群の間で比較した各検査結果を提示する。

1. 認知機能障害との関連

図 1 に示すように、両群ともに記憶障害を認めたが、HEE 群と LEE 群の間で、論理的記憶の成績に有意差はなかった。

注意障害との関連性を図 2 に示す。両群間で有意な差は認められず、注意集中、選択的注意、持続性注意において明らかな能力差は認めなかった。しかし両群ともに作業量の低下を認めた。

遂行機能障害との関連性を図 3 に示す。2群間で有意な差は認められず、遂行機能において明らかな能力差は認められなかった。

2. 患者の社会的行動障害との関連について

図4に NPI-D の結果を示す。興奮と易刺激性において有意な差が認められ、HEE 群では LEE 群に比べ外的刺激を受けやすく、興奮しやすいことが示唆された。また、今回は有意差が見られなかったが、興奮と易刺激性以外の不安、無為、異常行動等の精神症状でも HEE 群において高く出ている。

3. 家族の疾患理解との関連

図5に DEX の結果を示す。DEX は患者の遂行機能について評価する評価尺度であり、本人用（自己評価）と家族用（他者評価）がある。点数が高いほど遂行機能に問題がある。

HEE 群では遂行機能障害の認識に有意な差が認められ、家族介護者は患者本人が認識しているよりも患者の遂行機能に問題があると認識していた。一方で、LEE 群では家族介護者と患者の間に有意な差は認められず、患者の遂行機能障害について家族と本人がほぼ同じ認識をしていることが示された。

4. 介護負担感との関連

2群間において、J-ZBI の合計点は HEE 群で優位に高く（図6）、HEE 群の家族介護者は LEE 群の家族と比較して、患者の介護について強い負担感を感じていることが示された。

D. 考察

EE は家族員から患者へ表出された感情の内容と強度を測定し、統合失調症の再発を予測するために考案された概念であり、EE が高いことすなわち患者へのネガティブな感情表出の強さが再発の危険因子であることが示されている。本研究においても、EE が高い群（HEE 群）において興奮や易刺激性などの社会的行動障害が強く、さらに介護負担感が高かった。この結果は、本評価尺度が高次脳機能障害患者に対する家族介護者の影響を把握する尺度として用いることができることを示している。

今回の検討では、HEE 群と LEE 群の間で記憶、注意、遂行機能いずれの認知機能においても有意

差を認めなかった。また、自己の遂行機能に対する患者の自己認識も差がなかった。一方で、HEE 群の家族は患者の遂行機能を患者自身の自己評価より低く捉えていた。これらの結果から、患者本人の認知機能障害の程度が EE の強さと関連するのではなく、家族の患者に対する評価の低さと EE とが関連することが示された。家族の評価が低くなる要因としては、患者の社会的行動障害が強いことが第一にあげられる。介護者の「批判」「敵意」のある感情表出と、患者の興奮・易刺激性等の精神症状が相互に影響し、悪循環を起こしている可能性が考えられ、その結果介護者の負担感が高まりやすいと考えられる。もう一つの要因として、家族介護者が患者の認知機能障害を十分に理解できていないことがあげられる。そこには医療従事者による家族への説明不足が関連しているのかもしれない。

HEE 群では配偶者が、LEE 群では父母が主介護者であることが多かった。また、HEE 群では平均年齢が LEE 群よりも10歳近く高く、かつ就労ができていない比率が高かった。高次脳機能障害患者の支援において、家族介護者にも目を向けることが必要であるが、その際には、家族介護者・患者間の関係性や生活状況等を考慮し実施する必要があるだろう。

最後に、本研究では対象症例が16例と少なく、統計学的解析が不十分であった。今後症例数を増やし、症状の背景にある認知機能についてのさらなる検討が必要である。

E. 結論

高次脳機能障害患者と家族との関係性を知る上で、EE は有用な評価尺度である。EE が高い家族介護者は、患者の認知機能障害に対する評価が低く、家族介護者に対して患者の認知機能についてわかりやすく伝えることが関係性を構築する上で重要となる。さらに、高 EE の家族には、患者への対応の仕方を指導したり、家族の負担感にも目を向ける必要がある。その一方で、患者の精神症状に対してのアンガーマネジメント等の心

理療法や認知機能の代償手段の獲得を支援し、自立を促すことも、家族の EE の軽減には必要である。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Sakai M, Ikeda M, Kazui H, Shigenobu K, Nishikawa T: Decline of gustatory sensitivity with the progression of Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* 28: 511-517, 2016.
- 2) Kai K, Hashimoto M, Amano K, Tanaka H, Fukuhara F, Ikeda M: Relationship between eating problems and dementia severity in patients with Alzheimer's disease. *PLoS ONE* 10(8): e0133666. doi:10.1371/journal.pone.0133666
- 3) Fujise N, Abe Y, Fukunaga R, Nakagawa Y, Nishi Y, Koyama A, Ikeda M: Comparisons of prevalence and related factors of depression in middle-aged adults between urban and rural populations in Japan. *J affect disord* 190: 772-776, 2016.
- 4) Shinagawa S, Honda K, Kashibayashi T, Shigenobu K, Nakayama K, Ikeda M: Classifying eating-related problems among institutionalized subjects with dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 70(4):175-181, 2016
- 5) Cambell K, Szoeki C, Dennerstein L, Fujise N, Ikeda M, Tacey M: A comparison of Geriatric Depression Scale scores in older Australian and Japanese women. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 8 :1-9 (Epub ahead of print)
- 6) Mamiya Y, Nishio Y, Watanabe H, Yokoi K, Uchiyama M, Baba T, Iizuka O, Kanno S, Kamimura N, Kazui H, Hashimoto M, Ikeda M, Takeshita C, Shimomura T, Mori E: The Pareidolia Test: A Simple Neuropsychological Test Measuring Visual Hallucination-Like Illusions. *PLoS One*. 2016 May 12; 11(5):e0154713.
- 7) Matsushita M, Pai MC, Jhou BS, Koyama A, Ikeda M. Cross-cultural study of caregiver burden for Alzheimer's disease in Japan and Taiwan: result from Dementia Research in Kumamoto and Tainan (DeReKaT) *International Psychogeriatrics* 28:1125-32, 2016.
- 8) Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N, Ishikawa T, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Hotta M, Ikeda M. Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics*. [Epub ahead of print]
- 9) Ikeda M, Mori E, Iseki E, Katayama S, Higashi Y, Hashimoto M, Miyagishi H, Nakagawa M, Kosaka K. Adequacy of using consensus guidelines for diagnosis of dementia with Lewy bodies in clinical trials for drug development. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2016; 41:55-67.
- 10) 池田 学. 失認, 失行, 失語. 今日の精神疾患治療指針 (樋口輝彦ら編) 医学書院, 東京, p18-21, 2016

2. 学会発表

- 1) Ikeda M. Meet the Expert My career as a neuropsychiatrist and researcher The 15th Course for Academic Development of Psychiatrists, Chiba, Japan, February 19-21, 2016 (招待講演)
- 2) Ikeda M. Integrated Care in Dementia The National Forum of Integrated Care in Dementia, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan, June 4, 2016 (招待講

演)

- 3) 池田 学、橋本 衛. 「精神科臨床における高次脳機能障害の基本的理解」第112回日本精神神経学会学術集会, 幕張, 6月2-4日, 2016 (教育講演)
- 4) 池田 学 「認知症と改正道路交通法をめぐる課題」第35回日本認知症学会, 東京, 12月1-3日, 2016 (プレナリーレクチャー)
- 5) 伊地知大亮、橋本衛、福原竜治、石川智久、遊亀誠二、一美奈緒子、田中希、池田学. 高次脳機能障害者と介護者の患者に対する感情表出 (Expressed Emotion, EE) の関係について. 第40回日本高次脳機能障害学会学術総会、松本市、キッセイ文化ホール、11月11-12日、2016、ポスター発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図 1. 論理的記憶検査の比較

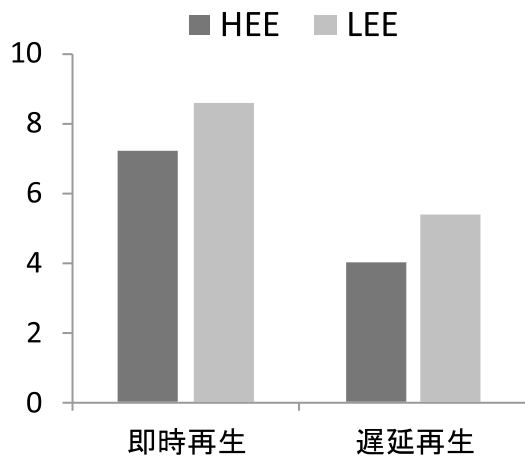


図 4. 社会的行動障害との関連

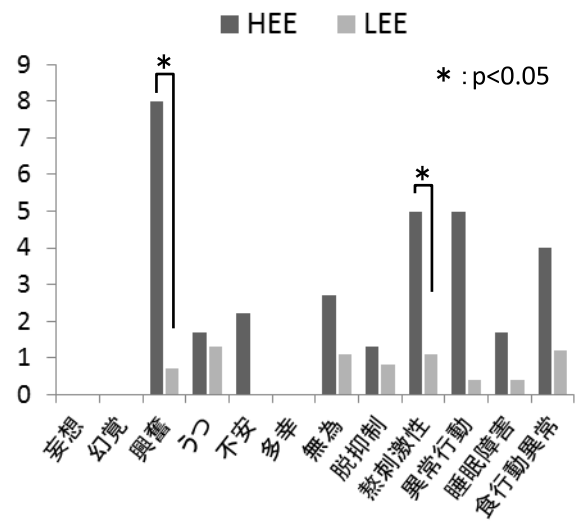


図 2. 注意障害との関連

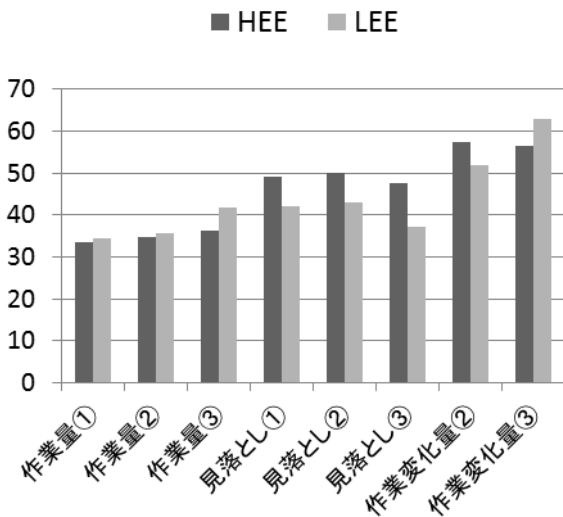


図 5. DEX の比較

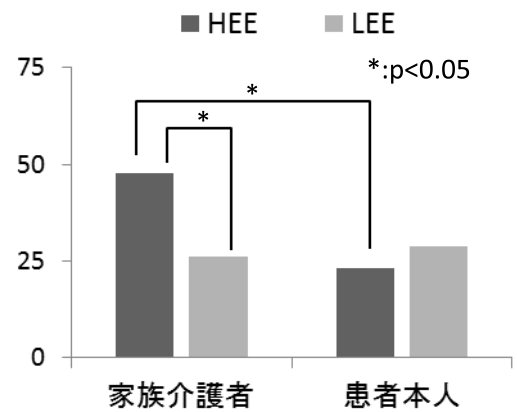


図 3. 遂行機能障害との関連

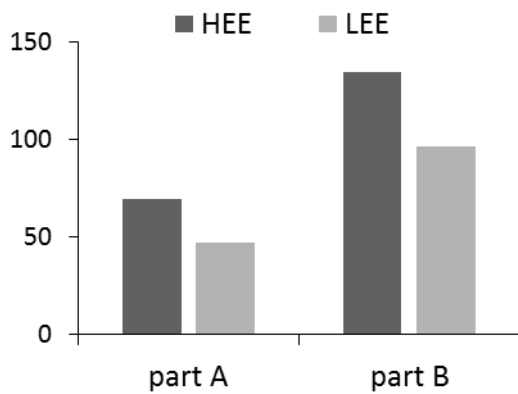


図 6. 介護負担の比較

