

はじめに

頭部外傷、脳血管障害等による脳の損傷の後遺症として、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生じ、これに起因して日常生活・社会生活への適応が困難となる場合がある。しかし、このような障害は徐々に知られるようになってきたが、一般国民はもとより、医療や福祉に関わる専門家の間でも、十分理解されておらず、診断、訓練、生活支援等の手法も確立していなかった。このためこのような障害を行政的に「高次脳機能障害」と呼び、障害特性に対応した支援のあり方について検討を進めることとなった。

高次脳機能障害への対応が進まなかった背景には、一人一人症状の表れ方が異なる、一見して障害と認識することが困難といった、高次脳機能障害そのもののもつ特性があった。また、認知という高次の脳機能を評価する手法自体がいまだ発展途上にあるという事情もあった。さらに、運動麻痺や失語等の身体的後遺症が全くない者から重度障害をもつ者までさまざまであり、身体障害、知的障害、精神障害といった既存の施策体系の枠組みを越えた多様な支援ニーズを有するという点も挙げられる。

このような背景を踏まえ、高次脳機能障害者に対する支援施策を進めるためには、まず障害の内容や支援ニーズ等の実態を把握し、診断基準を整理し、リハビリテーションのプログラムを作成し、地域生活を支援する手法を提示することが必要と考えられた。このため、厚生労働省においては、平成13年度から「高次脳機能障害支援モデル事業」を開始し、わが国における先進的な医療機関や自治体等における知見の集積を通じて、具体的な検討を進めてきた。

今般、3年間の事業の成果として、当初の課題に対して一定の成果を挙げ、本報告書としてとりまとめることができた。

さらに、この3年間の事業により、高次脳機能障害者に対する支援については、受傷・発症から急性期、回復期、社会復帰・地域生活に至る連続的な支援と、医療・福祉の連携による障害特性に対応した支援の実現が重要であることが明らかとなった。この成果を踏まえ、今後さらに取り組みを続ける必要がある。

高次脳機能障害支援モデル事業について

厚生労働省においては、高次脳機能障害者に対する支援サービス等の試行的な実施を通じて、高次脳機能障害者に関する知見の集積と分析を行い、今後の適切なサービスの提供のあり方について検討するため、平成13年度より「高次脳機能障害支援モデル事業」を行ってきた（参考資料：高次脳機能障害支援モデル事業について）。

1. 実施体制

(1) 自治体（都道府県、指定都市）

高次脳機能障害支援モデル事業に参加する都道府県、指定都市は、地方拠点病院を指定し、地方拠点病院は、関係する福祉施設等（以下、「地方拠点病院等」という）と連携して、高次脳機能障害を有する者に対して、リハビリテーション、社会復帰支援、地域における生活・介護支援などを実施する。

参加自治体は、平成15年度現在、北海道・札幌市、宮城県、千葉県、埼玉県、神奈川県、岐阜県、三重県、大阪府、岡山県、広島県、福岡県・福岡市・北九州市、名古屋市である（参考資料：実施都

道府県等、拠点病院一覧)。

注：岡山県と広島県は平成 14 年度から、その他は平成 13 年度の事業開始時からの参加である。

(2) 国立身体障害者リハビリテーションセンター

国立身体障害者リハビリテーションセンターは、以下を実施する。

- ・ 高次脳機能障害を有する者に対するリハビリテーション、地域における社会復帰支援等
- ・ 「評価基準作業班」「訓練プログラム作業班」及び「社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班」において収集した症例データの分析及び結果のとりまとめ
- ・ 「訓練プログラム作業班」及び「社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班」において収集した、支援事例のとりまとめ
- ・ 「地方拠点病院等連絡協議会」の開催
- ・ 自治体職員及び関係機関職員等に対する研修、国民及び関係者に対する情報提供
- ・ 高次脳機能障害支援モデル事業の実施主体としての事業の総括

2. データ収集(以下、「調査」という)の概要

「高次脳機能障害支援モデル事業」(以下、「モデル事業」という)においては、国立身体障害者リハビリテーションセンター(以下、「国リハ」という)と、地方拠点病院等が連携し、平成 13 年度から 3 か年のモデル事業実施期間中にこれらの機関で支援を行った対象者について、データの収集・分析を行った。これらのデータをもとに、各作業班において、高次脳機能障害の「評価基準」、「訓練プログラム」及び「社会復帰・生活・介護支援プログラム」の検討を行った。

(1) 対象者

疾病または外傷による脳の損傷の後遺症により日常生活及び社会生活に困難を来している者のうち、その主たる原因が認知障害であると診断された者を対象とした。また、社会復帰支援という観点から遷延性意識障害やいわゆる寝たきりの、常時医療・介護が必要な者は対象から除き、年齢についても 18 歳から 65 歳までの年齢層にある者を主要な対象者とした。また、現行制度で支援の得られにくい者を対象とする観点から、失語症を主たる後遺症とする者は除いた。

(2) 調査期間

本報告においては、平成 13 年 8 月 24 日から平成 16 年 1 月 31 日までに、国リハ及び地方拠点病院等において記入・報告されたデータを取りまとめた。

(3) 調査方法

1) 調査票の種類

各作業班において、「登録票」、「訓練調査票」、「支援調査票」の 3 種類の調査票を作成した(資料 P102: 「登録票」、「訓練調査票」、「支援調査票」)。

「登録票」は、全ての対象者につき、登録時に 1 回のみ記入・報告する、基礎的な調査票とした。

「訓練調査票」と「支援調査票」は、対象者の受けている支援の内容により適当な方を選び、訓練調査票については 6 ヶ月ごと、支援調査票については予め定められた期日ごとに記入・報告するものとした。

2) 調査項目

「登録票」：性別、年齢、原因傷病、受傷・発症からの期間、等

「訓練調査票」：高次脳機能障害の具体的症状、ADL、生活機能障害評価、訓練の内容、等

「支援調査票」：高次脳機能障害の具体的症状、ADL、生活機能障害評価、支援ニーズ、支援体制と内容、等

3) 対象者への説明等

国リハにおいては地方拠点病院等連絡協議会の委員等である職員が、地方拠点病院等においては高次脳機能障害連絡調整委員会の委員等である職員が、本モデル事業による支援の試行的実施の対象者本人及び家族またはそれに準ずる者に対し、本モデル事業の趣旨、情報保護の方針、調査に同意しない場合に不利益が生じないこと、途中で調査対象ら離脱することが可能であることなどの説明を行い、同意を得た上で調査対象として登録した。(資料 P95、96)

4) データの取扱い

調査票は、地方拠点病院等連絡協議会の委員等が記入し、電子媒体にて国リハに送信することにより報告するものとした。

対象者のプライバシー保護のため、個人を特定できる情報(氏名、カルテ番号)は、送信されない仕組みとした。またデータ送信にあたり、地方自治体ごとに送信用パソコンを特定しておくこと、受信側の国リハのサーバに不正アクセスを防止のための設定を十分にすること、受信用のパソコンを特定し、他のパソコンへのデータ移動をしないことによりデータ保護を図った。

送信されたデータを、国リハにおいて、集計・解析した。各作業班においては、統計的処理をした結果のみを用い、個票は利用しないものとした。

途中で登録を辞退した者については、その時点で、当該者のデータを全て削除した。

3. 調査結果の概要

(1) 調査全体について

平成 13 年 8 月 24 日から平成 15 年 8 月 31 日までに、国リハ及び地方拠点病院等において 427 名が登録され、登録票が得られた。一方、平成 16 年 1 月 31 日までに北海道から 1 名、福岡県・福岡市・北九州市から 2 名について登録辞退の表明があったため、国リハで連絡を受けた後直ちに登録を抹消し、併せて登録票ならびに調査票を抹消した。統計データからも当該対象者のデータはすべて削除した。

424 名の登録者のうち、訓練調査票が得られたのは、281 名であった。また、424 名の登録者のうち、支援調査票が得られたのは、225 名であった。なお、訓練プログラムから支援プログラムに移行した 83 名が、重複計上されている。なお、1 名については登録票の記入のみで、他の調査票の記入をみなかった。

「評価基準作業班」、「訓練プログラム作業班」及び「社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班」においては、これらのデータにつき、各々の検討に必要な部分を中心として集計・分析を行った。また、一部、拠点機関に対するアンケート等の補足調査を行った。その結果の概要を以下に示す。

(2) 評価基準作業班調査(登録票集計表参照)

評価基準作業班においては、平成 13 年 8 月 24 日から平成 15 年 8 月 31 日までに、国リハ及び地方拠

点病院等において登録された424名について登録票と、訓練調査票及び支援調査票のデータの一部(医学的データ)を集計・分析した。以下に特記がないものは、登録票データの集計結果である。さらにこの結果をもとに、「高次脳機能障害診断基準」を作成した。

ア．登録票等の集計結果調査成績

(ア)地域別登録数(登録表1)

登録された対象者(以下、登録者という)424名のうち、国リハからの登録者は27名、地方拠点病院等からの登録者は北海道・札幌市33名、宮城県22名、埼玉県13名、千葉県32名、神奈川県28名、岐阜県20名、三重県47名、大阪府50名、岡山県20名、広島県37名、福岡県・福岡市・北九州市28名、名古屋市67名であった。

(イ)性別及び年齢(登録表2、3、4、5)

登録者の性別は、男性328名(78%)、女性95名(22%)であった。

登録時年齢は、7歳から69歳間に分布し、20歳代(156名、37%)が最も多く、次いで30歳代(96名、23%)が多かった。登録時の平均年齢は、登録者全体で33.1歳、男性は32.8歳、女性は33.6歳であった。

受傷・発症時の平均年齢は、登録者全体で29.8歳、男性は29.6歳、女性は30.1歳であった。受傷・発症から登録までの期間は半年から1年未満(17.9%)が最も多く、半年未満の者(17.7%)を含めて1年以内の者が35.6%を占めた。その一方で、10年以上経過していた者が7.8%あった。

(ウ)障害者手帳の所持状況(登録表6、7、8)

障害者手帳を所持する者は199名(47%)で、所持しない者224名(53%)、無回答1名であった。

障害者手帳を所持する者の内訳(重複計上)は、身体障害者手帳177名(42%)、精神障害者保健福祉手帳39名(9%)、療育手帳7名(2%)であった。

(エ)原因傷病(登録表9、10、11)

高次脳機能障害の原因傷病としては外傷性脳損傷が323名(76%)と最も多く、次いで脳血管障害72名(17%)、低酸素脳症12名(3%)、脳炎7名(2%)、脳腫瘍5名(1%)、その他4名(1%)、無回答1名であった。

原因傷病と年齢の関係を見ると、外傷性脳損傷では20歳代が最も多く(141名)、30歳代がこれに続いた(79名)。脳血管障害は50歳代が最も多く(30名)、30歳代がこれに続いた(15名)。

昏睡期間の判明した者については、1週間以内が93名(22%)で最も多かった。1か月以内が218名(51%)であり、1か月以上継続した者が37名(9%)あった。昏睡期間が不明であった者が169名(40%)であった。

(オ)主要症状(訓練調査票又は支援調査票の症状の項目に記載のあった423名のデータによる。)

なお、両票に記載がある者は訓練調査票の記載を優先した。

記憶障害を有する例が381名(90%)と最も多く、注意障害347名(82%)、遂行機能障害318名(75%)と続いた。半側空間無視は32名(8%)であった。また病識欠落が253名(60%)でみられた。社会的行動障害等としては、対人技能拙劣が231名(55%)と最も多く、依存性・退行214名(51%)、意欲・発動性の低下197名(47%)、固執性195名(46%)、感情コントロール低下188名(44%)と続いた。また社会的行動障害をひとつでも症状として有する者は227名(81%)、全く有さない者は54名(19%)であった。

(カ) 画像診断（訓練 表 1-3 キ）

画像診断は訓練調査票の対象となった 281 名のすべてで実施されていて、MRI は 205 名（73%）、CT は 162 名（58%）（重複計上）で実施されており、全例でいずれかを実施していた。

高次脳機能障害の原因となる傷病の受傷・発症の事実を説明できる所見の得られた例は 248 名（88%）、得られなかった例は 33 名（12%）であった。また、高次脳機能障害を説明する所見が得られた例は 239 名（85%）、得られなかった例は 42 名（15%）であった。

(キ) 身体機能障害の有無（訓練調査票 281 名のデータによる）

訓練調査票の対象となった 281 名のうち、片麻痺、運動失調、末梢神経損傷などの身体機能障害を有する例が 140 名（50%）あった。これらの身体機能障害と失語のいずれかまたは両方を有する例は 161 名（57%）であった。身体機能障害と失語のいずれも有さない例は 120 名（43%）であった。

(ク) 現在利用している主な施設やサービス（登録 表 12、15）

登録対象者のうち入院または入所している者は 147 名（35%）であり、在宅にある者が 266 名（62%）であり、記入をみななかった者は 11 名（3%）であった。

病院を利用している者は 244 名で、うち、リハビリテーション病院 158 名、一般病院 80 名、精神病院 6 名であった。

更生援護施設等を利用している者は 180 名で、うち、身体障害者更生援護施設 91 名、身体障害者療護施設 1 名、身体障害者授産施設 15 名、地域利用施設 23 名、精神障害者生活訓練施設 1 名、精神障害者授産施設 1 名、小規模作業所 20 名、グループホームなど 2 名、老人福祉施設サービス等 3 名、その他 23 名であった。

(ケ) 受傷・発症前職業（登録 表 13）

会社員が 180 名（42%）で最も多く、学生が 112 名（26%）でこれに続いた。パート・アルバイト 32 名（8%）、公務員 25 名（6%）、自営 19 名（4%）、無職 19 名（4%）、主婦・主夫 16 名（4%）、その他 14 名（3%）、休職中 1 名（0%）、不明 6 名（1%）であった。

(コ) 家族人数（登録 表 14）

登録対象本人を含む家族の人数は、4 人が 128 名（30%）で最も多く、3 人が 101 名（24%）、2 人が 65 名（15%）、5 人が 65 名（15%）、6 人が 32 名（8%）、7 人以上が 18 名（4%）あった。一方で独居が 13 名（3%）あった。記入なしは 2 名であった。

イ．結果の解説

本項では、前項に示した集計結果を集約・分析することにより、高次脳機能障害者の現状を示す。

(ア) 高次脳機能障害者の年齢ならびに性別

対象者として 20 歳代、30 歳代の者が 252 名（60%）と多かったことは、この年齢層に医療・福祉サービスの提供を求めている者が多くいることを示している。対象者の性別として男性が多かったことは、次項で述べるように外傷性脳損傷が原因傷病として圧倒的多数を占めていることによると考えられる。

(イ) 高次脳機能障害の原因傷病

高次脳機能障害をもたらした原因傷病は、外傷性脳損傷（76%）、脳血管障害（17%）、低酸素脳症（3%）の順で、この 3 疾患で 96%を占めた。年齢層ごとに集計結果では、外傷性脳損傷と脳血管障害の症例は 10 歳代から 60 歳代の各年齢層に分布したが、50 歳代以上の年齢層で脳血管障害が占め

る比率は、50歳以下と比較して明らかに高くなった。

(ウ) 高次脳機能障害の症状等

高次脳機能障害の症状のうち頻度の高いものを3つ挙げると、記憶障害(90%)、注意障害(82%)、遂行機能障害(75%)であり、中間報告書の時点と変わりはない。また、対人技能拙劣を始めとする、種々の社会的行動障害も50%前後の比較的高い頻度を示した。社会的行動障害のいずれかをもつ者は81%であり、全くもたない者は19%であったことから、社会的行動障害は高頻度に認められると結論される。

この結果からは、リハビリテーションや福祉サービスの提供が必要であると考えられた高次脳機能障害者は、記憶障害、注意障害、遂行機能障害等認知障害やこれに基づく社会的行動障害をもつ者であると結論される。また病識欠落(60%)が半数以上でみられたことは、本人が各種サービスの利用を求める申請などに際して生じ得る困難を考慮すると重要な所見である。

さらに、身体機能障害の有無別にみると、身体機能障害を有さず高次脳機能障害のみである群が43%、片麻痺や骨折等による運動機能障害などの身体機能障害を併せもつ群が50%であった失語を有する者を後者に加えると57%となった。高次脳機能障害のみを有する群の比率の高さは注目に値する。

(I) 診断に必要な機器と神経心理学的検査

診断機器のうち、MRIまたはCTは100%の例で使用されており、地域を問わず使用可能かつ有用な診断機器であると考えられた。

MRIまたはCTにより、受傷・発症に伴う何らかの器質性脳病変の存在が示されたのは88%であった。この結果は、受傷・発症の事実がこれらの形態学的画像診断からは証明されない例が10%前後あることを示唆する。また、形態学的画像診断の所見により、現在有する高次脳機能障害が説明されたのは85%であった。高次脳機能障害を生じるような受傷・発症があったという事実の確認のためには、MRIまたはCTによる画像診断を前提とすることに問題はないが、一方で、陰性例が無視し得ない数に上ることから、その取り扱いには慎重な配慮が必要と考えられる。これらの陰性例を適切に診断するために、PET等の最先端科学の応用による診断機器を用いた研究の成果が待たれる。

(オ) 登録者の利用施設

登録者が調査時点で利用している施設は、病院ではリハビリテーション病院や一般病院が多く、更生援護施設等にあっても身体障害者関連施設が多かった。これらは中間報告書の時点の結果と大きな差はない。この調査結果からは、高次脳機能障害について、医療サービスの提供にあってはリハビリテーション病院や一般病院が主体であり、福祉サービスの提供にあっては身体障害者関連の施設が主体となっていることを示している。高次脳機能障害者が身体障害を併せもつことが多いこと(身障者手帳所持者:総数の47%)もその理由に挙げられる。一方、小規模作業所の利用は20人(5%)で、比率こそ高くはないものの、利用施設として無視し得ない

評価基準作業班では、以上の調査結果を踏まえて検討を行い、高次脳機能障害診断基準を作成した(別添P33)。また、日常生活における支援ニーズを評価するための高次脳機能障害支援ニーズ判定票が社会復帰・生活・介護支援プログラム班により作成されたことを付記しておく(別添P76)。

評価基準作業班では特徴ある症例については事例集2において報告した。

(3) 訓練プログラム作業班調査(訓練調査集計表参照)

訓練プログラム作業班においては、登録者424名のうち、平成13年8月24日から平成15年11月30日までに、国リハ及び地方拠点病院等において、訓練調査票が1回以上、記入・報告された281名について、集計・分析した。

さらにこの結果をもとに、次の3つの訓練プログラムを作成した。

医学的リハビリテーション・プログラム
生活訓練プログラム
職能訓練プログラム

ア. 訓練調査票集計結果

(ア) 調査票報告回数(訓練 表1-1 ア)

平成15年11月末までに1回目の訓練調査票が報告されたのは281件であり、2回目データが報告されたのは235件、3回目データは127件、4回目53件、5回目11件、6回目データは3件であった。

(イ) 地域別の数(訓練 表1-1 イ)

訓練調査票が報告された対象者は281名で、国リハからの報告は15名、地方拠点病院等からの報告は、北海道・札幌市12名、宮城県10名、埼玉県10名、千葉県24名、神奈川県15名、岐阜県11名、三重県28名、大阪府48名、岡山県19名、広島県28名、福岡県・福岡市・北九州市19名、名古屋市42名であった。

(ウ) 性別及び年齢(訓練 表1-1 ウ)

男性は221名(78.6%)(平均年齢33.5歳)、女性は59名(21%)(平均年齢30.1歳)であった。年齢は7歳から63歳の間に分布し、20歳代が最も多く34.9%、次いで30歳代18.5%が高い比率を示した。

(エ) 現在利用している施設やサービス(訓練 表1-1 エ)

病院を利用している者は195名で、うち、リハビリテーション病院129名、一般病院63名、精神病院3名であった。

身体障害者更生援護施設を利用している者は52名、地域利用施設10名、身体障害者授産施設1名、小規模作業所3名、精神障害者授産施設1名、老人福祉施設サービス1名、老人福祉在宅サービス1名、その他15名であった。

(オ) 障害者手帳の所持状況(訓練 表1-1 オ)

障害者手帳を所持する者は95名(34%)で、所持しない者185名(66%)、無回答1名であった。障害者手帳を所持する者の内訳(重複計上)は、身体障害者手帳87名、精神障害者保健福祉手帳11名、療育手帳4名であった。

(カ) 原因傷病(訓練 表1-1 カ)

外傷性脳損傷208名(74.0%)、脳血管障害53名(19%)、低酸素血症10名(4%)、脳腫瘍3名、脳炎3名、その他3名、無回答1名であった。外傷性脳損傷208名の内訳は、脳挫傷116名、びまん性軸索損傷53名、外傷性くも膜下出血12名、外傷性脳内出血9名、硬膜下出血5名、硬膜外出血2例、その他の外傷性脳損傷10名、内容不明の外傷性脳損傷1名であった。脳血管障害53名の内訳

は、脳梗塞 11 名、脳出血 5 名、くも膜下出血 29 名、もやもや病 3 名、脳動静脈奇形 5 名であった。

(キ) 主要症状 (訓練 表 2-1~4)

認知障害では、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、病識欠落が多く、各々 251 名 (89%)、237 名 (84%)、212 名 (75%)、175 名 (62%) であった。一方、失語、失行、失認は、各々 48 名 (17%)、18 名 (6%)、25 名 (9%) であり、半側空間無視は 19 名 (7%) であった。社会的行動障害等の項目では、対人技能拙劣、依存性・退行が 147 名 (52%)、139 名 (50%) とほぼ 50%に見られ、意欲・発動性の低下が 129 名 (46%)、ついで、固執性、感情コントロール低下、抑うつが、各々 119 名 (42%)、108 名 (38%)、63 名 (22%) に見られた。感情失禁は約 8%に見られた。

身体機能障害については、片麻痺は 92 名 (33%) に、運動失調は 44 名 (16%)、その他 (軽度のふらつき、バランス障害、半盲など) が 33 名 (12%) に見られた。

(ク) 画像診断 (訓練 表 1-3 キ)

281 名中 MRI を実施しているもの 205 名 (73%)、CT を実施しているもの 162 名 (58%) であった。画像所見を有するものは 248 名 (88%)、高次脳機能障害を説明する所見を有するものは 239 名 (85%) であった。

(ケ) 意識障害の期間と程度 (訓練 表 1-3 ク、ケ)

昏睡期間の記載があったものは 177 名であった。「なし」から 105 日に分布し、8~14 日が最も多く 16%であり、次いで 1~7 日、29~35 日がそれぞれ 15%、8%と続いた。受傷時、発症時の昏睡期間は平均 18.5 日であり、JCS は 200 点が 45 名、GCS は 6 が最も多かった。

(コ) 機能データ (訓練 表 2-5~12)

機能データのうち、全般的知的機能検査 WAIS-R の FIQ は 70~79 が最も頻度が多かった。VIQ、PIQ とも 80~89 が最も頻度が多かった。ADL を示す バーセル・インデックス (BI) は 100 のものが最も多く、拡大 ADL 指標である老研式活動能力指標 (13 点満点) では、回答のあった 223 名のうち 7~9 点は 30%であった。職業適性検査 (GATB) を実施していたのは 107 名 (38%) であった。

全般的な自立度を示す障害尺度は 3~7 に分布し、281 名中 97 名 (34.5%) は障害尺度 5 であった。

(訓練 表 2-12-2)

(カ) 訓練前後での比較 (訓練 表 2-30~74)

平成 15 年 11 月末までの訓練調査票登録件数 281 件のうち、11 月末時点で 2 回目の調査票が送られていた 235 名を対象として訓練前後での検討を行った。訓練前後の比較は、第 1 回目と 2 回目、3 回目、4 回目のデータとの間で行った。主に第 1 回目と 2 回目の比較について述べる。

A. 症状 (訓練 表 2-30~33)

認知障害のうち、記憶障害は大きな変化が見られなかったが、注意障害は 21 名 (9%)、病識欠落は 10 例 (4%)、遂行機能障害は 9 名 (4%) で改善が見られた。一方、失語、失行、失認は、認知障害に比べて頻度は少なかったが、数名で改善が見られた (それぞれ 7 名 (3%)、4 名 (2%)、6 名 (3%))。社会的行動障害等の項目では、意欲・発動性の低下、依存性・退行、抑うつ、欲求コントロールなどで 21 名 (9%)、9 名 (4%)、7 名 (3%)、9 名 (4%) と 5~10%で改善が見られた。固執性、感情コントロール低下、感情失禁等については、改善が見られた症例は少なかった (それぞれ 4 名 (2%)、1 名、1 名)。

身体機能障害については、片麻痺、運動失調ともに若干名で改善が見られた (それぞれ 7 名 (3%)、5 名 (2%))。

B．機能データ（訓練 表 2-34～41）

機能データのうちWAIS-RのFIQ、PIQとも、最頻階級が右に変化し、全体として改善していた。移動手段は訓練開始時でも187名（80%）と自立歩行であるものが多かったが、車いす使用、監視歩行の症例が減少し、2回目には200名（85%）が自立歩行となった。パーセル・インデックス（BI）は100のものが最も多く、対象群はADL動作自体には問題が少ないことがうかがわれ、この傾向は、2回目データでも同様であった。一方、拡大ADL指標である老研式活動能力指標の最頻階級が右に変化し、全体として改善していた。このように、BIは天井効果を示すが、老研式活動能力指標では更に改善が反映されていた。

第1回目と3回目、4回目データとの比較でも、症状、機能データとも同様の傾向であった。なお、訓練から支援サービスに移行した83例中、2回以上の訓練データのある79例で、症状の訓練前後での比較を行った。意欲・発動性の低下と依存性・退行性の項目で改善が多く見られた（訓練 表 2-67～70）。また、外傷性脳損傷のみで第1回目と2回目の比較を行ったが、全体の傷病例でみられた特徴と違いは見られなかった（訓練 表 2-71～74）。

イ．結果の解説

(ア) 訓練の効果

A．症状

第1回目と2回目のデータとの比較で訓練の効果を検討した。高次脳機能障害の各項目の変化は、注意障害、病識欠落、遂行機能障害は改善がみられたが、記憶障害の改善は3名だけであった。その他の高次脳機能障害では、失語、失行、失認は若干の改善にとどまっていた。社会的行動障害等の各項目では、意欲・発動性、抑うつ、依存性・退行で改善が見られた。

B．機能データ

1回目と2回目のデータの比較では、障害尺度が記載された233名のうち63名（27%）の症例で、障害尺度が改善した。特に、受傷・発症から1年未満の例で改善するものが多く見られた。障害尺度の下位項目ともいべき機能データである、HDS-R、WAIS-R、パーセル・インデックス（BI）、老研式活動能力指標も同様に改善が見られた。一方、障害尺度が変化しなかったもの166名（71%）、逆に、低下したものが4名（2%）であった。

1回目と最大6回目までのデータの比較では、最終的に85名（37%）の症例で、障害尺度が改善した。障害尺度が変化しなかったもの139名（60%）、逆に、低下したものが9名（4%）であった（訓練 表 3-1、図1）。

(イ) 訓練に関与する職種（中間報告集計表 59～64、70～72）

A．主治医の診療科は、リハビリテーション科、神経内科、脳神経外科、精神科などであった。

B．評価や訓練に当たる専門職種としては、臨床心理技術者、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、看護師、リハ体育、職業指導員の順で関与が多かった。複数の職種が関与することが多く、5種類の職種が関与する場合が最も多かった（PT、OT、ST、心理、その他）。

C．各専門職の専門的観点からの評価、訓練、指導など、多面的な関与が行なわれていた。

(ウ) 帰結データ（訓練 表 2-64～66、表 3-2）

訓練の状況、職業、利用するサービス内容、新たな手帳の取得などの項目から構成される帰結データの比較を行った。上記、機能データの改善は存在するものの、大部分の症例は障害尺度7以下で、社会参加に支障のある状態にとどまっていた。就職状況では、半数以上が受傷・発症後に休職ある

いは失職に至っている。障害尺度に変化のあった者は、変化のない者より発症前と同じ職業に復帰する傾向が見られた。

235名のうち83名は、訓練から支援サービスに移行した。

(I) 結論

本モデル事業の訓練調査票を検討した結果、本モデル事業で現在行われている訓練により、障害尺度や機能データの改善が見られる症例があることがわかった。なかでも、受傷・発症後経過の短いもの、特に1年未満のものの効果が期待でき、多職種の関与する訓練（「包括的高次脳機能訓練プログラム」）が確保されることが重要であると考えられた。

訓練プログラム作業班では、以上の調査結果を踏まえて検討を行い、医学的リハビリテーション・プログラム、生活訓練プログラム、職能訓練プログラムを含む高次脳機能障害標準的訓練プログラム（案）を作成した（別添P36）。

さらに、訓練における特徴ある事例についての事例集1と2（別冊）を資料として作成した。

(4) 社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班調査

(支援調査票集計参照)

社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班においては、全登録者424名のうち、平成13年8月24日から平成15年11月30日までに、国リハ及び地方拠点病院等において、支援調査票が1回以上、記入・報告された225名について、集計・分析した。

これに加えて、支援の実施体制、家族支援、権利擁護等に関して各拠点にアンケート調査を行った。

さらに、これらの結果をもとに、標準的社会復帰・生活・介護支援プログラムを作成した。

また、多様な支援ニーズへの具体的な対応を提示する目的で、事例集 に32の典型的な社会復帰・生活・介護支援プログラム事例を、事例集 には、28の社会復帰・生活・介護支援プログラム事例及び訓練プログラムから社会復帰・生活・介護支援プログラムに移行した11事例を取り上げた。事例集 には、各地区の状況に応じて形成されている支援ネットワークの概要も紹介した。

ア．支援調査票の集計結果

(ア) 支援対象者の概要

支援調査票が報告されたのは225名であり(支援表1)、そのうち、訓練プログラムから支援に移行した者は、83名であった(支援表6)。

A．支援対象者全体(225名)の概要

1) 性別、年齢等

男性は174名(77%)、女性は51名(23%)であった(支援表7)。年齢構成は、10歳代20名(9%)、20歳代90名(40%)、30歳代56名(25%)、40歳以上が58名(26%)であり、平均年齢は32.4歳であった(支援表8)。受傷・発症年齢は、約67%が30歳未満であり、平均は28.4歳であった(支援表9)。受傷からの年数が1年未満、1~2年、2~3年である者は、それぞれ60名(27

%)、37名(16%)、29名(13%)であり、10年以上の者は25名(11%)であった(支援表10)。

2) 障害者手帳の所持状況

登録時に障害者手帳を所持する者は、131名(58%)であった(支援表11)。障害者手帳を所持する者の内訳(重複計上)は、身体障害者手帳115名(78%)、精神障害者保健福祉手帳29名(20%)、療育手帳4名(3%)であった(支援表12)。

精神障害者保健福祉手帳所持者29名のうち、15名(52%)が精神障害者保健福祉手帳のみを所持しており、14名(48%)が身体障害者手帳と精神障害者保健福祉手帳の両方を所持していた。療育手帳所持者4名のうち、1名(25%)が療育手帳のみを所持しており、3名(75%)が身体障害者手帳と療育手帳の両方を所持していた(支援表13)。

3) 脳画像診断(支援調査票の医学的データを分析)

全対象者225名のうち、MRIを施行した者は153名(68%)、CTを施行した者は86名(38%)であった(重複計上)(支援表15)。その中で、高次脳機能障害の原因となる疾患の発症または受傷の事実を説明できる所見が得られた者は151名(83%)であった。また、高次脳機能障害を説明できる明らかな所見が得られた者は132名(78%)であった(支援表16)。

4) 原因傷病、機能障害及び高次脳機能障害の症状

原因傷病は、外傷性脳損傷176名(78%)、脳血管障害35名(16%)、低酸素脳症5名(2%)であった(支援表17)。発症時意識障害が1週間以内の者は48名(21%)、1ヵ月以内の者が116名(52%)であった(支援表19)。HDS-Rは、24点以上が142名(63%)、20~23点が32名(14%)、20点未満が34名(15%)であった(支援表20)。バーセル・インデックスは、80以上が199名(88%)であった(支援表21)。老研式活動能力指標は平均6.4点であった(支援表22)。障害尺度については、3から8の頻度はそれぞれ13名(6%)、64名(28%)、84名(37%)、41名(18%)、14名(6%)、2名(1%)であり、平均約5であった(支援表23)。片麻痺もしくは運動失調があった人は、それぞれ68名(31%)、46名(21%)であった(支援表24)。歩行が自立している者は190名(85%)、監視歩行は15名(7%)、介助歩行は3名(1%)、車椅子移動は15名(7%)であった(支援表25)。高次脳機能障害の症状がある者は、記憶障害201名(89%)、注意障害176名(78%)、遂行機能障害167名(74%)、対人技能拙劣121名(54%)、固執性116名(52%)、依存・退行113名(50%)、感情コントロール低下107名(48%)であり、失語は38名(17%)であった(支援表27-29)。

5) その他

発症前の職業は、会社員が100名(44%)、自営、公務員及びパート・アルバイトはそれぞれ、10名(4%)、14名(6%)、19名(8%)であり、学生は58名(26%)であった(支援表31)。

B. 訓練プログラムから支援プログラムへの移行者(83名)の概要

1) 性別、年齢等

男性は68名(82%)、女性は15名(18%)であった(支援表34)。登録時の年齢構成は、10歳代は14名(17%)、20歳代は32名(37%)、30歳代は13名(15%)、40歳以上は22名(27%)であり、平均年齢は31.1歳であった(支援表35)。受傷・発症時年齢は、60.2%が30歳未満であった(支援表36)。受傷からの年数が1年未満、1~2年、2~3年である者は、それぞれ48名(58%)、17名(21%)、11名(13%)であり、10年以上の者は1名(1%)であった(支援表37)。

2) 障害者手帳の所持状況

障害者手帳を所持する者は28名(34%)、所持しない者は55名(66%)であった(支援表38)。

障害者手帳を所持する者の内訳（重複計上）は、身体障害者手帳が 26 名（90%）、精神障害者保健福祉手帳が 2 名（7%）、療育手帳が 1 名（3%）であった（支援 表 39）。

3）脳画像診断（支援調査票の医学的データを分析）

MRI を施行した者は 63 名（86%）、CT を施行した者は 28 名（45%）であった（重複計上）（支援 表 41）。高次脳機能障害の原因となる疾患の発症又は受傷の事実を説明できる所見が得られた者は 62 名（93%）であった。また、高次脳機能障害を説明できる明らかな所見が得られた者は 54 名（83%）であった（支援 表 42）。

4）原因傷病、機能障害及び高次脳機能障害の症状

原因傷病は、外傷性脳損傷 62 名（75%）、脳血管障害 16 名（19%）、低酸素脳症 3 名（4%）であった（支援 表 43）。受傷・発症時意識障害が 1 週間以内の者は 25 名（30%）、1 ヶ月以内の者は 60 名（72%）であった（支援 表 45）。HDS-R は、24 点以上は 56 名（68%）、20～23 点は 10 名（12%）、20 点未満は 12 名（15%）であった（支援 表 46）。バーセル・インデックスは、80 以上は 75 名（90%）であった（支援 表 47）。老研式活動能力指標の平均は 6.1 点であった（支援 表 48）。障害尺度 3 から 8 の頻度はそれぞれ 2 名（2%）、17 名（21%）、32 名（39%）、19 名（23%）、8 名（10%）、2 名（2%）であり、平均は 6 であった（支援 表 49）。片麻痺もしくは運動失調があった人は、それぞれ 30 名（36%）と 15 名（21%）であった（支援 表 50）。歩行が自立している者は 76 名（92%）、監視歩行は 3 名（4%）、車椅子移動は 3 名（4%）であった（支援 表 51）。高次脳機能障害の症状がある者は、記憶障害 71 名（86%）、注意障害 66 名（80%）、遂行機能障害 61 名（74%）、固執性 40 名（48%）、対人技能拙劣 37 名（45%）、依存・退行 38 名（46%）、感情コントロール低下 27 名（33%）、病識欠落 49 名（59%）であり（支援 表 53）、社会的行動障害が 50%程度にみられた（支援 表 53、55）。失語は 38 名（24%）に見られた（支援 表 54）。

5）その他

発症前の職業は、会社員が 35 名（42%）、自営、公務員及びパート・アルバイトがそれぞれ、3 名（4%）、7 名（8%）、11 名（13%）であった（支援 表 57）。

(1) 受診の状況

支援対象者全体（225 名）において、社会復帰・生活・介護支援の導入初期には、多くのケースが医療機関を定期的に受診していた。第 2 回目の調査票のある 204 名の中で、主治医の記載のある者は 189 名であり、その診療科は、リハビリテーション科 93 名（49%）、脳神経外科 38 名（20%）、精神科 20 名（11%）、神経内科 18 名（10%）が主なものであった（支援 表 58）。

(2) 支援施設と支援担当者

支援対象者全体（225 名）のうち、病院を利用している者は 90 名の中で、リハビリテーション病院の利用者は 69 名、一般病院 18 名、精神病院 3 名であった。身体障害者更生援護施設等を利用している者は 68 名で、身体障害者福祉センター A 型 17 名、身体障害者授産施設 13 名、小規模作業所 17 名であった（支援 表 59）。支援計画の策定や支援の実施について継続的調整を行う担当者としては、医療ソーシャルワーカーと生活支援員・生活指導員がそれぞれ 30%、28%と多く、職能指導員・職能支援員は 11%、心理担当員は 9%であった（支援 表 60）。

(I) 高次脳機能障害に起因する支援ニーズ

支援対象者全体（225 名）について、支援導入時に支援ニーズのある項目の割合は、身体介助 13%、生活援助 23%、健康管理援助 30%、相談援助 34%、活動参加援助 28%、訓練・作業援助 31%、コミュニ

ケーション 21%、社会復帰訓練 25%、家族支援 14%であった(支援 表 61)。

支援ニーズ調査表で「支援の必要性あり」の割合は相談援助と訓練・作業援助で比較的多く 30%を越えていた。「支援の必要性あり」の中で、「必要性大」の割合は約 40%であったが、社会復帰訓練と家族支援は、それぞれ 62%と 58%と比較的高かった。

これらの支援ニーズについて、ニーズの発生原因として高次脳機能障害が関与していると考えられた割合は、身体介助で 71%であったが、その他の項目では 90% 以上であり、家族支援では 96%を占めていた(支援 表 62)。

(イ) 支援目標の設定と支援実施計画の策定

支援対象者全体(225名)のうち、支援計画策定会議の欄に記載のあった 197名において、支援開始時に開催された支援計画策定会議には、医師、医療ソーシャルワーカー、心理担当員、生活指導員、職能指導員、作業療法士、理学療法士、介護員等多くの職種が出席しており(支援 表 63)、参加職種数は 1 ケースあたり平均 3.9 職種であった(支援 表 64)。当事者や家族が出席していたものは 48 ケース(29.8%)であった(支援 表 65)。1 ケースについて 1 回の会議に要した時間は、30 分以下が 51 ケース(26.7%)、1 時間が 94 ケース(49.2%)であり、平均所要時間は約 70 分であった(支援 表 66)。

(カ) 支援実施状況

A. 支援対象者全体(225名)

1) 主な支援内容

登録時の主な支援内容を「就業支援」、「就学支援」、「授産施設支援」、「小規模作業所等支援」、「就業・就学準備支援」、「在宅支援」、「施設生活訓練支援」、「施設生活支援」の 8 種類に分類したところ、それぞれ 25 名(11%)、20 名(9%)、21 名(9%)、29 名(13%)、71 名(32%)、35 名(16%)、19 名(8%)、5 名(2%)となった(支援 表 67)。

2) 支援内容と高次脳機能障害の症状及び機能

支援内容(8種類)と、高次脳機能障害の症状の関連をみると、記憶障害はいずれの支援内容においても 80%以上にみられ、注意障害はいずれの支援内容においても 80%前後にみられ、差はなかった(支援 表 68)。

しかし、依存性・退行は「就業支援」を受けた者では 28%にみられたが、「授産施設支援」や「在宅支援」においては 71%と多く、その頻度には大きな差があった。また、意欲・発動性の低下、欲求コントロール低下及び感情コントロール低下も「就業支援」や「就学支援」を受けた者では 25%前後にみられたが、「授産施設支援」、「小規模作業所等支援」及び「在宅支援」では 50%以上にみられた(支援 表 70)。

ADL を示すバーセル・インデックス(BI)は、163 名について調査されており、そのほとんどの者で 80 以上であったが、「在宅支援」の群では、80 未満の割合は約 23%であった(支援 表 71)。

HDS-R は 142 名について調査されており、24 点未満の者は「就業支援」、「就学支援」、「就業・就学準備支援」の群で 20%程度であったが、他の群では約半数であった(支援 表 72)。

3) 支援内容と支援ニーズ

支援内容別に支援ニーズを比較すると、「就業支援」及び「就学支援」では支援ニーズは比較的少なかった。「授産施設支援」では、健康管理援助と活動参加援助のニーズが 30%以上の者にあり、「小規模作業所等支援」では、健康管理支援と訓練・作業援助が 40%以上の高頻度であり、生活援助も 37%であった。「就業・就学準備支援」では社会復帰訓練が約 1/3 に必要であった。

「在宅支援」と「施設生活支援」では身体介助と生活援助とが多く、特に「施設生活支援」では半数に達していた。健康管理援助は、「小規模作業所等支援」、「在宅支援」、「施設生活訓練支援」、「施設生活支援」ではいずれも40%以上の者に必要であり、これらの群で「施設生活支援」を除いては、相談援助も40%以上の者に必要であった(支援表73)。

4) 支援体制

全対象者(225名)について、継続的に支援調整を行う施設(以下、「高次脳機能障害支援センター」という)主として支援を実施する施設(以下、「高次脳機能障害支援実施施設」という)および支援に協力する施設(以下、「高次脳機能障害支援協力施設」という)の組み合わせや支援の内容によって主な支援体制を分類した(支援表74)。その結果、支援体制は116に分類された(支援表75)。「高次脳機能障害支援センター」と「高次脳機能障害支援実施施設」が同一のものは68.7%であった。

また、「高次脳機能障害支援センター」として最も多い施設は、病院が44.2%、身体障害者更生施設が40.2%と両者でその大半を占めていた。「高次脳機能障害支援実施施設」としては、病院19%、身体障害者更生施設20%、授産施設14%、小規模作業所14%が主なものであった(支援表74)。

各支援内容に対応する支援体制を調べた結果は、以下の通りであった(支援表76)。

- ・「就業訓練」には、身体障害者更生施設が「高次脳機能障害支援センター」と「高次脳機能障害支援実施施設」になっているもの及び病院が「高次脳機能障害支援センター」と「高次脳機能障害支援実施施設」になっているものが多かった。
- ・「就学支援」については、病院が「高次脳機能障害支援センター」となり、教育機関が「高次脳機能障害支援実施施設」となっていた。
- ・「授産施設支援」及び「小規模作業所等支援」では、授産施設あるいは小規模作業所が「高次脳機能障害支援実施施設」となり、約半数において身体障害者更生施設が「高次脳機能障害支援センター」となっていた。
- ・「就業・就学準備支援」では、「就業支援」と同様、病院と身体障害者援護施設が「高次脳機能障害支援センター」及び「高次脳機能障害支援実施施設」を兼ねていた。
- ・「在宅支援」では、病院が「高次脳機能障害支援センター」と「高次脳機能障害支援実施施設」を兼ねているものが多かった。
- ・「施設生活訓練支援」の大部分は、病院と身体障害者更生施設が「高次脳機能障害支援センター」となり、身体障害者援護施設が「高次脳機能障害支援実施施設」となっていた。
- ・「施設生活支援」では、身体障害者援護施設と老人福祉施設が「高次脳機能障害支援実施施設」となっていた。

5) 支援担当者

社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票の個別票(C)に記載(複数回答)のある項目の担当者について支援内容ごとに比較した。支援の「必要性あり」の項目は身体介助では373項目であった。そのうち、担当者が明記されているものは173項目であり、家族が担当しているものは71項目(44%)であった。生活援助及び健康管理援助においても、家族が半数近くの項目の担当者となっていた。(支援表77)。

6) 障害尺度の変化

支援調査票が2回以上報告された199名について、支援開始時と、当該対象者の最終の調査票とで障害尺度の変化を検討した。150名(75%)において変化がなく、38名(19%)で改善し、11名(6%)で悪化した(支援表78)。なお、199名中で支援期間が記載されていた者は175名であり、具体的には支援調査表128とほとんど同じ内容であった。すなわち、約3/4において、支援期間は0.5年から1.5年であった。

7) 支援中の障害者手帳の取得

225名のうち、登録時にすでに障害者手帳を所持していた者は131名であった。訓練プログラムから社会復帰・生活・介護支援プログラムに移行した83名中24名(29%)が訓練プログラム中に障害者手帳を取得した。全対象者のうち、社会復帰・生活・介護支援プログラム中に手帳を取得した者は15名で、最終報告時点までにいずれの障害者手帳も所持していなかった者は68名(30%)であった。

登録時に障害者手帳を所持していた者と最終報告時点までにいずれの障害者手帳も所持していなかった者との間には、年齢や支援ニーズの内容にほとんど差はなかった(支援表79)。

しかし、登録時に障害者手帳を所持していた者では、発症から登録までの期間が長い者が多く、2年を越える者は67.9%であった。それに対して、最終報告時点までにいずれの障害者手帳も取得しなかった者では、発症・受傷から登録までの期間が2年以内の者が64.7%で、期間の短い者が多かった(支援表80)。

8) 支援ニーズの変化

支援調査票が2回以上報告された199名について、初回と最終報告時の、支援ニーズ判定において「支援の必要性あり」とされた割合の変化をみると、減少幅は0.5-4.0ポイントと大きくはなかった。その中では、訓練・作業援助(31% 16%)、コミュニケーション支援(21% 10%)及び社会復帰訓練(25% 16%)において減少幅が比較的大きかった。(支援表81)。

9) 支援内容等の変化

支援対象者全体についての支援内容等の変化は、以下の通りであった(支援表82)。

- ・初回報告時に「就業支援」を受けていた25名の中のうち、21名(84%)が最終報告時まで「就業支援」を継続していた。残りの4名が、「就業・就学準備支援」に移行しており、そのうち2名がその後に「就業支援」へ移行していた。
- ・初回報告時に「就学支援」を受けていた20名のうち、15名(75%)が最終報告時まで「就学支援」を継続していた。一方、「就業支援」へ移行した者は1名、「施設生活訓練支援」へ移行した者は2名であった。「施設生活訓練支援」に移行した2名のうち1名は、その後「就業・就学準備支援」へ移行した。
- ・初回報告時に「授産施設支援」を受けていた21名のうち、20名(95%)が最終報告時まで「授産施設支援」を継続していた。一方、「小規模作業所等支援」を経験して「授産施設支援」に戻った者は1名であった。
- ・初回報告時に「小規模作業所等支援」を受けていた29名のうち、最終報告時まで20名(69%)が「小規模作業所等支援」を継続していた。一方、「授産施設支援」に移行した者は1名、「在宅支援」移行した者は1名であった。また、「就業・就学準備支援」に移行した者は5名であり、そのうち1名が「就業支援」へ移行した。
- ・初回報告時に「就業・就学準備支援」を受けていた71名のうち、29名(41%)が最終報告時

まで「就業・就学準備支援」を継続していた。一方、「就業支援」に移行した者は21名(30%)であり、その後「就業・就学準備支援」または「就業支援」に1名ずつが移行した。また、「就学支援」に移行した者は6名、「授産施設支援」では4名、「在宅支援」では5名、「施設生活訓練支援」では3名であった。「小規模作業所等支援」に移行した者は3名であり、そのうち1名がその後「授産施設支援」に移行した。

- ・初回報告時に「在宅支援」を受けていた35名のうち、31名(89%)が最終報告まで「在宅支援」を継続していた。一方、「小規模作業所等支援」または「施設生活訓練支援」に1名ずつが移行した。また、「就業・就学準備支援」に移行した者は2名であり、そのうち1名がその後「小規模作業所等支援」に移行した。
- ・初回報告時に「施設生活訓練支援」を受けていた19名のうち、14名(74%)が最終報告時まで「施設生活訓練支援」を継続していた。一方、「在宅支援」に移行した者は3名、「施設生活支援」に移行した者は2名であった。
- ・初回報告時に「施設生活支援」を受けていた5名のうち、2名(40%)が最終報告時まで「施設生活支援」を継続していた。一方、「授産施設支援」への移行は1名であった。「施設生活訓練支援」に移行した者は2名であり、そのうち1名は「施設生活支援」に移行した。

10) 支援内容別の支援期間と帰結

支援期間が1年以内の者は就業支援において60%、就学支援、授産施設支援、小規模作業所等支援、就業・就学準備支援、在宅支援、施設生活訓練支援、施設生活支援においてはそれぞれ69%、74%、68%、58%、36%、64%、60%であった。支援期間が2年を越える者は2名のみであった(支援表91)。

全支援対象者225名中101名(44.9%)において、支援を終了していた。その大部分(97名、96%)は、1.5年以内に終了していた(支援表128)。

支援内容別に追跡回数ごとの帰結状況を検討したところ、2回目の報告が「最終評価時」である割合は、就業支援、就学支援、授産施設支援、小規模作業所等支援、就業・就学準備支援、在宅支援、施設生活訓練支援、施設生活支援においてはそれぞれ36%、18%、50%、11%、13%、12%、18%、33%であった。また、それぞれの支援内容において、3回目の報告が「最終評価時」である割合は、58%、23%、50%、44%、36%、60%、31%、0%であった(支援表92,93)。

11) 在宅支援ケースについて

225名のうち、支援開始時の支援内容が「在宅支援」であった35名についてみると、女性の割合が37%(支援対象者全体では23%)と高かった(支援表94)。登録時の年齢は、40歳以上の者が約半数で、平均年齢は42歳であり(支援表95)、支援対象者全体よりも10歳高かった。平均家族人員数(本人含)は3.6人(支援表96)、受傷・発症時の年齢は、平均39歳であり(支援表97)、支援対象者全体よりも10歳10歳高齢であった。原疾患が脳血管障害である人の割合は31%(支援対象者全体では15%)であった(支援表103)。社会的行動障害のある人の割合は比較的高く、特に依存性・退行が71%と高率であった(支援表107)。HDS-Rが24点未満の者の割合は57%(支援表108)、バーセル・インデックスが80未満の者の割合は31%であり(支援表99)、いずれも支援対象者全体の約2倍であった。また、障害尺度は、4である者が約半数(45.7%)を占めていた(支援表111)。支援ニーズでは健康管理援助を必要とする者が約半数の者で(支援表73)、病院が支援サービスの中心となっている者が63%と多かった(支援表116)。

また、13名(38%)がホームヘルパー等による家族支援を受けていた。

1 2) 精神障害者保健福祉手帳所持者について

登録時において、精神障害者保健福祉手帳のみを所持していた者(28名)の属性をみると、HDS-Rは20点未満の人の割合は7%、20-23点は17%、24点以上は72%と全対象者よりも高かった(支援表117)。障害尺度は全員が4~6であり、平均は5であった(支援表118)。この結果は、支援対象者全体と同様であった。

高次脳機能障害の症状としては、記憶障害(96%)、注意障害(86%)、遂行障害(86%)となっており(支援表119)、依存性(64%)、対人技能拙劣(82%)、感情コントロール低下(71%)、固執性(68%)等(支援表121)いずれも高頻度であった。特に、対人技能拙劣及び感情コントロール低下は全対象者の1.5倍の高頻度であった。

B. 訓練プログラムから社会復帰・生活・介護支援プログラムへの移行者(83名)

1) 主な支援目的・内容

登録時の主な支援内容を8種類に分類すると、「就業支援」、「就学支援」、「授産施設支援」、「小規模作業所等支援」、「就労・就学準備支援」、「在宅支援」、「施設生活訓練支援」、「施設生活支援」に該当する者は、それぞれ15名、18名、8名、7名、19名、10名、5名、1名であった(支援表122)。支援対象者全体と比較すると、「就業支援」と「就学支援」の合計の割合が39.8%と、支援対象者全体の約2倍であった。一方で、「小規模作業所等支援」、「在宅支援」、「施設生活訓練支援」等が少なかった。

2) 支援中の障害者手帳の取得

83名のうち、支援プログラム中に障害者手帳を取得した者は、身体障害者手帳2名、精神福祉手帳4名、合計6名であった。最終報告時までにはいずれかの障害者手帳を所持していた者は34名(41%)であった(支援表123)。

3) 障害尺度の変化

支援調査票が2回以上報告された63名について、障害度4の者は支援対象者全体と同じく約40%であったが、3以下の者は16%となり、これは支援対象者全体の約半分の割合であった。支援開始時と、最終報告時の調査票で障害尺度の変化を検討すると、障害度4の者は51名(81%)で変化がなく、10名(16%)で改善し、2名(3%)で悪化した(支援表124)。この結果は支援対象者全体における結果と同じ傾向であった。

4) 支援ニーズの変化

支援調査票が2回以上報告された63名について、初回と最終評価時の、支援ニーズ判定において「支援の必要性あり」とされた割合の減少幅をみると、訓練・作業援助で7%、コミュニケーション援助で7%、社会復帰訓練7%等と大きく、支援対象者全体の場合よりも著しい変化であった(支援表125)。

5) 支援内容等の変化

支援対象者全体について、支援内容等の変化は以下の通りであった(支援表126)。

- ・初回報告時に「就業支援」を受けていた18名のうち、16名(89%)が最終報告時まで「就業支援」を継続していた。一方、「就業・就学準備支援」に移行した者は2名であり、そのうち1名が「就業支援」に移行した。
- ・初回報告時に「就学支援」を受けていた15名のうち、13名が最終報告時まで「就学支援」

を継続し、他の2名は「就業支援」に移行した。

- ・初回報告時に「授産施設支援」を受けていた8名全員が最終報告時まで「授産施設支援」を継続していた。
- ・初回報告時に「小規模作業所等支援」を受けていた7名のうち、6名が最終報告時まで「小規模作業所等支援」を継続し、1名が「在宅支援」に移行した。
- ・初回報告時に「就業・就学準備支援」を受けていた19名のうち、最終報告時まで「就業・就学準備支援」を継続した者は7名であった。一方、「就業支援」に移行した者は9名であり、そのうち1名が「就業・就学準備支援」に移行した。「就学支援」に移行した者は2名であった。「小規模作業所等支援」に移行した者は1名であり、その後「授産施設支援」へ移行した。
- ・初回報告時に「在宅支援」を受けていた10名のうち、9名が最終報告時まで「在宅支援」を継続し、1名が「就業・就学準備支援」に移行した。
- ・初回報告時に「施設生活訓練支援」を受けていた5名の中で、4名が最終報告時まで「施設生活訓練支援」を継続し、1名が「在宅支援」に移行した。
- ・初回報告時に「施設生活支援」を受けていた1名はその後「授産施設支援」へ移行した。

イ．調査結果の解説

(7) 対象者の属性

本モデル事業における社会復帰・生活・介護支援プログラムの対象者には、男性が多く、約半数が30歳未満であり、受傷・発症前に就業していた者は64%、就学していた者は26%であった。

(1) 原因傷病と高次脳機能障害の症状

対象者の原疾患としては、外傷性脳損傷が78%と最も多く、高次脳機能障害の症状としては、記憶障害、注意障害、遂行機能障害が80%前後の者に認められ、対人技能拙劣、固執性、依存・退行や感情コントロールの低下はそれぞれ約半数の者に認められた。

(ウ) 医学的管理

急性期医療から回復期医療に引き続き、社会復帰・生活・介護支援に移行後にも、リハビリテーション科、脳神経外科あるいは神経内科による医学的管理を受けていた。

(I) 支援開始までの手順

A．本モデル事業において、社会復帰・生活・介護支援を受けた者の中で、42%が登録時に障害者手帳を所持していなかった。

また、最終調査時点までにいずれの障害者手帳も所持していなかった者は、全対象者で30.2%、訓練プログラムから社会復帰・生活・介護支援プログラムに移行した者においては59%であった。この結果から、高次脳機能障害としてサービスを受ける対象と考えられる者においても、障害者手帳を所持しない者が少なからずみられた。

B．病院、身体障害者更生施設、身体障害者授産施設、小規模作業所、障害者職業センター及び地域利用施設等が、支援調整を行う「高次脳機能障害支援センター」となっていた。ただし、訓練プログラムから移行した者についての検討結果からみると、社会復帰・生活・介護支援の開始初期には、病院または身体障害者更生施設が「高次脳機能障害支援センター」となっていることが多いと考えられる。

C．「高次脳機能障害支援センター」内での支援調整も重要であり、高次脳機能障害支援コーディネ

ネーターを中心に、各担当者による医学的、社会的情報等の収集を行うことが必要であると考えられた。本モデル事業においては、医療ソーシャルワーカー、生活指導員、職能指導員及び心理担当員等が支援コーディネーターとなっていた。

- D. 障害の評価及び支援ニーズ調査については、身体機能障害及び高次脳機能障害等に関する評価を行うことが必要であり、その際に、障害尺度は障害の程度を分類・判断するための有効な指標となりうることが示唆された。支援ニーズ調査には本モデル事業で使用した支援ニーズ判定表を用いて、どのような生活・介護支援、環境調整支援あるいは「就業支援」等が必要であるかを明らかにすることが有効であると考えられた。そこで、高次脳機能障害を原因とする場合での支援の必要性を障害尺度別に検討し(支援表 133、134)、「高次脳機能障害支援ニーズ判定票」を作成した。
- E. 支援実施計画の策定時には、支援ニーズに対して、適切な支援内容、支援順序、支援体制等を決定する必要があり、その際に、当事者やその家族が支援実施計画策定会議に出席していることが望ましいと考えられた。有効で効率的な支援を実現する上で、支援実施計画策定会議は重要・不可欠であり、必要に応じて平均 3.9 名の専門職による約 70 分の会議が開催され、支援実施計画が策定されていた。支援実施計画策定会議参加頻度は、医師、臨床心理技術者、生活指導員、作業療法士が 30%以上で、職能指導員、理学療法士、MSW等が 20%以上であった。なお、本モデル事業における社会復帰・生活・介護支援において、「高次脳機能障害支援センター」、「高次脳機能障害支援実施施設」及び「高次脳機能障害支援協力施設」からなる支援体制は多様であり、116 のモデルが提示された。

(オ) 支援内容

- A. 必要な支援ニーズの特色と量及び支援によるニーズの変化を把握するために、支援内容を「在宅支援」、「施設生活訓練支援」、「施設生活支援」、「小規模作業所等支援」、「授産施設支援」、「就学支援」、「就業訓練」、「就業・就学準備支援」に分類することが有効であると考えられた。これらの支援内容毎の典型的な支援事例における具体的支援方法を事例集に示した。
- B. 支援プログラム開始時の「在宅支援」、「施設生活訓練支援」、「施設生活支援」、「小規模作業所等支援」、「授産施設支援」、「就学支援」、「就業訓練」、「就業・就学準備支援」の対象者数はそれぞれ 35 (16%)、19 (8%)、5 (2%)、29 (13%)、21 (9%)、20 (9%)、25 (11%)、71 (32%) で「就業・就学準備支援」が最も多かった。「就業・就学準備支援」の 35%は「就業支援」及び「就学支援」に、10%は「授産施設支援」及び「小規模作業所等支援」に移行し、30%が「就業・就学準備支援」を継続していた。
- C. 支援ニーズをもとにしてまとめられた支援モデルを、実際にどこが「高次脳機能障害支援センター」となり、どのような施設が「高次脳機能障害支援実施施設」及び「高次脳機能障害支援協力施設」となって、支援内容をどのように分担すべきかについては、高次脳機能障害支援コーディネーターが調整しながら進めることが必要であると考えられる。実際には、各地域の特色や実情に合わせた支援ネットワークが形成されつつあり、支援体制は一様ではなかった。各地域の状況に応じて形成されている支援ネットワークの概要を事例集にまとめた。
- 支援ニーズの調査結果から、在宅者の生活支援において家族が分担している部分が多いことが伺われたことから、適切な家族指導・支援を行い、その負担量を判断しながら、必要に応じて社会的資源を調整することが必要と考えられる。

D．調査開始から約1年の間に、約1/3の者で支援を終了していた(支援表128)。この結果から、特に、支援開始当初には定期的な支援ニーズ調査や支援実施計画の見直しが必要であると考えられた。

E．支援対象者全体と訓練プログラムから社会復帰・生活・介護支援プログラムに移行した者との比較を行った(支援表129)。

両群で発症年齢、原疾患、HDS-Rなどにほとんど差はなく、障害尺度も、支援対象者全体と同じく、極少数の者で改善がみられた。

移行した者では登録までの期間が短かった。また、記憶障害や注意障害などの頻度は両群において差が認められなかったが、対人技能拙劣や感情コントロール低下などは、移行した者で明らかに少なかった。

支援の内容や支援の結果を比較すると、移行した者では「就業支援」や「就学支援」が多く、「就業・就学準備支援」の後に一般就労、就学、福祉就業などに移行した者が多かった。さらに、支援ニーズにおいても訓練・作業援助、社会復帰訓練、コミュニケーション援助などの必要性が減少していた。以上の結果は、発症後の早期に訓練プログラムを導入することによって、行動異常などが少なくなり、支援の効果が得られ易くなることを示唆する。

ウ．調査結果の概要

中間報告書において示された課題のなかには、支援調査票の集計だけからでは解決方法が明確にならないものもあったために、新たに検討を加えるとともに必要に応じて新規調査を実施した。

(ア)高次脳機能障害支援ニーズ判定票(以下、ニーズ判定票という)(調査結果-ア参照)

高次脳機能障害者の支援計画を策定する際に、どのような支援が必要かを評価・把握することを目的として、高次脳機能障害支援ニーズ判定票を作成した。

高次脳機能障害支援モデル事業において、社会復帰・生活・介護支援プログラムの初回調査時に提出された、225名の支援調査票・個別票(C)(全93項目の「ニーズ判定表」)を基に、以下の手順で高次脳機能障害支援ニーズ判定票(様式3)に含まれる項目、及び参考項目を選定した。

(1) 93項目のうち、「高次脳機能障害のみ」及び「高次脳機能障害と身体障害」によって支援が必要と答えた人の割合が25%以上の項目を抽出した。その結果、56項目が該当しており、これらを高次脳機能障害支援ニーズ判定票の項目として採用した。また、障害尺度別に検討したところ、軽(障害尺度6から8)で12項目、中(障害尺度5)で35項目、重(障害尺度1から4)で52項目が上記の条件を満たしていた。

(2) 93項目のうち、「高次脳機能障害のみ」及び「高次脳機能障害と身体障害」によって支援が必要と答えた人の割合が20%以上25%未満である項目を条件に抽出した。その結果、11項目が該当しており、これらを高次脳機能障害支援ニーズ判定票の参考項目として採用した。

(3) (1)における障害尺度が「重」であった場合の52項目の中に、「家族支援・その他」という項目が含まれていた。そこで、「その他」の欄に記述されていた内容を整理したところ、4つのカテゴリ(「家族への精神的ケア・相談面接」、「家族会・セミナーの案内および活用」、「制度・社会資源に関する情報提供」及び「制度・社会資源に関する情報提供」)に分けられた。これらの4つの項目についても参考項目として採用した。

これら3つの経過を踏まえて、高次脳機能障害支援ニーズ判定票の本項目として56項目、参考項目として15項目を選んだ。表現を見直し、類似している項目をまとめた結果、本項目が51項

目、参考項目が14項目という構成となった。

これら全ての項目について、支援の「必要性大」・「必要性小」・「必要性なし(ほとんどなし)」という3つの選択肢を設けた。各項目の支援必要性の表現については、支援費制度で用いられている聴き取り票の表現を参考にした。

さらに、対象者の属性に関してフェイスシートを作成し、手引きと自由記載の特記事項の欄も追加して高次脳機能障害支援ニーズ判定票として完成させた。

(イ) 支援拠点機関の「高次脳機能障害支援センター機能」および「支援コーディネーター」に関する検討結果(調査結果-I参照)

これまでの調査・検討により、高次脳機能障害者については、急性期医療以降の医療機関におけるリハビリテーション医療、社会参加支援として福祉施設などで提供される社会的及び職業的リハビリテーション、地域生活、家庭生活を支える身近な地域での福祉サービスによる支援、就労準備等、それぞれの段階に応じた支援が、切れ目なく実施される必要があることが明らかとなった。リハビリテーション医療、社会的および職業的リハビリテーション、地域福祉サービス等の各分野の支援が、高次脳機能障害者の状況とニーズに応じて、有機的かつ効果的な役割分担のもとに提供されるためには、専門的スキル、調整・支援力を有する支援拠点機関および当該地域における支援のための調整の中核となる支援コーディネーターが必要と考えられる。

支援拠点機関は、都道府県域をカバーする、「高次脳機能障害支援センター」としての機能を果たすものである。具体的には、当事者と家族に対する相談支援、高次脳機能障害の評価、専門的リハビリテーションの提供等の直接的サービスと、地域の医療機関、福祉施設、市町村等の行政窓口への情報提供や技術的支援等の間接的サービスを提供する機能が重要と考えられる。

さらに、「高次脳機能障害連絡調整委員会」との連携のもとに、地域における関係機関の連携体制を構築するとともに、一般市民や関係者への高次脳機能障害に関する理解を促進するための啓発に努める機能も重要である。

モデル事業におけるこれまでの実績を踏まえれば、地域の中核的リハビリテーション病院等が、支援拠点機関としての機能を担う場合が多いと思われるが、他に、福祉関係機関を中心とした多機関連携によってこの機能を担うことも可能であろう。今後、地域の実情に対応しつつも、ある程度共通した支援拠点機関の機能が、各地域で確保されることが望ましい。

高次脳機能障害支援コーディネーターは、支援拠点機関に配置され、当事者や家族等からの相談に対して、助言や適切な支援機関への橋渡しを行うとともに、必要に応じて支援計画の策定及び継続的調整を行い、さらに、市町村や福祉施設等からの相談への助言を行うことが期待される。

現在モデル事業に参加している地方拠点病院等を対象に行ったアンケート調査からは、支援の中核として適切な職種としてはソーシャルワーカー、心理担当員を挙げる意見が多く、高次脳機能障害者の生活及び社会参加支援には支援拠点病院の診断・評価機能が今後も必要であること、都道府県域における地方連絡調整委員会の機能は支援機関及び当事者団体などとの支援連携体制の形成のために必要であるとの意見が多く寄せられた。

(ロ) 就業・就学支援に関する検討結果(調査結果-II参照)

広義の就業支援は、本報告書で用いた分類でいえば、「就業支援」、「授産施設支援」、「小規模作業所等支援」、「就業準備支援」という就業関連の4つの支援を対象としている。これらの支援はいったん支援が終了しても、そこで完結するものばかりではない。例えば、「就業準備支援」の終了後は

「就業支援」あるいは「授産施設支援」などへ移行することが想定されている。就業が不調に終わった場合は、原因を明らかにしたうえでの再支援が必要となる。

就学支援に関しては、「就学支援」と「就学準備支援」が対象となるが、「就学準備支援」が「就学支援」と並行して実施されることも多い。学齢期に学校環境で社会経験を積むことも発達過程では重要であるので、時期を逃さない支援が必要である。『就学支援』の終了時には、必ず次の支援が必要となることも特徴である。

それぞれの支援の過程で、高次脳機能障害支援コーディネーターの役割が大切である。しかし、訓練の進捗により実質的なコーディネート機能は、高次脳機能障害支援コーディネーターから支援実施施設や実施機関の担当者に移行していく場合が多い。コーディネート機能として重要なことは、高次脳機能障害者の状況を把握し、支援実施者に障害の特徴や対処法などの助言をしたり、支援者が果たすべき役割を調整したりすることである。支援の過程ではモニタリングが重要であり、それによって適切な支援も可能となる。なお、コーディネート機能が移行した場合でも、高次脳機能障害支援コーディネーターは専門的な助言を求められることも多く、対象者の経過などを十分に把握しておくことが必要となる。

参考のために、それぞれの支援の流れに沿った事例も紹介した。

(I) 社会福祉施設等の活用について（調査結果-I参照）

高次脳機能障害者、発症・受傷後の急性期医療、集中的なりハビリテーション医療の後は、社会・生活・介護支援に移行するが、福祉的就労等の支援や、施設入所による生活訓練や生活支援が必要な場合には、ニーズに適合した社会福祉施設等の活用を行う。

ただし、社会福祉施設利用においては、身体障害者施設のように障害者手帳要件が厳格に利用前提条件とされる場合があり、利用実態によっては利用者ニーズと合致しないこともあり得る。

利用が想定される施設・サービスには、次のようなものがある。

- (1) 障害者施設(身体障害者系、知的障害者系、精神障害者系などの入所・通所施設 例えば身体障害者更生施設)
- (2) 障害児施設(身体障害者系、知的障害者系、養護系など入所・通所施設 例えば肢体不自由児更生施設)
- (3) 介護保険施設(例えば特別養護老人ホーム、老人保健施設など)
- (4) 在宅サービス(ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなど介護保険制度・支援費制度によるサービス)
- (5) 相談機関(例えば市町村、保健所、障害者関係支援センターなど)
- (6) その他(例えば職業安定所、障害者職業センターなど)

支援コーディネーターは、このような施設資源の情報を整理して、相談業務に当たるとともに、それらを組み合わせて、対象者を支援していくことが求められる。

(II) 「家族支援活動等」に関する実態調査（調査結果-II参照）

医療機関や福祉施設における家族を対象にした集団教育や情報提供を行う会等の施設内活動や「脳障害友の会」をはじめとする当事者・家族活動は、障害者のみでなく、その家族の悩みを支え、障害を受容していく過程を円滑に進める上で、重要な役割を果たしていると考えられている。そこで、家族支援の現状に関して、13か所の地方拠点病院等を対象に調査した。

拠点病院等における施設内活動の開催は、多い場合には週に1回であり、「友の会」の活動以上に多

く行われていた。その結果、障害者と医療・福祉職員との情報交換の場としても大いに役立っている。開催には職員の努力と熱意が不可欠で、医師を初めとする多くの職種が関与していた。施設内活動では個別的な相談等の対応も行われており、さらに障害者同士の出会いの場ともなっている。これによって、「友の会」の存在を知り、入会のきっかけともなっていた。

「友の会」の活動内容には、地域によって多少の差が認められたが、施設内活動とは性格が異なり、グループ活動やリクリエーションが主体であった。拠点施設の職員が「友の会」活動への関わりは、ボランティアで活動に協力している例は、少数であったが、講演会あるいは総会への出席は多くみられた。

本調査で情報収集された「友の会」は、頭部外傷が主体であった。原因傷病のいかんにかかわらず、家族・当事者活動を育て、連携することが重要だと考えられる。

(カ) 当事者の権利擁護に関する調査(調査結果-カ参照)

高次脳機能障害モデル事業にかかわる当事者、家族、専門職員の計 297 名に権利擁護に関するアンケートを実施した。その調査内容は、財産・金融、刑事事件、家族・親類との人間関係、隣人・知人との人間関係、職場内の人間関係、雇用・勤務条件、福祉・医療サービス、教育上の問題、生活困窮、公共施設・公共機関の利用、在宅福祉サービスの活用における、権利擁護を必要とすると思われる事例の経験、家族や友人に対する差別、その他の不当な差別の経験を問うものであった。

調査結果からは、特に財産・金融にかかわる事例が多く報告されていた。例えば、「サラ金から借金を重ねるが、本人に自覚がない」、「本人の知らないうちに預貯金を他人の口座に移された」等である。高次脳機能障害では、障害の存在がわかりにくいいため、権利擁護に関しても特有の課題があるものと思われた。

また、権利擁護に関する制度の活用状況についても尋ねたところ、地域福祉権利擁護事業の利用者は、全回答者 289 名中 8 名であり、成年後見制度の利用者は、289 名中 20 名であった。この内訳は、後見 6 名、補佐 12 名、補助 3 名であった。

(5) 3 作業班調査のまとめ

平成 13 年 8 月から平成 15 年末までの調査で 424 名の登録があり、その調査結果より、高次脳機能障害の主要症状を明らかにし、高次脳機能障害診断基準を提案した。また、障害の程度の指標とした障害尺度が、生活困難度や訓練効果の指標となりうることを明らかにした。

訓練プログラムは、病院や身体障害者更生施設において行われ、その担当医としては、リハ科医、神経外科医、神経内科医、神経科医が多かった。さらに、それぞれの対象者に応じて心理担当員、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、看護師、リハ体育士等の多くの専門職からなる訓練チームを編成していた。訓練の結果、障害尺度の改善やその下位項目としての HDS-R や WAIS にも変化がみられた。これらの経験を基にして高次脳機能障害標準的訓練プログラム(案)を作成した。

また、記憶障害等には変化はなかったが、遂行機能障害や発動性の低下には改善がみられた。その結果、現在検討中の診療報酬改正作業において新しい項目として検討されている。

社会復帰・生活・介護支援プログラムに関しては、225 例に提供された支援内容は 8 種類に分類され、支援体制は、病院、身体障害者更生施設、精神障害者福祉施設、障害者職業センターなどの組み合わせにより 116 のモデルに分類された。継続的支援の中心となる支援拠点機関の「高次脳機能障害支援センター機能」及び「高次脳機能障害支援コーディネーター」の役割を明らかにするとともに、支援計画策

定のための高次脳機能障害支援ニーズ判定票を作成した。また、中間報告でまとめた「今後の課題」について、調査等を行い、それらをもとに、高次脳機能障害標準的・社会復帰・生活・介護支援プログラム(案)(別添 P61)を作成した。さらに、事例集 1と 2(別冊)を発行した。

・今後の課題

平成 13 年度から平成 15 年度まで 3 か年のモデル事業により、高次脳機能障害により支援を必要とする者の実態把握、診断基準の作成、訓練プログラムの作成、社会復帰・生活・介護支援プログラムの作成を行うことができた。

今後、これらの成果を広く当事者、家族、関係機関、専門家等に普及するとともに、モデル事業においては、引き続き具体的な支援の検討に取り組み、全国に普及可能な支援体制のあり方を検証していくことが必要である。

1. 3 年間の成果の普及について

(1) 今回とりまとめた、診断基準、訓練プログラム、社会復帰・生活・介護支援プログラムは、3 年間の試行的支援の実績を踏まえ、わが国の中核的な専門家の知見を集約して作成された、現時点で最も信頼性の高いものである。モデル事業実施地域はもちろんのこと、モデル事業に関係していない医療機関、福祉施設、自治体等においても、高次脳機能障害者に対する日々の診療や相談支援活動の中で、活用可能なものであるため、日常業務の中で積極的に活用されることを期待する。普及のため、本報告書の配布、国リハのウェブサイト等を通じた情報提供活動、研修等を進めていく必要がある。

(2) また、このような普及活動等を通じて、専門家のみならず、国民一般の理解を深めることが期待される。

2. モデル事業の今後の課題について

(1) 今回作成した診断基準、訓練プログラム、社会復帰・生活・介護支援プログラムは、現時点で最も信頼性の高いものと考えられるが、より、完成度の高いものとするためには、引き続き、内容の検証や効果の確認、必要に応じた修正を行う必要がある

(2) 3 年間のモデル事業の発展経過は地域により若干異なるが、おおむね、拠点病院内におけるリハビリテーション体制の確立から、拠点病院を中心に地域の医療機関や福祉施設等と連携した支援のネットワーク形成へ進んできている。今後はこの方向をさらに進め、支援拠点機関及び支援コーディネーターを中心とした地域の支援ネットワークづくりを進める必要がある。

(3) これらのネットワークづくりにあたっては、高次脳機能障害者の支援ニーズの多様性を考慮して、

拠点機関	身近な地域の機関
医療サービス	福祉サービス
急性期医療	回復期のリハビリテーション - 地域生活支援

等のさまざまな軸を考慮した多角的な視点が求められる。

(4) 地域における支援の手法については、さらにニーズを明確化し、有効な支援内容を具体化していく必要がある。更生援護施設等の社会復帰施設や、小規模作業所等、多様な場における支

援のあり方の検討を進める必要がある。