

(表 1-14)。発症時意識障害が1週間以内のケースは8%、1ヵ月以内が約32%であった(表 1-13)。HDS-Rは、24点以上106名、20~23点は24名、20点未満38名であった(表 1-25)。BIについては、80以上が89%であった(表 1-28)。老研式活動能力指標は平均6.3であった(表 1-29)。障害尺度3から8の頻度はそれぞれ7%、29%、39%、18%、6%、2%であり、平均4.8であった(表 1-30)。片麻痺は33%、運動失調19%であった(表 1-22)。歩行が自立している症例は、142名(86%)、監視歩行9名(5%)、介助歩行3名(2%)、車椅子移動12名(7%)であった(表 1-21)。

高次脳機能障害としては、記憶障害(86%)、注意障害(72%)、遂行機能障害(69.6%)が多く、対人技能拙劣は54%、依存・退行は48%、感情コントロール低下は48%、病識欠落51%等の社会的行動障害等は50%程度にみられた。失語は16%に認められた。(表 1-19~21)

## B. 複数回調査ケースの概要

### 1) 性別、年齢等

複数回調査ケース127名のうち、男性は94名(74%)、女は32名(25%)、不明が1名(1%)であった(表 1-31)。年齢構成は、20歳代47名、30歳代33名であり、平均年齢は34.2歳(表 1-33)、受傷・発症年齢は、67%が30歳未満であった(表 1-34)。

### 2) 障害者手帳

127名のうち、男性94名、女性32名、無回答1名であった。発症からの期間は平均5.4年であった。(表 1-31~35)。障害者手帳の所持は63%であった(表 1-36~41)。

### 3) 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95名(75%)、脳血管障害23名(18%)、低酸素脳症4名(3%)であった。発症時意識障害が1週間以内のケースは6%、1ヵ月以内が約32%であった(表 1-44~45)。HDS-Rは、24点以上78名、20~23点は14名、20歳未満25名、平均は22.0であった(表 1-55)。BIについては、80以上は85.7%であった(表 1-58)。老研式活動能力指標は平均6.8であった(表 1-59)。障害度1から8の頻度はそれぞれ0%、7%、30%、39%、16%、5%、4%であり、平均4.9%であった。(表 1-60)

高次脳機能障害の症状としては、記憶障害(80%)、注意障害(67%)、遂行機能障害(63%)が多く、対人技能拙劣は48%、依存・退行は42%、感情コントロール低下は45%、病識欠落39%等の社会的行動障害等も50%程度にみられた(表 1-49~51)。なお、失語は15%に認められた。

### 4) その他

発症前職業は、会社員が50%、自営、公務員及びパート・アルバイトはそれぞれ、3%、6%、9%であり、学生は21%であった(表 1-42)。

## (イ) 社会復帰・生活・介護支援に係わる医療

全対象において、社会復帰・生活・介護支援の導入初期には、90%以上のケースが医療機関を定期的に受診していた。その担当医の専門科はリハビリテーション科、脳神経外科、精神科が主なものであり、それぞれ31%、15%、10%であった（表1-61）。

#### (り) 高次脳機能障害支援施設と高次脳機能障害支援コーディネーター

全対象者で病院を利用する63名のうち、リハビリテーション病院の利用者は43名、一般病院17名、精神病院3名であった。身体障害者更生援護施設身体障害者更生援護施設身体障害者更生援護施設の利用者は47名、身体障害者福祉センターA型15名、身体障害者授産施設13名、小規模作業所15名であった（表1-17）。

それぞれのケースについて支援計画の策定や支援の実施について継続的に調整する者（以下、「高次脳機能障害支援コーディネーター」という）としては、MSW、生活指導員、職能指導員、医師、ケースワーカー及び心理担当員はそれぞれ24%、22%、14%、11%、7%、9%であり、これら6職種で約87%であった。（表1-63）

#### (e) 支援計画策定のための社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票

支援ニーズの調査には社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cを使用した。本調査表は「法改正に伴う身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所のあり方に関する研究（平成13年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業：主任研究者飯田勝：以下飯田班研究）」における身体障害程度区分算出のための基礎調査票を基にして作成した。168名についての支援開始時の調査結果を表3-73、74に示した。その他の項目に記載された事項は少なく、必要な支援内容は調査項目に網羅されていると考えられる。この結果から、本調査票は高次脳機能障害例の支援ニーズの調査に適していると考えられた。

支援の性格は、「生活・介護支援」、「環境調整支援」、「就業支援」に大きく分類することができる（図3-1、表3-3）。社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cの各項目は、この中の単一の支援である場合と複数の支援内容を調査する場合とがある。参考のために、社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cの各項目が「生活・介護支援」、「環境調整支援」、「就業支援」のいずれに該当するかを整理すると表3-3のようになる。

#### (a) 高次脳機能障害支援ニーズ判定表

社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票Cの約90項目の中で、25%以上のケースで支援ニーズがあると判断された46項目を採用することによって支援ニーズ判定表を作成した（表3-1）。この支援ニーズ判定表を構成する項目の約半数は、飯田班研究における支援費制度の身体障害程度区分算出のための聴き取り票の項目と一致していた（表3-2）。

支援ニーズ判定表の内容を、「生活・介護支援」、「環境調整支援」、「就業支援」に区別してみると表のようになる。（表3-4）

#### (b) 高次脳機能障害における支援ニーズ

- A. 全対象者 168 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 C 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、表 2-121 のように 81~100%を占めていた。
- B. 社会復帰・生活・介護支援プログラム支援調査票の「身体介助」13 項目についてみると、全対象者 168 名の支援の必要性は平均で 15%であり、必要性ありの中で、必要性大の割合は 34%であった（表 2-123）。支援の必要性が高次脳機能障害によるものは 81%であった（表 2-122）。「社会復帰支援」10 項目についてみると、支援の必要性は平均で 21%であり、必要性ありの中で、必要性大の割合は 60%であった（表 2-133）。支援の必要性が高次脳機能障害によるものは 99%であった（表 2-132）。
- C. 高次脳機能障害に対する支援ニーズ判定表における「身体介助」3 項目についてみると、全対象者 168 名の支援の必要性は平均で 27%であり、「必要性あり」の中で、必要性大の割合は 30.7%であった。それが認知障害を理由とするものは 78%であった（表 2-129）。「社会復帰支援」6 項目についてみると、支援の必要性は平均で 28%であり、「必要性あり」の中で、必要性大の割合は 60%であった。それが高次脳機能障害を理由とするものは 99%であった（表 2-132）。

支援ニーズ全体についてみると、支援開始時の支援ニーズは、表 2-120 に示したように、相談援助、訓練・作業援助、健康管理援助で 30%以上のニーズがあり、活動参加援助、生活援助、社会復帰訓練、コミュニケーション援助において 21.2~27.7%のニーズがあった。

#### (\*) 支援目標の設定と支援実施計画の策定

全対象者 168 名の支援開始時の支援計画策定会議への参加者数は 1 ケースあたり平均 4.4 人であり、当人や家族が出席していたものは 20%であった。参加者の職種についてみると、医師、心理担当員、職能指導員、作業療法士及び生活指導員はそれぞれ 32%、28%、26%、22%、19%であった（表 3-5）。会議に要した時間は、0.5 時間以下が 30%、1 時間以下が 65%であり、単純平均すると平均所要時間は約 1 時間半であった（表 3-6）。

#### (/) 支援実施状況

##### A. 訓練プログラムから支援プログラムへの移行ケース

本モデル事業対象者の中で訓練プログラムから支援プログラムへ移行したケースは、平成 15 年 1 月 27 日現在で 48 名（30%）であった。そのうち、病院から移行したケースで在宅、就職、復学はそれぞれ 13 名、9 名、4 名であり、身体障害者更生援護施設から就職 5 名、作業所 1 名等であった。（表 3-7）

##### B. 主な支援目的・内容

全対象者 168 名のうち、平成 14 年 12 月までに調査票を入手できた 125 名についての支援内容を、身体障害者療護施設・重度身体障害者更生援護施設・老人保健施設等への入所による施設支援、在宅支援、小規模作業所、身体障害者授産施設、就学、就労目的の訓練等及び就業の 7 種類の支援モデルに当てはめてみると

それらに該当するものは、それぞれ 14 名、28 名、23 名、22 名、10 名、10 名、18 名であった（表 3-8）。それらの特色を比較した（表 3-9、10）。在宅支援及び施設入所支援においては、健康管理援助、相談援助及び家族支援を中心にいずれの支援項目においても高いニーズがあった。一方、就業支援のケースにおいては、社会復帰訓練と健康管理援助のニーズが高目であったが、全般にニーズは非常に低かった。就労目的の訓練等のケースでは、相談援助、訓練・作業援助、社会復帰訓練のニーズが高かった。就学支援のケースでは健康管理援助と家族支援のニーズが比較的高く、他のニーズはそれほど高くなかった。小規模作業所支援と身体障害者授産施設支援のケースにおいては、ニーズが非常に高い項目が多かった。

各支援内容に対応する支援体制について表 3-8~10 に示した。支援センターとしては、在宅支援、就学支援、就業訓練及び就業支援においては病院が多くを担当しており、施設入所支援及び身体障害者授産施設支援の多くを身体障害者更生援護施設が担当していた。

#### C. 支援体制

全対象者のうち平成 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、「支援センター」という）、主として支援を実施する施設（以下、「支援実施施設」という）および支援に協力する施設（以下、「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（表 3-8）。支援センターと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。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。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%、身体障害者授産施設 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表 3-12 にまとめた。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%、入所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%、身体障害者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%、就業支援については病院が 62%であった。

#### D. 支援担当者

複数回調査ケース 127 件において支援ニーズのある項目について実際にどの程度支援が実施されていたか、その支援の実施が家族によってなされたものと施設等でなされたものの区別、施設でなされたものについてはどのような職種がどれだけの時間サービスを提供したか等について表 2-123~140 に示した。これらの結果から、家族が支援の多くの部分を担当していることが明らかにされた（表 3-24）。また、評価・訓練に当たる専門職種としてケースワーカー、ケアワーカー、指導員の順で関与が多かった。

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）の「身体介助」13項目に付いてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは2%であり、次いでケースワーカーが1%を担当していた（表2-125）。平均的支援頻度は週に2.84回であった（表2-126）。「社会復帰支援」の10項目についてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは0.1%であり、指導員が0.9%、心理が0.6%を担当していた（表2-136）。平均的支援頻度は週に0.35回であった。（表2-135）

高次脳機能障害に対する支援ニーズ判定表に該当する「身体介助」3項目についてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは0.7%であり、次いでケースワーカーが0.4%を担当していた（表2-130）。平均的支援頻度は週に1.33回であった（表2-129）。同様に、ニーズ判定表に該当する「社会復帰支援」6項目についてみると、支援項目の中で家族が支援を分担しているのは0.1%であり、指導員及び心理が0.9%、ケースワーカーが1.5%を担当していた（表2-135）。平均的支援頻度は週に0.32回であった（表2-134）。

#### E. 精神障害者保健福祉手帳所持者の支援

精神障害者保健福祉手帳のみを所持するケースのHDSは21~30、平均26であり、障害尺度は4~6で大半は5であった。担当医としては、リハ科医が5名、精神科医2名、脳神経外科医2名、神経内科医1名、不明1名であった。支援ニーズでは生活援助が多い傾向にあり、家族支援は3名に行われ、いずれも1項目であった。支援モデルとしては、小規模作業支援6、就業支援3、在宅支援3であり、支援施設等としては、病院9、小規模作業所6、身体障害者更生援護施設2、身体障害者福祉センターA型1、障害者職業センター2、市町村保健センター1、会社3であった。

#### F. 身体機能等の変化

支援によって複数回調査ケース127名中14名（11%）で障害尺度が改善し、8名（6%）で低下した（表3-12、13）。しかし、在宅、就学、就業、就労目的の訓練など、身体障害者授産施設、小規模作業所、身体障害者療護施設、重度身体障害者更生援護施設、老人保健施設別による支援形態別の障害尺度の変化に違いはみられなかった。

#### G. 支援中の手帳の取得

複数回調査ケース127名の中で、調査期間中に身体障害者手帳を取得者した者は4名であり、肢体不自由6級が3名、同1級が1名であった。精神保健福祉手帳の取得者は3名、無回答2名の計9名であった（表3-14~18）。

#### H. 支援ニーズの変化

複数回調査ケース127名の初回と最終調査時の支援ニーズにおける支援の必要性の変化は、身体介助において14.8%から15.1%、生活援助において24.1%から24.5%、健康管理援助において31.0%から33.5%、相談援助では34.6%から34.5%、

活動参加援助では 27.7%から 29.0%、訓練・作業援助では 31.7%から 29.3%、コミュニケーション援助では 21.2%から 18.3%、社会復帰訓練では 22.8%から 19.5%、家族支援では 16.2%から 18.1%と、いずれにおいても少なかった。支援モデル別の支援ニーズの変化をみると、施設入所支援における健康管理支援ニーズの減少、就業支援における身体介助、訓練・作業援助、コミュニケーション援助ニーズの消失、就労目的の訓練等における相談援助と社会復帰訓練ニーズの減少と社会参加援助ニーズの増加などの特徴的変化がみられた。(表 3-11)

#### I. 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

複数回調査ケース 127 名のうち 46 名において支援体制が変更になっていた。その内訳は以下のとおりである。

- 1) 46 名中就労できたケースは 12 名であった。
- 2) 機能障害重度で就業訓練中止ケースは 1 名であった。
- 3) 一旦就職後離職したケースは 4 名であり、交通事故で再治療が必要となったケース、記憶障害が原因となったケース、社会的行動障害が原因となったケース等が各 1 名であった。
- 4) 就労後入院し、退職となり、再度職業訓練を開始したケース 1 名であった。
- 5) デイサービスの追加が必要となったケースは 2 名であった。
- 6) 支援プログラム中止ケースは 5 名であり、その原因として入院が 3 名、就業できたが結婚により退職したケースと支援からの離脱ケースとがそれぞれ 1 名であった。

#### J. 在宅支援ケースについて

特に、在宅支援ケース 26 名についての支援体制について調査した結果を表 3-8 に示した。支援上の特徴を列挙すると、精神障害者援護寮や精神病院デイケアなどのサービスを受けているケースが 6 名、感情コントロールができずに暴力行為等の問題を有するケースが 5 名と、社会的行動障害を示すケースが約 40%であった。さらに、活動性の低下、尿失禁、昼夜逆転等のみられるケースが 4 名、在宅サービスを受けているケース 4 名、その必要性があるが家族が努力しているケース 2 名、将来の方向性を検討中のケース 3 名などが含まれており、在宅支援ケースの状況は多様であった。

#### オ. 結果の分析

##### (7) 医学的管理

急性期医療から機能訓練にかけての医療に引き続いて、社会復帰・生活・介護支援において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継続的医学的管理が必要なケースがほとんどであった。

##### (イ) 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・介護支援を受けた就職例を除いたケ

ースの中で37%が障害者手帳を所持していなかった。また、調査期間中に新たに障害者手帳を取得したケースは9名(6%)であった。この結果から、医学的及び行政的には高次脳機能障害としてサービスの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ケース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支援センターとなっていた。ただし、訓練プログラムからの移行例についての検討結果からみると、社会復帰・生活・介護支援を開始する支援の初期には、病院または身体障害者更生援護施設(総合リハセンターを含む)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. 支援センター内でのコーディネーターの役割も重要であり、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、医師、ケースワーカー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しての評価を行うことが必要であり、その際、障害尺度は障害の程度を分類し、支援ニーズを反映する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、どのような生活支援、環境調整支援あるいは就業支援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。

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。その際、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、平均4名の専門職による1.5時間程度の会議が開催され、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支援モデルとしては、在宅支援、施設入所支援、小規模作業所支援、身体障害者授産施設支援、就学支援、就業訓練、就業支援の7つに分類したが、支援センター、支援実施施設及び支援協力施設からなる支援体制としては、その施設種の組み合わせによって66種が想定された。

#### (7) 支援の実施

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、施設入所支援、小規模作業所支援、身体障害者授産施設支援、就学支援、就業訓練、就業支援等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支援方法を事例集に示した。

B. 支援ニーズを基にしてまとめられた支援モデルを、実際にどこが支援センター

となり、どのような施設が支援実施施設及び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。

調査の結果から、在宅者の生活支援において家族が分担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。

- C. 約1年の間に、支援体制の変更は約 1/3 のケースに見られた。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。
- D. 現段階ではモデル別の効果の違いは明らかになっていないが、少なくとも施設における訓練効果は明らかであり、施設入所・通所者の場合は、能力の維持・向上がはかられていた。

#### (4) 3 作業班調査のまとめ

平成13年8月以来約16か月にわたる調査で324名の調査結果により、高次脳機能障害の主要症状が明らかとなり、診断基準(案)を提案した。また、障害尺度が生活困難度や訓練効果等の指標となりうることが明らかとなった。さらに、支援を必要とする事項を調査するための支援ニーズ判定表を作成した。

訓練は病院、身体障害者更生援護施設及び身体障害者福祉センターA型において行われ、医師としてはリハ科医、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。

さらに、心理担当員、作業療法士、理学療法士、ST、MSW、看護師、リハ体育士、職業指導員などの複数の専門職が評価・訓練を担当した。訓練に際してのリハビリテーションの要点を検討するとともに、現時点における生活訓練プログラムおよび職能訓練プログラムについて提示した。

訓練によって障害尺度が改善し、障害尺度の下位項目ともいうべきHDS-R、BI、WAIS-R、老研式活動能力指標にも改善がみられた。高次脳機能障害の項目の中では、遂行機能障害、注意障害、意欲・発動性、抑うつ、依存性・退行等において訓練による改善がみられた。

訓練終了後にも医学的サービスを継続的に必要とするケースが多く、社会復帰・生活・介護支援は病院、身体障害者更生援護施設及び地域利用福祉センターAに引き継がれていた。支援計画は支援ニーズ判定票による調査結果を基に、支援コーディネーターを中心とする支援計画策定会議において策定された。支援内容は7つの支援モデルに分類さ



れ、支援体制は、病院、身体障害者更生援護施設、身体障害者福祉支援施設、地域利用福祉センター、精神障害者福祉施設、障害者職業センターなどの組み合わせにより 66 種に分類された。経過中、支援体制は 1/3 のケースにおいて変更されていた。就学支援と就業支援の合計は全体の 22%、小規模作業所と身体障害者授産施設支援は約 36%であった。

さらに、約 60 名についての事例集をまとめることにより、訓練・支援の具体的内容を示した。

### Ⅲ. 今後の検討課題

今後、以下のような視点を念頭におき、さらに検討を進めることが必要であると考えられる。

#### 1. 対応の体系化

受傷、発症等から、地域生活に至るそれぞれの時期における状態とニーズ等を踏まえた対応を、一連の流れとして整理することが重要である。今後、それぞれの対応に関係する者、施設、機関等との協力、連携を含め、検討を進めることが必要である。

一連の流れとして、以下のような整理が考えられる。

##### (1) 医療サービスに関する対応

- ア. 原因となる疾患等に対する治療等、急性期における対応
- イ. 医療機関において実施するリハビリテーション等、回復期における対応
- ウ. 医学的に高次脳機能障害の有無を判断するための診断等（画像診断陰性例の取り扱いを含む）

##### (2) 福祉サービス等に関する対応

- ア. 社会福祉施設等の活用
- イ. 地域における福祉サービス等の活用
- ウ. 就業・就学に向けての対応
- エ. 当事者の権利擁護に関する対応

##### (3) 適切な情報の提供

- ア. 国民の啓発
- イ. 行政、医療、福祉等の関係者への対応

## 2. 医療サービスに関する対応

現在、主として回復期以降に高次脳機能障害者に係わっている医療関係者のみならず、外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症等の高次脳機能障害の原因となり得る疾患等の急性期医療に係わる医療関係者との連携、協力も必要である。

### (1) 原因となる疾患等に対する治療等、急性期における対応

急性期における医療現場においては、救命後の患者のQOL（生活の質）保持の視点からも、治療の普及、高次脳機能障害の早期発見及びリハ科医等との連携、当事者や家族等への情報提供等について、関係学会等の協力を得て、医療関係者への情報提供、働きかけ等の方策について検討する。

### (2) 医療機関において実施するリハビリテーション等、回復期における対応

回復期に実施されるリハビリテーション等の現場においては、効果的な手法の開発、普及及び提供について検討する必要がある、そのためのマンパワーの確保や体制についても検討する必要がある。

### (3) 医学的に高次脳機能障害の有無を判断するための診断等

今回、本モデル事業で示した診断基準（案）について、その実用性や妥当性、実際の医療現場等における活用方法、判断が困難な症例の取扱等について、関係学会や関係機関等の意見を聴取すること等も含め、改良及び医療現場等における周知に関する検討を行う必要がある。

## 3. 福祉サービス等に関する対応

医療機関退院後、地域における福祉サービス等については、これまでの各種障害者等への福祉サービス等の対応を踏まえ、高次脳機能障害の特性に配慮しつつ、既存のサービスの利用及び新たなサービス提供の要否、内容及び、その提供体制を検討する必要がある。

また、医療サービスから地域における福祉サービスへの円滑な移行や連携についても、そのあり方や方法について検討する必要がある。

### (1) 社会福祉施設等の活用

社会福祉施設等を活用する場合には、当事者の状況や地域における整備状況、特性を踏まえた活用のあり方や選択性の確保、施設等において実施する生活訓練、職能訓練等の効果的な手法の開発、普及及び提供について検討する必要がある、そのためのマンパ

ワの確保や体制についても検討する必要がある。

## (2) 地域における福祉サービス等の活用

当事者に対する支援にあたっては、医療機関、社会福祉施設等、その支援の中心となる機関（仮称：「支援センター」という）と、その支援の中心となる人材（仮称：「支援コーディネーター」という）が必要と考えられ、その役割や確保方策について検討する必要がある。

さらに、支援の実施にあたっては、支援計画の策定とその計画に基づく実施の評価等を行う必要があると考えられ、これらを行う機関、人材、時期、方法等についての検討をさらに行う必要がある。

特に、当事者の支援ニーズを適切に評価するためのニーズ評価票の内容、使用法については、さらに検討を行う必要がある。

また、障害者手帳を所持しないケースを含めた支援の提供方法や、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳を所持するケースが、他障害の福祉サービスを活用することについての有用性及び手法についても検討する必要がある。

支援にあたっては、当事者のみならず家族の立場に立った支援の評価についても検討する必要があるとともに、家族活動等との連携や協力についても検討する必要がある。

## (3) 就業・就学に向けての対応

当事者の受傷、発症等以前の状況を踏まえ、社会復帰の目標を就業・就学におくことも重要であり、関係機関との連携や関係制度の活用について検討する必要がある。

## (4) 当事者の権利擁護に関する対応

高次脳機能障害の特性に鑑み、当事者の権利擁護に配慮した対応を検討する必要がある。

# 4. 適切な情報提供

当事者、家族、関係者及び一般国民が高次脳機能障害に関する正しい知識を有し、認識を高めるとともに、適切な対応を行うための適切な情報の提供を充実・強化する必要がある。

## (1) 国民の啓発

リーフレットやQ&A等、一般国民にとっても分かりやすい啓発資料等を作成するとともに、これらの普及や提供にあたっては、身近な機関やインターネット等を活用した情報を入手しやすい環境づくりについて検討する必要がある。

## (2) 行政、医療、福祉等の関係者への対応

行政、医療、福祉等の関係者に対して、それぞれの役割やニーズに基づいた、より専門性の高い情報を提供する必要がある、研修等の実施及び、その方法、内容等について検討する必要がある。

## IV. 今後の予定

平成 15 年度においては、地方拠点病院等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、高次脳機能障害を有する者に対する支援を引き続き実施し、現在の対象者及び新たな対象者についてのデータを収集、分析し、調査結果を更新及び修正をする。また、現時点で十分に分析ができなかったものについては、分析方法の再検討、本モデル事業以外からの情報収集も含め、さらに検討を行い、平成 15 年度の最終報告をとりまとめる。