

高次脳機能障害支援モデル事業 5 年間のまとめ

(地方支援拠点機関連絡協議会)

1. はじめに

外傷や疾病により脳に損傷を受けた症例の中には、一見平常に戻ったように見えても、社会に復帰してから初めて家族から「単なる怠け者になってしまった」とか「人が変わってしまった」と気付かれることがある。そのような症例では、身体の障害が無いか軽いにもかかわらず、社会生活や日常生活の場に戻って初めて事態が深刻であることに気付き、診察を受けたらその原因が高次脳機能障害にあったということがしばしば見られた。ここに高次脳機能障害をもつ症例が抱える問題が凝縮されている。すなわち、これらの症例がもつ症状は在院中には目立たないこともあり、社会生活の中で後遺症に気付いた時にはどこで訓練や支援サービスが受けられるのか良く分からず、相談もできず、結果として医療や福祉の谷間に落ちてしまうということが起こっていた。このような器質精神病（器質性精神疾患）をもつ者が本来受けることができる医療から福祉までの連続したケアが適切に提供されていないということで、近年わが国で社会的な問題となった。

医療・福祉サービスの提供を考える現場では、このような器質精神病が社会生活への復帰を妨げる要因としてあらためて認識される過程で高次脳機能障害という用語が使用されるようになった。

この高次脳機能障害とは認知障害のことである。認知機能とは、われわれが日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、思考、判断などの脳機能で、これが障害されることにより人間は環境に適応したり、新しい問題に適切に対応することができなくなる。

そこで、脳血管障害や外傷性脳損傷などの原因疾患に基づく認知障害を福祉行政の観点から高次脳機能障害として整理し、これをもつ者が医療・福祉サービスを適切かつ円滑に受けられるようにするために、厚生労働省は平成 13 年度から 17 年度までの 5 か年計画で高次脳機能障害支援モデル事業（以下モデル事業）を実施した。この事業を通じて集積されたデータを基にして、高次脳機能障害について診断基準、評価方法、訓練プログラム、支援プログラムならびに支援サービスの提供のあり方までを含む行政上必要とされるいくつかの基準及び指針を作成した。

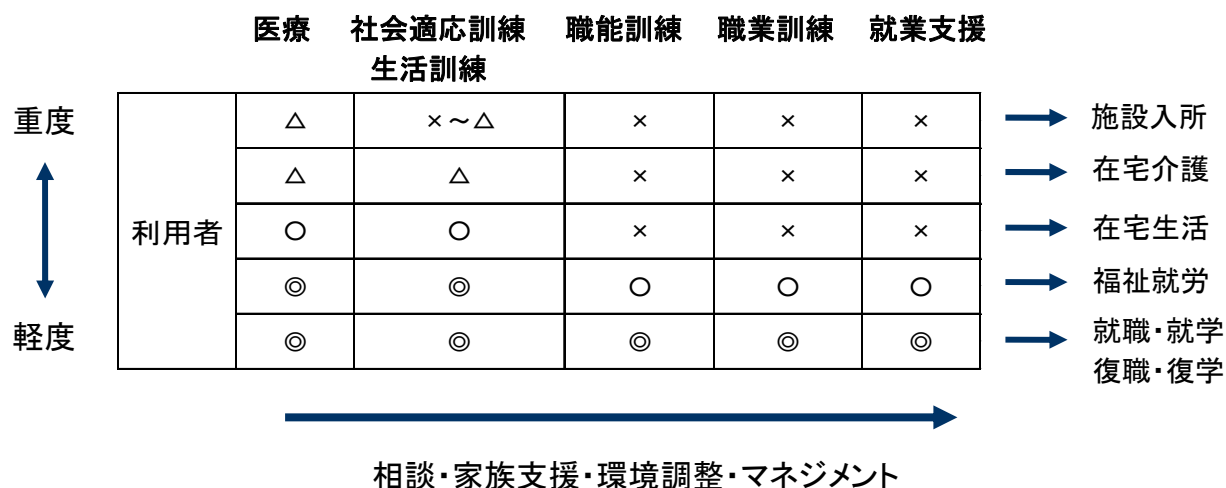
2. 高次脳機能障害支援モデル事業

厚生労働省の事業として開始されたモデル事業は、高次脳機能障害者に医療・福祉サービスを提供する全国規模として初めての試行的事業を通じて高次脳機能障害者への連続したケア（図 1）を実現するために、平成 13 年度から 5 か年の予定で始められた。実施主体となる地方自治体は、北海道・札幌市、宮城県、埼玉県、千葉県、神奈川県、三重県、岐阜県、大阪府、福岡県・福岡市・北九州市、名古屋市（以上平成 13 年度から）、広島県、岡山県（以上平成 14 年度から）であり、これに国立身体障害者リハビリテーションセンター（国リハ）が加わった。

連続したケアとは、図 1 に示すように、ケガや病気で病院に入院したのちに高次脳機能障害者として診断・治療を受けたのち、医療と福祉の連携が正しくなされ、社会生活に向けて適切な医療・福祉サービスの提供がなされることである。どこに行ったら相談に乗ってくれるか、どこにも受け皿がな

いという当事者の訴えは、あるべき連携の途絶に理由があった。高次脳機能障害をもつ症例では重症度が症例ごとに異なり、それにしたがって社会生活における帰結が異なってくるはずである。この違いを認識した上で、訓練や支援が切れ目なく実施されるべきであると考えられた。

図1 高次脳機能障害支援プロセスのモデル ―連続したケア―



5 か年の実施期間にあつて、前期 3 か年（巻末資料参照）は標準的な診断・評価基準と訓練・支援プログラムを作成することを目標にして、国リハと地方拠点病院等が連携して高次脳機能障害者と呼ばれる対象者はどのような人か、またどのような訓練があり、どのような訓練成果がもたらされるかと言った基本的事項について本邦の実態を調査することから事業を開始した。対象者となる症例は高次脳機能障害をもち、18 歳以上 65 歳未満であり、医療・福祉サービスの提供により自立した社会生活を送ることができるようになる症例の集積が特に意識された。年齢層を区切ったことは、65 歳以上であれば疾患を問わず介護保険の対象となり、また 18 歳未満であれば療育手帳の対象となることがある。一方で原因疾患として、アルツハイマー病に代表される進行性疾患を対象としなかったのは、異なる支援体系が必要であろうと考えられたからである。また重度の障害により寝たきりまたはそれに近い状態の症例も同じ理由で対象としなかった。そして失語症についてはすでに身体障害者手帳の対象となっていて、訓練には国家資格である言語聴覚士があたり、訓練プログラムも整備されていることから対象としなかった。このように集積された症例の諸データを基に、行政的に高次脳機能障害に対する対象者を明確にして医療・福祉サービスの体系を整備することを視点の中心に据えて「高次脳機能障害診断基準」が作成された。さらにこれらの症例について医療・福祉サービスが試行的に提供され、医学的リハビリテーションや社会復帰に必要な支援に関する諸データの集積と集約分析が続けられた。

後期 2 か年（巻末資料参照）は、全国に普及可能な支援体制の確立を目標にして、モデル事業に参画した各自治体に支援センターとしての地方支援拠点機関と人的に支援の中心となり継続的な支援を行う支援コーディネーターを配置した。これにより高次脳機能障害をもつ者が医療現場から福祉現場

に円滑に移行でき、望ましい社会復帰が可能になるように図られた。2年にわたる実践の積み重ねを通じて社会復帰への道筋を具体化され、全国で共通して使用できる「高次脳機能障害標準的訓練プログラム」、「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」が作成された。

3. 高次脳機能障害をもつ症例の医学的属性

モデル事業において調査対象となったのは原則 18 歳から 65 歳までの年齢で、何らかのあり方で社会復帰を考えることのできる高次脳機能障害を持つ症例 424 名（男性 328：78%、女性 96 名：22%）であった（表 1）。社会復帰の目標は、軽症の症例では就労・就学であり、重症の症例では施設入所であったりした。男性が明らかに多数を占めている理由は、後述するように原因疾患として外傷性脳損傷が多数を占めたことによると考えられる。対象者の登録時年齢は平均 32.7 歳であり（表 2）、また、原因疾患の受傷・発症時の平均年齢は 29.8 歳であった（表 3）。

高次脳機能障害の原因疾患として、外傷性脳損傷（76%）、脳血管障害（17%）、低酸素脳症（3%）が挙げられ、この 3 疾患で 96%を占めた（表 4）。他に脳炎や脳腫瘍の後遺症として高次脳機能障害をもった症例が少数いた。18 歳から 65 歳という対象年齢にあっても、50 歳を超えると脳血管障害の占める比率が最も高くなった。その一方で、20 歳代や 30 歳代においても、もやもや病やくも膜下出血などにより高次脳機能障害をもつにいたった症例が一定程度あり、若年層においても脳血管障害は常に高次脳機能障害の原因疾患となり得ることを示す。この原因疾患の内訳については異論のあるところであり、わが国でも高次脳機能障害の原因疾患は脳血管障害を多数とする研究もしくは調査がある。高齢者を対象とすれば必然的に脳血管障害は原因疾患として最多になると考えられる。

これらの症例において認められた症状のうち、比率の高い順に 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、これらは特に高率であった（表 5）。これらの 3 症状については、1 症例で 3 つとも併せ持つ率は 70%に上り、2 つ併せ持つ率は 12%であり、この事実が

表 1 モデル事業対象者の人数と性別

	人数	割合(%)
男性	329	77.6
女性	95	22.4
計	424	100.0

表 2 対象者の登録時年齢

	人数
10 歳未満	5
10 代	50
20 代	156
30 代	96
40 代	47
50 代	55
60 代	14
70 歳以上	0
記入なし	1
計	424
平均年齢(SD)	32.7 歳 (13.3 歳)

表 3 対象者の受傷（発症）時年齢

	人数
10 歳未満	13
10 代	108
20 代	147
30 代	46
40 代	50
50 代	47
60 代	12
70 歳以上	0
記入なし	1
計	424
平均年齢(SD)	29.8 歳(14.2 歳)

ら認知障害に属する複数の症状を持つことは一般的であると言える。また、社会的行動障害のうち対人技能拙劣、固執性、依存・退行、意欲発動性の低下、感情コントロール低下は50%前後に見られ、欲求コントロール低下が約30%、抑うつが約20%に認められた。また、社会的行動障害に含まれる症状をひとつでももつ症例は81%に上り高率であった。病識欠如は約60%に認められた。以上の症状はどれかひとつの有無が直ちに重症度に直結するということではないが、複数併せもつことで重症度が高くなることが明らかにされた。

高次脳機能障害をもつ症例では、原因疾患により同時に運動麻痺などの身体機能障害や失語症を発症し得る。モデル事業の対象者を身体障害の有無で分類すると、身体機能障害を併せもつ群が57%で、身体機能障害をもたない高次脳機能障害のみである群は43%であった。すなわち、半数以上の症例で入院中や退院後に高次脳機能障害ばかりでなく、片麻痺や運動失調などについてもリハビリテーション（以下リハ）を受ける必要があることが示された。この事実のリハの実施に留まらず、高次脳機能障害者を受け入れる病院や更生援護施設などでは、車椅子でのアクセスを可能にしたり、肢体不自由の状態にあっても入院・入所生活を送ることができるような建築構造と支援体制の両面での整備が必要であることを示している。

また、幻覚・妄想などの狭い意味での精神症状が強くて精神病院などで治療を必要とする症例が全体の約3%に認められ、精神科と他の診療科が連携することは高次脳機能障害の診断のみならず、精神症状の治療の面でも重要である。知能面では重度の認知症に近い症例（知能指数50以下）が全体の約9%に認められた。おおまかには知能指数が低いほど重症度が高くなる傾向があるものの、知能指数が高くても全く就労が不可能といった症例がある一方で、知能指数が低くても就労が可能な症例があり、今後の分析が必要である。

高次脳機能障害の主要症状として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害を挙げたが、この3症状について医師による記述的診断以外にどのような神経心理学的検査で評価・判定がなされているか、モデル事業に参加した自治体の拠点病院を対象に調査した。その結果、日常的に使用している検査法で全施設に共通していたものはなかった。仔細に検討すると、検査法は同じであっても、課題の提示時間や課題ごとの間隔などが施設ごとに異なることがあった。さらに、医師が診断に際して検査結果を

表4 対象者の原因疾患（診断大分類）

	人数	割合(%)
脳血管障害	72	17.0
外傷性脳損傷	323	76.2
脳腫瘍	5	1.2
低酸素脳症	12	2.8
脳炎	7	1.7
その他	4	0.9
記入なし	1	0.2
計	424	100

表5 主要症状をもつ人の割合

	人数	割合(%)
記憶障害	381	90
注意障害	347	82
遂行機能障害	318	75
対人技能拙劣	231	55
依存性・退行	214	51
意欲・発動性の低下	197	47
固執性	195	46
感情コントロール低下	188	44
半側空間無視	32	8
病識欠如	253	60

*重複してもつ症例あり

考慮する際、スコアばかりでなく検査担当者の講評をかなり重視するということもあった。加えて、社会的行動障害に含まれる症状では、対人技能拙劣、固執性などのように神経心理学的検査により量的評価が困難なものがある。

高次脳機能

表 6 画像検査結果一覧（人数と割合）

能障害の症 例に用いら れた機器検 査は圧倒的 に画像診断		MR I 実施者	C T 実施者	画像所見の 有無	高次脳機能障害所見
	あり	205	162	248	239
	ありの割合	73.0%	57.7%	88.3%	85.1%
	なし	76	119	33	42
	なしの割合	27.0%	42.3%	11.7%	14.9%
	総計	281	281	281	281

が主体をな

して、MRI または CT であった。両者のいずれかであれば 100% の使用率であった。併用した検査法として脳波や SPECT があり、研究的な意味合いも込めて PET の使用も見られた。モデル事業で病院に所属する対象者の画像診断に限って所見をまとめると、MRI または CT で器質的脳病変が検出された症例が全体の 88% であり、12% で所見が得られなかった（表 6）。しかしながら、モデル事業での対象者では受傷・発症から登録までの期間が年余に及んでいる症例が多くいたことを考慮すると、急性期ではこの比率はもっと低いと考えられる。また、すべての症例に CT ではなく、MRI で検査がなされるだけで低い数字になることも考えられる。

4. モデル事業で作成された高次脳機能障害診断基準

行政の障害保健福祉分野において、高次脳機能障害の診断とは、学問的に高次脳機能障害の有無を問うものではなく、これをもつ症例に医療・福祉サービスの提供への門戸を開くことである。そして診断基準の作成とは、高次脳機能障害の特性を踏まえた医療・福祉サービスを提供するための対象者を明確にし、適切かつ全国で共通した医療・福祉サービス提供を可能にすることである。

病院などで高次脳機能障害をもつとして医学的リハを受け、その後に職業的リハなどを受けることにより社会復帰を目指すという一連のサービスを受けるためには、医師による診断がものごとの第一歩である。そのための診断基準には医学的な正当性をもつばかりではなく、関連する法令との整合性も求められる。

モデル事業で作成された高次脳機能障害診断基準について、逐条的に解説する。

前文では、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を主症状として日常生活や社会生活を送ることが困難になっている者があり、医療・福祉サービス提供の観点から一定の群をなしていると指摘され、特に生活に困難を来している点が重視されている。

I の主要症状等の項目には二つの事項が挙げられている。第 1 項には脳の器質的病変の原因となる受傷や発病の事実が確認できることが必須のこととして書かれている。この受傷や発病の事実とは、一般的にはこの器質的病変を生じた疾病名とそれが生じた日時を特定できることを指す。第 2 項には、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日常生活または社会生活に制

約が生じていることが書かれている。これらの認知障害が実際に生活上で困難を引き起こしていることが診断のポイントであり、診察や神経心理学的検査の結果としてその有無だけを問うていてはいない。

Ⅱの検査所見では、器質的脳病変を、機器を用いた検査によって確認できることが必要であることを示している。機器にはMRI、CT、脳波などと書かれているが、PETやSPECTであっても構わない。高次脳機能障害の発症の原因となった器質的脳病変がこれらの機器により確認できれば良い。外傷性脳損傷のうち、びまん性軸索損傷（広範性軸索損傷）は長期間にわたり段々と画像から消えていく傾向にあり、とりわけCTでは所見が得られにくくなる。そこで過去の発症時点での検査で器質的病変が確認されていたとの診断書があれば、脳の器質的病変が確認できたとすることができる。器質的病変が検出されても高次脳機能障害の発症をその病変による症状として説明できない症例では、そのような器質的脳病変を生じるような外傷があり、その外傷が高次脳機能障害を生じたと判断できれば、この症例も診断基準を満たす。

Ⅲの除外項目は、この診断基準を行政の現場で使用することを想定して作成された事項であり、重要である。第1項に「脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（Ⅰ-2）を欠く者は除外する。」とあるが、失語症を例にとれば「失語は学問的には脳の器質的病変に基づく認知障害であるが、身体障害者手帳の対象であるため、失語単独であるならば除外する。」と読み替えることができる。失語症は以前から身体障害者手帳の対象となっていることから、この診断基準では除外項目となっている。しかし、失語症があっても、日常生活や社会生活を困難にしている主症状が主要症状の項目にあるような認知障害であるならば、高次脳機能障害として診断されることには問題がない。第2項は、高次脳機能障害の原因となる疾病の発症日以前から同じ症状をもっている症例は除外し、発症日以前から確認されている画像診断上の所見は診断根拠に含めないということである。第3項にある疾患群のうち、発達障害やアルツハイマー病に代表される進行性疾患はそれぞれ別の支援体制が組まれるべきであるという観点から除外項目に入れられた。

Ⅳの診断の項目では、ⅠからⅢまでの項目すべてを満たしたときに高次脳機能障害と診断とすとなっていて、その診断を行う時期を定めている。第2項では意識障害や通過症候群などの急性期特有の症状から離脱したのちに高次脳機能障害の診断をなすべきであるとしている。第3項では神経心理学的検査を参考にすることができるとあり、適切な神経心理学的検査を実施した場合では、その検査結果を診断の際に活用し得ることが示されている。高次脳機能障害をもつ人には、知能検査やその他の神経心理学的検査が全く正常であっても、社会的行動障害のみが生活を困難にする例があり、このような症例を異常なしとしないためにも、現今ではこのような取り扱いが必要であった。

この診断基準を満たした人を高次脳機能障害者と呼び、医療・福祉サービスの対象とする。補足として書かれていることのひとつは、上段で述べたように、診断基準のうちⅠとⅢの項目を満たす一方で、脳の器質的病変の存在を明らかにできず、Ⅱの検査所見の項目だけを満たすことができない症例については、高次脳機能障害者として診断されることがあり得ることを示している。加えて、科学の

進歩に伴い適切な診断法の開発が予想されることと、障害者福祉行政においても制度の見直しがあり得ることを考慮して、この診断基準が適切に改正されることを見通している。

5. 医学的リハビリテーションによる訓練の効果

病院における高次脳機能障害のための医学的リハは認知リハあるいは神経心理学的リハと呼ばれ、認知障害の回復や、残存機能の活用、記憶障害を補償する電子手帳などの装置の活用、心理的介入による作業能力の向上などを目指す訓練方法が症状に応じて実施されている。また運動麻痺などの身体機能障害を伴う症例では、この面でのリハも同時に実施される。このモデル事業では障害尺度という8段階の評価スケールを用いて訓練の効果を評価した（表7）。その結果、発症から6か月以内に訓練

表7 障害尺度

障害尺度	1. 意識不明
	2. 1の状態ではないがベッド臥床
	3. 2の状態ではないが、椅子あるいは車椅子使用で過ごし、自宅内の移動は介助者の手助けによって始めて可能
	4. 3の状態ではないが、賃金雇用は不能。教育も継続困難。老人は付き添われて遠足や散歩する以外は自宅にとどまる。主婦は、いくつかの簡単な家事がわずかに可能。
	5. 4の状態ではないが、選ぶことのできる職業やその能力には限界がある。主婦や老人は軽い家事しかできないが、買い物には行かれる。
	6. 5の状態ではないが、社会参加にかなりの障害／職業遂行能力の軽度の障害を有する。重労働以外のあらゆる家事を遂行可能。
	7. 6の状態ではないが、社会参加に軽度の障害がある。
	8. 能力低下はない。

を受けた症例では46%が改善を示し、6か月から1年以内では32%、1年以上では14%となり、平均31%となった（表8）。これを疾病の自然経過ではないかとする論議はある。その確認のためにコントロール群をきちんと設定した研究がなされるべきではあるが、このデータはそのまま訓練効果を示すオープンスタディとしての意義がある。その一方で、医学的リハを受けた症例とそうでない症例では、後で述べるように社会生活に戻った後のいくつかのデータに差があり、自然経過ばかりではないとさ

表8 医学的リハビリテーションの効果と訓練開始時期

訓練対象者 173 名中、2 回目のデータのあるもの 108 名。そのうち 33 名（31%）で障害尺度の改善が見られた。次に、これら 33 名を受傷発症からの期間を 6 ヶ月時点で 3 群に分けて改善例を調べた。
1. 受傷後 6 ヶ月以内の者は 41 名。そのうち障害尺度の改善例は 19 名（46%）。障害尺度の値にして 1.6。
2. 受傷後 6 ヶ月より後で 1 年以下の者は 25 名。そのうち障害尺度改善例は 8 例（32%）。障害尺度の値で 1.5。悪化例は見られない。
3. 受傷後 1 年より長い者 42 名中、障害尺度の改善例は 6 例（14%）。改善の程度は、障害尺度の値にして 1.2。障害尺度悪化例が 3 例見られた。
従って、受傷発症から 1 年以内は、積極的な訓練が有効と考えられる。

れた。

医学的リハに当たる訓練スタッフは、医師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士などの多くの職種にわたっていた。医師の作成した訓練処方に従って、このような多くの専門職種が訓練に携わることが効果を上げるために大切であることが指摘された。これらの経験と知見に基づいて「高次脳機能障害訓練マニュアル」が作成され、成書として出版が予定されている。

6. 医療・福祉サービスの提供

モデル事業の対象者は約 3 分の 1 が入院または入所して（表 9）、約 3 分の 2 が在宅であった。この人たちが利用していた病院はリハ病院

（65%）が多く、一般病院（33%）がこれに続いていた（表 10）。これは原因となった疾病治療の延長上のこととも言える。病院を退院したあとの更生援護施設などの利用では、身体障害者更生施設、身体障害者授産施設の身障関連施設が過半数（59%）を占め、地域利用施設（13%）、小規模作業所（11%）と続いた（表 10）。身体障害者関連施設が多かったことについては、わが国でこれまで高次脳機能障害者のリハに熱心に取り組んできた施設に身体障害者関連施設が多かったことと、先に述べたように実際に運動麻痺などの身体機能障害をもつ方が過半数いたことによると考えられる。これはわが国で高次脳機能障害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、その現状を示す注目すべき結果である。

このように社会復帰を目指し、社会的自立を果たしたいと考えている高次脳機能障害者

に対して、支援様式を 8 つに分類した。すなわち、就業支援、就学支援、就労・就学準備支援、授産施設支援、小規模作業所支援、在宅支援、施設での生活訓練支援、施設での生活支援である。これらは高次脳機能障害の重症度に応じて策定される目標到達への支援である。能力に応じた支援を経て、モデル事業前期 3 年間の終了時に就業支援や就学支援を受けた者、すなわち職場や学校に戻った者が全体の 28% になった。これが最終的に安定した職場や学校への復帰と言えるかどうかについては今後の報告を待ちたい。これらの就業支援や就学支援を受けた者を、病院で高次脳機能障害者として医学的リハを受けた群と、病院での医学的リハの経験のない群とに分けて分析すると、きちんと医学的リ

表 9 対象者の現状：入院・在宅の区別

	人数
入院または入所	147
在宅	266
記入なし	11
計	424

表 10 対象者の現状：所属施設の種類の

	人数
一般病院	80
リハ病院	158
精神病院	6
身体障害者更生施設	91
身体障害者療護施設	1
身体障害者授産施設	15
地域利用施設	23
精神障害者生活訓練施設	1
精神障害者授産施設	1
小規模作業所	20
グループホームなど	2
老人福祉施設サービス（老健施設含む）	1
老人福祉施設サービス	2
その他	23
計	424

ハを受けた群で 51%が就業支援及び就学支援を受け職場や学校に戻ったのに対して、医学的リハを受けなかった群では 17%だった。この 2 群については、受傷・発症から支援を受けるまでの期間に差があり、医学的リハを受けた群の方がこの期間が短いこと以外に目立った医学的属性に差はなかった。医学的リハを受けた群で就労や就学の比率が目に見えて高いことについては、医学的リハによる効果と病院在院中に高次脳機能障害の正確な診断・評価を受けることにより連続したケアが実現されたことが要因として挙げられる。また医学的リハを受けた群では帰結において対人技能拙劣や感情コントロールの比率が低いことも明らかにされた。適切に診断された高次脳機能障害者に特化したリハや支援サービスを提供することが社会復帰に有用であることが結論付けられる。一方で、職場や学校に戻った人たちの長期的な追跡調査が課題として残っている。

このような高次脳機能障害者が日常生活や社会生活を送る上で必要な支援を実施する経過で得られた調査結果の中から、25%以上の者が必要とする支援ニーズをまとめて「高次脳機能障害支援ニーズ判定票」が作られた。また、地方支援拠点機関と支援コーディネーターを活用した支援全体を通じて得られた経験と調査結果をもとにして、支援体制のあり方、支援拠点機関の役割、支援コーディネーターの役割と適性、社会復帰・生活介護の進め方、支援計画の策定方法などをまとめた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が作成された（巻末付録：高次脳機能障害支援の手引き）。地域での支援体制には地域ごとの特性があり一様ではない。特に本報告書では各自治体が、それぞれの特性に応じて組んだ支援体制をモデル事業のまとめとして詳述しているので、具体的な支援体制の組み方について参考にされたい。

7. おわりに

高次脳機能障害支援モデル事業は「高次脳機能障害診断基準」「高次脳機能障害標準的訓練プログラム」「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」を作成して終了した。今後、障害者自立支援法の施行にあたり、高次脳機能障害をもつ人たちの福祉サービス利用は自立支援給付として一般事業化され、さらに地域生活支援事業の一環として「高次脳機能障害支援普及事業」が開始される。この事業は広域的かつ専門的な観点からの相談事業として都道府県が主導して実施することになっていて、高次脳機能障害者への広域支援や人材育成を目的としている。これらの新規事業においては、モデル事業で作成された診断基準や訓練並びに支援プログラム等の成果が活用されることになっている。

引用・参考文献及び報告書等（平成 18 年 3 月現在）

モデル事業全体

1. 高次脳機能障害支援モデル事業報告書 - 平成 13 年～平成 15 年度のまとめ一、国立身体障害者リハビリテーションセンター 平成 16 年 3 月
2. 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集 1 高次脳機能障害支援モデル事業地方拠点病院等連絡協議会 平成 15 年 3 月

3. 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集2 国立身体障害者リハビリテーションセンター 平成16年3月
4. 高次脳機能障害支援モデル事業 社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班調査結果 国立身体障害者リハビリテーションセンター 平成16年3月

モデル事業参加自治体関連

1. 高次脳機能障害社会復帰支援モデル事業における関係施設の取り組み 北海道高次脳機能障害連絡調整委員会平成15年1月
2. 宮城県高次脳機能障害支援モデル事業 平成16年度事業報告書 宮城県保健福祉部障害福祉課平成17年3月
3. 埼玉県高次脳機能障害支援モデル事業 平成15年度事業実施状況 埼玉総合リハビリテーションセンター 平成16年4月
4. 千葉県高次脳機能障害支援モデル事業 平成15年度事業報告書 千葉県高次脳機能障害連絡調整委員会 平成16年6月
5. 高次脳機能障害支援モデル事業 -平成15年度 事業報告書- 神奈川県総合リハビリテーションセンター高次脳機能障害支援モデル事業検討委員会 平成16年7月
6. 三重県高次脳機能障害者生活支援事業中間実施報告書 三重県身体障害者総合福祉センター 平成15年2月
7. 三重県高次脳機能障害者生活支援事業 第2次中間報告三重県身体障害者総合福祉センター 平成17年4月
8. 大阪府高次脳機能障害支援モデル事業報告書 大阪府高次脳機能障害支援モデル事業専門部会、大阪府健康福祉部 平成16年3月
9. 岡山県高次脳機能障害支援モデル事業中間実施報告書 川崎医科大学付属病院 平成15年9月
10. 高次脳機能障害者への系統的支援 広島県高次脳機能障害連絡調整委員会、広島県立身体障害者リハビリテーションセンター 平成16年3月
11. 広島県高次脳機能障害支援モデル事業報告書 広島県高次脳機能障害連絡調整委員会事務局、広島県立身体障害者リハビリテーションセンター平成16年3月
12. 福岡県高次脳機能障害支援モデル事業 高次脳機能障害者受け入れ機関一覧 産業医科大学リハビリテーション医学講座 平成17年3月
13. 名古屋市高次脳機能障害支援モデル事業実施報告書 (平成13年度～平成15年度) 社会福祉法人名古屋市総合リハビリテーション事業団 平成16年4月
14. 高次脳機能障害データベース報告書 平成15年度報告書社会福祉法人 名古屋市総合リハビリテーション事業団 平成16年7月

15. 平成 11 年度高次脳機能障害実態調査報告書 東京都高次脳機能障害者実態調査研究会 東京都衛生局医療計画部医療計画課 平成 12 年 3 月
16. 高次脳機能障害者の支援 東京都心身障害者福祉センター平成 15 年 3 月

厚生労働科学研究関連

1. 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 「高次脳機能障害者に対する連続したサービスの提供に関する研究」 平成 13 年度～平成 15 年度総合研究報告書 主任研究者 長岡 正範 平成 16 年 3 月
2. 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 「高次脳機能障害者の障害状況の評価方法の開発と支援方法についての長期的追跡調査に関する研究 -社会復帰・生活・介護支援サービス-」 平成 16 年度分担研究報告書 分担研究者 寺島 彰 平成 17 年 3 月

著作

1. 脳外傷の社会生活を支援するリハビリテーション 監修：永井肇、編著：阿部順子 中央法規出版 平成 11 年 11 月
2. 脳外傷リハビリテーションマニュアル 神奈川リハビリテーション病院「脳外傷リハビリテーションマニュアル編集委員会」代表：大橋正洋 医学書院 平成 13 年 4 月
3. 高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル 監修：高次脳機能障害支援コーディネート研究会 中央法規出版 平成 18 年 6 月
4. 高次脳機能障害ハンドブック -診断から自立支援まで- 編集：中島八十一、寺島 彰 医学書院 平成 18 年 10 月

また、下記のホームページアドレスから高次脳機能障害支援モデル事業についての情報を見ることができます。

<http://www.rehab.go.jp/ri/brain/index.shtml>