

(8) 高次脳機能障害支援モデル事業

104,168千円 → 105,379千円

{	・国立身体障害者リハビリテーションセンター実施分	24,168千円 → 25,379千円
	・都道府県実施分	80,000千円 → 80,000千円

1 事業の主旨

高次脳機能障害者への具体的な支援方策を検討すべく、地方自治体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、「高次脳機能障害支援モデル事業」に取り組み、平成13～15年度の3か年において、「評価基準」「訓練プログラム」「支援プログラム」を作成することとしている。

平成16年度においては、引き続き地方自治体と国立身体障害者リハビリテーションセンターの連携を図りつつ、これまでのモデル事業の成果を踏まえ、地域の関係機関の連携の下に、各種の制度を活用したサービス提供を試行的に行い支援体制の確立を図る。

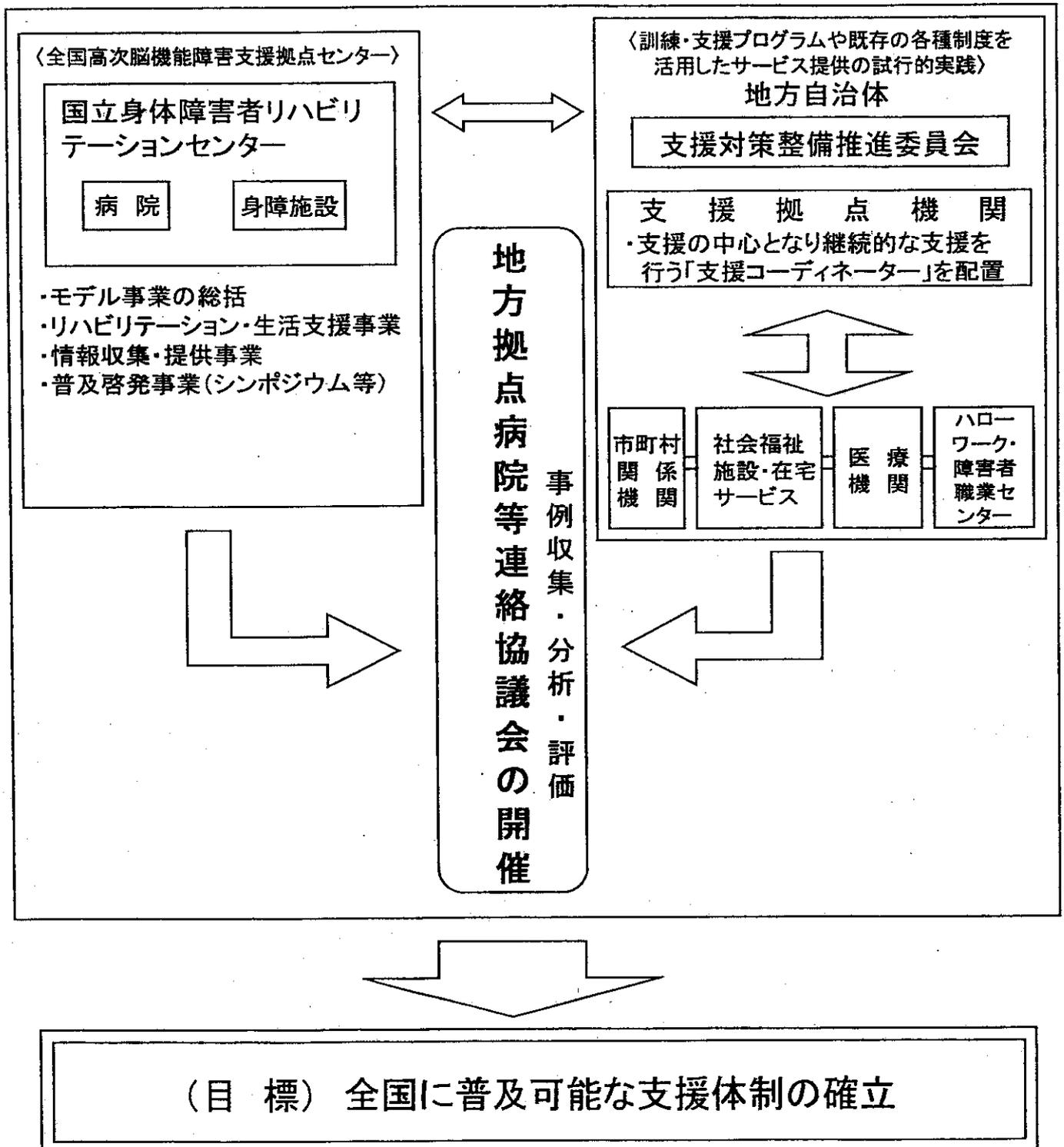
2 事業の内容

- (1) 各自治体においては、支援対策整備推進委員会を設置し、個々のケースについての支援ニーズの評価を行なうとともに、当該地域における事業の円滑な運営のため、地域の実態把握、関係機関の連携確保、事業の実施状況の分析、効果的な支援手法、普及啓発方法等について、総合的な検討を行う。
- (2) 各自治体においては、支援の拠点となる機関を指定して、そこに「支援コーディネーター」を配置し、平成15年までの事業で作成された支援プログラム等を活用して、支援対象者の社会復帰支援のため、支援計画の策定や継続的な調整を行う。
- (3) 国立身体障害者リハビリテーションセンターは、15年度までの事業で作成された支援プログラム等を活用してサービスの試行的提供を自ら実施するとともに(1)、(2)の支援対策整備推進委員会及び拠点となる機関と連携して全国に普及可能な支援体制の確立に向けた検討に取り組む。

3 実施主体等

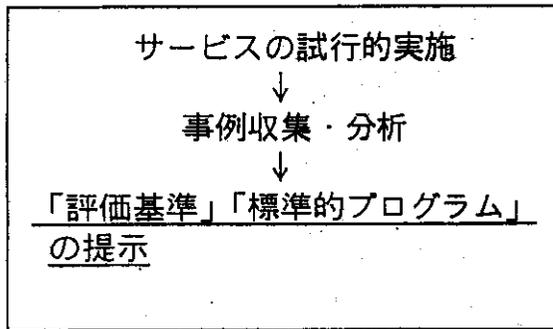
- (1) 2の(1)及び(2)の事業：都道府県又は指定都市
事業費 20百万円(1/2補助)
- (2) 2の(3)の事業：国立身体障害者リハビリテーションセンター
事業費 25百万円

高次脳機能障害支援モデル事業【概念図】

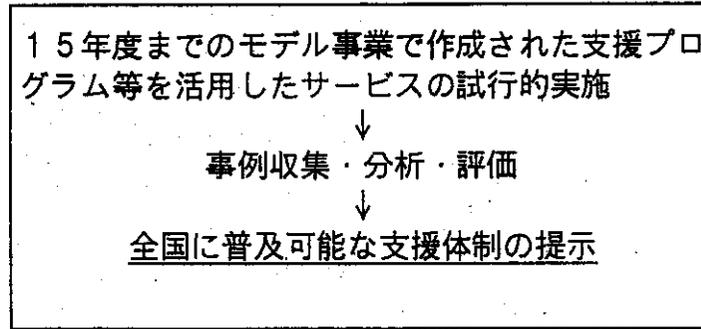


高次脳機能障害支援モデル事業について

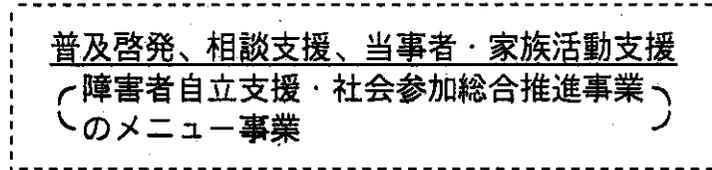
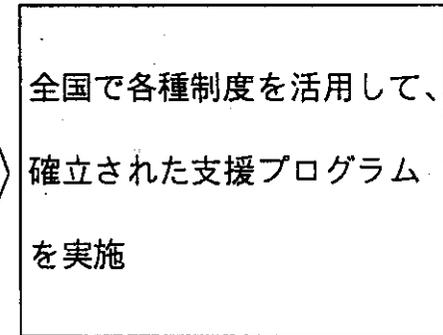
平成13～15年度



平成16～17年度(予定)



平成18年度以降



(1) 都道府県 指定都市 (8 県・市)

- ① 連絡調整委員会
- ② 地域拠点リハビリテーション事業 (病院)
- ③ 社会復帰施設事業

(1) 都道府県 指定都市 (8 県・市)

- ① 支援体制整備事業
 - ・支援拠点機関の指定
 - ・支援コーディネーター (仮称) の設置
 - ・支援対策整備推進委員会の設置
- ② リハビリテーション等提供支援事業
- ③ 地域生活支援事業

(2) 国立身体障害者リハビリテーションセンター

- ① リハビリテーションサビタ事業
((1)①②に相当)
- ② 情報収集・提供事業
- ③ 研修事業

(2) 国立身体障害者リハビリテーションセンター

(全国高次脳機能障害者支援拠点センター)

- ① リハビリテーション・生活支援事業
- ② 情報収集・提供事業
- ③ 普及啓発事業

→ (国立身体障害者リハビリテーションセンターの研修事業の一環として実施)

	平成15年度	平成16年度
事業期間	【高次脳機能障害支援モデル事業】 平成13～15年度（3か年）	【高次脳機能障害者支援推進モデル事業（仮称）】 平成16～17年度（2か年）
補助箇所数	（1）都道府県・政令市 12道府県市（補助率1/2）	（1）都道府県・政令市 47都道府県・13政令指定市（補助率1/2）
補助内容	<p>① 連絡調整会議開催経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・謝金 ・会場借料 ・会議費 ・報告書 <p>② 地域拠点リハビリセンター事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連絡調整員賃金 ・旅費 ・診療報酬対象外医療費 <p>③ 社会復帰施設事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指導員等賃金 ・法外施設利用使用料 <p>（2）国立身体障害者リハビリセンター</p> <p>① リハビリテーションサービス事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・謝金 ・賃金 ・地方拠点病院等連絡委員会経費 <p>③ 情報収集・提供事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・賃金 <p>③ 研修事業</p>	<p>① 支援体制整備事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援拠点機関の指定（1か所） → 医療機関、福祉施設、公的機関、NGO等 ・支援コーディネーターの設置（2人） → 医療機関、福祉施設、NGO等の従事者に委託 or 公的機関職員 ・支援対策整備推進委員会の設置 → 行政（保健・福祉・労働）、医療、福祉、 当事者（家族）、関係団体、事業所ほか <p>② リハビリテーション等提供支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> → 実施したリハビリテーション・検査等の自己負担以外部分の補填 <p>③ 地域生活支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> → 実施した支援（既存制度の活用）の利用調整 自己負担以外部分の補填 <p>④ 当事者・家族活動支援、普及啓発・相談事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族会等によるピアカウンセリングの実施、交流会等の開催支援 ・相談窓口の設置 ・広報、シンポジウム等の開催 <p>（2）国立身体障害者リハビリセンター</p> <p>（全国高次脳機能障害者支援拠点センター経費）</p> <p>① リハビリテーション・生活支援事業</p> <p>② 情報収集・提供事業</p> <p>③ 普及啓発事業</p> <ul style="list-style-type: none"> → シンポジウムの開催、ホームページによる情報提供 普及啓発媒体の作成、都道府県等の研修支援等

(参考1)

◎高次脳機能障害支援モデル事業 [概念図]

13~15年度

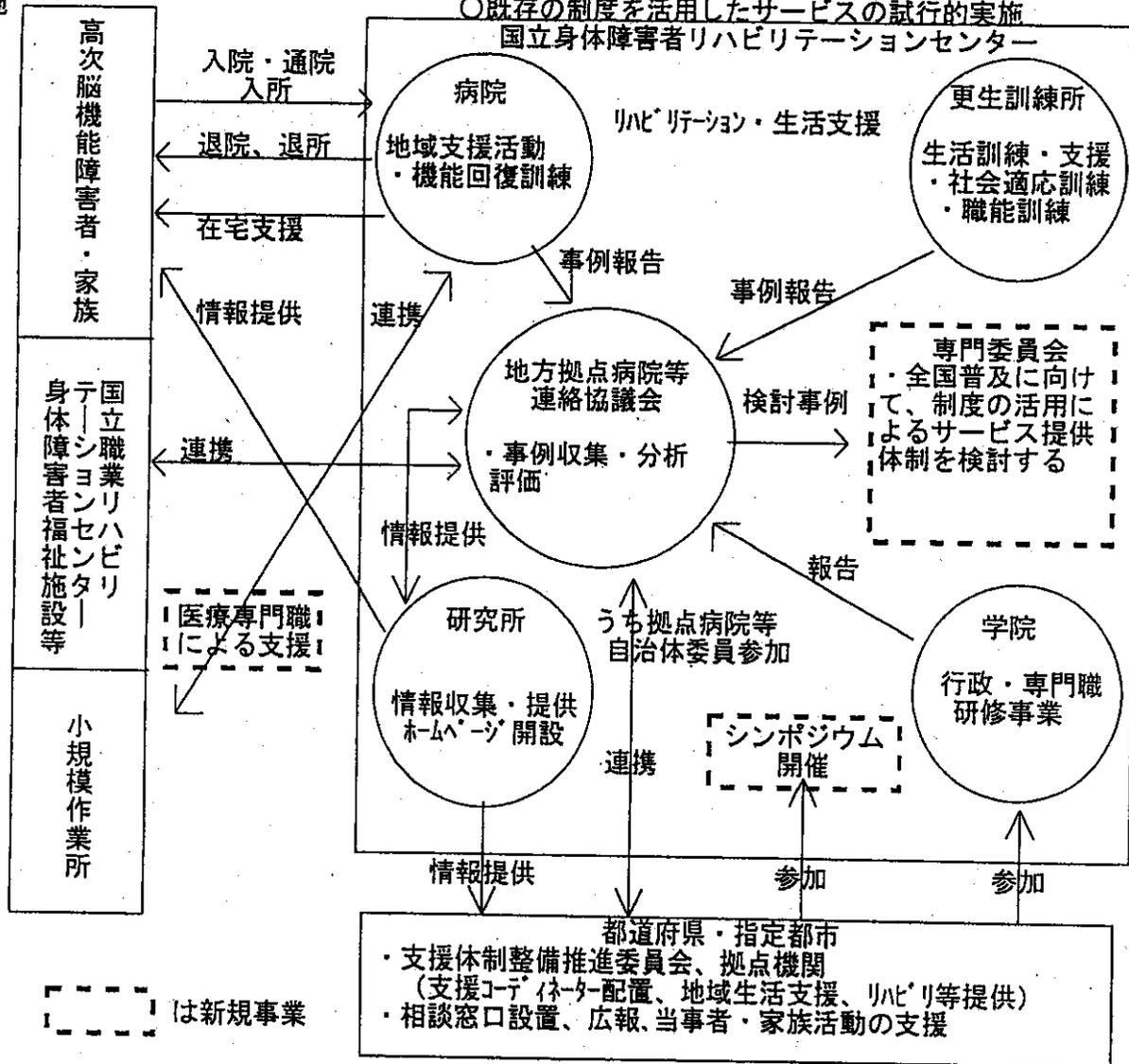
16~17年度(予定)

18年度以降

○サービスの試行的実施

事例収集・分析

「評価基準」
「訓練プログラム」
「支援プログラム」
の提示



○全国で各種制度を活用して、確立された支援プログラムを実施

高次脳機能障害者・家族活動の支援

--- は新規事業

平成15年度高次脳機能障害支援モデル事業関係職員研修会予定

1 目 的

高次脳機能障害支援モデル事業の一環として、高次脳機能障害者の診断、評価、リハビリテーション、支援など関連する諸問題について、都道府県・政令指定都市における行政担当者、関係機関の担当者（病院の医師及び関係する職種並びに福祉施設の担当者等）が必要な知識と技術を習得することを目的とする。

2 主 催

国立身体障害者リハビリテーションセンター

3 期 間

（第1回）平成15年 7月 3日（木）～7月 4日（金）

（第2回）平成16年 2月23日（月）～2月27日（金）（予定）

4 場 所

国立身体障害者リハビリテーションセンター学院

（埼玉県所沢市並木4丁目1番地）

5 受講定員

各 100名

6 受講資格

都道府県・政令指定都市における行政担当者、並びに関係機関（身体障害者更正相談所、精神保健福祉センター、保健所、病院、及び福祉施設等）において、診断・評価・訓練・支援等に携わる医師及び関係する職種にある者で、都道府県・政令指定都市民生主管部局長からの推薦のある者。

7 問い合わせ先

国立身体障害者リハビリテーションセンター学院

359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地

電話 042-995-3100 （大代表）

高次脳機能障害診断基準

「高次脳機能障害」という用語は、学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる単症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。

一方、平成 13 年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において集積された脳損傷者のデータを慎重に分析した結果、いわゆる単症状よりむしろ記憶障害、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たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらについては診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要なが明らかとなった。そこでこれらの者への支援対策を推進する観点から、行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶことが適当である。その診断基準を以下に提案する。

診断基準

I. 主要症状等

1. 脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。
2. 現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である。

II. 検査所見

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

III. 除外項目

1. 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。
2. 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。

IV. 診断

1. I～IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
2. 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

なお、診断基準のⅠとⅢを満たす一方で、Ⅱの検査所見で脳の器質的病変の存在を明らかにできない症例については、慎重な評価により高次脳機能障害者として診断されることがあり得る。

また、この診断基準については、今後の医学・医療の発展を踏まえ、適時、見直しを行うことが適当である。

高次脳機能障害標準的訓練プログラム 医学的リハビリテーション・プログラム（案）

高次脳機能障害標準的訓練プログラムは、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3つから構成されている。受傷、発症からの時期からの相対的期間と目標の相違によって便宜的に分けられたもので相互に関連しあう内容である。

この標準的訓練プログラムの作成にあたり、高次脳機能障害支援モデル事業の調査結果を基にした。それらは別に中間報告書（3部作）として発刊されたので参照されたい。標準的訓練プログラムの意味するところは、本邦において高次脳機能障害をもつ人々のリハビリテーションに取り組んでいる医療機関で提供されている必要にして十分な訓練プログラムである。この訓練プログラム終了後に引き続き社会復帰のためのリハビリテーションが提供される必要があることは言うまでもない。

この訓練プログラムを作成するにあたって利用した患者・障害者群の設定についていろいろな問題点が指摘され得るところである。ここでは、集積したデータを統計的に処理し、対象を下記に示すように限定したが、それ以外の患者が訓練を必要としないということでは必ずしもないことを改めて述べておく必要がある。

対象

診断基準に該当する者
発症・受傷から1年以内のもの

リハビリテーション・プログラムの概要

- 多職種による評価の後、チームによるカンファレンスを実施し目標を設定する（多職種チームアプローチ）
- 一定期間の訓練の後、評価を反復し阻害因子があればこれについて検討する
- 訓練後、社会的支援に向け中断のない連続したサービス提供に努める

リハビリテーション・プログラムの基本的考え方

- ◎認知障害そのものに対する改善をはかる
 - ◎代償手段の獲得
 - ◎障害の認識を高める
 - ◎家族アプローチを含む環境調整
- これらの方策を組み合わせるプログラムを作成する

障害の特徴 次のような特徴をもつものがある（重複する場合が多い）

- 注意障害
- 記憶障害
- 遂行機能障害
- 自己意識性の障害
- コミュニケーション障害
- 社会的行動障害等
- 心理的問題への対応

○身体機能障害に対する対応

訓練過程の管理

医師の指示のもとに行われる

定期的評価にもとづき、関連職種による評価会議を開催し訓練経過をモニターする

訓練に併せて適切な医学的管理を必要とする

訓練の場 保険医療機関において、治療、訓練の専用施設外の訓練も含むものとする

訓練期間 受傷・発症後1年未満の改善度が良好であり、従って訓練期間は訓練開始から4~5ヶ月間とする(資料参照)

評価により改善が得られない場合は訓練を終了し、支援サービスに移行する

訓練に関与する職種

医師：リハビリテーション科、神経内科、脳神経外科、精神科、内科など

医師以外の専門職：心理担当者(臨床心理士)、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等

評価と訓練にかかる時間(単位数/週)

	作業療法士	理学療法士	言語聴覚士	心理担当者	合計
評価	5	2	4	5	16
訓練	15	9	8	8	40
カウンセリング	—	—	—	9	9
合計	20	11	12	22	65

(1単位20分、1時間で3単位)

訓練・指導の具体的項目

	作業療法士	理学療法士	言語聴覚士	心理担当 (臨床心理士)
個別	家事動作訓練 手芸・プラモデル パソコン操作など	筋力訓練 バランス訓練 歩行練習 自転車エルゴによる体力増強 応用歩行訓練	訓練についてのフィードバック 失語症訓練 書字計算問題 認知障害・コミュニケーション障害についてフィードバックと指導	注意力、集中力訓練 認知訓練 スケジュール管理 (メモリーノート使用訓練を含む) 対人技能など
グループ	ゲームを通じて対人技能向上 注意・覚醒向上 音楽・ビデオ鑑賞など	応用歩行訓練など	グループ訓練におけるフィードバック ロールプレイゲーム テーマを決めた討論	

モデル事業で報告されている評価・訓練内容

これ以外の専門職が実施している訓練・指導内容は中間報告書集計表を参照

各症状に対する評価・訓練内容と専門職種の関係

	評価方法	訓練内容	担当職種
注意障害	PASAT、Trail making test、仮名拾い検査、D-CATなど	認知訓練： 代償手段獲得 障害認識 環境調整 (具体的方法は、標準的訓練プログラムとして作成中の医学的リハビリテーション・プログラム、訓練実施マニュアル参照))	医師、心理、OT、PT、ST、看護師、リハビリテーション体育、職業指導員等 (当該施設、医療機関において活用しうる人材を有効に利用して総合的な評価訓練を実施する)
記憶障害	三宅式、Benton視覚記名検査、WMS-R、REYの図の再生、リバーミート行動記憶検査など		
遂行機能障害	WCST、Stroop testなど		
病識欠落(自己意識性の障害)	PCRSなど		
コミュニケーション障害	SLTA、WAB失語症検査など		
社会的行動障害	社会生活困難度評価など		
心理的問題への対応	SDS、POMS、MMPIなど		
身体機能障害に対する対応	ROM検査、筋力測定、体幹下肢運動年齢、重心動揺検査、歩行速度など	筋力、関節可動域、上肢運動機能、巧緻性、言語訓練、嚥下訓練、ADL訓練ならびに応用歩行訓練	
その訓練スケジュール例は、中間報告にモデル的訓練スケジュールとして掲載されている。対象者の受傷・発症からの期間、体力、症状に応じて個々にプログラム内容を作成する必要がある。			

追加資料（中間報告書に掲載されていない）

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 18 名（44%）。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。

標準的支援プログラム (案)

1. 社会復帰・生活・介護支援の進め方

2. 支援体制

- ・ 地域支援連絡調整委員会
- ・ 支援センター
- ・ 支援コーディネーター

3. 相談業務

4. 支援の申請

5. 支援ニーズ調査

6. 支援計画の策定

7. 支援計画の内容

8. 支援の終了・見直し

9. 支援目標

- ・ 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：
- ・ 施設での生活訓練支援：
- ・ 施設での生活援助支援：

10. 当事者の権利擁護

11. 家族活動等との連携

社会復帰・生活・介護支援の進め方

