

## 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。

(エ) 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が漏れ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）。

(エ) 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。

(7) 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はないものの、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。

#### (f) 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。

#### (g) 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。

- ① 医学的リハビリテーション・プログラム
- ② 生活訓練プログラム
- ③ 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たっているか、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

#### （7）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）

### (7) 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。

#### (ロ) 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。

#### (ハ) 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。

#### (ニ) 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）。

#### (ホ) 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 を示すバーセル・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

(7) 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ふべき機能データ、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) 訓練に関与する職種 (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>職業指導員の順で関与が多かった。複数の職種が関与することが多く、5種類の職種が関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関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った。

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）。

#### (エ) 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. 多職種の間接する訓練（「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）

##### (7) 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