

． 現 状

1 ．はじめに

外傷性脳損傷、脳血管障害などによる器質的脳病変により生じた後遺症の中で、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は、一般に高次脳機能障害と呼ばれ、このような障害により日常生活に困難を来している者（高次脳機能障害者）の存在が明らかになった。

これらの者は、外傷性脳損傷や脳血管障害等の受傷または発症後、急性期の病態を経て、運動麻痺などの身体的後遺症を認めない、あるいは軽微であるにも係わらず、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によって社会適応に著しい困難を来す場合があり、社会復帰を困難にしている場合が少なくないと考えられる。

近年、このような高次脳機能障害者に対して、適切なサービスを提供することが必要であるとの認識が高まりつつある。そのため、厚生労働省においては、平成 13 年度より、「高次脳機能障害支援モデル事業」を実施し、高次脳機能障害者に関する知見の集積を行い、適切なサービス提供のあり方についての検討を行っている。

2 ．高次脳機能障害の現状

高次脳機能障害は、いわゆる典型的な身体障害（肢体不自由や視覚障害、聴覚障害等）のように誰もが一見して認識することが困難である。そのため、家庭や社会において「単なる怠け者になってしまった」とか「人が変わったようだ」といった誤解を受けるケースもあると言われる。このことは、医療や福祉の関係者行政関係者においても同様であり、ある者が高次脳機能障害を有する場合、正しく診断、評価する手法を確立する必要に迫られている。さらに、国民に対しても、高次脳機能障害についての分かりやすい情報提供が求められている。

このような状況を背景に、当事者や家族においては、どこに相談したら良いのか、どのように対応すれば良いのか、といった情報が不十分であり、医療や福祉サービスの現場においては、高次脳機能障害という用語に十分な共通認識がなく、どのような者に対して、どのようなサービスを提供するのが適切であるのかといった一定の指針を持ち得ない状況である。

一方、高次脳機能障害者の中には、併せ持つ身体障害により身体障害者手帳を所持する者や、精神障害の中の器質精神病として精神障害者保健福祉手帳を所持する者が存在しているが、高次脳機能障害の特性に着目したサービスが提供されているとは言い難い現状もある。

このような高次脳機能障害を取り巻く問題を解決していくためには、医療や福祉の関係者、行政関係者など多方面の関係者による幅広い取り組みを行うことが求められる。

高次脳機能障害への対応についての具体的な現状と課題を以下に整理する。

(1) 高次脳機能障害の原因となる脳損傷等への対応

外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症など高次脳機能障害の原因となる疾病等の急性期治療時においては、救命治療とともに、その後の患者のQOL（生活の質）保持の視点から、高次脳機能障害の発生についても十分な配慮が払われることが必要であると考えられる。

そのため、

- ・ 高次脳機能障害の発生予防
- ・ 高次脳機能障害の早期の発見と対応

等についてのさらなる知見の集積と分析が求められる。

また、急性期の治療を終了したと考えられる時点においても、当事者や家族等に高次脳機能障害が残る可能性について情報提供を行うことも重要である。一般的に、当事者や家族は、救命と身体的な機能の改善をもって「良くなった」と考え、後遺症として高次脳機能障害を有する場合にも、その認識がないまま日常生活における困惑を覚えることが少なくない。特に閉鎖性外傷性脳損傷に代表されるように、画像診断上の所見が乏しい場合においてはなおさらのことである。高次脳機能障害の原因となる脳損傷等の治療の現場では、これらに関する十分な説明と情報提供が求められる。

(2) 高次脳機能障害を有する者への対応

医療の現場においては、現在、器質精神病や失語を除いては、高次脳機能障害の診断手法が十分に確立、定着されていないため、どのように高次脳機能障害を診断することが適切かといった点に共通認識を持ち得ないのが現状である。『高次脳機能障害を有すると診断する手法』の確立、定着は、早期に医学的リハビリテーションを開始し、その後、必要とされる支援を適切に提供することを可能とする基本的な要素であると考えられる。

高次脳機能障害者に特化した医学的リハビリテーションは、「神経心理学的リハビリテーション」あるいは「認知リハビリテーション」などと呼ばれることがあり、近年、その重要性が指摘されている。しかしながら、これらのリハビリテーションの効果についての客観的な分析や評価は十分とは言えず、また、実施可能な施設やノウハウ、マンパワーが十分にあるとは言い難い。従って、『標準的な訓練プログラム』の作成と、そのプログラムの提供が可能な施設やマンパワーの確保が望まれる。

また、高次脳機能障害者が地域で生活をするためには、地域での生活支援や利用できる施設、相談窓口などが求められるが、現状においては、家族の会等の自助努力によってそれらが提供されている場合が多く、社会全体としての支援が求められている。さら

に、高次脳機能障害者を地域で支援する際の方法の確立、定着がなされているとは言い難い。高次脳機能障害を有する者は、運動麻痺等の身体的機能の障害や生活に支障を来すような知能の低下を併せもつことも多く、高次脳機能障害の特性に対応する『標準的な支援プログラム』の作成と、そのプログラムの提供が可能な施設やマンパワーの確保が望まれる。

． 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」を行っている（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、地方拠点病院及び関係する福祉施設等（以下、「地方拠点病院等」という）において高次脳機能障害を有する者に対する治療やリハビリテーション、地域における社会復帰支援などを実施する。

参加自治体は、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。

（資料：高次脳機能障害支援モデル事業実施要綱（都道府県実施分） 拠点病院等一覧）

（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の治療やリハビリテーション、地域における社会復帰支援等の実施
- ・「評価基準作業班」「訓練プログラム作業班」及び「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
- ・「地方拠点病院等連絡協議会」の開催
- ・専門職等に対する研修、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

（資料：高次脳機能障害支援モデル事業実施要綱（国リ八分））

2. データ収集（以下、「調査」という）の概要

（1）調査期間

「高次脳機能障害支援モデル事業」（以下「モデル事業」という）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）と高次脳機能障害を有する者に対する支援を試行的に実施する地方拠点病院等が連携し、平成 13 年度から 3 か年の間に症例データを収集する。これらのデータを分析することにより、高次脳機能障害の「評価基準」と「訓練プログラム」及び「支援プログラム」の検討及び確立を図ることを目標とする。

本中間報告においては、平成 13 年 8 月 24 日から平成 15 年 1 月 14 日までに得られたデータを取りまとめた。

（2）調査内容

調査対象者の実態ならびに背景、医療サービスの現状、福祉サービス等の現状などについて検討を行う基礎的データの収集を想定して、「登録票」、「訓練調査票」、「支援調査票」の 3 点の調査票に分けて調査項目を設定した（参考資料：高次脳機能障害支援モデル事業実施マニュアル、登録票・訓練調査票・支援調査票記入見本）。

（3）調査方法及び対象

国リハと地方拠点病院等において、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説明を行い、同意を得た上で以下の調査を行った。

（資料：高次脳機能障害支援モデル事業実施マニュアル、説明書・同意書）

ア．登録票

【方法】

「登録票」と名付けられたワークシートに、対象者の個人属性及び原因疾患等に関する事項を記載した上で、電子媒体として国リハに送付し、集約・分析の対象とした。

【対象】

調査対象とした者すべて。

イ．訓練調査票

【方法】

病院及び一部更生援護施設等で実施された訓練内容等の標準的な訓練プログラム作成に必要な事項について調査するため、「訓練調査票」と名付けられたワークシートに記載した上で、電子媒体として国リハに送付し、集約・分析の対象とした。訓練実施期間中は定期的に継続調査をした。

【対象】

訓練プログラム作業班の調査対象となる者すべて。

ウ．支援調査票

【方法】

更生援護施設及び小規模作業所等で実施された支援内容等の標準的な支援プログラム作成に必要な事項について調査するため、(支援調査票)と名付けられたワークシートに記載した上で、電子媒体として国リハに送付し、集約・分析の対象とした。支援実施期間中は定期的に継続調査をした。経過中に訓練プログラム作業班の対象者から社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班の対象者に移行した症例では、移行時点で支援調査票の対象者となった。

【対象】

社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班の調査対象となる者すべて。

(4) 調査体制

登録票、訓練調査票、支援調査票については、それぞれ評価基準作業班、訓練プログラム作業班、社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班で、調査計画・内容、分析等について検討を重ねた上で調査を実施するとともに、とりまとめを行った。調査は国リハ及び地方拠点病院等で作成されたすべてのデータを、対象者の個人が特定できない方法で国リハに集約し、調査及び解析の実質的な作業は国リハにおいて各作業班班長が行った。

3. 結果の概要

(1) 評価基準作業班調査(登録票集計参照)

ア．目的

本調査は、高次脳機能障害を有する者の個人属性、原因疾患、主要症状等に関する事項を明らかにし、標準的な診断及び評価基準作成に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

イ．調査の概要

本調査は、登録票・訓練調査票・支援調査票を通じて収集されたデータを元に実施された。評価基準作業班調査に係わる事項で、特記ない場合は登録票を分析した。

ウ．調査方法

(ア) 対象

平成13年8月24日から平成15年1月14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324名とした。

(イ) 調査実施方法

国リハ及び地方拠点病院等で登録された対象者ごとに登録票に記入し、さらに訓練調査票または支援調査票のいずれかに記入する。

(ウ) 主な調査項目

対象者の個人属性、原因疾患、医学的諸データなど、標準的な評価基準作成に必要な事項等。

(I) 調査実施体制

地方拠点病院等連絡協議会を通じて各調査票を電子媒体にて配布し、各実施主体は対象者に説明を行った上で同意を得た者について記入した。記入した調査票は、対象者個人が特定できないような様式で電子媒体にて国リハに送付するとともに、国リハにおいても決して個人情報漏れのないよう取り扱った。

エ．調査成績（表番号は集計表の登録票集計に対応）

(ア) 調査実施状況

登録票：324件、訓練調査票（初回分）：173件、支援調査票（初回分）：168件であった。なお、調査は継続中であり、今後、対象者数は増加する。

(イ) 概況

登録された対象者（以下登録者）は総数324名で、国リハからの登録者23名、北海道・札幌市28名、宮城県12名、埼玉県13名、千葉県28名、神奈川県24名、岐阜県16名、三重県44名、大阪府13名、岡山県10名、広島県24名、福岡県・福岡市・北九州市28名、名古屋市61名であった（表1-1）。

(ウ) 性・年齢別の分析

登録者は男性252名（78%）、女性72名（22%）であった（表1-1）。登録時年齢は9歳から69歳の間に分布し、20歳代（38%）が最も多く、次いで30歳代（25%）が高い比率を示した（表1-10）。登録時平均年齢は登録者全体で33.0歳、男性では32.8歳、女性で33.6歳であった。受傷・発症時平均年齢は、登録者全体で29.1歳、男性では28.8歳、女性で30.3歳であった（表1-19）。

(I) 現在所属する病院等利用サービス

病院を利用する171名のうち、リハビリテーション病院の利用者は103名、一般病院63名、精神病院5名であった。更生援護施設等を利用する153名のうち、身体障害者更生援護施設の利用者は83名、地域利用施設18名、身体障害者授産施設15名、小規模作業所16名、その他20名であった（表1-14）。

(オ) 障害者手帳の所持状況

障害者手帳を所持する者は163名で、所持しない者158名、無回答3名であった。障害者手帳を所持する者の内訳は、身体障害者手帳148名、精神障害者保健福祉手帳31名、療育手帳6名であった（重複所持あり）（表1-4、5、6、21）。

(カ) 原因疾患

外傷性脳損傷が259名（80%）と最も多く、次いで脳血管障害46名（14%）、低酸素

脳症 10 名 (3%) と続いた (表 1-16)。外傷性脳損傷は 20 歳代で最も多く、脳血管障害は 50 歳代で最も多かった。

(キ) 主要症状 (訓練調査票と支援調査票の医学データから：重複者は訓練調査票を優先、未記入は除いた)

記入をみた総数 296 名のうち、高次脳機能障害として記憶障害を有する症例が 261 名 (88%) と最も多く、注意障害 231 名 (78%)、遂行機能障害 218 名 (74%) と続いた。また病識欠落が 167 名 (56%) でみられた。社会的行動障害等としては、対人技能拙劣が 154 名 (52%) と最も多く、依存性・退行 149 名 (50%)、意欲・発動性の低下が 146 名 (49%)、固執性 136 名 (46%)、感情コントロール低下 135 名 (46%) と続いた。

(ク) 画像診断 (訓練調査票の医学的データを分析)

総数 173 名のうちで、MRI を実施した症例は 133 名、CT を実施した症例は 98 名であった。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の得られた症例は 159 名 (92%)、得られなかった症例は 14 名 (8%) 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症例は 148 名 (86%)、得られなかった症例は 25 名 (14%) であった。

(ケ) 知能指数 (訓練調査票の医学的データを分析)

WAIS-R による FIQ は測定不能から 110 台までの間に分布し、100 未満の症例が 90% を占めた。総数 173 名のうち、FIQ40 未満 8 名、40 台 7 名、50 台 26 名、60 台 25 名、70 台 35 名、80 台 31 名、90 台 21 名、100 台 14 名、110 台 4 名であった。

オ．結果の分析

本項目では、評価基準作業班調査に示した各調査結果を集約・分析することにより、高次脳機能障害者の現状を示した。

(ア) 登録者の利用施設

登録者が調査時点で所属する病院等の利用施設については、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。対象者が、急性期治療を目的とする病院を経て、どのような施設利用の経路を歩むのか注目すべき実態である。この調査結果からは、身体障害者関連の病院及び施設が、調査対象とした高次脳機能障害者の取り組みの主体となっていると考えられる。加えて、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、小規模作業所への所属は比率こそ高くないものの、利用施設として無視し得ない数値であった。

(イ) 主要症状

高次脳機能障害のうちどのような症状をもつか、総登録者の分析からは、症状をもつ比率の高い順に 3 つ挙げると、記憶障害 (88%)、注意障害 (78%)、遂行機能障害 (74%) であり、これらが特に高率であった。したがって今回の調査対象者が有する高次脳機能障害は、疾病や外傷などによる器質的脳病変がもたらす後遺症としての、記憶障害、

注意障害、遂行機能障害等の認知障害が主と考えられる。また病識欠落（56%）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。対人技能拙劣を始めとする、種々の社会的行動障害をもつ症例も50%前後の比較的高い比率を示した。この結果からは、医療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、上記の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示唆された。

また、他の症状と併せて類型化すると、身体機能障害を有さず高次脳機能障害のみである群（36%）、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（64%）、その中でいわゆる精神症状が強い群（3%）、知能低下の著しい群（FIQ50未満：9%）を挙げることができる。この結果から高次脳機能障害者は同時にリハビリテーションの対象となる身体機能障害をもつことが高率であり、また知的能力の低下の著しい者も一定程度いることが明らかになった。

(ウ) 高次脳機能障害の原因疾患と受傷・発症年齢

高次脳機能障害をもたらした原因疾患として、外傷性脳損傷（80%）、脳血管障害（14%）、低酸素脳症（3%）が挙げられ、この3疾患で97%を占めた。受傷または発症時の年齢が18歳未満である者が19%あり、成人期発症における高次脳機能障害者と同様のサービスの対象となり得る者が、この若年層にも存在することが示唆された。

(I) 診断に必要な機器と神経心理学的検査

登録者の原因疾患がかなり限定されていたことが背景にあると考えられるが、診断機器の使用については明確な結果が示されつつある。すなわち、診断機器のうちMRIとCTのいずれかの使用は訓練調査票の作成施設（主として病院）では100%であり、本邦におけるそれぞれの機器の普及率に鑑みて、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。

これまでのMRIとCTの使用結果として、受傷または発症に伴う何らかの器質性脳病変の存在を92%で検出し得た。また画像診断の所見で、現在有する高次脳機能障害を86%の症例で説明し得た。高次脳機能障害を生じるような受傷あるいは発症があったという事実の認定のためには、MRIとCTをもって必要な機器とすることに問題はないと考えられる。一方、その他の機器（PET、MEG、脳波等）の適切な使用を妨げる理由はなく、むしろ、今後、より詳細な診断のためには、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。

知能検査を除く、記憶、注意、遂行機能などの高次脳機能の評価に用いられる神経心理学的検査は、各項目で、すべての地方拠点病院に共通する検査法はなく、また実施マニュアルにかなりのばらつきがあった（訓練プログラム作業班会議報告）。加えて、本モデル事業での各班会議の議論では、この種の神経心理学的検査の評価にあっては、スコアだけでなく、検査担当者の検査実施状況からの判断も重要とする傾向にあり、場合によっては検査対象者の過去の生活歴、現在の生活状況まで参考にして障害の有

無を判定する場合があるとされた。特に、問題にすべき外傷または疾病により生じた高次脳機能障害と診断することが困難な場合には、スコア以外の事項に頼る傾向は一層強まる（例：注意障害や知能低下が生来のものではないかと疑われる場合など）。したがって、現今の状況では障害認定に必要な医師による診断書作成にあたり、個別症状の有無の記載に留まることも止むを得ないと思われる。将来、知能検査における WAIS-R のように、全国で統一的に扱うことのできる検査法の開発が、評価を定量的に取り扱うことも含めて期待される。

以上の調査結果を踏まえて、評価基準作業班は高次脳機能障害診断基準（案）を作成した（別添）。

（２）訓練プログラム作業班調査（訓練調査票集計参照）

ア．目的

高次脳機能障害を有する者に対して早期より適切な対応を図るため、標準的な訓練プログラムを策定するために必要な基礎資料を得ることを目的とする。

イ．調査の概要

各地方拠点病院等において高次脳機能障害者に対する訓練を試行的に実施し、その結果を次の方法により報告することでデータの収集とその分析を行った。

中間報告においては、どのような訓練プログラムが最適であるかについて、現時点での合意をとりまとめることとし、そのため、訓練プログラムを受傷、発症の時期からの相対的な期間と目標の違いによって便宜的に次の３つに分けて検討した。

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

また、平成 13 年の本モデル事業開始以来、各拠点病院等に対してアンケート調査を実施している。このアンケートの内容は、それぞれの施設においてどのような専門職種が高次脳機能障害者の治療や訓練にあっているか、また、その際の評価方法及び訓練内容はどのようなものか等の項目を設け、年度ごとの変化を調査した。

なお、標準的訓練プログラム作成にあたっては、訓練プログラム作業班の中にワーキンググループを設け、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のそれぞれについて検討を行った。

ウ．調査方法

（ア）対象

平成 13 年 8 月 24 日から平成 15 年 1 月 14 日までに、国リハ及び地方拠点病院等において訓練を受けた 173 名を対象とした。

（イ）調査実施方法

各拠点病院等は、医学データ、機能データ、訓練データ、帰結データからなる訓練調査票を登録時、訓練終了時、施設を移動する際、同一施設での訓練を継続的に行っている場合は6ヶ月ごとに定期的調査を行った。アンケートは、各年度について1回の調査を行った。

調査は、評価基準作業班と同様、各実施主体より対象者に説明を行った上で同意を得た者について行い、調査票は、対象者個人が特定できないような様式で、電子媒体にて国リハに送付するとともに、国リハにおいても決して個人情報漏れないよう取り扱った。

エ．調査成績（表番号は集計表の訓練調査票集計に対応）

(ア) 調査実施状況

平成15年1月14日までに1回目の訓練データが送付されたのは173件であり、2回目データが送付されたのは108件、3回目データは33件、4回目、5回目データはそれぞれ4件、2件であった。

(イ) 概況（表1-2）

訓練データが送付された対象者総数は173名で、国リハからは15名、北海道・札幌市6名、宮城県4名、埼玉県10名、千葉県22名、神奈川県15名、岐阜県8名、三重県25名、大阪府12名、岡山県0名、広島県6名、福岡県・福岡市・北九州市19名、名古屋市31名であった。

(ウ) 性・年齢別の分布（表1-1、1-10）

男性138名（80%）（平均年齢33歳）、女性35名（20%）（平均年齢29.4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36%、次いで30歳代20%が高い比率を示した。

(エ) 現在所属する病院等利用サービス（表1-3、1-14）

病院を利用する108名のうち、リハビリテーション病院の利用者は77名、一般病院31名、精神病院2名であった。身体障害者更生援護施設の利用者は45名、地域利用施設4名、身体障害者授産施設1名、小規模作業所1名、その他11名であった。

(オ) 障害者手帳の所持状況（表1-4）

障害者手帳を所持する者は60名（35%）で、所持しない者112名（65%）、無回答1名であった。障害者手帳を所持する者の内訳は、身体障害者手帳58名、精神障害者保健福祉手帳4名、療育手帳3名であった（重複所持あり）。

(カ) 原因疾患（表1-17,18）

脳血管障害26名（15%）、外傷性脳損傷135名（78%）、低酸素血症8名（5%）、脳腫瘍2名であった。脳血管障害26名の内訳は、脳梗塞7名、脳出血5名、くも膜下出血11名、もやもや病2名、脳動静脈奇形1名であった。外傷性脳損傷135名の内訳は、脳挫傷73名、びまん性軸索損傷35名、外傷性くも膜下出血5名、外傷性脳内出血4名、硬膜下出血3名、その他の外傷性脳損傷2名であった。

(キ) 主要症状 (表 2-1、2-2、2-3)

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、88%、82%、76%、60%であった。一方、失語、失行、失認は 21%、9%、8%であり、半側空間無視は 6%であった。社会的行動障害等の項目では、依存性・退行、意欲・発動性の低下がほぼ 50%に見られ、ついで、固執性、感情コントロール低下、抑うつが 40%、38%、21%に見られた。感情失禁は約 9%に見られた。

身体機能障害については、片麻痺は 67 名 (39%) に、運動失調は 32 名 (19%)、その他 (骨折、拘縮、眼球運動障害など) 18 名 (10%) に見られた。

(ク) 画像診断 (表 2-4)

173 名中 MRI を実施しているもの 133 名 (77%)、CT を実施しているもの 98 名 (57%) であった。画像所見を有するものは 159 名 (92%)、高次脳機能障害を説明する所見を有するものは 148 名 (86%) であった。

(ケ) 意識障害の程度 (表 1-20)

昏睡期間の記載があったものは 103 名であった。なしから 115 日に分布し、15~22 日が最も多く 13%であり、次いで 8~14 日、1~7 日が共に 12%と続いた。受傷時、発症時の昏睡期間は平均 15 日であり、JCS146 点、GCS7.7 であった。脳血管障害は外傷性脳損傷より意識障害の程度、昏睡期間とも軽度であった(脳血管障害 vs 外傷性脳損傷、JCS ; 81 vs 157、GCS : 10 vs 7.2、昏睡期間 : 4.2 vs 16.7 日)。

(コ) 受傷・発症からの経過 (年)

173 名の受傷・発症からの経過は平均 1.9 年で、脳血管障害 26 名は 0.82 年、外傷性脳損傷 135 名は 2.07 年であり、脳血管障害では経過が短い傾向にあった。

(カ) 機能データ (表 2-24~36、2-44~47)

機能データのうち 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。移動手段は自立歩行であるものが 136 名 79%であった。ADL を示すパーセル・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は 13 点満点のうち、0 点の 21 名について、9 点が次に頻度が高かった。職業適性検査 (GATB) を実施していたのは 72 名 (42%) 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、173 名中 61 名 (35%) は障害尺度 5 であった。

(シ) 障害尺度に関与する要因 (表 3-2)

障害尺度に関与する要因を分析した。

A . 障害尺度と背景要因の関連では、障害度の重い者 (尺度の値の小さい者) は、JCS の点数が大きく、受傷からの年数が短い傾向にあった。障害度の軽い者 (尺度の値の大きい者) は、JCS の点数が小さく、受傷からの年数が短い傾向にあった。受傷からの年数が短いものは、障害度の重いものと軽い者がある。

B . 障害尺度と機能データとの関係は、重症度の重い者は、WAIS-R が低値で、移動

手段は自立していない者が多く、BI 得点も少なく老研式活動能力指標も低い傾向であった。即ち、障害度の重いものは、全般的知能とともに身体機能障害も強い傾向があり、これに関連する ADL 動作、拡大 ADL もより困難であった。

(ヌ) 訓練前後での比較 (表 3-1-1~5)

平成 15 年 1 月 14 日までの訓練調査票登録件数 173 件のうち、1 月 14 日時点で 2 回目の調査票が送られていた 108 名を対象として訓練前後での検討を行った。登録開始から最多で 5 回目のデータが送られている症例が 2 件あった。訓練前後の比較は、第 1 回目と 2 回目のデータとの間で比較を行った。2 回のデータの間隔は、平均 147.4 ± 64.8 日 (約 5 か月) であった。

A . 医学データ (表 2-10~23)

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、遂行機能障害、病識欠落では 5~10%の症例で改善が見られた。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、2 回目のデータでは数名で改善が見られた。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 5~10%の症例で改善が見られた。固執性、感情コントロール低下、感情失禁等は大きな改善は見られなかった。

身体機能障害については、片麻痺、運動失調ともに 5%程度の改善が見られた。

B . 機能データ (表 2-24~36)

機能データのうち WAIS-R の FIQ は 2 回目データでは最頻階級が 70~79 から 80~89 となり、PIQ の最頻階級も 80~89 から 90~99 に変化した。移動手段は元来、自立歩行であるものが多かったが、2 回目データでは、車いす使用、監視歩行の症例が減少した。ADL を示す 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は 13 点満点のうち、0 点のものが減少し、最頻階級は 11 点になった。

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る。職業適性検査 (GATB) を 2 回目のデータで実施していたのは 1 回目の 72 名 (42%) から 40 名 (37%) に減少した。

オ . 訓練プログラム作業班調査結果分析

(ア) 訓練の効果

A . 医学データ (表 2-10~23、表 3-7)

高次脳機能障害の各項目の変化は、遂行機能障害、注意障害は改善がみられたが、記憶障害の改善は 1 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 5%の症例で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・退行が 5~10%で改善した。

B . 機能データ (表 2-24~36、表 3-5-1~2)

2 回目のデータのある 108 名中 33 名 (31%) で訓練後、障害度が改善した。障害尺度の下位項目ともいうべき機能データ、HDS-R、WAIS-R、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 70 名 (64.8%)、逆に、低下したものが 3 名 (3%) みられた。

C. 障害度の重い者は受傷・発症からの期間が短い傾向があり、一方、訓練による障害尺度変化は、受傷からの期間の短いもので改善が大きい傾向が見られた。障害度が悪化した 3 名については、経過の長いものが多く、108 名の受傷からの年数が平均 1.26 年であったのに対して、これら 3 名では、それぞれ 1.9 年、2 年、4.3 年であった。(表 3-5-1~2)

(イ) 訓練に關与する職種 (表 3-8)

A. 訓練期間 (1 回目と 2 回目データの間隔) は平均 147 日であった。また、全ての報告回数を考慮して訓練期間を計算すると、調査期間においては 188.8 日となった。

B. 医師は、リハ科医、神経内科医、脳神経外科医、精神科医などが主治医であった。

C. 評価訓練に当たる専門職種として、心理 > OT と PT > ST > MSW > 看護師とリハ体育 > 職業指導員の順で關与が多かった。複数の職種が關与することが多く、5 種類の職種が關与する場合が最も多かった (PT、OT、ST、心理、その他)。(表 3-17)

D. 内容は、多専門職による多面的な關与が行なわれていた。各専門職の評価、訓練、指導内容とモデル的訓練スケジュールを呈示した (表 3-18~20)。

E. 保険診療の対象でみると、実際に行われた PT、OT、ST 個別訓練のうち 70% 以上は対象外の者であった。また、PT、OT、ST 以外の専門職訓練も実施されていたが、これらについても保険診療の対象外であった (表 3-21)。

F. 平成 13 年度参加した 10 拠点病院全てにおいて、PT、OT、ST を配置していたが、臨床心理士 (心理担当者) については 4 カ所、職業指導員、リハ体育について 3 カ所のみ配置されていた (表 3-22)。なお、平成 14 年度には 2 つの自治体の参加に伴って、専門職種の人数は増加したが、上記職種の人数は相変わらず少なかった。

(ウ) 利用サービスの移行パターン (表 3-23)

サービス利用の形態は、登録時はリハビリテーション病院における入院が最も多く 42 名 (37%)、次に、リハビリテーション病院への通院で 34 名 (31%)、身体障害者更生援護施設への入所、一般病院への通院、身体障害者更生への通所の順であった。一方、最初のサービスから異なるサービスへの移行がみられ、その内訳はリハビリテーション病院を利用していたものが多く 42 名 (39%)、一般病院を利用していたものが 34 名 (31.5%)、身体障害者更生援護施設については 25 名 (23%) であった。少数ながら、肢体不自由施設、小規模作業所、身体障害者授産施設、地域利用施設、精神科デイケアなどを利用するものがあつた。

なお、身体障害者更生援護施設、地域利用施設を利用するものに比べて、リハビリテーション病院を利用していた者は、受傷・発症からの期間が短かった（1.86 vs 5.60年）。利用施設毎の機能データの変化では、受傷後間もなくの患者が利用するリハビリテーション病院においては、BI の改善が比較的良好であった。身体障害者更生援護施設、地域利用施設では、PT、OT、ST により、生活訓練、社会適応訓練、職業訓練が多く行なわれていた。

また、本モデル事業参加自治体毎で、利用されているサービスのパターンに相違が見られた（図 3-24）。

(I) 帰結データ（表 3-11）

上記、機能データの改善は存在するものの、大部分は障害尺度 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、108 名中 65 名（60%）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（表 3-12）。

新たに手帳を取得したのは 108 名中 24 名であった。その内訳は、身体障害者手帳 18 名、精神障害者保健福祉手帳 6 名であった。身体障害者手帳 18 名の等級は 4 級以上多く 13 名であった。一方、精神障害者保健福祉手帳 6 名のうち 1、2 級が 5 名で大部分であった（表 2-39~43）。

(オ) 結論

今回の分析は、3 年間の本モデル事業の中間分析である。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ており、今回の結果から、特に、以下のような点が重要であると示唆される。

- A．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。
- B．受傷・発症後 1 年未満はリハ病院での訓練を中心に、以降は身体障害者更生 援護施設などでの訓練を中心に円滑なサービスが確保できることが必要である。

なお、現時点での標準的訓練プログラムと訓練における特徴ある事例についての報告を資料として呈示する（別添：標準的訓練プログラム（案））。

(3) 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）

ア．目的

高次脳機能障害者に対する適切な社会復帰を支援するプログラムの作成のための基本的資料を得ることを目的とする。

イ．概要

各地方拠点病院等において高次脳機能障害者に対する社会復帰・生活・介護支援プログラムを試行的に実施し、その結果を次の方法によりデータの収集と分析を行った。

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、典型的なケース約 30 名についての事例集を作成した。事例集には、さらに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。

ウ．方法

各地方拠点病院等は、施設調査票、支援調査票 A , B , C 等の 7 種のワークシートからなる支援調査票を定まった時期（平成 13 年 12 月、平成 14 年 2 月、平成 14 年 6 月、12 月等）に作成し、国立身体障害者リハビリテーションセンターに e メールで送付した。

エ．調査成績（表番号は集計表の支援調査票集計に対応）

ア) 対象者の概要

社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班の全対象者は、168 名であった。そのうち、2 回以上の調査結果があり、その経過を観察できた者（以下、複数回調査ケース）は、127 名であった。

A．全対象者の概要

1) 性別、年齢等

全対象者（168 名）のうち、男性は 127 名（76%）、女性は 39 名（23%）、不明が 2 名（1%）であった（表 1-1）。年齢構成は、20 歳代 67 名、30 歳代 46 名であり、平均年齢は 33.5 歳（表 1-3）、受傷・発症年齢は、70%が 30 歳未満であった（表 1-4）。受傷からの年数が 1 年、2 年、3 年であるものは、それぞれ 12%、14%、11% であり、4 年以上の者は 52%であった。

2) 障害者手帳

全対象者 168 名のうち、障害者手帳を所持する者は 106 名（63%）、所持しない者 61 名（37%）、不明 1 名（1%）であった。障害者手帳を所持する者の内訳は、身体障害者手帳 93 名（53%）、精神障害者保健福祉手帳 26 名（15%）、療育手帳 3 名（2%）であった（重複所持あり）（表 1-7）。

精神障害者保健福祉手帳所持者 26 名のうち 13 名が精神障害者保健福祉手帳のみを所持しており、13 名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。

3) 画像診断（支援調査票の医学的データを分析）

全対象者 168 名のうち、MRI を実施した症例は 108 名（64%）、CT の症例は 65 名（39%）であった（重複回答を含む：表 1-23）。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症例は 111 名（66%）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症例は 95 名（57%）であった（表 1-24）。

4) 原因疾患・機能及び高次脳機能障害の内容

原因疾患は、外傷性脳損傷 129 名、脳血管障害 28 名、低酸素脳症 4 名であった

(表 1-14)。発症時意識障害が 1 週間以内のケースは 8%、1 ヶ月以内が約 32%であった(表 1-13)。HDS-R は、24 点以上 106 名、20~23 点は 24 名、20 点未満 38 名であった(表 1-25)。BI については、80 以上が 89%であった(表 1-28)。老研式活動能力指標は平均 6.3 であった(表 1-29)。障害尺度 3 から 8 の頻度はそれぞれ 7%、29%、39%、18%、6%、2%であり、平均 4.8 であった(表 1-30)。片麻痺は 33%、運動失調 19%であった(表 1-22)。歩行が自立している症例は、142 名(86%)、監視歩行 9 名(5%)、介助歩行 3 名(2%)、車椅子移動 12 名(7%)であった(表 1-21)。

高次脳機能障害としては、記憶障害(86%)、注意障害(72%)、遂行機能障害(69.6%)が多く、対人技能拙劣は 54%、依存・退行は 48%、感情コントロール低下は 48%、病識欠落 51%等の社会的行動障害等は 50%程度にみられた。失語は 16%に認められた。(表 1-19~21)

B. 複数回調査ケースの概要

1) 性別、年齢等

複数回調査ケース 127 名のうち、男性は 94 名(74%)、女は 32 名(25%)、不明が 1 名(1%)であった(表 1-31)。年齢構成は、20 歳代 47 名、30 歳代 33 名であり、平均年齢は 34.2 歳(表 1-33)、受傷・発症年齢は、67%が 30 歳未満であった(表 1-34)。

2) 障害者手帳

127 名のうち、男性 94 名、女性 32 名、無回答 1 名であった。発症からの期間は平均 5.4 年であった。(表 1-31~35)。障害者手帳の所持は 63%であった(表 1-36~41)。

3) 原因疾患・機能及び高次脳機能障害の内容

原因疾患は、外傷性脳損傷 95 名(75%)、脳血管障害 23 名(18%)、低酸素脳症 4 名(3%)であった。発症時意識障害が 1 週間以内のケースは 6%、1 ヶ月以内が約 32%であった(表 1-44~45)。HDS-R は、24 点以上 78 名、20~23 点は 14 名、20 歳未満 25 名、平均は 22.0 であった(表 1-55)。BI については、80 以上は 85.7%であった(表 1-58)。老研式活動能力指標は平均 6.8 であった(表 1-59)。障害度 1 から 8 の頻度はそれぞれ 0%、7%、30%、39%、16%、5%、4%であり、平均 4.9%であった。(表 1-60)

高次脳機能障害の症状としては、記憶障害(80%)、注意障害(67%)、遂行機能障害(63%)が多く、対人技能拙劣は 48%、依存・退行は 42%、感情コントロール低下は 45%、病識欠落 39%等の社会的行動障害等も 50%程度にみられた(表 1-49~51)。なお、失語は 15%に認められた。

4) その他

発症前職業は、会社員が 50%、自営、公務員及びパート・アルバイトはそれぞれ、3%、6%、9%であり、学生は 21%であった(表 1-42)。

(イ) 社会復帰・生活・介護支援に係わる医療

全対象において、社会復帰・生活・介護支援の導入初期には、90%以上のケースが医療機関を定期的に受診していた。その担当医の専門科はリハビリテーション科、脳神経外科、精神科が主なものであり、それぞれ31%、15%、10%であった（表1-61）。

(ウ) 高次脳機能障害支援施設と高次脳機能障害支援コーディネーター

全対象者で病院を利用する63名のうち、リハビリテーション病院の利用者は43名、一般病院17名、精神病院3名であった。身体障害者更生援護施設身体障害者更生援護施設身体障害者更生援護施設の利用者は47名、身体障害者福祉センターA型15名、身体障害者授産施設13名、小規模作業所15名であった（表1-17）。

それぞれのケースについて支援計画の策定や支援の実施について継続的に調整する者（以下、「高次脳機能障害支援コーディネーター」という）としては、MSW、生活指導員、職能指導員、医師、ケースワーカー及び心理担当員はそれぞれ24%、22%、14%、11%、7%、9%であり、これら6職種で約87%であった。（表1-63）

(I) 支援計画策定のための社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票

支援ニーズの調査には社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cを使用した。本調査表は「法改正に伴う身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所のあり方に関する研究（平成13年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業：主任研究者飯田勝：以下飯田班研究）」における身体障害程度区分算出のための基礎調査票を基にして作成した。168名についての支援開始時の調査結果を表3-73、74に示した。その他の項目に記載された事項は少なく、必要な支援内容は調査項目に網羅されていると考えられる。この結果から、本調査票は高次脳機能障害例の支援ニーズの調査に適していると考えられた。

支援の性格は、「生活・介護支援」、「環境調整支援」、「就業支援」に大きく分類することができる（図3-1、表3-3）。社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cの各項目は、この中の単一の支援である場合と複数の支援内容を調査する場合とがある。参考のために、社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cの各項目が「生活・介護支援」、「環境調整支援」、「就業支援」のいずれに該当するかを整理すると表3-3のようになる。

(オ) 高次脳機能障害支援ニーズ判定表

社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cの約90項目の中で、25%以上のケースで支援ニーズがあると判断された46項目を採用することによって支援ニーズ判定表を作成した（表3-1）。この支援ニーズ判定表を構成する項目の約半数は、飯田班研究における支援費制度の身体障害程度区分算出のための聴き取り票の項目と一致していた（表3-2）。

支援ニーズ判定表の内容を、「生活・介護支援」、「環境調整支援」、「就業支援」に区別してみると表のようになる。（表3-4）

(カ) 高次脳機能障害における支援ニーズ

- A . 全対象者 168 名の支援導入時の社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票 C の全項目についてみると、その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、表 2-121 のように 81~100%を占めていた。
- B . 社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票の「身体介助」13 項目についてみると、全対象者 168 名の支援の必要性は平均で 15%であり、必要性ありの中で、必要性大の割合は 34%であった（表 2-123）。支援の必要性が高次脳機能障害によるものは 81%であった（表 2-122）。「社会復帰支援」10 項目についてみると、支援の必要性は平均で 21%であり、必要性ありの中で、必要性大の割合は 60%であった（表 2-133）。支援の必要性が高次脳機能障害によるものは 99%であった（表 2-132）。
- C . 高次脳機能障害に対する支援ニーズ判定表における「身体介助」3 項目についてみると、全対象者 168 名の支援の必要性は平均で 27%であり、「必要性あり」の中で、必要性大の割合は 30.7%であった。それが認知障害を理由とするものは 78%であった（表 2-129）。「社会復帰支援」6 項目についてみると、支援の必要性は平均で 28%であり、「必要性あり」の中で、必要性大の割合は 60%であった。それが高次脳機能障害を理由とするものは 99%であった（表 2-132）。

支援ニーズ全体についてみると、支援開始時の支援ニーズは、表 2-120 に示したように、相談援助、訓練・作業援助、健康管理援助で 30%以上のニーズがあり、活動参加援助、生活援助、社会復帰訓練、コミュニケーション援助において 21.2~27.7%のニーズがあった。

(キ) 支援目標の設定と支援実施計画の策定

全対象者 168 名の支援開始時の支援計画策定会議への参加者数は 1 ケースあたり平均 4.4 人であり、当人や家族が出席していたものは 20%であった。参加者の職種についてみると、医師、心理担当員、職能指導員、作業療法士及び生活指導員はそれぞれ 32%、28%、26%、22%、19%であった（表 3-5）。会議に要した時間は、0.5 時間以下が 30%、1 時間以下が 65%であり、単純平均すると平均所要時間は約 1 時間半であった（表 3-6）。

(ク) 支援実施状況

A . 訓練プログラムから支援プログラムへの移行ケース

本モデル事業対象者の中で訓練プログラムから支援プログラムへ移行したケースは、平成 15 年 1 月 27 日現在で 48 名（30%）であった。そのうち、病院から移行したケースで在宅、就職、復学はそれぞれ 13 名、9 名、4 名であり、身体障害者更生援護施設から就職 5 名、作業所 1 名等であった。（表 3-7）

B . 主な支援目的・内容

全対象者 168 名のうち、平成 14 年 12 月までに調査票を入手できた 125 名についての支援内容を、身体障害者療護施設・重度身体障害者更生援護施設・老人保健施設等への入所による施設支援、在宅支援、小規模作業所、身体障害者授産施設、就学、就労目的の訓練等及び就業の 7 種類の支援モデルに当てはめてみると

それらに該当するものは、それぞれ 14 名、28 名、23 名、22 名、10 名、10 名、18 名であった（表 3-8）。それらの特色を比較した（表 3-9、10）。在宅支援及び施設入所支援においては、健康管理援助、相談援助及び家族支援を中心にいずれの支援項目においても高いニーズがあった。一方、就業支援のケースにおいては、社会復帰訓練と健康管理援助のニーズが高目であったが、全般にニーズは非常に低かった。就労目的の訓練等のケースでは、相談援助、訓練・作業援助、社会復帰訓練のニーズが高かった。就学支援のケースでは健康管理援助と家族支援のニーズが比較的高く、他のニーズはそれほど高くなかった。小規模作業所支援と身体障害者授産施設支援のケースにおいては、ニーズが非常に高い項目が多かった。

各支援内容に対応する支援体制について表 3-8~10 に示した。支援センターとしては、在宅支援、就学支援、就業訓練及び就業支援においては病院が多くを担当しており、施設入所支援及び身体障害者授産施設支援の多くを身体障害者更生援護施設が担当していた。

C．支援体制

全対象者のうち平成 15 年 1 月に支援体制等についての再確認調査を行った 125 名について、支援コーディネーターが在籍しており継続的に支援調整を行う施設（以下、「支援センター」という）主として支援を実施する施設（以下、「支援実施施設」という）および支援に協力する施設（以下、「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支援開始時の主な支援体制を分類した（表 3-8）。支援センターと支援実施施設が同一のものは 50%であった。また、支援体制は 66 に分類された。支援センターとして最も多い施設は病院が 43%、身体障害者更生援護施設が 38%とその大半を占めていた。支援実施施設としては、病院 19%、身体障害者更生援護施設 20%、身体障害者授産施設 14%、小規模作業所 14%が主なものであった。各支援内容に対応する支援体制を表 3-12 にまとめた。支援センターとなっている施設としては、在宅支援については病院が 64%、入所支援では身体障害者更生援護施設が 79%、小規模作業所支援に対しては病院が 37%、身体障害者授産施設支援には身体障害者更生援護施設 79%、就学支援については病院が 88%、就業訓練には病院が 52%、就業支援については病院が 62%であった。

D．支援担当者

複数回調査ケース 127 件において支援ニーズのある項目について実際にどの程度支援が実施されていたか、その支援の実施が家族によってなされたものと施設等でなされたものの区別、施設でなされたものについてはどのような職種がどれだけの時間サービスを提供したか等について表 2-123~140 に示した。これらの結果から、家族が支援の多くの部分を担当していることが明らかにされた（表 3-24）。また、評価・訓練に当たる専門職種としてケースワーカー、ケアワーカー、指導員の順で関与が多かった。

社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票の個別表（C）の「身体介助」13項目に付いてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは2%であり、次いでケースワーカーが1%を担当していた（表2-125）。平均的支援頻度は週に2.84回であった（表2-126）。「社会復帰支援」の10項目についてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは0.1%であり、指導員が0.9%、心理が0.6%を担当していた（表2-136）。平均的支援頻度は週に0.35回であった。（表2-135）

高次脳機能障害に対する支援ニーズ判定表に該当する「身体介助」3項目についてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは0.7%であり、次いでケースワーカーが0.4%を担当していた（表2-130）。平均的支援頻度は週に1.33回であった（表2-129）。同様に、ニーズ判定表に該当する「社会復帰支援」6項目についてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは0.1%であり、指導員及び心理が0.9%、ケースワーカーが1.5%を担当していた（表2-135）。平均的支援頻度は週に0.32回であった（表2-134）。

E．精神障害者保健福祉手帳所持者の支援

精神障害者保健福祉手帳のみを所持するケースのHDSは21~30、平均26であり、障害尺度は4~6で大半は5であった。担当医としては、リハ科医が5名、精神科医2名、脳神経外科医2名、神経内科医1名、不明1名であった。支援ニーズでは生活援助が多い傾向にあり、家族支援は3名に行われ、いずれも1項目であった。支援モデルとしては、小規模作業支援6、就業支援3、在宅支援3であり、支援施設等としては、病院9、小規模作業所6、身体障害者更生援護施設2、身体障害者福祉センターA型1、障害者職業センター2、市町村保健センター1、会社3であった。

F．身体機能等の変化

支援によって複数回調査ケース127名中14名（11%）で障害尺度が改善し、8名（6%）で低下した（表3-12、13）。しかし、在宅、就学、就業、就労目的の訓練など、身体障害者授産施設、小規模作業所、身体障害者療護施設、重度身体障害者更生援護施設、老人保健施設別による支援形態別の障害尺度の変化に違いはみられなかった。

G．支援中の手帳の取得

複数回調査ケース127名の中で、調査期間中に身体障害者手帳を取得者した者は4名であり、肢体不自由6級が3名、同1級が1名であった。精神保健福祉手帳の取得者は3名、無回答2名の計9名であった（表3-14~18）。

H．支援ニーズの変化

複数回調査ケース127名の初回と最終調査時の支援ニーズにおける支援の必要性の変化は、身体介助において14.8%から15.1%、生活援助において24.1%から24.5%、健康管理援助において31.0%から33.5%、相談援助では34.6%から34.5%、

活動参加援助では 27.7%から 29.0%、訓練・作業援助では 31.7%から 29.3%、コミュニケーション援助では 21.2%から 18.3%、社会復帰訓練では 22.8%から 19.5%、家族支援では 16.2%から 18.1%と、いずれにおいても少なかった。支援モデル別の支援ニーズの変化をみると、施設入所支援における健康管理支援ニーズの減少、就業支援における身体介助、訓練・作業援助、コミュニケーション援助ニーズの消失、就労目的の訓練等における相談援助と社会復帰訓練ニーズの減少と社会参加援助ニーズの増加などの特徴的变化がみられた。(表 3-11)

I. 調査期間中における支援目標・内容および支援体制等の変更

複数回調査ケース 127 名のうち 46 名において支援体制が変更になっていた。その内訳は以下のとおりである。

- 1) 46 名中就労できたケースは 12 名であった。
- 2) 機能障害重度で就業訓練中止ケースは 1 名であった。
- 3) 一旦就職後離職したケースは 4 名であり、交通事故で再治療が必要となったケース、記憶障害が原因となったケース、社会的行動障害が原因となったケース等が各 1 名であった。
- 4) 就労後入院し、退職となり、再度職業訓練を開始したケース 1 名であった。
- 5) デイサービスの追加が必要となったケースは 2 名であった。
- 6) 支援プログラム中止ケースは 5 名であり、その原因として入院が 3 名、就業できたが結婚により退職したケースと支援からの離脱ケースとがそれぞれ 1 名であった。

J. 在宅支援ケースについて

特に、在宅支援ケース 26 名についての支援体制について調査した結果を表 3-8 に示した。支援上の特徴を列挙すると、精神障害者援護寮や精神病院デイケアなどのサービスを受けているケースが 6 名、感情コントロールができずに暴力行為等の問題を有するケースが 5 名と、社会的行動障害を示すケースが約 40%であった。さらに、活動性の低下、尿失禁、昼夜逆転等のみられるケースが 4 名、在宅サービスを受けているケース 4 名、その必要性があるが家族が努力しているケース 2 名、将来の方向性を検討中のケース 3 名などが含まれており、在宅支援ケースの状況は多様であった。

オ. 結果の分析

(ア) 医学的管理

急性期医療から機能訓練にかけての医療に引き続いて、社会復帰・生活・介護支援において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継続的医学的管理が必要なケースがほとんどであった。

(イ) 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・介護支援を受けた就職例を除いたケ

ースの中で 37%が障害者手帳を所持していなかった。また、調査期間中に新たに障害者手帳を取得したケースは 9 名(6%)であった。この結果から、医学的及び行政的には高次脳機能障害としてサービスの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ケースが少なからずみられた。

B．病院，身体障害者更生援護施設，身体障害者授産施設，小規模作業所，障害者職業センター，地域利用施設等が当事者やその家族の支援センターとなっていた。ただし，訓練プログラムからの移行例についての検討結果からみると，社会復帰・生活・介護支援を開始する支援の初期には，病院または身体障害者更生援護施設（総合リハセンターを含む）が支援センターとなっていることが多いと考えられる。

C．支援センター内でのコーディネーターの役割も重要であり、コーディネーターを中心に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、MSW，生活指導員、職能指導員、医師、ケースワーカー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、障害尺度は障害の程度を分類し、支援ニーズを反映する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、どのような生活支援、環境調整支援あるいは就業支援が必要であるかを明らかにすることは有効であると考えられた。

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、当事者やその家族が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には、支援実施計画策定会議は重要・不可欠であり、平均 4 名の専門職による 1.5 時間程度の会議が開催され、必要な支援実施計画が策定されていた。なお、本モデル事業における支援モデルとしては、在宅支援、施設入所支援、小規模作業所支援、身体障害者授産施設支援、就学支援、就業訓練、就業支援の 7 つに分類したが、支援センター、支援実施施設及び支援協力施設からなる支援体制としては、その施設種の組み合わせによって 66 種が想定された。

(ウ) 支援の実施

A．支援モデルとしては、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も、支援内容については支援ニーズ調査を基に、在宅支援、施設入所支援、小規模作業所支援、身体障害者授産施設支援、就学支援、就業訓練、就業支援等に分類することが有効であると考えられた。典型的支援事例の具体的支援方法を事例集に示した。

B．支援ニーズを基にしてまとめられた支援モデルを、実際にどこが支援センター

となり、どのような施設が支援実施施設及び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、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、各地区の特色や実情に合わせた支援ネットワークが形成されており、支援体制は地区によって一様ではなかった。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を事例集にまとめた。

調査の結果から、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、家族指導を行い、その負担量を判断しながら、必要に応じて社会的資源を動員することが必要と考えられる。

C．約1年の間に、支援体制の変更は約1/3のケースに見られた。この結果から、特に、支援開始当初には一定期間毎の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。

D．現段階ではモデル別の効果の違いは明らかになっていないが、少なくとも施設における訓練効果は明らかであり、施設入所・通所者の場合は、能力の維持・向上がはかられていた。

(4) 3 作業班調査のまとめ

平成13年8月以来約16か月にわたる調査で324名の調査結果により、高次脳機能障害の主要症状が明らかとなり、診断基準(案)を提案した。また、障害尺度が生活困難度や訓練効果等の指標となりうることが明らかとなった。さらに、支援を必要とする事項を調査するための支援ニーズ判定表を作成した。

訓練は病院、身体障害者更生援護施設及び身体障害者福祉センターA型において行われ、医師としてはり八科医、神経内科医、脳神経外科医、精神科医などが主治医であった。

さらに、心理担当員、作業療法士、理学療法士、ST、MSW、看護師、リハ体育士、職業指導員などの複数の専門職が評価・訓練を担当した。訓練に際してのリハビリテーションの要点を検討するとともに、現時点における生活訓練プログラムおよび職能訓練プログラムについて提示した。

訓練によって障害尺度が改善し、障害尺度の下位項目ともいうべきHDS-R、BI、WAIS-R、老研式活動能力指標にも改善がみられた。高次脳機能障害の項目の中では、遂行機能障害、注意障害、意欲・発動性、抑うつ、依存性・退行等において訓練による改善がみられた。

訓練終了後にも医学的サービスを継続的に必要とするケースが多く、社会復帰・生活・介護支援は病院、身体障害者更生援護施設及び地域利用福祉センターAに引き継がれていた。支援計画は支援ニーズ判定票による調査結果を基に、支援コーディネーターを中心とする支援計画策定会議において策定された。支援内容は7つの支援モデルに分類さ

れ、支援体制は、病院、身体障害者更生援護施設、身体障害者福祉支援施設、地域利用福祉センター、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 66 種に分類された。経過中、支援体制は 1/3 のケースにおいて変更されていた。就学支援と就業支援の合計は全体の 22%、小規模作業所と身体障害者授産施設支援は約 36%であった。

さらに、約 60 名についての事例集をまとめることにより、訓練・支援の具体的内容を示した。

． 今後の検討課題

今後、以下のような視点を念頭におき、さらに検討を進めることが必要であると考えられる。

1 ． 対応の体系化

受傷、発症等から、地域生活に至るそれぞれの時期における状態とニーズ等を踏まえた対応を、一連の流れとして整理することが重要である。今後、それぞれの対応に関係する者、施設、機関等との協力、連携を含め、検討を進めることが必要である。

一連の流れとして、以下のような整理が考えられる。

(1) 医療サービスに関する対応

- ア．原因となる疾患等に対する治療等、急性期における対応
- イ．医療機関において実施するリハビリテーション等、回復期における対応
- ウ．医学的に高次脳機能障害の有無を判断するための診断等（画像診断陰性例の取り扱いを含む）

(2) 福祉サービス等に関する対応

- ア．社会福祉施設等の活用
- イ．地域における福祉サービス等の活用
- ウ．就業・就学に向けての対応
- エ．当事者の権利擁護に関する対応

(3) 適切な情報の提供

- ア．国民の啓発
- イ．行政、医療、福祉等の関係者への対応

2 . 医療サービスに関する対応

現在、主として回復期以降に高次脳機能障害者に係わっている医療関係者のみならず、外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症等の高次脳機能障害の原因となり得る疾患等の急性期医療に係わる医療関係者との連携、協力も必要である。

(1) 原因となる疾患等に対する治療等、急性期における対応

急性期における医療現場においては、救命後の患者のQOL(生活の質)保持の視点からも、治療の普及、高次脳機能障害の早期発見及びリハビリ科医等との連携、当事者や家族等への情報提供等について、関係学会等の協力を得て、医療関係者への情報提供、働きかけ等の方策について検討する。

(2) 医療機関において実施するリハビリテーション等、回復期における対応

回復期に実施されるリハビリテーション等の現場においては、効果的な手法の開発、普及及び提供について検討する必要がある、そのためのマンパワーの確保や体制についても検討する必要がある。

(3) 医学的に高次脳機能障害の有無を判断するための診断等

今回、本モデル事業で示した診断基準(案)について、その実用性や妥当性、実際の医療現場等における活用方法、判断が困難な症例の取扱等について、関係学会や関係機関等の意見を聴取すること等も含め、改良及び医療現場等における周知に関する検討を行う必要がある。

3 . 福祉サービス等に関する対応

医療機関退院後、地域における福祉サービス等については、これまでの各種障害者等への福祉サービス等の対応を踏まえ、高次脳機能障害の特性に配慮しつつ、既存のサービスの利用及び新たなサービス提供の要否、内容及び、その提供体制を検討する必要がある。

また、医療サービスから地域における福祉サービスへの円滑な移行や連携についても、そのあり方や方法について検討する必要がある。

(1) 社会福祉施設等の活用

社会福祉施設等を活用する場合には、当事者の状況や地域における整備状況、特性を踏まえた活用のあり方や選択性の確保、施設等において実施する生活訓練、職能訓練等の効果的な手法の開発、普及及び提供について検討する必要がある、そのためのマンパ

ワーの確保や体制についても検討する必要がある。

(2) 地域における福祉サービス等の活用

当事者に対する支援にあたっては、医療機関、社会福祉施設等、その支援の中心となる機関（仮称：「支援センター」という）と、その支援の中心となる人材（仮称：「支援コーディネーター」という）が必要と考えられ、その役割や確保方策について検討する必要がある。

さらに、支援の実施にあたっては、支援計画の策定とその計画に基づく実施の評価等を行う必要があると考えられ、これらを行う機関、人材、時期、方法等についての検討をさらに行う必要がある。

特に、当事者の支援ニーズを適切に評価するためのニーズ評価票の内容、使用法については、さらに検討を行う必要がある。

また、障害者手帳を所持しないケースを含めた支援の提供方法や、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳を所持するケースが、他障害の福祉サービスを活用することについての有用性及び手法についても検討する必要がある。

支援にあたっては、当事者のみならず家族の立場に立った支援の評価についても検討する必要があるとともに、家族活動等との連携や協力についても検討する必要がある。

(3) 就業・就学に向けての対応

当事者の受傷、発症等以前の状況を踏まえ、社会復帰の目標を就業・就学におくことも重要であり、関係機関との連携や関係制度の活用について検討する必要がある。

(4) 当事者の権利擁護に関する対応

高次脳機能障害の特性に鑑み、当事者の権利擁護に配慮した対応を検討する必要がある。

4 . 適切な情報提供

当事者、家族、関係者及び一般国民が高次脳機能障害に関する正しい知識を有し、認識を高めるとともに、適切な対応を行うための適切な情報の提供を充実・強化する必要がある。

(1) 国民の啓発

リーフレットやQ & A等、一般国民にとっても分かりやすい啓発資料等を作成するとともに、これらの普及や提供にあたっては、身近な機関やインターネット等を活用した情報を入手しやすい環境づくりについて検討する必要がある。

(2) 行政、医療、福祉等の関係者への対応

行政、医療、福祉等の関係者に対して、それぞれの役割やニーズに基づいた、より専門性の高い情報を提供する必要があり、研修等の実施及び、その方法、内容等について検討する必要がある。

． 今後の予定

平成 15 年度においては、地方拠点病院等及び国立身体障害者リハビリテーションセンターにおいて、高次脳機能障害を有する者に対する支援を引き続き実施し、現在の対象者及び新たな対象者についてのデータを収集、分析し、調査結果を更新及び修正をする。また、現時点で十分に分析ができなかったものについては、分析方法の再検討、本モデル事業以外からの情報収集も含め、さらに検討を行い、平成 15 年度の最終報告をとりまとめる。