

## (エ) 高次脳機能障害に起因する支援ニーズ

全対象者 225 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の個別票（C）（以下、支援ニーズ調査表という）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、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%と比較的に多かった。

## (オ) 支援目標の設定と支援実施計画の策定

対象者 197 名について支援開始時に開催された支援計画策定会議には、参加者数は、医師、MSW、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出席しており、1 ケースあたり平均 4.1 人であった。当人や家族が出席していたものは 29.8%であった。会議に要した時間は、30 分以下が 5%、1 時間が 72%であり、単純平均すると平均所要時間は約 100 分であった。

## (カ) 支援実施状況

### A. 全対象者

#### 1) 主な支援内容

全対象者 225 名の支援内容を、身体障害者療護施設、重度身体障害者更生援護施設、老人保健施設等における「施設生活支援」及び「施設生活訓練支援」、「在宅支援」、「小規模作業所等支援」、「授産施設支援」、「就学支援」、「就業支援、就業・就学準備支援」の 8 種類に分類すると、それらに該当するものは、それぞれ 5 名 (2.2%)、19 名 (8.4%)、35 名 (15.5%)、29 名 (12.9%)、21 名 (9.3%)、20 名 (8.9%)、25 名 (11.1%)、71 名 (31.6%)であった。

#### 2) 支援内容と高次脳機能障害の症状及び機能

支援内容の上記 8 分類のいずれにおいても、記憶障害は 80%以上、注意障害も 80%前後で群間に差はなかった。しかし、依存性・退行は「就業支援」で 28%であり、「授産施設支援」と「在宅支援」では 71%と大きな違いがあった。

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は「就業支援」と「就学支援」では 25%前後であったが、「授産施設支援」、「小規模作業所等支援」及び「在宅支援」では 50%以上であった。

バーセルインデックスはほとんどの者で 80 以上であったが、「在宅支援」の群では、80 未満の割合は 23%であった。HDSについては、24 未満の者は「就業支援」、「就学支援」、「就業・就学準備支援」の群では 20%程度であったが、他の群では約半数に達していた。

#### 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。

#### 4) 支援体制

全対象者の中で、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、「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支援開始時の主な支援体制を分類した。「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50%であった。また、支援体制は66に分類された。「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。「高次脳機能障害支援実施施設」としては、病院19%、身体障害者更生援護施設20%、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みると、「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%、施設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%、「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・就学準備支援」については病院が62%であった。

#### 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表(C)に記載(複数回答)のある者で家族が支援担当者となっている割合は身体介助で43.8%、生活援助で45.7%、健康管理援助では46.4%であり、家族が半数近くを占めていた。

#### 6) 社会復帰・生活・介護支援を行った期間における障害尺度の変化

複数回調査できた199名について、社会復帰・生活・介護支援を行った期間における障害尺度スコアの変化を検討すると、150名(75.4%)において支援開始時と最終報告時とで障害尺度スコアに変化がなく、11名(5.5%)で改善し、38名(19.1%)で低下した。

#### 7) 支援中の手帳の取得

登録時にすでに障害者手帳を所持していた者は 131 名であり、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 (28.9%) が障害者手帳を取得した。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 (30.2%) 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。

登録時に障害者手帳を所持していた者で、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手帳も取得できなかった者では、64.7% が 2 年以内にモデル事業に登録されており、発症・受傷から登録までの期間の短い者が多かった。

#### 8) 支援ニーズの変化

複数回調査できた者の初回と最終調査時の支援ニーズ判定における「支援の必要性あり」は、訓練・作業援助で 31.3% と 27.6% であり、社会復帰訓練では 24.6% と 20.8%、コミュニケーション支援では 20.6% と 17.4% であり、減少率は約 4% であり、減少率は 12-16% であった。他の項目については、支援期間内の支援ニーズの変化はさらに小さかった。

#### 9) 調査期間中における支援目標・内容及び支援体制等の変更

複数回調査した者について検討した結果は、以下の通りである。

- 1) 「就業支援」22 名の中で、18 名 (82%) が「就業支援」を継続していた。「就業・就学準備支援」に移行した者は 4 名で、その半数がその後に就業していた。
- 2) 「就学支援」15 名の中で、11 名 (73%) が「就学支援」を継続し、「就業支援」、「就学準備支援」及び「施設生活訓練支援」に移行した者がそれぞれ 1 名であった。
- 3) 「授産施設支援」19 名の中で、18 名が「授産施設支援」を継続し、1 名が「小規模作業所等支援」を経験して「授産施設支援」に戻った。
- 4) 「小規模作業所等支援」24 名の中で、16 名 (67%) が「小規模作業所等支援」を継続し、「就業支援」、「授産施設支援」、「就業・就学準備支援」及び「在宅支援」に移行した者はそれぞれ 1、1、1、4、2 名であった。
- 5) 「就業・就学準備支援」71 名の中で、「就業支援」、「就学支援」に移行した者は、それぞれ 19 名と 6 名であり、「授産施設支援」及び「小規模作業所等支援」に移行した者は、それぞれ 6 名と 1 名で、16 名 (30%) が「就業・就学準備支援」を継続した。
- 6) 「在宅支援」34 名の中で、30 名 (88%) が「在宅支援」を継続し、2 名が「小規模作業所等支援」に移行した。

7) 「施設生活訓練支援」14名の中で、10名が「施設生活訓練支援」を継続し、「在宅支援」及び「施設生活支援」にそれぞれ2名が移行した。

8) 「施設生活支援」5名の中で、継続は3名、「授産施設支援」への移行は2名であった。

#### 10) 支援の帰結

約6か月毎の調査内容をまとめた結果、3回目までに支援終了となり、最終報告のあった者は、124人中57名(46%)であった。支援内容別では、50%を超えるものは「就業支援」(58%)、「授産施設支援」(50%)、「在宅支援」(60%)であった。

#### 11) 在宅支援ケースについて

特に、「在宅支援」の35名についてみると、女性が37.1%と全対象者の22.7%に比し多く、登録時に40歳以上の者が約半数で平均年齢が42歳であり、全対象者よりも10歳高かった。平均家族数は3.6人であり、精神保健福祉手帳所持率(14.3%)は全対象者と差がなかった。原疾患としては、脳血管障害は28.2%(全対象者では15.8%)であった。高次脳機能障害の症状として、特に依存性・退行が71%と効高率であった。バーセルインデックスが80未満の者は22.9%、HDS24未満の者は60.6%であり、いずれも全対象者の約2倍であった。障害尺度の平均は、約4と低かった。支援ニーズでは健康管理援助が約半数の者が必要であり、病院が支援サービスの中心となっている者が62.8%と多かった。また、37.8%がホームヘルパー等の家族支援を受けていた。

#### 12) 精神障害者保健福祉手帳所持者について

精神障害者保健福祉手帳のみを所持する者のHDSは、20未満が7.1%、20-23が17.9%、24以上が75%と全対象者よりも高く、障害尺度は4-6であり、平均は5であった。この結果は、全対象者と同じであった。

高次脳機能障害の症状としては、記憶障害(96.4%)、注意障害(85.7%)、遂行障害(85.7%)、依存性(64.3%)、対人技能拙劣(82.1%)、感情コントロール低下(71.4%)、固執性(67.9%)等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ケース

#### 1) 主な支援目的・内容

83名の支援内容8分類「施設生活支援」、「施設生活訓練支援」、「在宅支援」、「小規模作業所等支援」、「授産施設支援」、「就学支援」、「就業支援」及び「就労・就学準備支援」に該当するものは、それぞれ1名、5名、10名、7名、8名、15名、18名、19名であった。全対象者の結果と比較して、「就業支援」と「就学支援」の合計が39.8%であり、全対象者の約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) 支援中の手帳の取得

支援中に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。最終報告の時点にいずれかの障害者手帳を所持していた者は 34 ケース (41%) であった。

## 3) 社会復帰・生活・介護支援を行った期間における障害尺度の変化

複数回調査した 63 名についてみると、障害度 4 のケースは全対象者と同じく約 40% であったが、3 以下の者は 15.9% で、これは全対象者の約半分であった。障害度 4 の者は 51 名 (81%) で支援開始時と最終報告時で変化がなく、2 名 (3.2%) で障害尺度が改善し、10 名 (15.9%) で低下した。この結果は全対象者における結果と同じ傾向であった。

## 4) 支援ニーズの変化

社会復帰・生活・介護支援を実施による支援ニーズの変化を見ると、訓練・作業援助、コミュニケーション援助、社会復帰訓練のいずれにおいても減少率が 7 以上であり、その減少率は 30%-43% であった。

## 5) 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

複数回調査できた者について検討した結果は以下のとおりである。

- 1) 「就業支援」15 名の中で、12 名 (80%) が「就業支援」を継続していた。「就業・就学準備支援」に移行した者は 3 名であった。
- 2) 「就学支援」10 名の中で、8 名が「就学支援」を継続し、他の 2 名は「就業支援」に移行した。
- 3) 「授産施設支援」6 名全員が「授産施設支援」を継続していた。
- 4) 「小規模作業所等支援」4 名の中で、3 名が「小規模作業所等支援」を継続し、1 名が「就業支援」に移行した。
- 5) 「就業・就学準備支援」17 名の中で、「就業支援」及び「就学支援」に移行したものはそれぞれ 8 名、と 2 名、「授産施設支援」に移行した者は 3 名であり、6 名 (35.3%) が「就業・就学準備支援」を継続した。
- 6) 「在宅支援」10 名の中で、9 名が「在宅支援」を継続し、1 名が「就業・就学準備支援」に移行した。
- 7) 「施設生活訓練支援」4 名の中で、3 名が「施設生活訓練支援」を継続し、1 名が「在宅支援」に移行した。
- 8) 「施設生活支援」1 名は「授産施設支援」へ移行した。

## オ. 結果の分析およびアンケート調査結果等

### (ア) 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、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。

(イ) 原疾患と高次脳機能障害

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。

(エ) 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、41.8%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「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援護施設が「支援センター」となっていることが多いと考えられる。

C. 「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、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は有効であると考えられた。そのための「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るとあり、その際に、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、必要に応じて平均 4.1 名の専門職による約 100 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った。

(ウ) 支援実施内容

- 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。典型的支援事例の具体的な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 (15.5%)、19 (8.4%)、5 (2.2%)、29 (12.9%)、21 (9.3%)、20 (8.9%)、25 (11.1%)、71 (31.6%) と「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. 支援ニーズを基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、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。
- 支援ニーズ調査の結果から、在宅者の生活支援において家族が担当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。
- D. 約1年の間に、約 1/3 の者で支援を終了していた。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。
- E. 全対象者と訓練プログラムから支社会復帰・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。
- 両群で発症年齢、原疾患、HDSなどにほとんど差はなかったが、移行ケース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にも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明らかに少なかった。

支援の内容や結果を比較すると、移行ケース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する者が多かった。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。

## カ. 重要事項調査結果の概要

### (ア) 高次脳機能障害支援ニーズ判定票

高次脳機能障害支援ニーズ判定票(以下、ニーズ判定票とする)は、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作成された。

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、255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(資料II)に含まれる項目、及び参考項目を選定した。

(1) 「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%以上の項目という条件で抽出した。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) 「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つのカテゴリー(「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に含まれる項目として56項目、参考項目として15項目を抽出した。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。さらに、患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(資料III-A)。



(イ)「高次脳機能障害支援センター」および「支援コーディネーター」に関する調査結果

集積データおよび事例集、並びに各拠点病院等の機能に関する調査結果の分析により、中途障害である高次脳機能障害者の場合には、急性期医療以降の病院リハビリテーション医療段階の支援、社会参加支援としての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の段階の支援、地域福祉（身近な地域でのケアサービス）として地域家庭生活の安定を支える段階の支援等、それぞれの段階に応じた特有の支援が必要であり、そのためには、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、そして地域福祉という医療、福祉、職業などの各分野からなる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基に提供されるための、専門的調整・支援力を有した拠点施設機能と支援の中核となる人材が必要であることが明らかになってきた。

その拠点施設機能を有する施設を「高次脳機能障害支援センター」とし、支援の中核となる人材を「支援コーディネーター」として次のようにその機能と役割をまとめた。

「高次脳機能障害支援センター」は、都道府県域に設置され、高次脳機能障害者と家族及び地域支援機関への相談支援を重要な機能として、単独若しくは機関連携により、医療や福祉サービス等の専門的支援を提供する。

また、「高次脳機能障害支援センター」は、当事者団体や地域の関係機関との連携や協働による研修や個別支援事業を通じて、地域における支援体制の整備を図ると共に、地域機関への技術的支援を行う。併せて、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活動を行う。事業の実施に当たっては、都道府県の実情に対応しつつ、共通した「高次脳機能障害支援センター」の機能及び役割が推進されることが望まれる。

支援コーディネーターは、「高次脳機能障害支援センター」に配置され、当事者や家族、市町村等からの相談への助言や技術的支援を行うと共に、必要に応じて、支援計画の策定及び継続的調整を行う。支援コーディネーターの育成・確保が重要である。

また、支援計画の策定と実施に関しては支援手順の策定（マニュアル化）が必要である。

地方拠点病院等を対象にした高次脳機能障害支援センターに関するアンケート調査からは、①支援の中核として配置すべき人材の職種としてはソーシャルワーカー、心理担当員を求める意見が多く、②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、③都道府県域における地方連絡調整委員会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。（資料 III-I）

(ウ) 就業・就学支援に関するまとめ

就業・就学支援を「就業支援」と「就学支援」に分け、支援の流れに沿って支援のポイントを整理した。支援の過程では、支援コーディネーターが重要な役割をもつが、その役割を明確にするため、支援担当者（訓練・就労支援担当、教師等、実際に支援に携わる者）の有する機能との違いを明らかにすることを意図した。

就業支援はモデル事業で示されている8パターンの支援のうち、「就業支援」のみでなく、「授産施設支援」、「小規模作業所等支援」、就業準備支援の“就業”に関係するものを対象としている。就業準備支援については就労するための準備（訓練）が必要な高次脳機能障害者が対象となるが、支援終了後は「就業支援」あるいは「授産施設支援」などへ移行する者が多い。「授産施設支援」と「小規模作業所等支援」の違いは、高次脳機能障害の重症度によるものが多いが、障害者手帳の所持の有無や地域事情による場合もある。「就業支援」は安定就労に向けた支援が中心だが、就業の継続が出来なくなった場合には、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、就学準備支援も対象となるが、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」では、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。

就業・就学支援はいずれも継続した支援が必要となる場合も多い。なお、それぞれの支援についての事例も紹介した。（資料 III-ウ）

(エ) 社会福祉施設等の活用について

高次脳機能障害者にとって、発症・受傷から医療的ケアを受けた後は、社会・生活・介護支援に移行する。その場合、特に福祉的就労等支援と施設入所における生活訓練支援又は生活支援については、ニーズに適した社会福祉施設を活用する必要がある。

ただし、社会福祉施設利用においては、身障系施設のように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。

利用可能な施設群は、下記のとおりである。

- (1) 障害者施設(身障系、知的系、精神系などの入所・通所施設 例えば身体障害者更生施設)
- (2) 障害児施設(身障系、知的系、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)

(資料 III-エ)

(オ) 「家族支援活動等」に関する実態調査

医療機関や福祉施設における家族支援活動や「脳障害友の会」をはじめとする支援活動は、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、各都道府県における今後の家族活動の普及と発展のために、現状における家族支援の実態に関して、高次脳機能障害支援モデル事業参加 13 拠点施設を対象に調査した。

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。そのために、障害者と医療・福祉職員との連携に大きな役割が与えられていた。開催の陰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対応も可能であり、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、入会も容易となるという利点があると考えられる。

「友の会」の活動内容には、各都道府県の「友の会」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「友の会」へ協力している職員はボランティアであるため少数に限定されていた。また、「友の会」への職員の参加は、講演会あるいは総会への出席が主体であった。

本調査で回答された「友の会」は脳部外傷が主体で、疾患に偏りがあつた可能性は否定できない。高次脳機能障害を呈する他の疾患に基づく「友の会」への協力も不可欠と考えられる。

本調査では、「家族支援活動」が障害者にとって有用であることを前提としているが、実際に有用であったかどうかは、この調査では知ることができなかった。

また、ホームページや施設内掲示、会報等を利用した障害者への情報提供が有効であったかどうかも知りたいところである。(資料 III-オ)

(カ) 当事者の権利擁護に関する調査

高次脳機能障害モデル事業にかかわる本人、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、家族や友人に対する差別、その他の不当な差別における権利侵害があつたかどうかを問うものであつた。

調査結果からは、特に財産・金融にかかわる権利侵害が多く報告されていた。例え

ば、本人の自覚がないところでサラ金から借金を重ねる例や、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。

また、権利擁護の関連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、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。

結果からは、権利擁護事業よりも成年後見制度の方が使いやすいことがわかるが、地域福祉権利擁護事業の有効活用を検討する必要があると考えられた。(資料 III-カ)

## 高次脳機能障害支援ニーズ判定票

番号:

支援コーディネーター:

記載者:

記載日: 年 月 日

氏名:	(男・女) 年齢:	歳
居住状況: 入院 入所 在宅		
家族状況: [援助・理解] 有 無	[キーパーソン]	
家族以外の人との関係: 良好 不良		
経済状況: 良好 不良		

### 記入の手引き

この判定票は高次脳機能障害者の方に必要な支援を検討する際の資料となるものです。次ページからの項目について、家族以外で支援の中心となっている援助者が、ご本人やご家族の現状を踏まえて評価してください。その際、必要だと考えられる支援が高次脳機能障害によるものか・身体機能障害によるものかにかかわらず、現在のニーズで援助の必要性を評価し、「必要性大」「必要性小」「援助の必要性なし」のいずれかに○を付けてください。また、その他に援助が必要となってくる場合のある内容について、判定票の最後に別票としてまとめてありますので、参考にしてください。なお、提示されている評価項目以外の内容については特記事項の欄を利用してください。