

社会的行動障害への対応と支援

平成 28-30 年度 厚生労働科学研究
高次脳機能障害者の社会的行動障害による
社会参加困難への対応に関する研究班

目次

はじめに	1
1. 社会的行動障害とは	1
(1) 具体的な症状	1
(2) 社会的行動障害の背景	2
2. 実際にあった相談内容	3
(1) 前頭葉の関与する社会的行動障害	3
(2) 他の認知機能障害を基盤とする社会的行動障害	3
(3) 心理社会的要因の関与の大きい二次的な社会的行動障害	4
(4) 社会的行動障害に対する家族の思い	4
3. 基本的な対応	4
(1) 困った行動のきっかけを知る	5
(2) 認知機能を確認する	7
(3) 環境を調整する・対応方法を身につける	7
(4) 今後の見通しを立てて、一緒に生活を考える	11
4. 支援サービスと制度	11
(1) 障害福祉サービス	12
(2) 介護保険サービス（障害福祉サービスとの併用について）	12
(3) 障害者手帳制度	13
(4) 労災保険	13
(5) 障害年金	14
5. 地域連携体制の強化	14
6. 連携機関	15
7. 支援事例	21
(1) 困った行動の原因となる認知障害に着目した例	21
(2) 環境を整え、受傷前の特技に着目した例	22
(3) 趣味に着目し、意欲を取り戻した例	23
(4) 幻覚妄想を伴い、精神科と連携した例	24
参考文献	25

はじめに

このマニュアルは、社会的行動障害の概要と基本的な対応方法や支援サービスについてまとめたものです。高次脳機能障害者の支援に携わる方々が、社会的行動障害について理解し、当事者・家族・サービス事業者などに適切に説明し、対応することで、支援の連携がより充実し、当事者の社会参加促進につながることを目的としています。

1. 社会的行動障害とは

交通事故や脳出血などで脳を損傷すると、後遺症として、記憶や注意などの認知機能低下のほかに、「感情や欲求がおさえられない」「すぐ怒る」「何もやる気がない」など、社会生活に大きく影響するような問題行動を生じることがあります。このような脳損傷によって生じる行動障害を「社会的行動障害」と呼びます。社会的行動障害は、行動によるその時々直接の問題とともに、家族を含む周辺の人々との関係に持続的な影響を及ぼす点に特徴があります。

社会的行動障害を含め、脳損傷の後遺症は、用いられる認知機能の要求水準が高くなるにつれて、露見しやすくなります。すなわち、援助を受けた入院生活よりも退院後の家庭生活、さらに社会復帰後のほうが目立つ傾向があります。そのため、早期からの適切な支援や介入を逃してしまう例がこれまで一定数ありました。社会的行動障害のうち、対人技能拙劣、依存性・退行、意欲・発動性の低下、固執性、感情コントロール低下のそれぞれは、高次脳機能障害と診断された人の50%前後に見られ、どれかひとつでも該当する人は81%に上ります。決して稀ではありませんが、症状が顕著なために社会生活が非常に困難な例は、支援拠点機関におけるすべての相談事例の1.9%程度と言う報告があります。

(1) 具体的な症状

図1は、高次脳機能障害と診断された人のうち、社会的行動障害が顕著な人86名について、具体的にどのような症状があるかどうかを調べた結果を示しています。最も多いのは「感情コントロールの障害、易怒性」であり、対象者の85%にみられました。次いで「金銭管理が困難」「対人技能の拙劣」「意欲・発動性の低下、アパシー」「固執性」「暴言・大声」などが多く、約70%にみられました。

それから、頻度は決して多くはありませんが、家庭生活や社会生活を困難に

するのは、暴力・他害行為や万引き、ストーカー行為など触法行為や反社会的な行動にいたるときです。これらの症状や行動は、高次脳機能障害者が地域生活に移行する初期の段階から、適切な治療や生活訓練あるいは継続した地域支援を受けられていないために起きている可能性があります。特に、病識が低下している場合には、本人が受診の必要性を感じないために、家族だけで抱えていて、どうしたらいいか困りつつも、相談をためらっていることがあります。

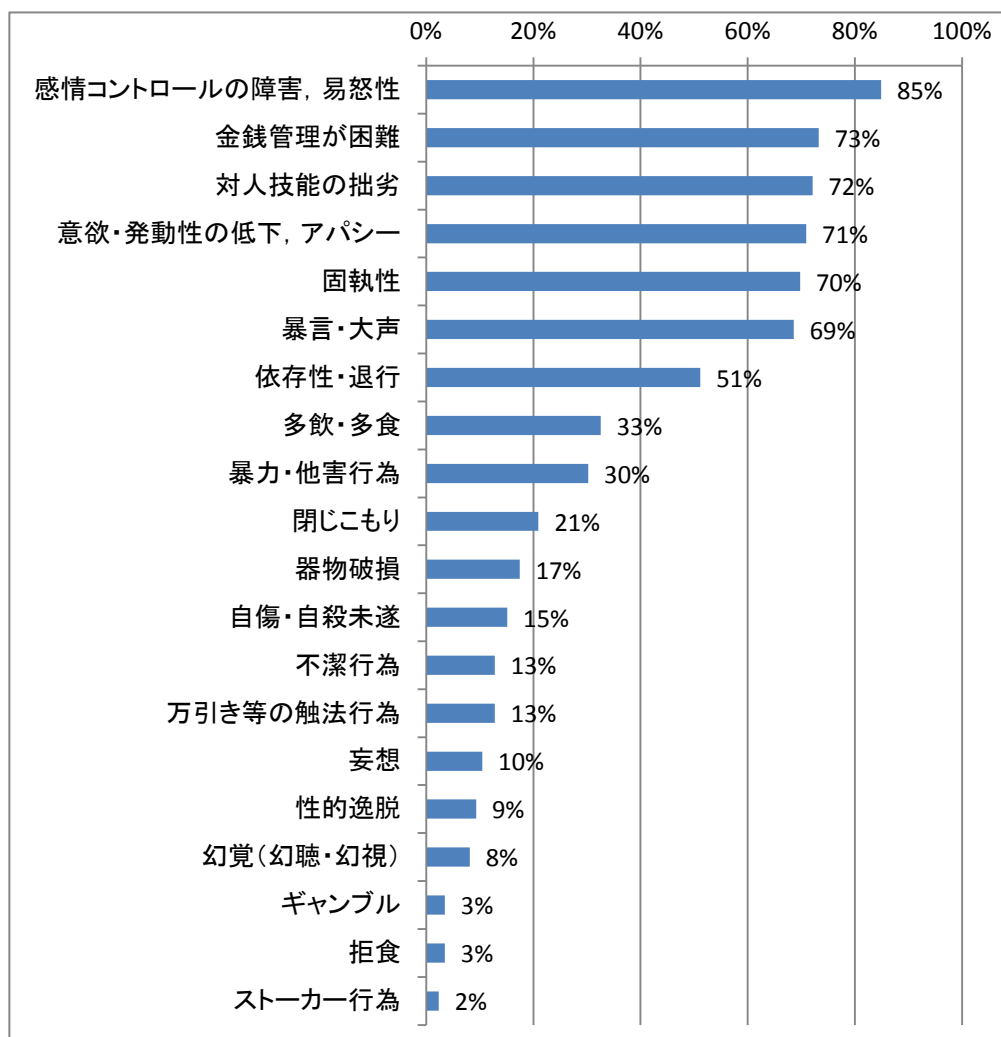


図 1：社会的行動障害の具体的な症状 (N=86, 複数回答)

(2) 社会的行動障害の背景

社会的行動障害は高次脳機能障害の主要 4 症候の 1 つで、依存性・感情コントロール低下、対人技能拙劣、固執性、引きこもりなどの多彩な症状を含みます。この用語は実態調査から集められた、社会生活上問題となる症状を総称す

る概念として操作的に作られたものであり、理論的な裏付けがある単一の症候群ではないので、適切に対応するためには、ひとりひとりの社会的行動障害がどのような背景から生じているのかを理解することが大切になります。

社会的行動障害に含まれる行動や症状は、1. 脳損傷の直接の結果として理解可能な、前頭葉の関与する社会的行動障害（遂行機能障害・アパシー・脱抑制を含む）、2. 他の認知機能障害（記憶障害・知的障害・幻覚妄想など）を基盤とした社会的行動障害、3. 心理社会的要因の関与の大きい二次的な社会的行動障害に分けることができます。また、疲労時の情動のコントロールは誰にとっても難しいものですが、脳損傷者では特にその傾向が強まります。ですので、作業所などで疲れて帰ってきた方が、夕方から夜にかけて易怒的になるとすれば、それは疲労のサインとみなすべきでしょう。次の「2. 実際にあつた相談内容」では研究班の調査で集積したよくある症状を列挙し、さらに「3. 基本的な対応」においてその基盤となる症状への対応などについてまとめていきます。

2. 実際にあつた相談内容

（1）前頭葉の関与する社会的行動障害（遂行機能障害・アパシー・脱抑制など）

- ◆ 外出困難。自室の整理整頓、金銭管理や内服管理が困難。しばしば遅刻したりして、予定にあわせた行動ができない。
- ◆ 意欲が低下し、部屋に閉じこもり、昼夜逆転している。
- ◆ 家にあるものを無制限に食べようとする。食べ物が無くなると、店の商品を盗ってその場で食べてしまう。
- ◆ 異性に過剰に接触したり、性的な発言をしたりする。とめると大声でどなる。

（2）他の認知機能障害（記憶障害・知的障害・幻覚妄想など）を基盤とする社会的行動障害

- ◆ 同じようミスや指示忘れを繰り返し、職場では指導を聞かないなどとされて人間関係が維持できない。
- ◆ 外出すると迷子になることがある。同じようなものを繰り返し買ってしまう。
- ◆ 周囲の音がうるさくてイライラし、人にあたる。孫をかわいがってはいる一方、少し散らかしたりするとひどく怒る。

(3) 心理社会的要因の関与の大きい二次的な社会的行動障害

- ◆ 対人関係の悩みや金銭トラブルから自殺を図り、一酸化炭素中毒となって自発性や記憶が低下した。本人の機能が改善してきていることはよいのだが、それに伴って以前の問題が再燃しないか懸念される。
- ◆ 受傷後にアルコール依存が重なり、家族への暴言や暴行がひどくなった。
- ◆ 無免許運転で受傷し、その後暴力事件をおこして逮捕された。借金が重なり家族に取り立てがくる。

(4) 社会的行動障害に対する家族の思い

- ◆ 家族が感じている不安や負担感を本人が理解していない。気持ちが共有できない。
- ◆ 知人や周囲の人に話しても「よくあること」というとらえ方をされて、相談しにくい。
- ◆ 以前の本人と違った現在の本人にどう接したらいいかわからない。
- ◆ 本人の行動を止めたり修正したりしようとする、こちらの問題や欠点などを並べたて、言い争いになったり責められたりする。「反省している」と発言する一方で、同じことを繰り返す。

3. 基本的な対応

社会的行動障害の表れ方は、大きく3つに分けることができます。1つ目は主に前頭葉損傷に伴って社会的行動が直接障害されている場合、2つ目は他の認知機能障害から生じていると理解したほうが良い場合、3つ目は社会・心理的因子が複雑に絡んでいる場合です。

1つ目の「前頭葉損傷に伴って生じる社会的行動障害」は、背外側前頭前野損傷で主に生じる遂行機能障害と関連した症状、腹内側前頭前野損傷で主に生じるアパシーと関連した症状、眼窩前頭前野損傷で主に生じる脱抑制と関連した症状、に分けることができます。認知機能が比較的保たれている場合は、振り返りを重ねることにより、少しずつ衝動を抑える方法を身につけていくことができます。無気力な場合は、以前の興味や外からのほたらきかけを工夫してみます。ただし、外傷性脳損傷では、これらが重複していることが多いので、注意が必要です。

2つ目の他の認知機能障害から生じる社会的行動障害では、原因となる認知機能障害そのものへの対処が有効になります。認知障害のためにいろいろなか

とがうまくいかずに、イライラしている場合は、認知機能を補う方法を考えてみます。

3つ目の社会・心理的因子が絡んで二次的に社会的行動障害が出現している場合では、適切な治療や継続した支援が受けられないまま、アルコール依存も加わるなど、より複雑になり重度化している可能性があります。重度化すると、対応が一層困難になるので、早期から当事者・家族に対する支援が必要です。特に大量飲酒がやめられない場合は、アルコール依存症の専門医療機関の受診を考えましょう。

また、重度化しそうな事例や精神症状が強いために社会生活が困難になっている事例については、単独の医療機関や施設での対応は難しいので、全都道府県に設置されている高次脳機能障害支援拠点機関が中心となり、複数の医療機関や施設、精神科の協力医療機関や保健所などと連携体制を築くことも必要になります。

いずれの場合も、実際に社会的行動障害が生じた前後の文脈を調べてみて、1) 困った行動のきっかけを知る。2) 認知機能を確認する。3) 環境を調整する(きっかけを避けるようにする)・対応方法を身につける。4) 今後の見通しを立てて、一緒に生活を考える。という流れが対応の基本です。

(1) 困った行動のきっかけを知る

「困った行動がある」といっても、24時間毎日同じ状態ではありません。また、ひとつひとつの症状は切り離せず、相互に関連していることもあります。まずは「どういう気持ちで行動したのか」「できごとをどのように捉えているか」について、よく話を聞き、行動を観察して、きっかけとなるできごとを探ってみましょう。

- 1) きっかけとなるできごと(トラブルの前の様子や直接の原因)
- 2) 困った行動(どのようなトラブルが起こったか)
- 3) 結果(誰がどのように対応して、どのような反応があったか)

この3つの状況を記録し、トラブルの原因を検討します。トラブルの原因は直接のきっかけだけでなく、周辺の状況やそれまでの経過などもあわせて要因を整理します。人に対する行動は、対象となる人がはっきりしている場合と不特定の場合があります。特定の人を対象の場合は、その人からも情報を得られるとよいのですが、その人が行動の原因であるというような解釈が容易にされないように注意します。

行動観察記録の例

日時	きっかけ	困った行動	結果	要因
5/8 11:00	Aさんの完成品をBさんが他のテーブルに移した。	AさんがBさんを叩いた。	落ち着かず、作業が途絶えた。	見本にしていた完成品が急に目の前からなくなり混乱した。

【対応】完成品を移動させるときは、必ず見本を残すようにした。
Aさんは落ち着いて作業ができるようになった。

～困った行動の背景に、こんなことが隠れているかもしれません～

- 気が散って集中できない。作業が覚えられずイライラする。
- 自分に期待されていることが理解できない。
- 以前はできていたことができなくなった。
- 恐れ、怒り、不安がある。
- 不満、苦痛がある。
- 睡眠不足、疲れがある。
- 伝えたいことがある。

困った行動は、**SOSのサイン**かもしれません！

「困った行動」は、本人以外からみて「困った」ことであっても本人は困ってはいない場合と、本人も課題として認識している場合があります。本人の考えや気持ちを聞き取ろうとする時に、「困った行動」などについて聞き手の評価や考えを伝えるかどうかは、本人との関係性によります。最初から善悪や正誤の判断だけを伝えるよりも、「人とうまくやっていけるようにするため」などの目的を本人と共有する、あるいは「相談を受けている者は、仲裁人ではなく支援者の立場である」ということを態度で明らかにするなどして、関係性の構築に努めます。

また、困った行動の結果について、「病気の影響だから悪いことをしているわけではない」「やってしまうのは仕方がない」といった同情的な共感や言動を不

用意に持ち出すことは避けるほうがよいでしょう。あいまいな立場や態度を示すことにより、さらに混乱が増すこともありますので、不当な事態においては、ときには毅然とした態度が必要です。深刻と考えられる状況を、担当者内で抱え込まずに、機関内外で対応できるように日頃からよく連携しておくことも重要です。

(2) 認知機能を確認する

例えば「すぐ怒る」「大声で怒鳴る」とうケースについて、本人や家族に話を聞くと、「思い違い」や「道に迷う」なども起きていることがあります。約束やできごとを忘れてしまうと、「どうしてこうなったか」経過や理由がわからなかったり、それに対する失望や焦り、不安が怒りとなって表れたりします。記憶、注意、遂行機能などの認知機能を確認して、(1) で探った「きっかけ」との関係を考えてみましょう。これまでに認知機能について相応の評価をされていない場合は、医療機関などでの詳細な評価も有用です。「忘れやすい」、という認識があったとしても、その内容や程度を具体化した上で代償法などを獲得することで、忘れてしまうことによる混乱や不安に伴う困った行動を減少させていくことができます。対応方法の立て方や、説明の内容も本人の認知機能に応じて行うことで、対応の効果がよくなると考えられます。

ほかにも、他人の動きや音が気になって、ついカッとなる（注意障害）、物を盗っても、全く覚えていない（記憶障害）などがあります。

なお、興奮している時にあれこれ聞くと逆効果になることがあります。時間や場所を変えて、本人が冷静になった時に振り返るとよいでしょう。

また、自己の気づきの障害、自己の認識が正しくできていないことが、社会的行動障害の病態に影響を与えている際に、自己の認識を高めるための訓練（気づきの回復）として、「集団リハビリテーション・集団認知行動療法」が有効な場合があります。グループ活動を通じて、行動を客観的にとらえるプログラムを取り入れている施設や家族会もあります。

(3) 環境を調整する・対応方法を身につける

社会的行動障害の多くは、ことばで注意してもおさまらないことが多く、むしろ興奮して増長することがあります。席をはずしてできるだけ静かな場所に身をおいたり、話題を変えたりすることが有効です。また原因や状況を観察して、きっかけとなる相手や話題、環境などを探り、それを回避します。医療機

関においては、医療者は予約時間をできるだけ守り、音や光、人の出入りなどに過敏な人には、静かな待合場所を用意するなどの配慮も大切です。

相手の話をよく聞けるようになると、不適切な行動をする場面における本人の考えや判断が、ほかの場面で発揮されている能力に比べて落ちているように思われる場合があります。そこで、どのようなことが起きているのか、状態や課題をわかりやすく整理して、最初は支援者が手伝いながら、「どういう理由で自分が大声を出すか」「大声を出すと周囲はどう感じるか」などを認識するにつれて、自分で原因を避けたり、最小限にしたりすることができるようになります。直接の原因や間接の原因について仮に本人が認識していても、それに見合った行動がとれていない場合は、その行動ができるように援助します。例えば、「疲れていると怒りやすい」のであれば、「あなたが一生懸命していたら、その時は疲れに自分でも気づいていないかもしれません。疲れを感じたら休む、のではなく、2時間ごとに必ず休憩をとりましょう。」というように具体的な内容で提案と相談をしていきます。この提案の考え方のポイントは、例の場合であれば、本人は疲れの自覚やそれに応じた行動がとりにくい（とれていない行動）様子に対して、時間ごとに休憩する（とれそうな行動）提案をたてる、というように、できそうな行動を具体化することです。

また、以前できていたことができなくなったことで、混乱したり不安になったり、自信を失っていることも少なくありません。そのうえ他者からの否定や注意が続くと、さらに混乱して、自身の防御のために攻撃的な言動になる場合もあります。怒りや興奮の背景に不安や混乱があれば、それを引き起こす状態を減らしたり本人が対応できるようにしたりすることで、やわらげ取り除くことが重要です。問題となる行動を減らすようにしていくとともに、適応行動に対しては適切に評価して、ひきだせるといいでしょう。できないことを指摘されて、うれしい・気分が落ち着く、ということはあまり一般的ではないことからすると、「～はよいですね、～はこうするといいいのではないのでしょうか」というように、できないことの指摘に終わらせずに、実際の行動や考えとして何をしたらよいのかを、わかりやすい形で伝えることが有用と考えられます。内容の面だけでなく、程度や頻度で「困った行動」の減少・改善があれば、できないことの指摘だけでなく、減少・改善ができた行動様式・対処法に視点を向けることができます。

このように、ひとりひとり対応方法はさまざまです。困った行動は、即座に消えるというよりは、徐々に減ることが多いようです。本人が課題認識を持て

ていれば、場面や状況・頻度などで減っている状況を共有して、目標を設定していくのも方法です。現実逃避や防御のために困った行動をとっている場合は、行動を引き起こす原因を単純に突然なくしてしまうと、拠り所をなくして、一時的に行動が激しくなったり、違う（攻撃的な）行動があらわれたりすることもあります。家庭や支援施設で可能な範囲で調整できることから始めてみましょう。

【具体的対応例】

(a)感情コントロールが難しい場合

- 本人が原因から離れられるようにする。
- 気分を切り替えるきっかけを決めておく。
- 別のことを考えるために、あらかじめ楽しいテーマを用意する。
- 感情を変動させないことではなく、激しい現れ方を減らすことを目標にする。
- 自分の特徴を理解できるようにする。
- 約束したら守ってもらう。
- フィードバックする。
- 感情を表面に出すことは本人にとっても不利益になることを説明する。
- 対象や状況に応じた感情の表し方について一緒に考える。
- 本人にふさわしい態度や期待される役割を明らかにする。
- 他人に危害を加える反社会的な行動は断じて禁止する。
- いいところは褒める。

(b)周囲の刺激にすぐ反応してしまう場合

- 行動する前にワンテンポ置く。
- イラッとしたら、深呼吸する。1~10 カウントする。
- トラブルが起こる場所や人との接点を少なくする。
- 本人がすべきことはわかりやすく提示されていて確認しやすいようにする。
- 聴覚過敏の場合、ノイズキャンセラーや耳栓を用いる。
- すべきことを本人がされているときに（集中が必要なことであれば、された後に）、周囲の人はできていることを評価する。

(c)怒りが爆発した場合

- イライラしてきたら、一時的に一人になる。(タイムアウト法)
- 周囲の人は、その場でその行動自体にはあまり介入しない。
- 本人の怒りに周囲の人がさらされることによる疲労や負担が特定の人に集中しないように工夫する。
- どのような場面で爆発があったかを記録できるようにしていく。

(d)欲求が抑えられない場合

- 本人も「わかっているけどやってしまう」状態。単純に禁止すれば収まるわけではない。
- まずは1日ジュース1本などルールを本人と相談して決める。できたらカレンダーに印をつけるなど、本人が意欲を持てる工夫をする。
- 制限されているという受け身の状態から、自分で管理ができるようになる道筋をつけていく。
- 一人分をお皿に分ける、食べた量をメモや写真に残すなど視覚的にわかりやすくする。
- なぜその行為がいけないのか、具体的にどうしたらいいか、対策もあわせて伝える。
- 本人が楽しめるような適応行動を探して、欲求が置き換えられるか検討する。
- 制限やルールは、自己管理に向けた手伝いとして位置付け、道筋づくりを一緒にする。
- 印つけや記録はわかりやすくシンプルな内容からはじめる。記録については、目標を達成したかどうかだけでなく、記録する行動をまず評価する。
- 何をどのような目標でコントロールしようとしているか、誰とそのことを共有してすすめているか(信頼できる人)を明らかにする。

(e)自発性が低下している場合

- 声かけやタイマーなどを利用し、行動の開始を本人に伝える。
- 時間と作業内容を決めて、やりやすい環境に身を置く。
- チェックリストや行動表で視覚的にわかるようにする。
- 予定や行動表は目に留まりやすいところに明示する。
- いくつかの選択肢から選んで実行してもらう。
- 好きなことを理解し、より興味を持ちやすくなるよう工夫する。
- 行動を習慣化したり、セットにしたりなど、取りかかりやすくする。

自発性の低下は、周囲からは「やる気がない」「さぼっている」などと思われやすく、理解されにくい症状です。支援者が症状を知り、「行動を起こせない症状」であることを周囲に伝えることも大切です。

相談の中には、本人の行動への対応のほか、周囲の人への影響に関するものもあります。周囲の人が対応を知ることによって困った行動が改善していく可能性はありますが、例えば易怒性にさらされていて、疲労をはじめとした相当な負担が周囲の人にある際には、負担の軽減をはかる調整などの対応が求められます。

(4) 今後の見通しを立てて、一緒に生活を考える

先の見通しが立たないことへの不安や混乱を、行動で周囲に示していることがあります。金銭的な保障がなされると、本人のイライラが軽減することも多いので、労災や障害年金などの制度を積極的に活用し、本人の希望や不安をよく把握して、一緒に障害福祉サービスを探したり、受給手続きを支援したりすることにより、気持ちの安定を図ることも大切です。ケースの引き渡し・引継ぎをスムーズにすることを支援調整の主目標とするよりも、長期的な状況の改善や生活の維持が図れる方向をつくるようにしていくこととなります。障害福祉サービス機関と困りごとへの対応について連携をはかり、社会的に対応を組み立てていけるとよいでしょう。また、幻覚や妄想などの精神症状や、うつ状態、気分障害については、薬物療法が有効な場合があります。少量から始めて、ゆっくり増量していく点に注意が必要です。

4. 支援サービスと制度

社会的行動障害に対応できる人が極めて限られている状況では、当事者と特定の支援者との関係に依存する部分が大きくなってしまいうリスクがあります。一か所に依存するのではなく、長期的に社会生活を維持できるような支援体制の構築が必要になります。有機的な支援体制を構築し、目標や目的に応じて支援サービスを活用していくうえで、支援拠点に配置されている支援コーディネーターの役割が期待されます。

支援サービスには、大きく障害者総合支援法による障害福祉サービスと介護保険法による介護保険サービスの2つがありますが、高次脳機能障害以外では、両方のサービスが併用されることは一般的ではありません。また、医療機関においては、リハビリテーション機能を持つところであっても、障害福祉サービ

スについて理解をしているところは限られているのが現状です。

(1) 障害福祉サービス

障害者総合支援法に基づく「障害福祉サービス」は、下記を利用対象としています。高次脳機能障害は精神障害の一つであり、医師の診断書があれば、障害者手帳がなくても利用することができます。

【障害福祉サービスの対象】

- 身体障害者手帳の交付を受けている方
- 療育手帳の交付を受けている方
- 障害者更生相談所、児童相談所で知的障害が確認できる方
- 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方
- 精神障害を事由とする年金や特別障害給付金を受けている方
- 自立支援医療（精神通院医療）を受給している方
- 医師の診断書で精神の障害が確認できる方**

(2) 介護保険サービス（障害福祉サービスとの併用について）

一般に介護保険のサービスは、本人の社会的行動や役割の実行を目標とするよりも、日常生活を支援する目的で利用されることが多く、外出を伴う社会参加活動や、就業を目的とした活動などに際しては障害福祉のサービスを利用することになります。「困った行動」という視点が中心になると、その行動で人に迷惑をかけないようにする、ということのみがサービス利用の目的となるようなことも考えられます。しかし、本人の社会参加という視点から生活を支援していくためには、アセスメントを多角的に行って、支援の体系（支援者・機関・目標・対応）を作っていくことが必要です。すなわち、「問題のきっかけを減らす対応」だけでなく、「より望ましい行動を本人ができるようする支援」を設定するということです。

介護保険の規定による保険給付を受けられるようになった場合、総合支援法の規定により、介護保険のサービスが優先されるという原則がありますが、優先されるサービスとその捉え方については、厚生労働省から通知が出ています。そこでは「市町村は、介護保険の被保険者（受給者）である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援・保

険給付を受けることが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること」とされており、介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、障害福祉サービスに係る介護給付費等を支給する、とされています。

支援サービスと制度について概要を把握し、必要に応じて医療・介護系と福祉系の機関連携・サービスの利用調整などが進められるとよいでしょう。

（３）障害者手帳

高次脳機能障害によって日常生活や社会生活に制約があると診断されれば、精神障害者保健福祉手帳の申請対象になります。申請時に必要な診断書を記載するのは、原則として精神保健指定医または精神科医となっていますが、てんかんの患者について内科医が主治医となっている場合のように、精神科以外の医師であっても、精神障害の診断治療に従事していると言える医師は含まれます。高次脳機能障害の診断または治療に従事しているリハビリテーション医や神経内科医、脳神経外科医のほか、内科医、小児科医等も記載することが可能です。高次脳機能障害の主要症状と日常生活への影響や困っている点について具体的に記載してあることが重要です。診断書は初診日から６か月以上を経てから作成してもらい、診断書作成日から３か月以内に申請する必要があります。

（４）労災保険

労災保険制度は、労働者の業務上の事由または通勤による労働者の傷病等に対して必要な保険給付を行い、あわせて被災労働者の社会復帰の促進等の事業を行う制度です。通勤途上の事故による脳損傷は労災であるにも関わらず忘れられていることがしばしばあります。費用は、原則として事業主の負担する保険料によってまかなわれています。次のような種類があります。詳しくは、労働基準監督署や職場の労災担当者に相談できます。

療養補償給付：医療機関を受診する場合、無料で治療が受けられます。

休業補償給付：仕事に行けない日は給料の約８割が支払われます。

障害補償給付：障害が残った場合、年金か一時金が支払われます。

介護補償給付：介護を受けている場合、その費用が支払われます。

（５）障害年金

障害年金には、障害基礎年金と障害厚生年金があり、前者は国民年金、後者は厚生あるいは共済年金加入者が対象となります。高次脳機能障害は、支給要件を満たしていれば、器質性の精神障害として障害年金の受給対象となります。

高次脳機能障害で仕事ができなくなった人は、発病発症から１年半後に障害基礎年金や障害厚生年金を受けることができます。また給料が大幅に下がった人にも出る可能性があるため、年金課や年金事務所に相談しましょう。

なお、障害年金の診断書についても、原則的には精神保健指定医または精神科を標榜する医師が記入することになっていますが、てんかん、知的障害、発達障害、認知症、高次脳機能障害等、診療科が多岐に分かれている疾患については、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科等を専門とする医師が主治医かつ精神・神経障害の診断または治療に従事している場合は記入可能です。

５．地域連携体制の強化

社会的行動障害の内容は、どこかのだれかに担当してもらえば問題はなくなる、というような方法は取りにくいことから、アセスメントや対応は、生活面・社会面・医療面などから並行してすすめられるようにしていくためにも、地域で連携できる支援体系が有用と考えられます。

コーディネートを進める際に、上記にあげてきたような対応や制度の利用を直接コーディネーターが行うだけでなく、地域において対応ができる人々や事業所などとの連携をはかっていくことも重要です。限られた支援拠点機関のコーディネーターが全般の対応を行うという体制がとれるのであれば、当事者・家族会、医療機関、サービス事業所、相談支援事業所、行政というような組織・機関など、及び、カギになるような人々との多職種連携支援体制が、地域の実情に応じて構築されるとよいと考えられます。地域ごとの状況や、コーディネーターとして所属する機関の規模や体制に応じた仕組みづくりの具体化は、保健・行政機関と相談をすすめ、事例検討会等を通じてアセスメントや対応方法などの具体的内容を地域の事業所と共有する、といったことが考えられます。地域により特性や事情は異なる可能性はありますので、圏域をこえたコーディネーター同士の情報交換の機会なども活用して参考になる方法を検討し、地域における連携の強化をしていけるとよいでしょう。

6. 連携機関

支援拠点機関やコーディネーターにおいて、圏域の医療介護福祉にかかる機関・事業所・団体などがどのような機能を持っているかを把握していると、様々な課題がある社会的行動障害への対応が具体化すると考えられます。主要な機関とおもな機能の一覧です。名称や機能は自治体により異なる場合があります。

<当事者・家族団体>

団体の設立状況や活動は地域によって様々です。日本高次脳機能障害友の会の正会員団体は20、準会員団体は42（2018年12月現在）あり、また、東京都では45団体の情報が提供され、各団体が相談事業や講演会、交流会など、さまざまな活動を展開しています。

<働く>

★（都道府県）**障害者職業センター**：ハローワーク（公共職業安定所）、障害者就業・生活支援センターとの密接な連携のもと、就職や職場復帰を目指す障害のある方、障害者雇用を検討している或いは雇用している事業主の方、障害のある方の就労を支援する関係機関の方に対して、支援・サービスを提供しています。具体的には、障害のある方への職業相談・評価、職場適応援助者（ジョブコーチ）による障害者及び事業主に対する支援、職場復帰のためのリワーク支援、就業支援に携わる関係機関の方への研修会等を実施しています。相談は予約制となりますので、事前の連絡が必要です。

★ **障害者就業・生活支援センター**：障害のある人の就労ニーズと企業の雇用ニーズを結びつける取り組みを進めるとともに、実習の実施、職場への定着、就労にともなう生活のサポート等を関係機関と連携して実施しています。各就業・生活支援センターには、「就労支援ワーカー」「生活支援ワーカー」「職場開拓員」「就労サポーター」等が配置され、企業の方からの問合せや相談、また障害のある人ご自身やご家族からの相談に応じ、ハローワークや行政、障害者職業センター、福祉施設、特別支援学校など関係機関と連携してサポートします。

★ 通所事業所：

【就労移行支援】

就労を希望する障害者で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれ

る方に対して、①生産活動、職場体験等の活動の機会の提供、その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、②求職活動に関する支援、③その適性に応じた職場の開拓、④就職後における職場への定着のために必要な相談等の支援を行います。

【就労継続支援 A 型】

企業等に就労することが困難な方であって、雇用契約に基づく就労が可能である方に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供および生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練等の支援を行います。

【就労継続支援 B 型】

企業等に就労することが困難で、就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない方等で、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識および能力の向上や維持が期待される方に対して、生産活動の機会の提供、知識および能力の向上のために必要な訓練などを行います。

【生活介護】

障害者施設などで、常に介護を必要とする方に対して、主に昼間において、入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動・生産活動の機会の提供の他、身体機能や生活能力の向上のために必要な援助を行います。

★ **ハローワーク**（公共職業安定所）：障害について専門的な知識をもつ担当者が、仕事に関する情報を提供したり、就職や職業訓練に関する相談に応じたりするなど、きめ細かい支援体制を整えています。身体障害、知的障害、精神障害、発達障害、高次脳機能障害、難病などの障害があるため、就職が困難な方が支援の対象です。手帳の有無は問いません。「仕事をしたいが、不安がある」「どのような仕事が向いているかわからない」「採用面接で自分のことをうまく説明する自信がない」「就職しても長続きしないのではないか、心配」など 様々な相談に応じています。

★ **ハロートレーニング**（公共職業訓練）：職業能力開発促進法に基づき、国、

都道府県または市町村が、求職者の方や在職者の方等を対象に、職業に必要な技能および知識の習得を目的に行う職業訓練をいいます。公共職業能力開発施設には、職業能力開発校、職業能力開発短期大学校、職業能力開発大学校、職業能力開発促進センター、及び障害者職業能力開発校の5種類の施設があります。

<障害サービスのマネジメント機関>

★ 相談支援事業所（障害福祉）：

【計画相談支援・障害児相談支援】

サービス等利用計画についての相談及び作成などの支援が必要と認められる場合に、障害福祉サービス等を申請した障害者（児）について、サービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画の見直し（モニタリング）を行います。

障害者（児）の自立した生活を支え、障害者（児）の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援を行います。

【地域移行支援・地域定着支援】

○地域移行支援

障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設等を退所する障害者、児童福祉施設を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整等の支援を行います。

○地域定着支援

居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行います。

その他、障害のある人の福祉に関する様々な問題について、障害者（児）や障害児の保護者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービス利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行います。

★ **居宅介護支援事業所（介護保険）**：居宅サービス、地域密着型サービス、そのほか利用者が日常生活を送るために必要となる保健医療サービスまたは福祉

サービスなどを適切に利用することができるよう、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、おかれている環境、利用者本人や家族の希望などを考慮したうえで、介護支援専門員（ケアマネジャー）が居宅サービス計画（ケアプラン）の作成、ケアプランに位置づけたサービスを提供する事業所等との連絡・調整などを行います。また、居宅介護支援事業所では、本人や家族の代わりに、要介護認定の申請手続きや更新認定の申請手続きを行います。

<地域機関・団体>

★ **地域包括支援センター**：地域住民の心身・健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として設置されています。地域で暮らす高齢者を支援するために、介護・認知症・高齢者の権利を守る相談、福祉・保健・医療関係機関との連携調整、介護予防プランの作成、高齢者の暮らしやすい地域づくりなどを行っています。

★ **生活困窮者自立相談支援機関**：就職、住まい、家計など暮らしに悩みを抱えた人からの相談に早期かつ包括的に応ずる相談窓口となります。相談窓口では一人ひとりの状況に合わせた支援プランを作成し、専門の支援員が相談者に寄り添いながら、他の専門機関と連携して、解決に向けた支援を行います。

★ **社会福祉協議会**：高齢者や障害者の在宅生活を支援するために、ホームヘルプサービス（訪問介護）や配食サービスをはじめ、さまざまな福祉サービスをおこなっているほか、多様な福祉ニーズに応えるため、それぞれの社会福祉協議会が地域の特性を踏まえ創意工夫をこらした独自の事業に取り組んでいます。

地域のボランティアと協力し、高齢者や障害者、子育て中の親と子が気軽に集える「サロン活動」を進めているほか、社協のボランティアセンターではボランティア活動に関する相談や活動先の紹介、また、小・中・高等学校における福祉教育の支援等、地域の福祉活動の拠点としての役割を果たしています。

社会福祉協議会は、地域のさまざまな社会資源とのネットワークを有しており、多くの人びととの協働を通じて地域の最前線で活動しています。

★ **障害者自立支援協議会**：関係機関、関係団体及び障害者等の医療・福祉・

教育または雇用に関連する職務に従事する者、その他の関係者が相互に連携を図ることにより、地域における障害者等への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行い、障害者等の支援体制の整備を図ることを目的に設置されています。

【地域自立支援協議会】

相談支援事業をはじめとする地域における障害者等への支援体制の整備に関し、中核的な役割を果たす定期的な協議の場として設置されています。市町村単独または複数の市町村による設置、直営または民間団体への運営の委託等、地域の実情に応じて効果的な方法により設置することができます。

【都道府県障害者自立支援協議会】

都道府県全体の障害者等への支援体制の整備に向け、地域の実態把握・情報の共有機能、相談支援体制の充実強化に関する協議、課題の抽出、相談支援体制を担う人材の育成などの機能を果たしています。

★ **保健所・保健センター**：保健所・保健センターでは、各地域における福祉・保健・医療・生活衛生に関する業務を行っています。

薬事・食品衛生等の生活衛生業務および感染症対策・難病対策・障害福祉など専門的な対人業務、また医療福祉分野の連携推進・広域企画調整等の視点から一体的な地域支援の推進を行い、高齢者・障害者・子どもなど全ての人々が、一人ひとりの暮らしと生きがいを共に創り、高め合う社会の実現に向けた取り組みを行っています。

＜3次機能をもつ支援センターなど＞ 対象者の状態により重複した障害像や状態がある際などに相互に連携した対応をすることが考えられます。

★ **ひきこもり地域支援センター**：ひきこもりの状態にある本人や家族が、地域の中でまずどこに相談したらよいかを明確にすることによって、より適切な支援に結びつきやすくすることを目的としたものであり、本センターに配置される社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士等ひきこもり支援コーディネーターを中心に、地域における関係機関とのネットワークの構築や、ひきこもり

対策にとって必要な情報を広く提供するといった地域におけるひきこもり支援の拠点としての役割を担うものです。

★ **子ども・若者総合相談窓口**：子ども・若者（小学生から概ね39歳）の様々な悩みについて、精神保健の専門性を活かしたアセスメントを行い、医療、福祉、教育、就労など、ご本人の悩み事の解決にもっとも適した関係機関と連携しながら、問題解決のサポートをします。当事者の方へのグループ活動やご家族向けの学習会も開催しています。その他、支援者を対象に研修会や啓発講演会等を行っています。

★ **知的障害者更生相談所**：18歳以上の知的な障害のある方、またはそのご家族や関係者の方々に対して、相談・判定を行っています。

新しく療育手帳を取りたい、療育手帳の再判定をしたい、知的障害のため日常生活や身の回りの困っていることについて、社会自立や社会参加についての相談を受けています。

相談・判定の予約については、お住まいの地域の市町村福祉事務所または担当窓口（福祉係）に連絡ください。市町村を中心とした関係機関と連携をとりながら相談・判定を実施しています。

★ **発達障害者支援センター**：自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの診断を受けている方、これらの障害の可能性のある方で、困っている方、関わり方に戸惑いを持っている家族や周囲の方からの相談を受けています。

身近な地域での切れ目ない相談支援体制づくりのため、市町村や福祉圏域の関係機関と連携しつつ、専門相談を実施していきます。またご本人をとりまく生活環境としての学校、事業所、企業向けのコンサルテーション、研修、学習会を実施しています。

★ **地域生活定着支援センター**：障害(疑いを含む)または高齢により、福祉の支援が必要な人が何らかの事情により、拘留されてしまった場合、適切な支援が届かなくなる事態が生じます。この様な時にご本人をとりまく、ご家族や司法、福祉などの関係者の方からの連絡を受けて、広域的に調整を行い、持続可能な地域での暮らしをめざす相談支援を実施します。この他、支援者向けの研

修会等を行っています。

★ **救護施設**：身体や精神に障害があり、経済的な問題も含めて日常生活を営むことが困難な人が、生活保護法に基づく支援により、健康に安心して生活するための保護施設です。身体障害のある人（視覚障害、聴覚障害、肢体不自由など）、知的障害のある人、精神障害のある人、それらの障害を重複して持つ人、アルコール依存症の人、ホームレスの人など、多様な人が生活しています。日常生活支援、リハビリテーションプログラムのほか、地域移行に向けた支援を実施しています。

7. 支援事例 （ ）内の数字はこのマニュアルで参照する目次番号を示します

（1）困った行動の原因となる認知障害に着目した例

Aさん 40歳 男性 交通事故

【障害】てんかん、知的能力の低下、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害

【経過】20代の時、仕事帰りに交通事故にあいました。事故後に就労しましたが、ミスが続き、仕事がままならず就労しては退職を繰り返しました。Aさんは、最初は一般就労を希望しましたが、限界を感じたため、5年前から作業所に通所しています。

作業所の職員によると、Aさんと他の利用者とのトラブルが続いているそうです。他者の行動が気にいらぬのか、いらぬらしく、大きな声を出したり、気にいらぬ利用者のタイムカードをぐしゃぐしゃにしたりするなどの行動がみられました。

【対応】トラブルが起こる状況を、相談員と作業所の職員とで検討しました。トラブルについてAさんとも話し合ったところ、誰にでも大きな声を出すことはなく、特定の利用者(声の大きい人)に対してトラブルが多い。気になるとほっておけず利用者が遠くにいても近くまで行き、大きな声を出すことがわかりました。Aさんは「自分は頑張ろうとしているのに急に大きな声が聞こえて集中できずイライラしてやってしまう。」と話しています。そこで、Aさん、職員、相談員で話し合い、イヤホンで音楽を聴くか、耳栓をして作業をしてもらうことになりました。

【解釈】行動がおきている状況やきっかけを探すために、前後の場面や本人の

状況を整理しました(3-1)。 状況や本人の認知機能 (3-2) などをあわせて評価し、本人の考えを活かして作業がしやすい対応を工夫しました (3-3)。

(2) 環境を整え、受傷前の特技に着目した例

Bさん 20歳 男性 交通事故

【障害】社会的行動障害(暴言・暴行、脱抑制)

【経過】高校生のときに交通事故にあいました。暴言・暴行が目立つようになり、相手構わず喧嘩するようになりました。事故前は友達も多く、勉強にもクラブ活動にも積極的に取り組んでいたため、あまりの変わりように家族はとて驚いていました。時間やルールを守らなくなり、注意すると暴れて手がつけられなくなります。夜遅くまで外を出歩き、両親が何度も警察に迎えに行きました。学校にも行かなくなり中退しました。家族の財布からお金を持ち出して、無銭飲食をするようになりました。友人とトラブルを起こして引きこもり、入浴や歯磨きも面倒になり、部屋も荒れ放題でした。

【対応】家族が保健センターに相談し、専門外来の受診を経て、施設に入所することになりました。生活リズムが整い、運動の時間にサッカーをするのが楽しみになりました。昔に戻ったみたいで楽しかったそうです。シュートを決めて誉められたときには、嬉しそうに笑っていました。事故後、Bさんは周囲から叱られ否定されることばかりで、親子でも会話らしい会話をしていなかったそうですが、今ではたまに帰ると、施設の行事や食事の話などするそうです。

行事では、他の利用者や職員と相談しながら企画を考えました。その過程で、肯定的な評価をされることで、少しずつ自信を取り戻していったようです。自分が他者の見本になること、サッカー以外でも他人から見られていることを自覚するにつれ、身だしなみや言葉遣いも変わってきました。

現在は進学するか就職するかを考えながら、まずは高校卒業資格の取得をめざして、引き続き入所して勉強しています。

【解釈】家族の相談により、本人への関りや生活リズムの立て直しなどを含む対応についてのアセスメントが行われ(3-2、3-3)、生活訓練施設の利用をする

(4) ことになりました。家族は本人ができるだけ回復してほしい気持ちから、時間やルールを守るように注意していたのですが、それまでの本人との違いへの驚きや悲しみなどもあるなかで、今までと比べての対応になりがちだったかもしれない。そのような状況では、できていないことの指摘が中心となり

(3-3)、本人家族とも見通しも持ちにくい(3-4)状況が考えられます。Bさん

は発達期にあることから、生活全般においての対応（3-3,a.c.d）を以前からの特技も活用して安定をはかることで、家族との関係も再構築がすすみ、将来の目標建て（3-4）などができるようになりました。

（3）趣味に着目し、意欲を取り戻した例

Cさん 22歳 女性 脳出血

【障害】記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害（自発性の低下）

【経過】Cさんは、もともと活発で、勉強もクラブ活動（料理部）にも熱心に取り組んでいました。栄養学科への進学も決まっていたのですが病気のため断念しました。退院して自宅に帰っても何もやる気が起きず、一日中座ってぼんやりしていて、その日に食べたものや友達が訪ねてくれたことを思い出せないような状況が続きました。

【対応】障害者相談支援センターに相談したところ、ディサービスを利用して、外へ出る機会を作ってはどうかと勧められました。何力所か見学し、同世代の女性が利用していたディサービスの雰囲気合いそうだったのでそこがいいと思いました。毎日スケジュールが決まっているので、自然に生活リズムができ、徐々にプログラムにも関心を持つようになりました。グループで簡単なデザートを作って食べた日は、盛りつけのアイデアを出したり、次回食べたいものを発言したり、周囲も驚いていました。

1年後に、家でもご飯を作って家族に食べてほしいと話すようになったので、自立訓練サービスに移りました。調理訓練の他にも園芸やパソコンなどに挑戦しました。また、グループワークや行事を通じて、コミュニケーションの練習もしました。新しいことを覚えたり、同時にいくつも作業したりするのは不得意ですが、写真を使った手順書を確認しながら、ひとつずつ丁寧に取り組むことで、休日に家で食事を作って、家族に振る舞えるようになりました。

自立訓練も1年続き、作業所でクッキー作りを体験実習したところ、続けたいと言い、実習した事業所に通うことになりました。

【解釈】「ぼんやりしていないでしっかりして」、「やる気をだして自分のことは自立して」、というような声掛けでは有効な行動には結び付きにくいところ（3-3e）。本人の希望や様子をみながら（3-1）、手順書など行動しやすい条件を設定したりする（3-2）ことで、好きなことができたり発揮できる能力に周囲も気付ける（3-3）ことにつながり、生活上で継続した活動になっていったことで（3-4）、自発性の低下も改善がみられていると考えられます。

(4) 幻覚妄想を伴い、精神科と連携した例

Dさん 40歳 男性 交通事故

【障害】軽度の右片麻痺、幻覚妄想、易怒性、対人関係の困難、注意障害、記憶障害

【経過】20歳代のとき、交通事故にあい、脳挫傷のため救急入院し、軽度の右片麻痺と言語障害があり、約1年間入院していました。その後、定時制高校を卒業し、就職しましたが1年ぐらいで退職し、再就職を繰り返しました。数年前から、生活保護を受け、一人暮らしを始めましたが、対人関係が上手くいかずに、就労が困難で、暴言・暴力もみられたため、家族から支援拠点機関に相談がありました。家では、火の点け忘れや、不眠、衝動的行動がみられるだけでなく、「親が嘘をついている」などの被害妄想的な訴えがあり、家族に暴力を振るったため、親が警察に通報して精神科病院に措置入院となりました。

【対応】退院後は、精神科の外来で非定型抗精神薬による調節が行われ、保健所と福祉事務所との連携により、一人暮らしに戻りました。しかし、また被害妄想的な言動や親への暴力行為が現れたため、精神科に再入院して薬物療法の調整が行われ、退院後は精神科訪問看護や精神科デイケアが導入されました。現在、Dさんは、精神科に通院し、保健師の訪問を受けながら、在宅生活を継続しています。

【解釈】幻覚や妄想など精神症状が強いときには、「お家の人は嘘をついていませんよ」「思い過ごしですよ」というような声掛けでは言動が治まるどころかむしろ逆効果です。本人の希望や様子をみながら(3-3)薬物療法や適切なサービスを取り入れることで(3-4)、気持ちの安定がみられていると考えられます。

参考文献

- 中島八十一. 高次脳機能障害支援モデル事業について. 高次脳機能研究. 26(3). 263-273(2006)
- 武澤信夫. 社会的行動障害と地域支援の現状. 高次脳機能研究. 37(3). 293-300 (2017)
- 上田敬太. 社会的行動障害に向けた対応. MB Med Reha. 220. 23-28 (2018)
- 村井俊哉. 高次脳機能障害の臨床 特に社会的行動障害について. Jpn J Rehabil Med. 55(1). 46-51 (2018)
- American Psychiatric Association. DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 2014
- 塩屋博史、池埜弥生、岡部伸太郎、山中緑、辻野精一. 急性期病棟から自宅退院した頭部外傷者の退院支援に関する報告. 高次脳機能研究. 37(1). 67 (2017)
- 川上寿一. 高次脳機能障害者のアルコール摂取に関わる問題と対応について. Jpn J Rehabil Med. 47 S358(2010)
- 橋本衛、池田学. 精神科診療における高次脳機能障害の基本的理解. 精神神経学雑誌. 119(7). 516-523(2017)
- 橋本衛. 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 29 年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究報告書. (2018)
- 三村將. 社会的行動障害への介入法 精神医学的観点からの整理. 高次脳機能研究. 29(1). 26-33(2009)
- 野村心、甲斐祥吾、吉川公正、中島恵子. 脳損傷後の anger burst に対する認知・行動的アプローチ 自らコーピングの案出に至った若年症例. 高次脳機能研究. 37(3).347-352 (2017)
- 小西川梨紗. 社会福祉法人から見た社会的行動障害. 高次脳機能研究. 37(3). 301-307 (2017)
- 浦上裕子. 社会的行動障害に対するリハビリテーションチームアプローチ. Jpn J Rehabil Med. 45(12). 789-792(2008)
- 滋賀県高次脳機能障害専門相談支援員養成事業資料.
- 管野 敦、高山 望. 高次ノウ(脳)ハウ(第 2 弾) 社会的行動障害. 高次脳機能障がいライフサポート. Best nurse. 27(8)~28(5).(2016~2017)
- 高次脳機能障害冊子体ワーキンググループ委員会編. なるほど高次脳機能障害「社会的行動障害について」. (2017)
- 種村純、福永真哉、大槻美佳、河村満、熊倉勇美、熊倉真理、小林祥泰、七條文雄、渋谷直樹、下村辰雄、先崎章、田川皓一、立石雅子、能登谷晶子、濱田博文、原寛美、原田浩美、深津玲子、藤田郁代、前島伸一郎、三宅裕子、高次脳機能障害全国実態調査委員会. 高次脳機能障害全国実態調査報告. 高次脳機能研究. 36(4). 492-502(2016)
- 渡邊修. 高次脳機能障害に対する医療機関の役割. MB Med Reha. 220. 14-22 (2018)
- 橋本圭司. 高次脳機能障害一心で支えるリハビリテーション. 高次脳機能研究. 32(3)

360-366 (2012)

- 納谷敦夫. 高次脳機能障害. こころの科学. 173. 79-81(2014)
- 今橋久美子. 高次脳機能障害と社会制度. MB Med Reha. 220. 1-7(2018)
- 中島裕也、小林康孝. 高次脳機能障害における支援の均霑化(きんてんか)を目指して 福井県の支援実態把握と今後の展望. 福井医療科学雑誌. 15. 28-32 (2018)
- 渡邊修、角田亘、百崎良、持尾健二郎、山田尚基、竇田深峰、安保雅博、細見みゑ. 第三病院の専門的リハビリテーション充実事業(東京都)における東京高次脳機能障害協議会との連携について. 慈恵医大誌. 129(1). 27(2014)
- 高次脳機能障害の多職種連携支援・事例検討会に関する研究会編. 高次脳機能障害支援コーディネーター多職種連携支援・事例検討会・制度活用の手引き. 日本損害保険協会自賠責運用益拠出助成金事業. (2018)
- 田邊陽子、田端一恵、小西川梨紗、三田村麻奈、中島秀夫、平井昭代、中井秀昭、川上寿一. 高次脳機能障害者を地域で支える仕組みづくり. - 滋賀県高次脳機能障害支援専門相談員の養成 -. 高次脳機能研究. 37(1). 129 (2017)
- 滋賀県立リハビリテーションセンター編. 地域リハビリテーションに係る関係機関・団体一覧 (2019)
- 東京都心身障害者福祉センター. 高次脳機能障害者の当事者・家族会一覧
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/kojino/kazoku.html> (2019/3/31 閲覧)
- 特定非営利活動法人 VIVID 編. 高次脳機能障害者の在宅生活実態調査 25 人の事例研究報告書. 平成 27 年度草の根育成助成事業. (2015)