

IV 資料

1 脳損傷と高次脳機能障害について

- ・高次脳機能障害とは
- ・行政的診断基準
- ・高次脳機能障害の様々な症状

2 高次脳機能障害の理解と対応

- ・基礎的認知機能の障害(注意障害など)
- ・個別的認知機能の障害(失認、失語など)
- ・総合的認知機能の障害(記憶障害、遂行機能障害など)
- ・情動の障害(感情失禁、固執、脱抑制など)

3 高次脳機能障害に関連する社会制度

- ・医療保険
- ・障害者福祉制度
- ・就業支援関係
- ・経済的保障制度
- ・権利擁護関係 など

4 用語集

- ・疾病等に関する用語
- ・身体障害についての用語
- ・画像診断や評価などについての用語
- ・精神機能全般についての用語
- ・失行、失認などについての用語
- ・記憶障害に関する用語
- ・遂行機能障害
- ・社会的行動傷害
- ・訓練に関する用語
- ・神経心理学的検査
- ・言語障害に関する用語
- ・リハビリテーションに関わる用語
- ・脳、組織、神経系についての用語

資料1 脳損傷と高次脳機能障害について

脳の機能と脳損傷による高次脳機能障害

人間の脳は、大脳新皮質とよばれる部分が発達しています。特に前頭葉は他の動物と比べ発達しており、さまざまな役割を担っていると考えられています。

人間の脳は、下の図のように左半球には言語の中枢があり（右にある人もいる）、その局所を損傷すると失語症などの症状がでます。局所の損傷により生じた障害を単症状とも呼びます。単症状としては、他に失認、失行、空間無視などの症状があります。脳卒中などは比較的局所を損傷しやすい病気です。

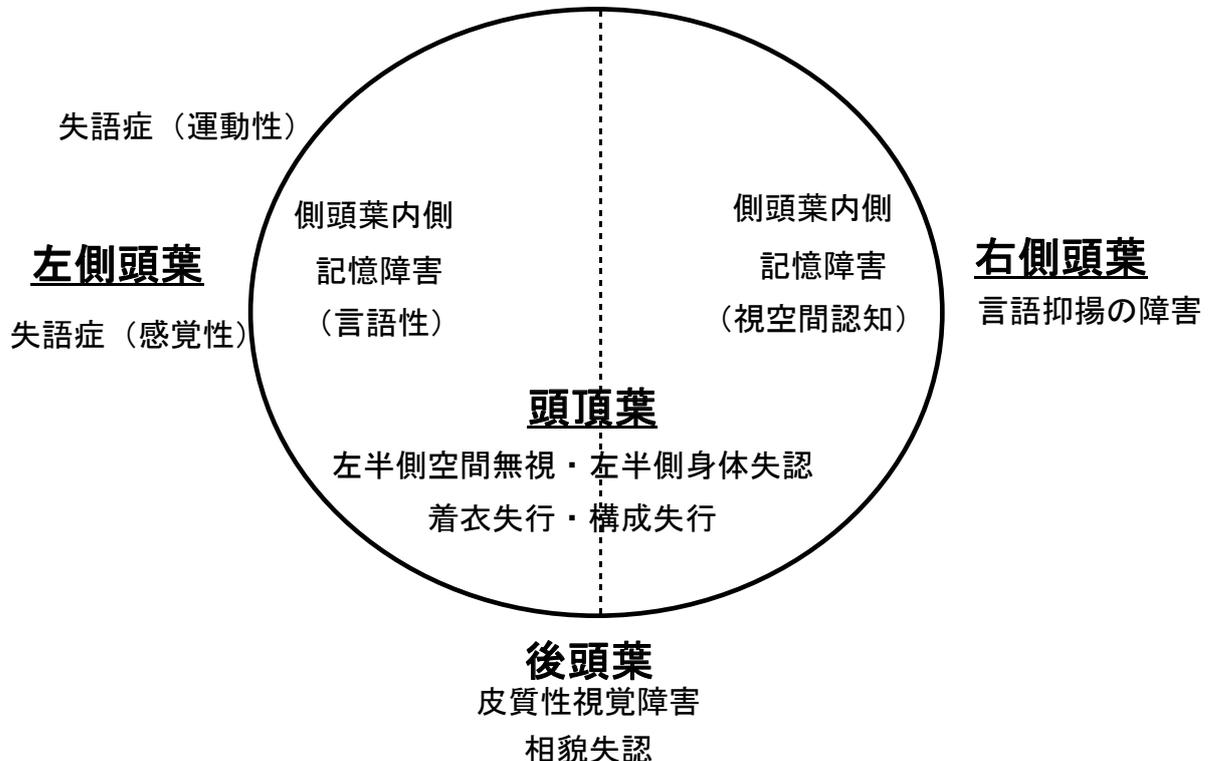
また、脳神経には前頭葉につながる神経のネットワークがあり、ネットワーク機能により行動をコントロールしていると考えられています。前頭葉自体の役割はまだ十分に解明されていませんが、前頭葉を損傷するとさまざまな症状が発生します。そのため、脳外傷や蘇生後脳症、クモ膜下出血など前頭葉や脳のネットワークの機能に影響を与える損傷の場合には、いろいろな症状が重複して現れる場合があります。

脳損傷部位と主な症状

前頭葉

認知面：記憶・計画とその遂行・問題解決や判断・注意・洞察などの障害

情動面：自発性低下・無為・脱抑制・抑うつ・易怒性・拘り・幼児化



高次脳機能とは？

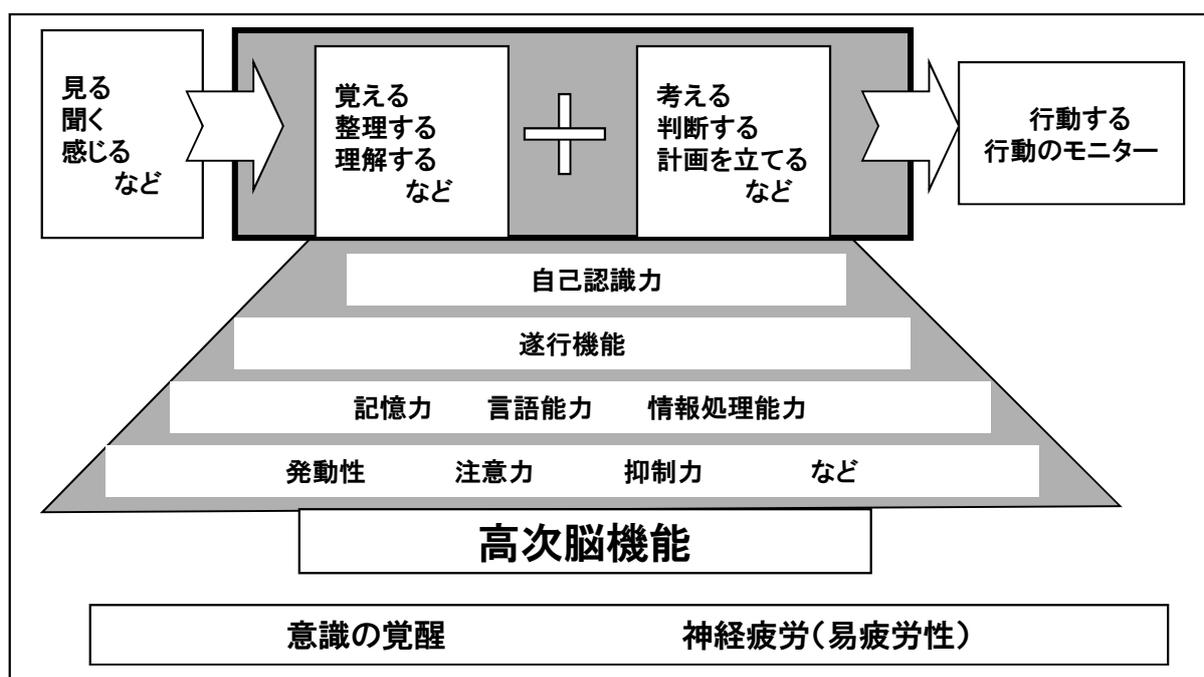
我々は記憶されている経験などの知識や自分の立場・役割を基に外部からの刺激や情報、それに眠りたいなどの自身からの信号などを「いま」の自分に必要なものであるかを判断して情報を取捨選択しています。集中している時には周囲の話し声などが入らないのはそのためです。

その上で状況や目的に応じて行動する必要があるか、優先順位はどうかなどを決め、行動の計画や結果の予測を立てて行動を開始します。そして行動しながら自分の行動が適切であるかを相手の表情や行動の結果などから確認します。そして、即座に行動の修正を行うことや次回への行動に活かそうとします。これらの一連の能力が高次脳機能といわれるものです。

日常生活や社会生活の中でわれわれは、発動性や注意、記憶、感情コントロール、遂行機能、自己認識力などの能力をあまり意識することなく場面に応じて使いこなしています。

高次脳機能を支える能力には階層のようなものがあるともいわれています。例えば、気が散りやすく必要なことに意識が向かない注意障害や、何もやる気がおきない意欲障害（発動性障害）が強い時に記憶障害があるからスケジュール表を使用するように促しても、本人はスケジュール表を使える状態になっていないかもしれません。注意や記憶などの個々の障害の状態を把握して生活支援のアプローチを行うことが必要になります。

高次脳機能は認知機能全般をさすともいえますが、高次脳機能障害支援モデル事業では、福祉的支援を推進するために高次脳機能障害を狭義の範囲で使用しています。



高次脳機能障害支援モデル事業による 行政的診断基準

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原因として、日常生活や社会生活への適応に困難を有する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(要約)。

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、日常生活や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。(注1)
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。
3. 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を脱した後に行う。
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、見直しを行なうことが適当である。

解説・・・(注1)について失語症は身体障害者手帳の対象となっているため、失語症のみの者は除かれている。

・・・診断基準の具体的な活用方法は今後検討される予定である。

要素	分類		様々な症状
言語	失語症	全失語 運動性失語 感覚性失語 健忘失語 純粹失読など	1. 言語情報を理解する能力の障害 ①. 音声言語の理解障害 聞くことの障害 ②. 文字言語の理解障害 読むことの障害 2. 発話の障害 話すことの障害 3. 書字の障害 書くことの障害
知覚	失認症	視覚失認	1. 物体失認 2. 色彩失認 3. 相貌失認
視空間		視空間失認	1. 視空間知覚障害および変形視 視空間の定位/長さ・大きさの比較の障害・遠近視/立体視の消失 2. 視空間失認 ①. 注視空間障害 ◎バリント症候群 同時に2つ以上のものを知覚すること困難 ◎半側視空間無視 半側空間にある対象の存在を無視 ②. 地誌的障害 ◎地誌的失見当 熟知した場所に戻れない ◎地図障害 自宅の道順・間取りを地図で説明できない
身体		身体失認	身体認知障害 1. 半側身体失認 自分の半側身体に関心を示さない 自分の身体に麻痺があることなどを自覚しないか無視 2. 両側身体失認 ◎ゲルストマン症候群：手指失認・左右障害・失書・失算 ◎身体部位認知：自分の身体部位を指で示したり呼称できない
		聴覚失認	聴力に欠陥はないが、言語的・非言語的聴覚刺激を理解できない。
行為	失行症		1. 運動失行：感覚・運動・協調性などの機能が正常であるのに、目的の活動を遂行できない。 いったん学習し熟知した行為の遂行障害。 ①. 肢節運動失行 ②. 観念運動失行 ③. 観念失行 2. 運動維持困難 3. 着衣失行 4. 構成失行
注意			注意障害 一貫した思考の流れを維持できない
記憶	健忘症		情報の取り込み・保持・検索をできない
前頭葉機能	前頭葉症候群		1. 自発性・発動性の減退・欠如 2. 抑制障害 刺激への過剰反応・不適切な反応と固執・保続 3. 柔軟性の障害 心的構えを柔軟に転換できない 4. 流暢性の障害 5. 行為の言語制御 ことばと行動の乖離 6. 計画の障害 7. 情動や人格面 陰性症状：無関心、抑うつ 陽性症状：易刺激性、気分の高揚、小児症 食欲・性欲亢進

資料2 高次脳機能障害の理解と対応

1. 基礎的(全体的)認知能力の障害

知的機能の低下

ものごとを的確に理解、判断し、目的と状況に応じた行動をするために必要とされる統合的、全般的な精神機能の低下。

知的機能は、社会生活への適応や新しいことを学習するための重要な要素である。社会的適応を予測し、リハビリテーションの進め方を決めるために、知的機能を把握する必要がある。

対応

- 1) 一般に、発話の能力と、理解・判断の能力は等しいと受け取られがちだが、脳損傷によっては乖離が生じる場合がある。働きかけは本人の理解、判断のレベルに合わせる。
- 2) 話しかけ方や接し方は子どもに対するようではなく、本来のその人に合わせた接し方にする。個人の人間性や人生経験を過小評価しない、理解・判断能力を過大評価しない慎重さが必要である。プライドを尊重することは適切な行動を引き出す上で重要である。

自発性の低下、発動性の低下

目標に向かって一連の行動を開始、維持する機能の低下。

自発性(initiative)と発動性とほぼ同義に使われるが、自発性は意志行動の意味合いが強い。発動性の低下には、動作・運動自体の減退や遅延である場合と、うつなどの情動障害との関連で生じる場合の2つに大別できると考えられる。

発動性低下は前頭葉関連症状の一つとしてあげられるが、基底核、視床、網様体賦活系などの病変による場合もあり、単一の病態ではなく、複数の機能系の障害によって生じる異質な症状の総称である可能性が高い。

日常の行動の発現には、動機づけ、活力レベルなどの生理的、心理的機序の関与も大きいと考えられる。

重症度や症状によって以下のように、言われる。

- * 精神運動抑制(psychomotor retardation)：動作や会話が遅くなる、自発性が低下する。
- * 感情的無気力(apathy)：無感情、感情鈍麻。本来、感情や興味を示すべき環境や刺激に対して感情反応を示さない状態。
- * 静穏状態(placidity)：うつとは関係なく、発動性が低下し、比較的軽度で自発的な行動がみられなくなる。
- * 無為(abulia)：placidityの極端な場合。
- * 無動症(akinesia)：動作、運動が生起しない。
- * 無動無言(akinetic mutism)：発動性低下の最高状態。

対応

- 1) うつによる自発性低下の場合は、まずうつに対処する。
- 2) 全体的な意欲の低下、すなわち動機づけ、活力レベルが低い場合には、本人の好きな活動や体を使うことで、全体的な賦活をはかる。
- 3) 行動の開始が困難な場合は、日課を相互に関連のある一連のスケジュールとして組み込みスケジュール帳にして持つなど、活動を切り替えながら連続するようにする。

注意障害

必要なことに注意を向ける、持続する、注意を分配する、切り替えることがうまくできず、活動が阻害される。

注意はすべての認知機能の基盤であり、広く社会生活を営むためのあらゆる行動に含まれ、しかもこれを統合する役割を持っている。

注意が適切に機能するには、その強度と注意がもつ5つの要素がバランスよく保たれていることが必要である。

強度とは、刺激に対して一貫して反応の良い状態、及び覚醒を保つ能力をいう。

対象に向けられる注意機能を構成する要素としては、①特定の対象にのみ注意を向けたり（注意の選択性）②一定の時間注意集中を持続させること（注意の持続性）。状況によっては、③まんべんなくいろいろな対象に注意を向けたり（多方向性）、④特定の対象に注意を向けているときでも、必要に応じて他の刺激にも注意を切り替えたり（注意の転換性）しながら、⑤目的に応じて注意を適切に配分していく（配分性）機能があげられる。

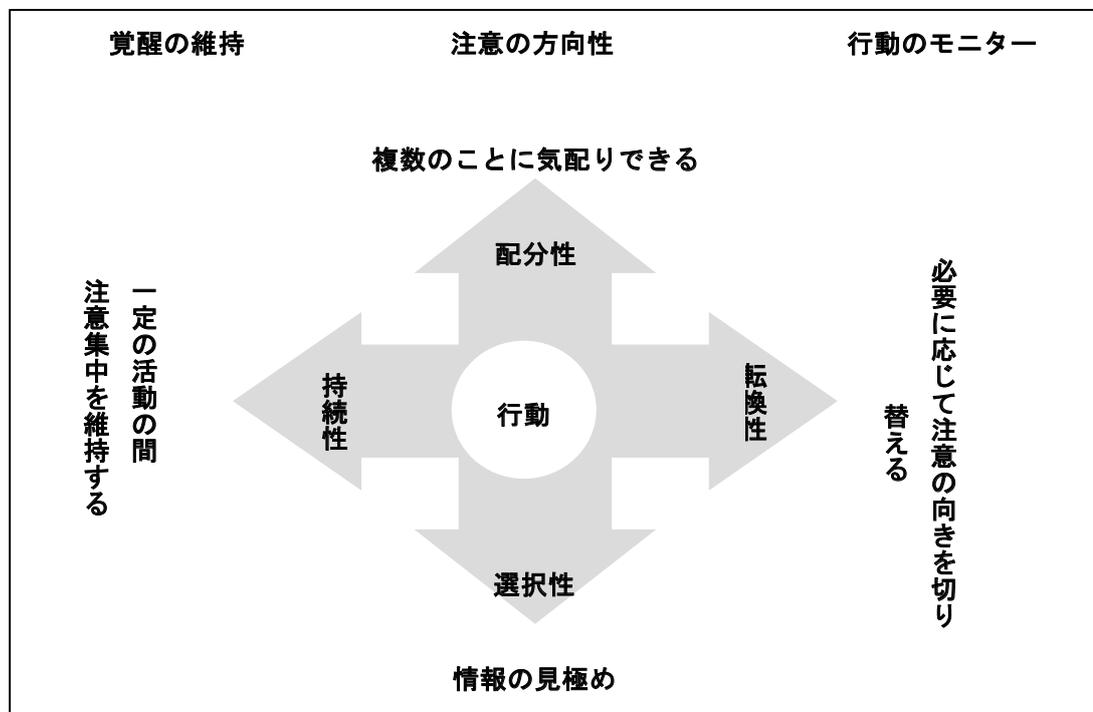


図 注意機能の要素

脳損傷後にきわめて多く出現する注意障害は、その症状から臨床的に二つに分けることができる。

①脳損傷発症後に昏睡や傾眠など重い意識障害から醒めても、完全な覚醒状態に至るまで、意識状態は変動する。この時期は、何となくボンヤリして全般に注意が働かない状態で、精神活動が不活発で反応が緩慢、落ち着きがないといった注意障害を前景とする症状がみられる。

いろいろな対象に注意を向けるためには、まず覚醒レベルの安定が必要になる。

②注意の方向性が十分に機能していないと、以下のような症状となって現れます。

- * 複数の情報の中から、自分に必要な特定の情報を取捨選択することができない。
- * 注意を集中し、維持することができない。
- * 気が散りやすく、注意がすぐ逸れやすい。
- * 複数のことに気を配ることができない。
- * 必要に応じて、注意の範囲や注目する対象を切り替えられない。
- * 注意が適切に向けられないため、判断や反応が遅れるだけでなく、疲れやすい。

また、手がかり（ヒント）に適切に応答できない。冗談やおもしろい話を聞いてもピンとこない。周囲の雰囲気や状況が読みとれず、相手への気配りに欠ける。人混みの中では雑音が気になって落ち着かない、等々の状態も注意障害に起因している場合が多い。

半側空間失認は、注意の方向性の障害とも考えられている。

対応

1) 訓練導入以前の時期

脳損傷後意識が戻り始めた状態では覚醒が低い場合が多いが、時には過覚醒で不穏な状態の場合もある。

[例] 病室を歩き回る、入院の必要性を認めず離棟する。

転倒の危険があるのに車いすから立ち上がろうとする。

行動の管理：刺激を制限すること

- ① 生活環境 個室対応、状況に応じてベッド周りをシーツなどで囲う
騒音を減らす、なじみやすい雰囲気を作る
- 人 対応する人を限定し、ラポールをつける
接触時間は短く、指示は簡単に
- 訓練環境 病室あるいは、集団から少し離れて個別に行う
- ② 抑制を避ける 自発的な行動を妨げない、周りの様子を知らせる
- ③ 神経心理学的検査や訓練では負荷の高いものを避ける
見当識・検査者の顔や名前の記憶チェック程度

2) 訓練導入期

状態は変動しやすいが、訓練指示を受け入れ協力できる時期。

[例] 注意機能の低下により日常の行動がうまくいかず疲れやすい。

緊張感やイライラが目立つ、不安定な感情。

家族などの介護者に攻撃的に不安をぶつける。

行動の管理：積極的な刺激の導入によって注意機能／行動を活性化させる

- ① 生活環境 病棟生活の中での日常生活動作の確認
院内行動の自立
- 人 複数の担当者との訓練経験
- 訓練環境 訓練室で、取り組める課題から難度を調整
マンツーマン訓練から患者同士のペアやグループ訓練
- ② 神経心理学的検査 認知機能の量的／質的評価
- ③ 訓練 注意障害に対する認知機能の直接的な訓練
適応的な生活を目標とした行動のスキル獲得・環境的操作

見当識障害

自分自身の現在置かれた状況についての認識の低下。

見当識とは、自分自身の現在置かれた状況についての認識のことである。一般的には単一の機能障害ではなく、注意や認知・記憶の障害の結果であるとされている。見当識の状態は、特に意識状態や注意・記憶の状況等と関連が深い。故にそれらの状況を知るための指標とされることも多い。記憶検査や痴呆のスクリーニング検査には通常、見当識を尋ねる項目が含まれる。

脳損傷者に一般的に見られるのは、時間の見当識（今は何時頃であるか、どのくらい時間が経過したのか）に対する障害と場所の見当識（ここはどこであるのか、またはどのような場所であるのか）に対する障害とである。脳損傷の急性期や、痴呆がある場合などでは、既知の人物を同定することができない人物に対する見当識障害も見られる。この他に、精神疾患では、自分がだれであるのかを同定する自己同定能力の障害が見られることがある。

時間の見当識障害については、年月日を間違える程度のものから、昼夜の区別がつかなくなったり、季節の区別ができなくなる状態など様々な程度がある。年月日など数字だけの誤りは、記憶障害の影響のみでも説明できるが、セーターを着ているなど手がかりがあるのに、夏であると答える場合などは、注意障害や、状況に対する判断障害が加わっている可能性が高い。

通常、臨床で遭遇する見当識障害のあるケースには、記憶障害はほぼ必発である。逆に、記憶障害が重度でも、手がかり利用が上手にできれば、見当識の障害がさほど目立たないケースはある。入院当初は見当識障害が甚だしくても、入院環境に慣れるに従って状況把握ができるようになり、見当識には改善が見られることが多い。

対応

- 1) 見当識障害があると単独移動が困難になる。また、見当識の混乱により離棟、離院の危険性が高い。そのため、安全への配慮は最優先である。
- 2) 家族や個人の情報、日付、時間、場所、スケジュールがわかるような手がかりを用意する。使い慣れた時計、スケジュール帳など。
- 3) 日課を一定にし、一日の活動の流れを作る。
- 4) 本人が首尾一貫した環境や情報が整理・統一されたなかで生活できるよう、周囲の人も対応を統一する。

2 個別的認知機能の障害

失認 (知覚の障害)

失認 (agnosia) とは、触覚、聴覚、視覚などの感覚器に障害がなく、しかも意識障害や知能障害がないにもかかわらず、対象の認知ができない状態をさす。

「失認」については、文献によりその分類法は様々であるが、ここでは、認知できない対象により「物体認知障害」「空間認知障害」「身体認知障害」に分けて分類した。

また、それらはさらに感覚系の入力様式 (味覚・嗅覚・触覚・聴覚・視覚) により分類されるが、ここでは高次脳機能障害として問題となりやすい「触覚系」「聴覚系」「視覚系」について示すこととする。

< 物体認知障害 >

対象となる物体、音、その特性が何であるか識別・認識できない。

物体認知障害とは、感覚器に障害がないにもかかわらず、対象物 (音) に対して、認知できない状態をさす。ここでは、高次脳機能障害として問題となりやすい「触覚系」「聴覚系」「視覚系」について示す。

1) 触覚認知の障害 (触覚失認)

表材知覚、深部知覚、立体覚などに異常がないにもかかわらず、簡単な物品を手で触れても、それが何であるか認知・識別できない状態。次の3つに分類される。

- * 形態失認：対象の大小、形態の弁別が困難となる。
- * 素材失認：表面の粗滑、温度感、材質の硬柔、重量感などの弁別が困難。
- * 触覚性失象徴：形態・素材認知は保たれているが、対象の意味が失われる。

2) 聴覚認知の障害（聴覚失認）

聴覚に異常がないにもかかわらず聞いた音の認知や識別ができない状態。次の3つに分類される。

- * 環境音失認：音の弁別は可能だが、音の意味がわからないなど、環境音の認知に選択的に異常が生じる。
- * 純粹語聲：言語音のみが選択的に聞き取れない状態で、口頭言語の了解、復唱、書き取りが障害される。
- * 失音楽：楽音、メロディ、リズム、ハーモニーといった音楽的認知能力が障害される。

3) 視覚認知の障害（視覚失認）

視覚に異常がないにもかかわらず見たものの認知、識別ができない状態。次の5つに分類される。

- * 物体視覚認知障害：物を触れば何であるか理解でき、絵の模写もできるが、視覚的には何であるかの判断ができない状態。
- * 相貌失認：よく知っている人物の声を聴けば誰であるか判断できるが、視覚的にはその人物を見ても誰であるかわからない、あるいは顔の表情を理解できない状態。
- * 色彩失認：色名の呼称や、色の名前の指差しができない状態。「色彩分類の障害」や「色彩と対象との連合の障害」も含まれる。
- * 地誌的（道順、街並）失認：自分の家などよく知っているはずのところへいく道順や街並がわからなくなる、あるいは地図上で有名な都市の位置がわからなくなる状態。
- * 同時失認：絵や漫画などで、細かい部分ごとの認知はできるが、全体として何が描かれているかの意味を理解できない状態。

対応

1) 環境整備

- * 個々の症状、障害の特徴を把握した上で、その個人にとってわかりやすい生活環境を整備する（例、目印、表示の仕方（箇条書き、マーク、色の利用など））。

- * 障害されている感覚モダリティ以外の情報を有効に活用できる環境を整える（例えば、視覚認知に障害があれば、聴覚、触覚、運動覚からの情報を得やすいようにするなど）。
- * 症状、障害についての周囲（ご家族、職場、地域など）の理解・認識を深める。
- * 本人のプライドに配慮した環境を整える。

2) 本人への働きかけ

- * 全般的な注意力の改善をはかる（写生や塗り絵など、注視活動を必要とする課題）。
- * 障害されている感覚入力様式以外の情報も活用できるような課題を提示する（例えば、視覚認知に障害があれば、木工、金工、モザイク、貼り絵課題といった触覚、運動覚を用いる必要のある課題の提示など）。
- * 症状、障害についての理解、認識を深め、対処の方法を身につけ、適応を図る。

<空間認知・構成障害>

空間や位置関係を認知することが困難、組み合わせ・描画などの構成を要することができない。

感覚器には異常がないにもかかわらず、空間や位置関係の認知、組合せ・描画などの構成を要する課題に困難や混乱がみられる状態をさす。半側空間無視、構成障害、物の位置関係の混乱、探索（スキャニング）の障害がみられる。ここでは、リハビリテーションで問題となりやすい視覚系の「半側空間無視」「構成障害」について述べる。

1) (左)半側空間無視

損傷半球と反対側の空間が認知できない状態で、片側の刺激に気がつかない、または反応しない、片側を見落としやすい、ぶつかりやすいといった症状を指す。右半球損傷による「左半側空間無視」が出現することが多い。出現のメカニズムの説明としては、注意障害説と表象障害説が主流である。

【関連症状】

- * (左)半側身体失認 「身体失認」の項目を参照
- * 病態失認 「病態の欠如、自己認識の障害」の項目を参照

2) 構成障害

視空間認知障害の有無にかかわらず、構成障害を有するものに適用される用語であるが、概念的には、下記に示すように分類される。

① 視覚認知障害による構成障害

対象の細部を把握したり、比較照合などを動かすことが困難となる（対象を分割する、全体に合成しなおす、図形の弁別をする、図形をイメージで回転させる、など）

② 構成失行による構成障害

視覚認知には障害がないが、実際に行為を遂行するためのプランニング、プログラミングが障害されていることにより、構成が障害される。

対応

1) 環境の整備

半側空間無視は、発症当初から、本人が無視症状について気が付いていることは少ない。転倒などの危険性を避けるためにも、①無視症状があること、②本人はそれに気がついていないこと、を前提に、健側重視で環境設定をし（ベッドの位置、部屋の位置、トイレのペーパーホルダーなど）、安全性、安心感のもてる環境を整える必要がある。次第に、注意を促していくことは必要であったとしても、不注意や見落としに対しての周囲からの過度なあるいは度重なる注意（禁止、叱責）により、弁解がましさを助長させてしまうような環境は好ましいとはいえない。

- (1) 個々の症状、障害の特徴を把握した上で、その個人にとってわかりやすい目印、表示の仕方に配慮した生活環境を提供する（例えば、車椅子のブレーキのかけ忘れなどには、当初は右側のアームに「左側のブレーキ」、慣れてきたら左側のアームに「左側のブレーキ」と印したテープを貼る、など）
- (2) 他の感覚モダリティからの情報を多角的に活用できるようにする。
- (3) 症状、障害についての、周囲（ご家族、職場、地域など）の理解・認識を深める。
- (4) 本人のプライドに配慮した環境を整える。

2) 本人への直接的な訓練

全般的な注意力を高めるような訓練は有効とされているが、多くは無視側に注意を喚起するような訓練をしても、その課題に対する限局した学習効果がみ

られても、般化はしにくいといわれている。また「病識の欠如、自己認識の障害」を伴っていることも多い。従って、訓練の目的は、症状の存在に気付き、症状を理解して、「注意しよう、工夫しよう」とする姿勢が培われることともいえる。そのためには、課題は本人のちょっとした注意や工夫により修正可能なレベルのものを提示し、成功体験を理解や認識に結び付けていかれるような体験が必要である。失敗体験だけを積み重ねてしまうような課題設定は極力避けたい。また、本人からの日常生活の中でのエピソードも話題に拾い上げながら、症状の理解や認識を深めて適応につなげていかれるような援助も有効である。

- * 全般的な注意力の改善をはかる（写生や塗り絵など、注視活動を必要とする課題など）。
- * 触覚、運動感覚からの情報を積極的に取り入れる。
- * 視覚的・聴覚的な手がかり（目印、テープ、アラームなど）を用いることにより注意を喚起する。
- * 動作に際して言語化しながら行動してもらおう（「ブレーキの左右確認！！」など）。
- * 症状、障害についての理解、認識を深め、対処の方法を工夫しながら、適応を図る。

<身体認知障害>

自己の身体についての認識の障害

自己の身体についての感覚の異常、体性感覚の問題ではなく、自己の身体が空間にどう位置し、身体部分が相互に関係するかということについて、的確に認知できない状態である。半側身体失認と両側性身体失認に分類される。

1) 半側身体失認

空間的な自己の身体像に関する知覚や知識の障害であるが、多くは左半側に生じ、次のような症状を示す。

- ① 半身無視：麻痺した手足がないように振舞う
- ② 片麻痺無視（無関心、無認知、否認）：麻痺に気付かず、麻痺がないように振舞う
- ③ 運動消去：上肢の両側同時運動で、一方の動きが低下する現象
- ④ 片側不使用：麻痺がなくても、あるいは軽くても片側の身体を使わない

【関連症状】：左半側空間無視、病識の欠如、自己認識の障害

2) 両側性身体失認… (失語症がないことが前提)

(1) 手指失認

指の名前を呼称したり指示された指を正しく示すことができない状態

(2) 左右失認 (左右見当識障害)

自身・対面者の左右を正しく示すことができない状態

(3) 自己身体部位失認

自身の身体部位について呼称したり、指示された身体部位を正しく示すことができない状態。

対応

身体失認への対応というよりは、関連症状である、左半側空間無視や病識の欠如、自己認識の障害などを加味した対応が必要とされる。

半身無視、片麻痺無視などは、急性期には見られても、徐々に消失していくことも多いため、経過観察が重要である。

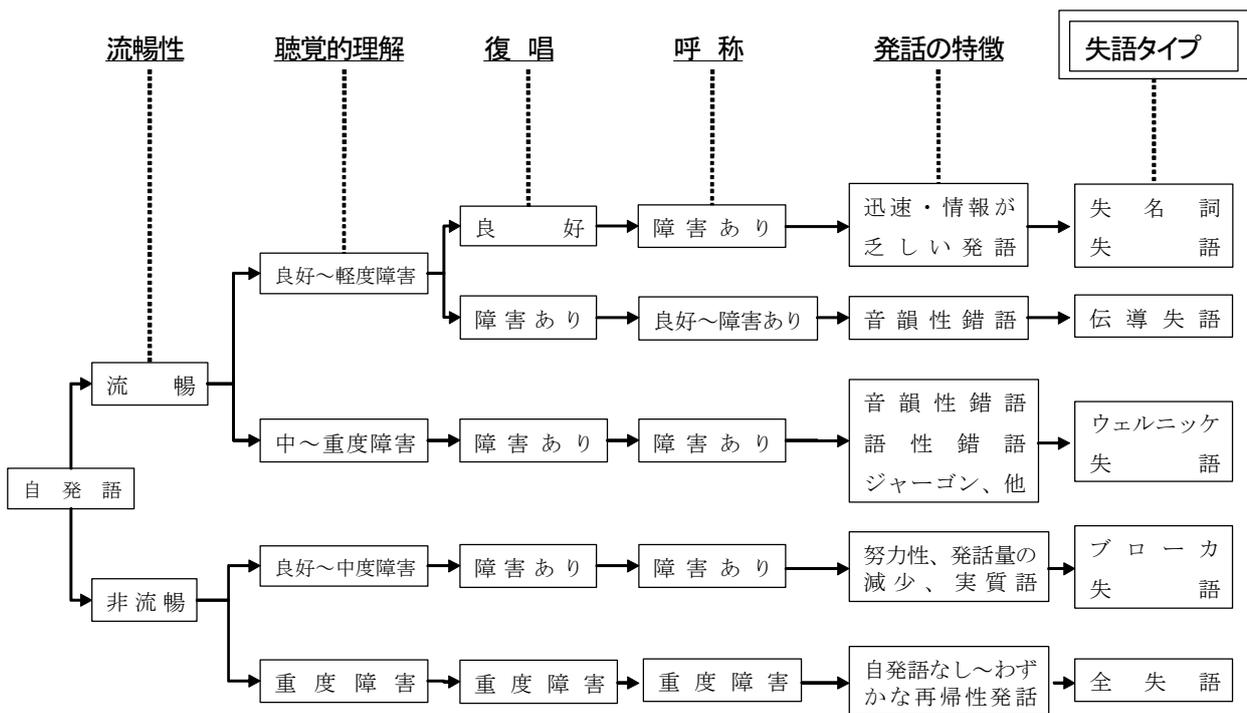
他の身体失認も、そのもの自体にアプローチするというよりは、身体的なリハビリテーションやコミュニケーション能力へのアプローチ (身体概念を含む言語的意味の理解、表出、読字、書字) といった全般的な対応が重要であり、患側あるいは健側への触刺激、運動刺激などによる理学療法的・作業療法的なリハビリテーションそのものが、身体失認の認知リハビリテーションに結びついているものと考えられる。

失語

言葉の理解表出、意志、情報の伝達の障害

失語とは、(通常はいったん獲得した後の) 大脳の一定領域の損傷による言語機能の低下。言語機能とは、思考内容などを「言葉」に変換し、逆に「言葉」から意味内容を解読する機能。

失語症は、言葉の全領域にわたる障害であり、「話す、聴く、書く、読む、(計算)」の、すべての言語面が多かれ少なかれ障害される。



代表的な失語タイプの臨床的判定

対応

1) 一般的注意

- (1) 失語症は基本的には「思考や記憶の障害」ではなく、あくまでも「言葉」の障害である。

このことを周囲は理解しているということが本人に伝わる対応が望まれる。聞かれて答えられなくても、その事柄を忘れたあるいはわからないとは限らない。また、プライドを傷つけない対応（大声で話しかけない、幼稚な言葉を使って話しかけない、無理に言い直させない、無理に真似させないなど）を心がける。

- (2) 失語症は、「脳の中での言葉の操作」の問題であり、視覚・聴覚や運動の障害ではない。言葉を補う「方法・手段」は、この失語症の特質を理解したうえで選ぶことが必要となる。

例えば、50音仮名表の使用は、「声が出ない、鉛筆がじょうずにもてない」人には有効なコミュニケーション手段になりえるが、失語症の人のコミュニケーション手段には使えない。失語症で話せない、書けない（言葉が思い出せない、字が思い出せない）人は、当然50音表を指して答える（言いたい言葉を思い出し、それに該当する仮名文字を思い出し、その文字を表から探して指す）ことはできない。

2) 言語理解に向けて・理解を容易にする話しかけ方

- (1) 注意を喚起してから話しかける

突然用件を言わないで、声をかけ正面から向き合ってから話す。それによって、聞く準備ができ、また顔の表情などの言語以外の手がかりを利用するのを助ける。

- (2) ゆっくり話しかける 早口にならないで、適切な速度で話す。

- (3) 適切に間を空けて、理解されたことを確かめながら話しかける。一度にたくさんのことを話さない。テーマを最初に、次第に細かい部分を、徐々にひとつずつ、理解されていることを表情などで確認しながら話す。

- (4) 具体的な話題や、使い慣れた言葉・表現が理解されやすい。

- (5) 静かな落ち着いた環境で会話する。

- (6) いろいろな手がかりを加えて話しかける。

話しかけだけでは聞き取りが難しい部分を補うために、また同じ言葉でも話の方向性の推測がつくと聞き取りやすいのでその手がかりを与

えるためにも、有効です。

いずれの手がかりも、まずそれ自体の理解力を把握してから使っていくようにする。

* 単語（漢字）や数詞を書いて示しながら話しかける。

話すことをそのまま文章で書いて示すのではなく、重要な語や聞き取りにくい数詞などを、話しかけにあわせてその都度書いて示しながら、徐々に話を進めていく。全体の形から意味をとることが多いので、語は、見慣れた形で、漢字で書けるものは漢字で、「パン」など仮名書きが普通の場合は仮名で書いて示す。

* 表情・身振りをつけて話しかける。

表情豊かに、イントネーションをつけて話す。合わせて、なるべく自然な形の身振りをつけながら話す。

* 写真・絵・地図・慣用的記号・カレンダー・時計など。

話しかけにあわせて、示しながら使っていく。

* 実物・行為。

実物をみせる（金額を伝えたいときに実際にその金額の現金を示す、など）、その場に一緒にいって実際にやってみせながら説明する、など。

3) 表出に向けて・言葉を引き出す上手な聴き方

(1) せかさず、ゆっくり、辛抱強く聞く

話したくても言葉が出てこないときには、せかさずに少し待つ。言葉を思い出したり組み立てたりするのに、時間がかかる場合がある。このとき脇からあれこれいわれるとますます混乱してしまうことがある。

(2) yes/no で答えられるように質問を工夫する。

(3) 人の発語を反復提示して確認する。

言いたかったのとは違う言葉が出てきて、それにご本人が気づかないこともあります。必要に応じて「～ですね」と意思を確認する。

(4) 本人にも「話す」以外の使いやすい表現手段の使用を促す。

話そうとするだけではなくて、それ以外のいろいろな表現手段を使ってコミュニケーションをとるように促していく。いずれの手段も、まず周囲が話しかけに合わせて自然に行い十分に慣れたら自分からも使っていくように促していく。

* 身近な人の名前や住所などの漢字単語や数詞を中心に、時には、話せなくても「書ける」ことがある。手近に紙やペンを置いて書いて伝えようという気持ちを育む状況を作る。しかし、無理に進めて強い失敗感を与えることがないようにする。

また、「思い出して」自分で書くことはできなくても、単語（漢字）や数詞の中から該当するものを指して伝えることができることもある。例えば、家族の名前の中から言いたい人の名を指して伝えたり、カレンダーを指して伝えたり。

- * 写真・絵・カレンダー・時計・地図などを指して伝える。
- * 実際の行動（見せる、そこにつれていくなど）・表情・ごく慣用的な身振り（うなづく、など）で伝えたり、人と交流することを促す。

4) 各場面で

(1) ベッド回り常備品

紙・筆記用具、時計（アナログタイプでも地盤が見やすいもの）、カレンダー（書き込みがしやすいもの）、写真（家族、友人、自宅、など）、地図（必要に応じて）、写真の多い趣味の雑誌など

(2) 排泄

トイレの位置をわかりやすい目印で示す

排尿回数のチェック：数字版の指差し、一回行くたびに札を箱に入れる、などの方法で。

(3) スケジュール

訓練・検査のスケジュールは、週間（一日）タイム表に書き込む（必要に応じて、文字記入の代わりに担当者の写真を張るなどの工夫をする）

カレンダーの利用：毎朝その日付にチェックを入れ、今日の日付をわかりやすくする。面会予定などを記入していく（面会者の写真を用いるなどの工夫を必要に応じて行う）。

(4) 操作

失語症が重度の場合、ナースコール、テレビ、エレベーター、電話、自動販売機などの操作の障害を合併することが少なからず見られる。これらの操作に支障がないか確認し、必要に応じて操作の練習をする。

失行

意図した動作うまくできない、目的にそって一連の動作を適切な順番で行うことができない

運動マヒや失調等の運動障害や感覚障害などがなく、指示された内容を理解している。にもかかわらず、指示された運動や動作／行為がうまく実行できない症状を、失行という。

ここでは山鳥の分類の定義に従って、失行症状を以下のように分類する。

使用失行：複数／単数を問わず道具の使用の障害

観念運動失行：客体を使わない運動の障害。単純な運動や習慣的な動作（バイバイ／敬礼）の模倣、あるいは口頭指示を実行に移せない。

対応

- 1) 全体像を把握する。失行のタイプを整理する。
- 2) 治療的介入に際して
 - ・ 指示様式を統一する。
 - ・ 道具の選択(使用方法・道具の形状などの検討)
 - ・ 誤反応の低減。
- 3) 治療的介入は日常に近い環境を設定し、日常生活関連動作（APDL）訓練の中で行う。
- 4) 本人とともに、動作に対する現実検討を行い、障害に対する認識を促し、治療への積極的参加を促す。

3 統合的認知機能の障害

記憶障害

過去・現在のこと、将来の予定を覚えていられない、知識や技能の獲得が困難だったり必要時に思い出せない。

我々が日々何の支障もなく生活し、必要な活動を行うには、記憶の多様な側面が関与している。知識や技能・手順を獲得し保持する、出来事や予定を必要な時・場面で思い出す、さらに時間が経過しても自己の意識を保ち続け行動を継続する、など記憶は日常の活動の基盤となっている。

記憶にはさまざまな認知機能が関与し、記憶の処理は複数の過程を経て行われるため、記憶の障害も多様である。

記憶の障害を表す用語には以下のようなものがある。

1) 発症、受傷との時間的関連に基づく記憶の障害

逆向健忘；発症、受傷以前に経験した事実や出来事を再生できない（思い出せない）。

前向健忘；もともとは発症、受傷以降の出来事を再生できないことをさすが、新しいことが覚えられない状態を前向健忘と言うことも多い。

外傷後（発症後）健忘；回復して過去が追想できるようになった状態で、受傷（発症）後、出来事を思い出せない期間のこと。

2) 生活（エピソード）記憶の障害

健忘症候群；エピソード（その日その日の生活情報）の記憶の障害

内側側頭葉性健忘

間脳性健忘

前脳基部健忘

Korsakoff 症候群；健忘、逆向健忘、見当識障害、作話、病識の欠如を特徴とする。

3) 生活（エピソード）記憶以外の記憶の障害

*意味記憶障害：知識の記憶が想起できない、失われる。特定のカテゴリーが選択的に障害される傾向がある。

*手続き記憶障害：運動技能や手順の記憶が障害される。大脳基底核、小脳、補足運動野が関与するとされる。

なお、記憶の用語は錯綜しているが、以下のようにまとめられる。

- ① 記憶の過程：登録（記銘）、保持、再生（想起）。
- ② 保持の時間による分類：即時記憶、短期記憶、長期記憶。
- ③ 内容による長期記憶の分類：エピソード記憶、意味記憶、手続き記憶など。
- ④ 過去・現在・未来の時間的關係からの分類：
ワーキングメモリー（現在の作業にかかわる記憶）、展望記憶（将来の予定の記憶）

対応

1) 記憶の前提となる状態を整える。

発症後、間もない時期には、意識水準や注意機能が低下しているために記憶が働きにくいことがある。そのような時期には、生活リズムを作り活動時の覚醒を挙げることに、時計や日課表などで置かれている状況をわかりやすくすること、注意機能に対する認知訓練などで注意機能の改善をはかることが重要である。

また、記憶障害に対応するさいは情動面と記憶障害に対する病識の程度を考慮する必要がある。記憶障害のある人は記憶がつかず周囲や自身の状況がわからず不安や困惑に陥りやすい。また、記憶障害に合併して焦燥感が強くなることがある。そのような情動面の不安定が強い場合には、気持ちの安定をはかる方が重要である。

記憶障害に対する自己認識の度合いはリハビリテーションの進め方や今後の生活の仕方に影響する。適切な認識を持つことができれば代償手段を獲得し自分で生活上の工夫をすることができる。病識が低い場合には、記憶障害の状態をまず理解してもらうことが大切で、検査結果等を通じて自覚を促すように働きかける。しかし、記憶障害の体験も記憶に残らないような重度の記憶障害もあり、その場合は周囲の理解と支援が不可欠である。また、自覚を促すさいも、できないことを強調して説得しようとするのではなく、本人が気づきやすい方法がとれるとリハビリテーションにつながりやすくなる。

2) 記憶障害のリハビリテーション

記憶障害のリハビリテーションは大きく3つに分けられる。

* 直接的訓練

反復練習により障害された記憶機能の回復を目指すとされているが、記憶機能全体の回復効果に関しての確証は乏しい。しかし、記憶障害があっても特定の事柄を記憶するには反復練習は有効である。また、練習課題に向かうことが注意機能の改善につながる印象を受ける。

* 代償手段の訓練

記憶障害により低下した記憶の能力を他の健全な機能を利用することで補う。厳密には、健全な認知機能を介在させて補う「補償」（記録時にさまざまな工夫をする、手順として身につけるなど）と、何らかの外的な補助手段を利用して記憶を代行させる「代理」（手帳、スケジュール帳、携帯電話のメモ機能やアラーム機能などを利用する）に分けられるが、それらを確実に使いこなすためには本人の練習が必要な場合が多い。

* 環境調整（環境の構造化）

生活環境の整備を行うことで、できるだけ記憶に頼らず生活ができるようにする。一般的には、ものの置き場や場所を視覚的に表示する（ラベル、看板、矢印など）、今日の日課や作業の手順を書き出して見えるようにし終わったこと次にすることが確認できるようにする等が行われる。また、記憶を引き出すための手がかりを目につくところに提示することもよく行われる。

記憶障害の病識に欠ける場合は環境の構造化により生活しやすくすることが中心になるが、自覚がある場合にも構造化で記憶の負担を減らすことはミスや不安感を減らすために有効である。

* 記憶障害のリハビリテーションの留意点

個人差はあるが、健常者もカレンダーにメモしたり、タイマーを使うなど、代償手段の使用や環境整備は普通に行っている。記憶障害の場合はそれをさらにシステムティックに積極的に利用し、記憶の補強をはかろうとしている。従って、覚える事柄や状況に応じて代償手段の使用や環境整備を使い分ける方が実際には効率的である。

また、記憶障害の場合は試行錯誤や失敗することが混乱につながるなど正しい学習を妨げることが多いため、エラーレスラーニング（失敗のない学習）が有効とされている。代償手段の訓練など新しいことを学習する際は、はじめに正しいやり方を提示するなど混乱させない学習法を工夫する。

3) 記憶障害についての留意点

- * 記憶には新しい学習のように努力して覚えることと、昨日のエピソードのように通常は努力しなくても思い出せることがある。日常生活における記憶の問題に関しては、不安の解消・障害の認識をはかりながら過剰な努力をしなくてもうまく生活できるよう、代償手段の使用、環境調整、一定の手順を繰り返し練習することで手続き記憶として覚えることなどを組み合わせる必要がある。
- * 重度で本人の認識がない記憶障害は生活上困難が大きく、周囲の支援が不可欠である。一方、比較的障害が軽度で病識のある人の場合も本人の困り感が小さいとは限らない。例えば、記憶が入り交じり間違っただけで失敗する、他の人に記憶違いを指摘されるなどで社会生活上自分に自信が持てなくなることがある。失敗したときにうまく対処する技術、周囲の理解やサポートも大切である。

前頭葉症候群、遂行機能障害

安全の確保や適切な社会行動などさまざまなレベルで、環境と自身の状態・目的に応じて、不適切な反応の抑制をしたり、適切な行動の生起を準備することが困難。

前頭葉は要素的な認知機能を統合、制御、調整する機能を持つ。前頭葉損傷では注意、運動、言語、記憶、思考、情動など広範囲の領域に障害が生じることが知られている。一方、日常生活や社会生活上の困難に比較して、その場その場で相手の話に応じてそれなりの会話やその場なりの態度がとれたり、知能検査で成績が良好であるために、障害がわかりにくい場合も多い。

前頭葉の機能は局在が不明確で、脳の他の部位との関連が深く、多彩かつ複雑である。身体運動の中枢が前頭葉にあるのと同時に、行動の生起、抑制にかかわる低次から高次までさまざまなレベルのコントロールの機能も前頭葉に備わっているようである。山鳥は、行動の管理に関する前頭葉の機能として、環境の支配から個体を守るために個体の行動を抑制する働きがあると、述べている。

前頭葉損傷に関連した症状は、以下のようにまとめられる。

- * 運動・行為障害（脱抑制、把握反応・保続、環境依存性の亢進）
（運動の開始困難、維持困難）

- * 知性・思考障害（遂行機能障害、思考の柔軟性の欠如）
- * 人格情動障害（乱費、失職など社会的な行動障害）
- * 発動性障害（自発性の低下、無動-無言状態）
- * 健忘、作話症状
- * 前頭前野-皮質下症候群（大脳基底核の疾患に伴い生じるような人格変化など）

遂行機能という用語は、前頭葉の働きの中で、特に目的を持った意図的な行動の制御について使われることが多い。したい活動やしなければならない活動を定め、企図、行動に移し、自分の状態や行動の結果をモニターしながら、目標に向かって行動を調整する機能である。

対応

- 1) 環境依存性の亢進：安全の確保と適切な行動の発現を促すように、環境刺激を周囲でコントロールする。
- 2) 行動の手がかりを用意する。指示するよりは、「つぎはどうするのですか？」などの声かけや視覚的、聴覚的な手がかりなど、本人の状況に合わせて判断のステップを置く。
- 3) 遂行機能障害に対しては、問題を書き出す、行動の計画を言語化し自己教示するなどきっかけとなる対処方法を工夫する。
- 4) 行動の抑制ができなかったり行動の結果を考えず行動してしまう場合、まず自身の行動を意識化し適切か否かを判断するよう手がかりやフィードバックを用意する。

情報処理、思考の障害

個別的認知機能より上位に位置する、より高度な思考や判断が困難な状態。

ごく大まかに、人の高次脳機能をコンピュータに例えると、個別的認知機能がハードディスクの随所に保存されているファイルや初期設定、情報処理を含む統合的認知機能はそれらを適宜利用しながら命令を実行するアプリケーションプログラムと考えてよいであろう。

それにそって大まかに定義すると、情報処理や思考の障害は、個別的認知機能より上位に位置する、より高度な思考や判断が困難な状態と考えられる。具体的には、以下のようなものが挙げられるであろう。

- * ペースが遅い、処理の容量に限られる：脳損傷が起こった際は、情報処理や思考のペースが低下する現象は一般的によく見られる。複数の事象を同時に考える、思考をまとめる間だけ思考の材料を記憶にとどめておく機能の低下(いわばメモリ不足)が、主な要因として挙げられる。
- * 突然止まってしまい、前へ進まない：処理していた課題や作業などが、処理可能な範囲を越えてしまった状態で、ハードディスクの暴走やフリーズにあたるものと考えてよいであろう。
- * 違う結果が出る・結果が出ない：情報処理や思考の障害だけでなく、個別的認知機能に何らかの障害がある場合も考えられるが、断片的な材料を束ねあげひとつの結論に集約させる過程に困難があると考えられる。いわばアプリケーションプログラムのどこかが欠けていたり、違うところとつながっているような状態と考えられる。

対応

急性期を過ぎたばかりの頃は、情報処理や思考の障害は顕著に現れることが多い。その後、人によっては改善が見られる場合もあるが、他の症状と同様完全に治るものではない。本人が処理できる範囲の作業を提供し無理をさせない、明らかに違う結論づけを行っている場合は修正を促す、などの環境調整による支援が必要かつ重要であろう。

病識の欠如、自己認識の障害

自身の障害に気がつかない、否認、無頓着、自己や自己の行動を認識し検討することが困難。

障害や自分自身についての認識が困難であると、主体的にリハビリテーションを行うことが難しくなる。また、自身の状態や周囲に合わせて行動を調整することも困難になり、社会適応を妨げる原因となりうる。

社会的行動や自己についての洞察は前頭葉に関連した機能と考えられるが、片麻痺や皮質盲などの特定の症状にかかわる病識の欠如はそれぞれの葉の連合野と辺縁系・帯状回などの結合の障害といわれている。

また、症状を理解しても発症以前のセルフイメージとの差にすぐには慣れることができない場合も多い。意識の中では左片麻痺を理解しているのに、日常の習慣的な動作では左手が動いていないことに気づかず動作をしているという場合もある。病識があることが必ずしもそれに応じた行動や動作ができること

には直結しない。

それ以外に、防衛機制として障害を認めることができない、症状を認めても「以前からこうだった。」と合理化するなど心理的な規制が関与していることがある。

対応

- 1) 就労など一般の社会に参加することが目標の場合には、病識や自己認識を持ち、障害から生じる問題に対処できることが必要になる。
 - (1) 訓練課題などで障害の状況や程度、処理方法を客観的にフィードバックする。
 - (2) 対人行動での問題や思考の障害など客観化が難しいことは集団訓練でのディスカッションや互いの行動から洞察をはかる。
- 2) 入院—家庭生活への復帰の過程では、本人の認識の状況に合わせ病識や自己認識を進める。対人関係で理解されることや環境構造化でうまく行動できることは障害の認識を進める上で重要である。

4 情動の障害

気分障害（うつ、不安）

1) 抑うつ

脳損傷を直接的な原因とする抑うつの有無については、賛否が分かれるようである。存在を肯定する立場は、大脳左半球前方の病変との関わりを主張している。一方の抑うつは2次症状であるとする立場は、認知的障害の自己認識が進むことや、行動上の失敗（それが認知的障害に起因するという自覚の有無に関わらず）を繰り返した場合に抑うつが生じるという見解を示している。

重症の脳外傷の急性期には抑うつは比較的少なく、むしろ慢性期に多いとされている。

抑うつ状態では、以下のような変化が見られる。

- * 気分の変化：涙もろさ、平坦あるいは鈍麻した感情、攻撃性の増大あるいは短気。
- * 思考パターンの変化：希望がない感じ、無力感、無価値感（否定的あるいは悲観的態度）、瀕回の自己批判、自己憐憫、自殺企図、集中力と記憶力の減退、心気症（活動は正常になされているなかで、やる気あるいは関心の喪失）。
- * 行動の変化：身体的外観と衛生への注意の減退、社会的後退、人間関係の障害、自殺行動、薬物濫用。
- * 身体症状：睡眠の異常（過剰、あるいは入眠困難、瀕回の覚醒、悪夢、早朝覚醒など）、食欲減退、短期間での体重減少あるいは増加、血圧の上昇、身体的訴え。

2) 不安

重度の脳外傷のうちのかなりの割合の人が、臨床的に有意なレベルで不安を経験している。Lezak (1987) によれば、不安は受傷後6～12カ月にもっとも共通して見られる。また、高齢の人がより不安を生じやすいという報告もある。

その人が認知障害の結果、状況にうまく対処できないと感じたときに不安は生じる。

不安状態では、以下のような変化が見られる。

- * 思考パターンの変化：事態が悪くなるという予測（破局の到来の予測）、白か黒かといった二分割思考、事実に基づかない推論

- * 感情：自己コントロールの低下、恐れ、困惑、神経質、自信喪失、不確定な決定、混迷、自己懷疑
- * 体感：心拍数増加を伴う心気症、筋緊張、頭痛、吐き気、震え
- * 行動の変化：引きこもり、抑制、葛藤的行動、状況からの逃避や回避

対応

環境（刺激）のコントロールによる対応方法があり、抑うつや不安をなるべく生じさせないようにすることを意図した取り組みと、生じてしまった場合に可能な限り短時間で混乱を收拾する取り組みの2種類に分けられる。ただし、症状が重い場合は薬物療法も用いる。

具体的な対応をまとめると以下のようなになる。

1) 抑うつや不安を生じさせないようにする（予防する）

- * 抑うつや不安を引き起こす刺激を特定し、回避させる（嫌がることや適応行動について情報収集しておく）
- * 嫌がることをしない、適応行動に目を向け、増やすように働きかける
- * 定期的な日課、課題設定（コーヒー、おやつ、ドリルなど）
- * 本人が安心して過ごせる空間づくりをする（たとえば、家族の写真、子供の作ったものなど、慣れ親しんだものをそばに置く）
- * 家族や兄弟など、自分と近い存在の人とのコミュニケーションの機会を多く持つ
- * 本人の意志を尊重し、自主決定に沿うようにする（食べたくなければ食べない、訓練をしたくなければしない、など）

2) 短時間、あるいは軽度の混乱ですむように働きかける

- * 他の対象に注意を向けさせる（気分転換のために、好きなことをすすめるなど）
- * 本人の訴えをよく聞く
- * 問題を整理し、具体的な対策を一緒に考える
- * 興奮したときは、手を出さず見守る、時間を置いて再度関わる、スタッフを変える
- * 日頃から環境整備をし、安全に努める（はさみ、ナイフ、紐など危険物の除去など、部屋割りの調節など）

感情失禁、易怒性、固執、脱抑制

感情失禁：突然泣き出したり、笑い出したりと、場に応じて感情を抑制することができず、人前で表出してしまう状況。

易怒性：ちょっとしたことで感情的になり、周囲に攻撃的な言動をとりやすい状況。

固執：場面の变化に応じて柔軟に視点を変えられず、あることにこだわり融通が利かなくなったり、周囲と協調できなくなる傾向。

脱抑制：環境からの情報を理解し、正しく対応することができず、さらに自分が不適切な振る舞いをして正すことができなくなってしまう状況。

これらの情動の障害は、運動麻痺のように外見上明らかな症状でなく、社会生活を送る中で明らかになってくる障害である。さらに、こうした症状が単一で現れるよりも、他の高次脳機能障害の症状と重複して現れることが多い。一時的な行動の変化である場合もあるが、持続し、支援する上で大きな障害になる場合もある。

対応

ごく一般的な対応としては、「禁止・制止」・「注意」「叱る」「説得」「受容・容認」「別の行動に気を逸らす」「放任」「無視」等があげられる。こうした対応を記録していく中で、効果的な対応を洗い出せることもあり、特に急場をしのぐ上で重要である。

また、医師と連携を取り、対応を検討する必要もあろう。

しかし、現場での対応の基本は、「問題となる行動をなくす」ことよりも、「適応行動を増やす」ことに主眼をおくべきであろう。そのために、スタッフは、利用者がなぜそうになってしまうかを評価・理解し、「今、適応的に（おちついて）過ごせる事」あるいは「やらなければいけない日課」を手がかりに、適応的な場面を広げられるよう、環境的・人的に支援していくことが望ましい。当事者にとっても、うまく対処できる経験を積み重ねることで、心理的な安定がもたらされる。

支援に際しては、高次脳機能障害の評価結果を合わせ、①生活場面を「分かりやすく」「すごしやすい」環境に整える。②日課を整える。③スタッフの対応を整える。特にチームで対応するときは、スタッフ間の対応の仕方や役割分担を決めた上で対応していくことが効果的な場合も多い。

さらに、期間を決め、こうしたアプローチの効果を検証し、必要に応じて修正を重ねていく体制が必要である。

また、このような情動に関する障害は周囲に理解されにくく、当事者はそのために自信を失いやすい。そこで、当事者へのアプローチと平行して、当事者の状況・症状の意味・支援の目的・具体的な方法を家族、地域の支援者に理解してもらうことも重要であろう。

脳損傷の原因が自宅での転倒や腫瘍などの病気、それに自動車の自損事故などの場合には、健康保険(共済)、国民健康保険の対象となる。(生活保護受給者は医療扶助)。

健康保険(以下「国民健康保険、共済および組合健康保険を含む」)では保険が適用される医療費の3割と食事療養費が自己負担となる。月額医療費自己負担が一定額以上の場合には「高額療養費制度」により、部屋代や食事療養費などの保険診療部分以外を除き自己負担限度額(所得階層により額が設定…一般世帯は大よそ80,100円を超える額)をこえる部分の額が数ヵ月後に還付される。限度額の還付までの間の支払を工面することが難しい場合には、「高額療養費の貸付制度」などがある。医療費についての心配がある場合には病院のソーシャルワーカー、保険者である健康保険組合や市町村健康保険課に相談するとよい。

3. 学校内および通学中の事故の場合(③)

義務教育の学校や高等学校、高等専門学校などの管理化での事故(通常に通学中を含む)により受傷した場合には、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる。医療費については、健康保険の自己負担分相当以上の支給がある。なお、脳外傷等により後遺障害を負った場合には、その程度に応じて障害見舞金が給付される。

4. 交通事故の場合(④・⑧・⑨)

自損事故以外の交通事故(自損事故車両の同乗者を含む)により脳損傷となった場合には、自動車保険が適用される。自動車保険には、自賠責保険と任意保険がある。自賠責保険の医療費限度額は120万円であり、120万円を越える医療費は任意保険が対応をする(⑨)。加害者(過失の度合いではなく事故相手を加害者と呼ぶ)が任意保険に未加入の場合には、自賠責保険でまかなえない被害額を加害者本人に請求することが原則であるが、その場合の医療費の対応は健康保険の保険者(窓口について、国民健康保険は市町村、健康保険は健康保険組合)に第三者行為傷病届を提出して健康保険を一旦活用することが一般的である(⑧)。その場合には、健康保険の保険者が支払った医療費の請求を加害者に行なうことになる。同様に加害者が任意保険に加入している場合でも健康保険を一旦使用し、健康保険の保険者が支払った医療費を任意保険会社に請求をする方法を選択することができる。なお、同じ医療を行なっても自動車保険は自由診療となるため、自動車保険の場合には病院が医療費を健康保険利用の場合よりも高く請求ができる。仮に加害者の任意保険の契約保険金額が無制限でなく1億円等の限度額が設定されている場合には、健康保険を一旦活用して医療費を抑えておくことが望ましい。

5. 労災事故による場合(⑤・⑥・⑪)

業務中の事故および通勤途上の事故については、労働者災害補償保険(以下「労災保険」)が適用される。

労災事故では、労災医療(療養補償給付・療養給付…業務中労災の場合には「補償」という用語が入る)により自己負担は生じず、しかも健康保険よりも給付の範囲が広がっている(⑤)。労災事故が交通事故によるもので加害者がいる場合には、加害者の自動車保険を使用する場合(⑩)と労働基準監督署に第三者行為災害届を提出して労災保険を使用し、労働基準監督署が自動車保険会社に医療費の請求を行なう方法((求償…⑪)がある。健康保険と同様に労災保険よりも自動車保険の方が医療費の単価が高くなる(自由診療とした場合)。

自動車任意保険で医療費や休業補償の対応をしていた場合には、症状固定時に労災休業特別給付金や障害給付の請求をおこなう場合もあるが、できれば当初から労災医療を活用する方法(⑪)が望ましい。

なお、労災事故には健康保険はできない。健康保険の保険者と労働基準監督署の間には医療費をやり取りできる仕組みがないため、労災と知らずに健康保険を利用した場合には本人が医療費を一旦健康保険者に返還して労働基準監督署に請求しなおすことも起こりえる。

6. その他

1) 症状固定と医療費

自動車保険および労災保険は、症状固定(治ゆ)の診断書が記載されると症状固定日以降は健康保険の扱いになる。治療途中で自動車保険会社から症状固定の診断書を渡されることがあるため、診断書作成については医師等と十分に相談をすることが必要である。

任意保険対応の交通事故で労災保険を活用している場合(⑪)には、労災保険と自動車保険の症状固定日を同一にする。

2) 重度障害者医療費助成

全国的に普及している重度障害者医療費助成制度は健康保険の自己負担額を市町村が助成する制度である。身障1・2級・療育手帳Aの人を対象にしている自治体が多い。なお、市町村により等級の幅を広げている。(神奈川県では相模原市と藤沢市が精神障害者保健福祉手帳1、2級者も重度障害者医療費助成制度の対象としている)。

3) 障害者自立支援医療

障害者自立支援法の制定により平成18年4月より精神障害者通院医療費助成(3

2条)の対象であった人は障害者自立支援医療となり1割負担となる。ただし、所得による負担軽減措置や「重度かつ継続」の医療が必要である人には負担上限額が設定されている。低所得者の場合には2500円～5000円の負担で、一定以上の所得があり「重度かつ継続」の医療が必要な者は5000円から20000円までの負担となる。

II 高次脳機能障害と障害者福祉制度

1. 障害者自立支援法による高次脳機能障害者支援施策

平成13年度からの高次脳機能障害支援モデル事業を受け、障害者自立支援法では78条の都道府県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」が平成18年度より実施されている(図2)。この事業は実施主体が都道府県となり、高次脳機能障害者への支援拠点施設をおき、高次脳機能障害に対する専門的支援や地域支援のネットワーク形成、支援者養成などを行うものとされている。拠点施設等としては、リハビリテーションセンターや福祉施設、病院などがあげられている。

具体的には、支援拠点施設に支援コーディネーター(社会福祉士等)を配置しての専門的相談(専門的なアセスメント、ケアプラン作成等)や、支援拠点施設が中核となり関係機関の連携の促進や関係機関の職員研修等を行うというものである。

モデル事業実施地域においては、拠点となる相談支援窓口がある程度明確化されたが、今後は一般施策として専門的相談窓口が設置されることになる。支援拠点施設は広域を対象とするため、将来的には地域の相談支援機関等でも十分な相談が可能になるための取り組みが必要である。

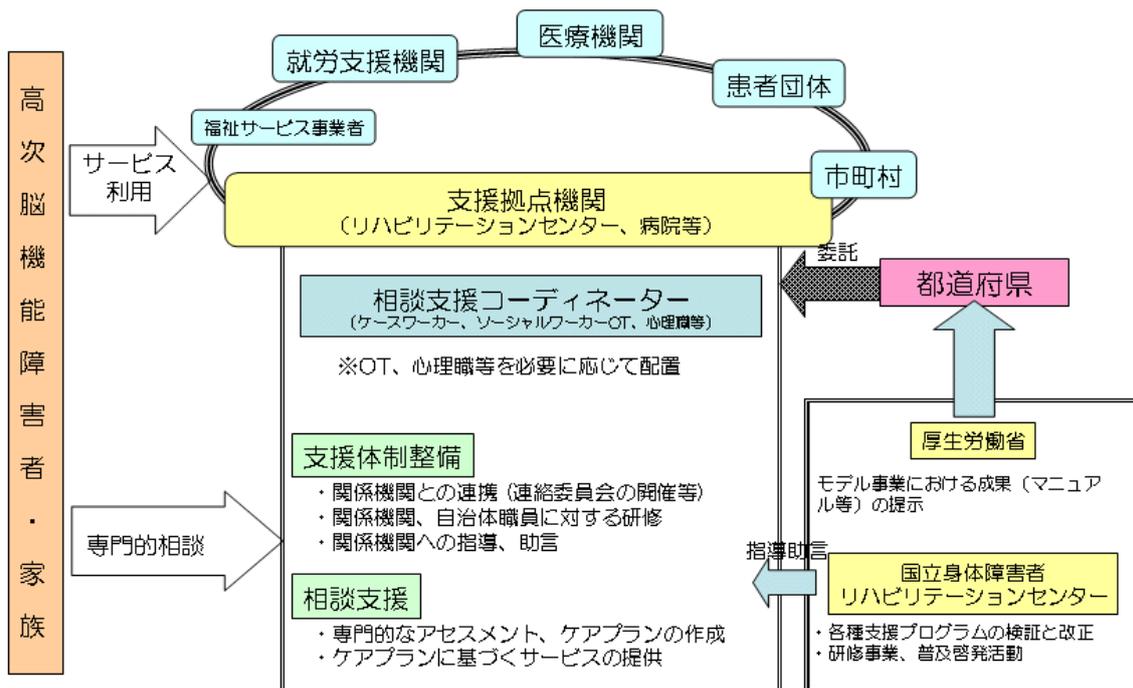


図2 高次脳機能障害支援普及事業(イメージ図)

2. 各障害者福祉法と障害者手帳

1) 身体障害者福祉法と身体障害者障害者手帳

ア. 身体障害者福祉法

身体障害者福祉法でいう身体障害者とは、18才以上で身体障害者手帳の交付を受けた者である。(身体障害者手帳は、18才以下の者にも交付される)

イ. 身体障害者手帳

身体障害者手帳は身体障害者障害程度等級表に該当する者に対して交付される。身体障害は、肢体、聴覚又は平衡機能、視覚、内部(心臓・腎臓・呼吸器・膀胱又は直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルス、肝臓機能障害)などに分類され、それぞれに等級基準が設けられている。等級表には1級から7級までの基準があり、身体障害者手帳は6級以上の状態の者が対象となる。

申請方法は、身体障害者福祉法15条の指定を受けている医師に診断書(所定)を記載してもらいそれを市町村に提出する。

2) 知的障害者福祉法と療育手帳

ア. 知的障害者福祉法

知的障害者福祉法には、障害の定義は明示されていない。18才以上の知的障害者を対象にしている。この法律での知的障害とは、発達段階(おおよそ18才未満)におい

て生じた知的な障害を意味している。

イ. 療育手帳

知的障害者の手帳は、「療育手帳」などの名称で呼ばれている。療育手帳では、身体障害者手帳のように国が定めた基準表は設けられていないが、要綱で重度（重度はAと表示、その他はBと表示される）については、知能指数が35以下で、日常生活に介助を要するか、問題行動により監護必要な者、或いは、知能指数が50以下で盲・聾啞・肢体不自由などを合併していると者とされている。

申請方法は市町村に相談の上で、児童相談所又は知的障害者更生相談所にて判定を受けることになる。

3) 精神保健福祉法と精神障害者保健福祉手帳

ア. 精神保健福祉法

精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）では、精神障害者とは、統合失調症、中毒性精神病、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者としている。高次脳機能障害はその他の精神疾患に位置づけられている。なお、知的障害に関する福祉的な援助に関しては、知的障害者福祉法において行われる。

イ. 精神障害者保健福祉手帳

平成7年の法改正により、精神障害者保健福祉手帳が創設された。

等級は、1級・2級・3級の3段階。等級基準に関しては、国民・厚生年金による障害基礎・障害厚生年金基準と同じ程度である。

申請方法は二通りあり、一つはすでに精神障害（高次脳機能障害）により障害基礎・障害厚生年金を受けている者は、年金証書を市町村窓口に提示することで年金と同じ等級の手帳が交付される（横浜市では、原因疾患が脳血管障害の場合、精神障害者保健福祉手帳診断書の提出を求められる場合がある）。もう一つは、精神障害者保健福祉手帳診断書を市町村に提出し交付を受ける方法である。

なお、障害厚生年金が3級以下の障害手当金であった場合についても労働など生活上の制限がある場合には、精神保健福祉手帳診断書による申請を検討するべきである。

診断書で申請を行う場合は初診日から6か月以上を経ってからになる。なお、脳外傷などの脳器質性の精神障害に関しては、内容に問題がなければリハ科医などが手帳診断書を記載することが可能である（一部の都道府県では精神科医に限定）。

精神障害者保健福祉手帳は2年ごとに更新手続きが必要である。

ウ. 精神障害者保健福祉手帳で活用できる主な制度

精神障害者福祉手帳の取得により活用できる主なサービスは以下のようになる。その

他、市町村により独自に手当金などの制度を設けている。

- ・ホームヘルパー等の在宅福祉サービス、施設利用サービス（ただし障害者自立支援法下において手帳取得が絶対に必要ではなく、診断書を用いて自治体が支給決定を行う場合もある）
- ・自立支援医療の手続きの簡素化。
- ・所得税・住民税・相続税・贈与税の優遇措置（手続きの簡略）
- ・自動車所得税、自動車税の免除（1級のみ、本人の通院等に生計同一者が運転する場合も）。
- ・生活保護制度における障害者加算（1,2級のみ）。
- ・公営住宅への優遇当選率。
- ・自治体により公営水道料金の減免や公営交通機関の運賃割引。
- ・携帯電話料金の割引。
- ・障害者法定雇用率の適用。
- ・失業保険給付の障害者期間の適用（ただし雇用保険申請前の手帳取得が必要）。

4) 児童福祉法

児童福祉法では、身体に障害のある児童、知的障害の児童、疾病により長期に療養を必要とする児童を障害児としている。

児童福祉法の対象年齢は、満 18 才に達するまでである。なお、身体障害児が補装具を必要とする場合は、身体障害者手帳が必要となる。

5) 介護保険制度

介護保険制度では 65 歳以上の高齢者（1号被保険者）、または 40 歳以上の特定疾病（脳卒中等の加齢に伴うことを原因とする 16 疾病）者で市町村介護認定審査会が介護（支援）を要すると認定した者（2号被保険者）に介護保険サービスが適用される。

介護保険は、市町村が行う福祉サービス（行政措置）ではなく、利用者がサービス提供事業者と契約を行い、事業者が保険適用分の費用を保険者に請求するという契約利用型の制度である。

脳外傷などの 16 疾病以外の場合には、一般の高齢者と同様に 65 才より介護保険の要介護認定の対象となる。

【特定疾病】●筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靭帯骨化症 ●骨折を伴う骨粗鬆症 ●多系統萎縮症 ●初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症等） ●脊髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●早老症（ウエルナー症候群） ●糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ●脳血管疾患 ●パーキンソン病関連疾患 ●閉塞性動脈硬化症 ●関節

リウマチ ●慢性閉塞性肺疾患 ●両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 ●末期がん

【ポイント】

・高次脳機能障害は精神障害に分類される

高次脳機能障害は、精神保健福祉法では、「その他の精神疾患」の中の器質性精神障害になる。

・高次脳機能障害という用語は医療分野により異なる

高次脳機能障害という用語は、障害者福祉などの行政的分野やリハビリテーション医療分野において用いられているが、精神科医療の分野では高次脳機能障害という用語が用いられることは少なく、器質性精神障害という用語を用いることが一般的である。精神保健福祉手帳の診断書では国際疾病分類（ICD-10）による診断名が用いられるため、高次脳機能障害は診断書では器質性精神障害と記載される。精神科を受診して医師より高次脳機能障害と言葉がなかったことで理解されていないとってしまう家族がいるが、医療分野により用語が異なることを理解しておくことが必要である。

・受傷、発症年齢などによっても対象となる福祉制度や障害者手帳が異なる

18才以前に事故や病気で高次脳機能障害を有した者は、児童福祉法の対象になると同時に、発達段階での知的障害として認定されれば療育手帳が交付され、18才以降も知的障害者福祉法の対象になる。

・障害者福祉サービスと介護保険制度では介護保険制度が優先

65歳以上および40歳以上で介護保険の対象となる疾患の場合には、まず介護保険の要介護認定を受け、介護保険サービスでまかなえるサービスを優先して活用することになる。ただし、ホームヘルプサービス等が介護保険の範囲で不足する場合には、障害者福祉サービスから上乘せとして提供される場合がある。また、身体障害者更生施設での訓練など介護保険にないサービスが必要な場合には介護保険の要介護認定を受けていても障害者福祉サービスの利用は可能である。

※生活保護世帯については、他方優先により介護保険サービスより障害者福祉サービスが優先となる。

・障害者手帳を複数取得することは可能

重複障害により複数の手帳の要件に該当する場合は、それぞれの手帳を取得することが可能である。高次脳機能障害のみの場合は精神障害者保健福祉手帳の申請となる。身体障害を合併している場合は身体障害者手帳、18才未満で知的障害を合併してい

る場合には療育手帳の取得も可能であるが、複数の障害者手帳の取得のメリットがあるかについて検討してから申請を行なうとよい。

・精神障害者保健福祉手帳を活用しよう

精神障害者保健福祉手帳の取得には消極的な人もいる。障害者手帳は取得していることが公表されるものではなく、基本的に活用したいときだけに利用すればよい。例えば精神保健福祉手帳を取得しても勤務先には伝えずに携帯電話の割引だけに活用している人もいる。一方で、高次脳機能障害を職場に理解してもらうために精神保健福祉手帳を取得したいという人もいる。

関連制度などの活用のメリットも含め取得する方向が望ましいと考えられる。

Ⅲ リハビリテーション視点からの相談支援

1. リハビリテーションの必要性

脳外傷や脳卒中などによる高次脳機能障害者には、身体機能改善、認知・行動障害の評価と改善、社会生活力向上、就学・就労支援などの幅広い支援が必要である。

しかし、現状は、医療・保健・福祉の連携の必要性が唱えられているものの、医療分野である病院内支援と、福祉分野である在宅・施設内支援、それに地域の保健活動との間の連携や役割分担が十分とは言えない状況にある。

中途障害者である高次脳機能障害者には救急医療から始まり、医学的リハビリテーション支援（診断・評価を含む）から心理的、社会的、職業的リハビリテーションという多分野からなるリハビリテーション支援が社会生活の再構築には重要な役割を担うことになる。中途脳損傷により生じる高次脳機能障害に対しては、リハビリテーションの視点を持ちながら制度活用を図ることが必要である。

2. 包括的な支援の入り口としての相談支援

高次脳機能障害支援モデル事業の大きな成果としては、医療機関と福祉および職業支援機関、それに当事者団体が連携して利用者にサービス提供を行ったこと、拠点施設が支援・相談窓口の中核となり、医学的リハビリテーションの専門職を導入しながら地域の福祉・職業機関等と有機的な関係が構築されつつある点と考えられる。

障害者自立支援法において「高次脳機能障害支援普及事業」が実施された場合においては、医療から社会生活までの時間軸、医療職・福祉職・職業関係職種などの職種間の軸、身体障害・知的障害・精神障害という種別を越えた軸、個別の障害の程度や

内容およびニーズに応じた軸、地域機関・中核機関・当事者団体との連携の軸など様々な軸をもとにした支援のプランニングが必要になる。

相談支援機関としては、これらの軸が効果的なものになり社会生活の再構築という目標を実現するための入り口として役割を果たすことがまず必要である。そのためには、経済的不安や家族の精神的ストレス、本人の二次的不適応などの阻害因子を軽減するための多様な情報提供や調整を相談支援者が担えるようになることが重要である。

IV 高次脳機能障害者の職業リハ支援機関

高次脳機能障害者の場合には、稼働年齢層が多いことから就労への要望が強く、特に復職支援は就労支援の中でも重要な部分となっている。

しかし、就労意欲はあっても高次脳機能障害により就労に結びつくことができない者も多い。米国の脳損傷者支援の権威である Prigotano は「中度から一部の重度の脳外傷者のうち若年青年を就労させる支援は難しくないが、生産的な生活様式を維持するための支援は極めてむずかしい。（三輪書店「脳外傷者のリハビリテーション」より）」と述べている。実際に高次脳機能障害者の就労支援では単に復職ができた、就職先が見つかった、あるいは一定の技術を習得することができたというだけでは、安定して就労に結びつかないことが多い状況にある。高次脳機能障害者への就労支援は障害の意識化を通じての職務選択のためのアプローチを含め、職場開拓や障害状況と職務のマッチング、就労後の継続的支援など難しい分野である。高次脳機能障害者が安定した就労を続けるためには、受障以前の職歴や職業的能力と受障後の職務遂行能力の変化を本人が理解し、代償方法を獲得することや対人スキルなどの適応能力の再獲得、それに職場内の理解と協力形成などが重要になる。

障害者の就労施策の代表的なものとしては、民間企業では常用労働者 56 人以上の企業に対する法定雇用率（1.8%）の設定と、常用労働者 201 人以上の企業（平成 22 年 7 月より法改正）が法定雇用率を達成していない場合に課せられる障害者雇用納付金制度がある。これまで精神障害者は法定雇用率の適用外であったが平成 18 年度 4 月からは法定雇用率に含まれるようになる。

就労支援機関としては、大まかには、職業前訓練を行う機関、職業技能の習得を目的とする機関、職場開発や就労定着などの支援を行なう機関に分けることができる。

就労の基礎となる交通機関の利用や対人関係の構築などのリハビリテーション（社会生活力のためのリハビリテーション等）が必要な場合には、就労支援前段階の生活

訓練支援を含めトータルな就労支援の計画づくりが必要となる。

なお、高次脳機能障害者の就労支援に関しては、広域の支援機関が対応するケースが多く今後は地域密着の就労支援機関が増えることが望まれている。以下は高次脳機能障害に関連する就労支援の機関や制度である。

1. 就労に関する相談機関

1) 公共職業安定所（ハローワーク）

障害者においても相談窓口は公共職業安定所（ハローワーク）であり、公共職業安定所で求人登録を行なうことが障害者関連の就労支援を受ける上でも欠かせないこととなる。公共職業安定所には、障害者担当（障害者担当統括）がおり、就労斡旋の他に就労支援機関の紹介等も行なっている。（公共職業安定所は失業保険なども窓口でもある）。

2) 就労相談窓口

公共職業安定所以外に「2」以下に記載するほとんどの就労支援機関において就労に関する相談は実施している。

2. 職業前訓練の機関…復職および新規就労目的

作業における代償的方法の獲得や職業適性の評価、あるいは作業習慣や作業体力の向上など就労のための基礎的な能力を獲得するための支援を行なう機関としては、

- ・ 神奈川リハ病院職能科（神奈川リハ病院利用者、七沢更生ホーム利用者）
- ・ 通所施設（横浜市総合リハビリテーションセンター内就労移行支援など）
- ・ 地域作業所 など。

3. 職業技能習得のための機関…新規就労目的

就労をするためにパソコン等の技能の習得や就労に伴う社会的知識等の習得を目的にした機関としては、

- ・ 障害者職業能力開発校（他に広域を対象にした国立身体障害者職業リハビリテーションセンターなど）

神奈川障害者職業能力開発校は身体障害者手帳または療育手帳所得者を対象にしており、高次脳機能障害者で精神障害者保健福祉手取得者のみは対象にしていない。

- ・ 国立身体障害者職業リハビリテーションセンター等

広域を対象にした職業リハビリテーション機関であり、高次脳機能障害者の技

能訓練および就労支援を行なっている。

- ・ **障害者職業促進委託訓練事業「トライ」**

神奈川県障害者職業能力開発校が民間の企業や教育機関等に依頼して行なう職業訓練であり、精神障害者を対象にしたコースがある。身障手帳・療育手帳を持たない高次脳機能障害者は精神障害者対象のコースの利用が可能である。

4. 就労支援（移行支援・定着支援）…新規就労及び復職目的

復職または新規就労に移行する支援として本人と企業との間に介在して就労を推進する支援や、就労後の職場適応や作業環境の工夫などの職場定着支援を行なう機関としては、

- ・ **地域障害者職業センター（新規就労・復職支援）**

各都道府県には地域障害者職業センターが設置されている。職業安定所と連携しながらジョブコーチ事業など高次脳機能障害者の就労支援に重要な事業を行なっている。

障害者職業センターは障害者手帳取得の有無によらず障害を持つ者を支援の対象にしている。

- ・ **障害者職業総合センター**

障害者職業総合センターでは、地域障害者職業センターを経由して高次脳機能障害者への専門的支援を必要とする人に対して「高次脳機能障害者職場復帰プログラム」や「職業準備訓練」を実施している。障害者職業総合センターでは訓練コースを提供しながら地域障害者職業センターと共に復職のための企業との調整や新規就労支援のための支援を実施している。

- ・ **神奈川県障害者就労相談センター（主に新規就労）**

就労相談、職業適性評価や就労斡旋などの支援を行っている。

- ・ **就労援助センター（主に知的障害者の新規就労）**

神奈川県内には、主に知的障害者の就労支援を中心に行なう就労援助センターがある。就労支援センターは対象地域内の企業とも連携しながら就労支援を実施している。なお、一部の就労援助センターでは精神障害（高次脳機能障害）への支援も実施している。全国的には身体障害、知的障害、精神障害者を対象にした就業・生活支援センターが同様な役割を行っている。

- ・ **障害者しごとサポート事業**

神奈川県雇用対策課が実施している事業である。障害者の身近な地域で、一般企業等で働くことを希望する障害者の就職から職場定着までを、「障害者しごとサポ

ーター」がさまざまな関係機関と連携しながら支援することを目的としている。地域ごとに「しごとサポーター」を2名ずつ配置して、地域の福祉施設や関係機関、事業所などを積極的に訪問し、それぞれの情報を結びつけながら、就労に結び付けている。

5. ジョブコーチ事業

ジョブコーチは、障害者が実際に働く職場内において本人が職場内環境や職務内容に適応し能力を発揮するための支援や、企業のサポートづくりなどを行う支援者である。

米国ではジョブコーチを活用して就労機会を得ている脳外傷者が増えているようである。高次脳機能障害者の就労支援では実際の職場内での支援が重要となるため、高次脳機能障害者の支援を担うジョブコーチが増えることが望まれる。

ジョブコーチの種類は地域センタージョブコーチ（障害者職業センターに配置）、第1号ジョブコーチ（福祉施設型）、第2号ジョブコーチ（事業所型）となった。

障害者職業センターや福祉施設からジョブコーチが派遣される期間はおおよそ2～4ヶ月程度（状況により1～7ヵ月月）である。

ジョブコーチ利用に関する相談は地域障害者職業センターが窓口となる。

6. その他の支援事業

高次脳機能障害者に関連する就労支援制度には、その他に「障害者トライアル雇用制度」、「職場適応訓練事業」、「精神障害者社会適応訓練事業」、「神奈川県精神保健センター職業準備訓練事業」などがある。また、企業が障害者雇用を推進して法定雇用率の達成を行いやすくするために「特例子会社制度」がある。神奈川県内には多数の特例子会社があり、特例子会社で就労する高次脳機能障害者も増えてきている。

また、身体障害を合併している場合には、企業の設備改善や通勤支援のための助成事業などもある。

【ポイント】

・就労の失敗経験を重ねない

高次脳機能障害者の中には就労しても短期間で離職を繰り返す場合が散見される。失敗経験を繰り返す中で自信喪失や家庭内でのストレスの発散、対人関係を避けるなどの二次的な不適応が高まる可能性がある。このような状態にならないためには、まずは障害状態や職能能力の評価を受け「やりたいこと」と「できること」の整理が重要になる。また、就労支援は必要時に繰り返し提供されることが必要

である。また就労支援は一般的に本人と雇用主を中心にした支援が中心になるが、高次脳機能障害者の場合には家族支援も並行して行なうことが重要になる場合がある。

V 高次脳機能障害と経済的保障制度

1. 高次脳機能障害と経済的保障（補償）制度

家庭内や決まった生活範囲での活動が可能な高次脳機能障害者でも、社会との関係や職業場面での人間関係の構築など複雑な諸能力が求められる場面においては、外見的には判断できない諸制限を受ける場合がある。特に就労においては、そのような障害により労働対価としての賃金収入が得られない状態に陥っている者も多い。このような側面からも高次脳機能障害者と家族にとって経済的な問題は社会参加と並び大きな課題になっている。

また、公的年金や補償制度などの経済的保障制度では、多少の支援により辛うじて日常的な生活行為が可能な高次脳機能障害者は、実際の障害程度（労働能力）と保障内容が結びつきにくいという傾向がある。仕方ないこととして諦めるのではなく、どのようにすれば不利を軽減できるか、その対応を行うことが重要である。

経済的保障制度では、障害者手帳制度のように障害を身体や精神などに種別化してそれぞれが等級認定を行うのではなく、肢体・精神機能などの障害程度の等級を併合して全体的な状態から等級を決めている。

経済的な保障制度に関しては、障害認定の基準自体の問題もあるが、それ以前に高次脳機能障害の状態が適切に診断されているか、それが後遺症診断書に反映されているかなどの課題がある。

なお、ここでは、障害者手帳取得者への税制優遇などの経済的支援制度は割愛する。

【ポイント】

・経済保障に関する障害認定は、身体・知的・精神の障害をすべて併合

障害者福祉手帳制度では、障害を種別化して障害ごとに等級を決めている。しかし、公的年金制度や、労災補償、自動車事故損害賠償における障害等級は、それぞれの障害を合算して決めている。

・経済保障に関する後遺症診断書は、障害種別ごとに作成してもらう

身体障害でも肢体不自由、聴覚障害など内容によりそれぞれの専門医に診断書を

記載してもらおう。また身体障害、精神障害などを合併している場合は、それぞれ専門医に診断書の記載を依頼する。

・「特別障害者手当」と「特別児童扶養手当」の確認をしよう

特別障害者手当と特別児童扶養手当については、条件が該当しているにも関わらず申請をしていない場合がある。

特別障害者手当は、1級相当の障害が二つ以上ある者が対象となる。ただし身体障害者手帳が1級で日常生活に全般的に介助を要するような場合には日常生活動作の点数によっても認められる可能性があるため、日常生活に介助を多く必要としている1級の手帳取得者は特別障害者手当に該当するか確認を勧めたい。また精神障害においても常時介助を要する重度者の場合には、精神用の診断書で申請を行うことが可能である。市町村の窓口では、1級の障害が二つ以上ないから不可との説明が行われることがある。

特別児童扶養手当は、20才未満の障害児童を対象にしている。基準は障害基礎年金と同じであり、高次脳機能障害のみでも生活上に随時以上の介護を必要としていれば該当する可能性がある。

なお、いずれの手当金も所得制限があるため、事前に市区町村に相談を行うこと。

2. 公的年金制度（国民年金・厚生（共済）年金）

1) 制度の概要

わが国の公的年金制度は、国民年金制度を基盤に厚生年金や共済年金制度が上積み部分(2階建て方式)として設けられている。国民年金、厚生年金、共済年金制度にはそれぞれに障害年金制度がある。障害年金には所得税がかからない。

障害基礎年金(国民年金)は1級(990,100円)、2級(792,100円)で子(18歳到達年度の3月31日まで)の加算が227,900円(3人目以降は75,900円加算)の年金額になる。20歳前に傷病を負った人の場合には所得制限がある(無拋出年金:扶養者がいない場合、給与所得が360.4万円で2分の1停止、462.1万円で全額停止となる。なお扶養親族があるとき、360.4万円で扶養親族1人につき38万円を加算した額となる)。

障害厚生・共済年金には1級・2級・3級(最低保障額594,200円)・障害手当金(一時金1,168,000円)の4段階があり、年金額は等級と本人の賃金報酬額(平均標準報酬月額)などにより年金額に違いがある。また障害厚生(共済)年金には、配偶者(65歳未満で年収850万円以下)に加算年金額(227,900円)がつく。なお、公務員が加入する共済年金では、在職中は障害基礎年金のみが支給される。

仮に障害厚生年金1級で10歳の子と40歳の妻がいる場合の年金額が250万円であっ

た場合には、その中に障害基礎年金の990,100円と配偶者と子の加算(455,800円)が含まれる。障害厚生年金3級の人の場合には障害基礎年金は含まれないが、594,200円の最低保障額が設定されている。

公的年金の受給条件は、受傷・発症時に公的年金に加入しており(20才以下は除く)、保険料納付済期間が3分の2以上(平成28年4月1日までは直近の1年間に保険料滞納がなければ可)あり、障害認定日(一般的には脳損傷では受傷・発症より1年6カ月)に障害程度が年金支給の基準に該当する状態であることが必要である。(記載金額は平成17年度時点)。

障害基礎・障害厚生(共済)年金は、老齢基礎年金や老齢厚生(共済)年金受給の年齢となった時に高い方の年金を選択でき、一方が停止状態となる。

申請窓口は、自営業などの国民年金加入者(1号被保険者)は市町村年金課。厚生年金加入者およびその配偶者で国民年金加入者(3号被保険者)は勤務先の会社を管轄している年金事務所となる。

* 特別障害給付金制度について

国民年金が任意加入当時に学生などのために国民年金未加入であり、その間に障害を負った無年金者の問題に対応するために平成17年に特別障害給付金制度が設けられた。対象者は、平成3年3月以前に任意加入対象となっていた学生や昭和61年3月以前に任意加入対象となっていた厚生年金被保険者の配偶者などが国民年金に未加入中に障害を受け、かつ障害程度が障害基礎年金に該当する人である。年金額は障害基礎年金1級相当が月額50,000円、2級相当が月額40,000円となる。

2) 各年金の併給について

ア. 障害基礎年金と老齢厚生年金の併給

平成18年4月以降は、障害基礎年金と老齢厚生年金の併給が可能になる。脳損傷により障害基礎年金を受給する人が就労や復職をして老齢厚生年金の受給資格を得られた場合には、老齢基礎年金・老齢厚生年金か障害基礎年金・老齢厚生年金の組み合わせのいずれかを選択できる。

イ. 労災障害年金と障害基礎・障害厚生(共済)年金との併給

労災年金(障害年金および傷病年金)と障害基礎年金、または障害厚生(共済)年金との併給は可能である。ただし、併給の場合には労災年金が一定率で減額調整される。調整は以下ようになる。障害基礎年金+労災年金 \times 0.88。障害厚生年金(1・2級で障害基礎年金を含む場合)+労災年金 \times 0.73。障害厚生年金(3級)+労災年金 \times 0.83。

労災年金と老齢基礎・老齢厚生(共済)年金を併給する場合には、労災年金に対する調整減額がないため65歳の段階で高額となる年金を選択できる。

ウ. 20歳前の受傷による労災年金と障害基礎年金

20歳前に労災事故により受傷し労災年金を受給している場合には、20歳からの障害基礎年金は支給されない。ただし、労災年金額が障害基礎年金額を下回る場合には障害基礎年金より差額が支給される。

3) 高次脳機能障害者の公的年金

高次脳機能障害は、年金制度では精神の障害に分類される。そのため、年金診断書は「精神の障害用」診断書を使用する。なお、肢体不自由などを合併している場合には「肢体の障害用」の診断書も併せて提出する。

高次脳機能障害の場合には、幻聴や幻覚などの精神症状をもつ者が少なく、残存能力がアンバランスなために日常・社会活動や労働能力にアンバランスさがある場合がある。そのため、記憶障害などの認知機能の障害や情動面の障害などによりどのような生活制限や、介護や観察等を要するかを具体的に記載してもらうことが必要である。本人が障害認識を十分に持っていない場合には本人が単独で生活できるかを念頭におき、家族が医師に日常生活の状況を具体的に説明することが必要である。

【ポイント】

・高次脳機能障害は公的年金の対象になる

記名力障害や情報処理能力の低下、情動面の障害などでも程度により、公的年金の受給対象となる。

程度を目安としては、1級は日常生活に著しい制限を受けており常時援助を必要とする程度。2級は日常生活に著しい制限を受けており時に応じて援助が必要な程度、3級は、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける程度である。

・診断書を記載する医師が障害を理解しているかが重要

高次脳機能障害は、捉えにくい障害である。これは医師にとっても同様である。そのため、障害状態を理解している医師に診断書を依頼する。例えば、かかりつけの脳外科医が障害を理解していなければ、精神科を受診してみる。また、家族は日常みられる障害のエピソードなどを記録しておき、医師に状態をしっかりと伝えられるようにする。また、診断書には、具体的な生活状態を記載してもらう。

・精神科診断書の記載はどの科の医師が記載するのか

「精神障害」の診断書を記載する医師は、原則精神保健指定医か精神科を標榜する医師である。しかし、脳損傷にともなう高次脳機能障害（精神科では器質性精神障害の診断名が一般）の場合には精神科受診をしていないものも多い。診断書を記載する医師は精神科以外のリハビリテーション科等の医師でも診断書の内容に問題がなければ認められる場合がある（障害基礎年金の場合には都道府県によ

り違いがあるようである)。診断書の診断名については、「脳外傷による高次脳機能障害」等でも可である。

精神診断書は日常生活動作ではなく生活能力を基に診断を行うが、受診歴から 1 年 6 ヶ月時点（障害認定日）では脳外科等の日頃精神診断書を記載することに慣れていない医師に診断書記載を依頼しなければならないことがある。その場合には病院のソーシャルワーカーなどと相談をして医師に診断基準を理解してもらうことが必要である。可能であれば高次脳機能障害を理解した精神科医に記載してもらうことが望ましい。

・障害状態が年金裁定と異なっている場合は、不服申し立ての活用

実際の障害の状態(生活上の介護や支援の程度)が年金裁定の等級と食い違うと思うときには、不服申し立てが(裁定通知を受けてから 60 日以内)できる。障害者の状態を把握しているソーシャルワーカーなどと相談して障害状態と年金等級が整合しているか相談してみるとよい。

3. 労働者災害補償保険制度

1) 労災制度の概略

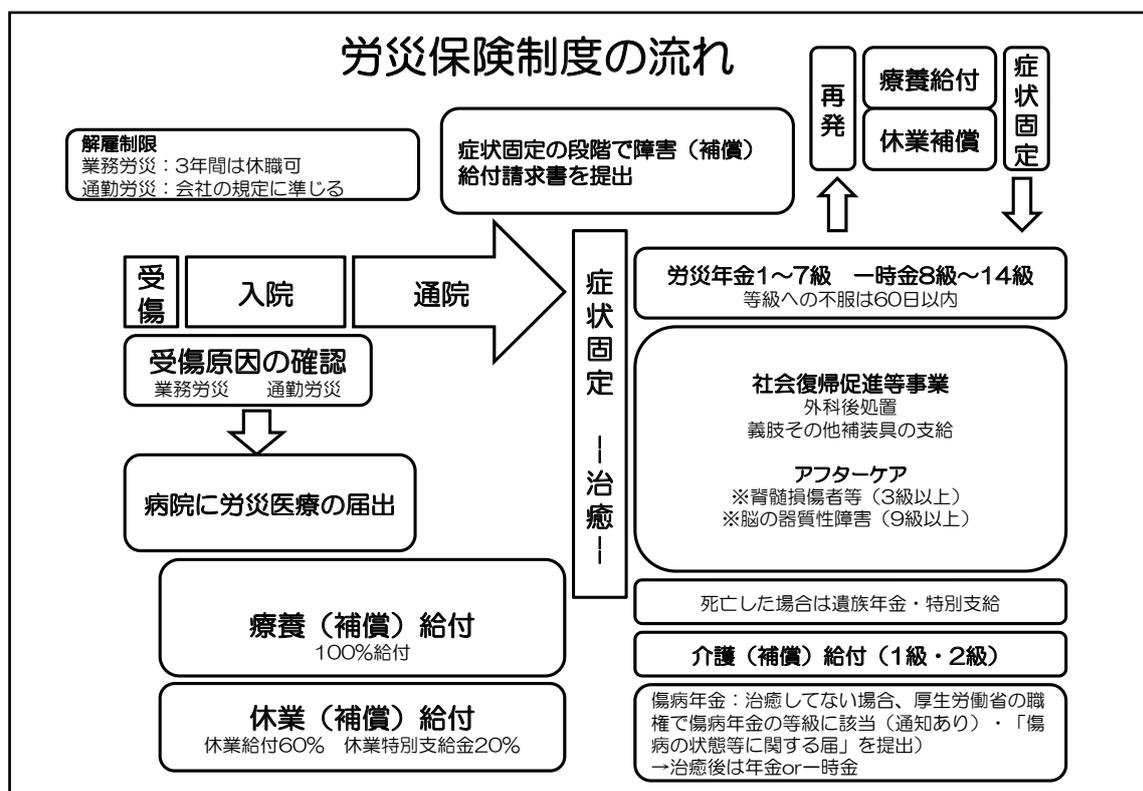
労働災害には、業務労災と通勤労災とがある。補償内容に変わりはない。業務労災の場合には、「休業補償給付」のように「補償」という用語がつき、通勤労災の場合には「休業給付」のように「補償」という用語がつかない。なお、業務労災の場合には療養中は3年間の解雇制限がある。

治療期間中は、労災保険から医療費として療養（補償）給付と休業補償給付が行われる。休業（補償）給付は賃金の 8 割が支給される。

症状が固定して積極的な医療を要しなくなった段階で症状固定の診断書を提出する。後遺障害の程度により、障害（補償）給付が行われる。

障害（補償）給付は 1 級から 7 級までが労災年金の給付となり、8 級から 14 級までが障害補償一時金（所定金額の補償により終了）の給付となる。

また、脳損傷のような中枢神経・精神機能の障害により1・2級の労災年金を受給する者には、介護（補償）給付が行われる。脳外傷で9級より重い障害補償給付を受けている者には「脳の器質性障害に係るアフターケア」として健康管理手帳が交付される。病院に健康管理手帳を定時すると症状固定後も月に一度程度の受診および投薬などに対して自己負担が生じない。



2) 事例から労災保険保障を知る

～業務中の転落事故により脳外傷を受傷し、労災年金1級となった給付基礎日額1万円のAさんの例～

:療養補償給付…医療費

症状固定(治ゆ)までは労災保険適用部分の医療費自己負担はない。

:休業補償給付

休業(補償)給付は、給付基礎日額の6割と休業特別支給金の2割の計8割となるため、Aさんの場合は月額24万円ほどになる。

:障害(補償)年金〔傷病年金〕

労災では脳損傷は1・2・3・5・7・9・12・14級3号の等級のいずれか(併合の場合はことなる)になる。Aさんは後遺障害1級3号であるため給付基礎日額313日分が年金となり、障害補償年金額は313万円(非課税)である。他にボーナス受給者にはボーナスに対応する部分の障害特別年金(最高で150万円)が加算される。

なお、傷病年金(1級～3級)とは、受傷からおおよそ1年6ヶ月以上の期間にわたり積極的な医療が必要であるために「治ゆ」(症状固定)の状態にならない人に対して労働基準監督署が職権で認定する年金である。傷病年金には療養給付(労災医療)部分がついているため医療費の自己負担がない。治ゆした場合には障害年金に移行する。

なお、仮にAさんが厚生年金または国民年金に加入していた場合には、障害厚生年金(障害基礎年金を含む)または障害基礎年金と労災障害補償年金の両方を受給できる。ただし、労災年金が一定率減額される。

:障害特別支給金

障害特別支給金とは労災障害等級が決定した時に支払われる年金とは別の一時金である。1級は342万円である。

:介護(補償)給付

脳損傷により障害(傷病)年金が1級又は2級の場合(併合の場合には3号の等級が1級か2級であること)には介護給付の対象になる。1級は常時介護となり家族等が介護した場合には月額56,790円(2級は随時介護なり月額28,400円)が支給される。1級の人が介護事業者等に介護費用を支払った場合には104,730円を上限とした額(2級は52,370円)が還付される。

:労働福祉事業等

労災保険には労働福祉事業等の制度がある。前記したボーナス部分に対応する障害特別年金などの「特別支給金」や「義肢等の支給(修理)事業」、「アフターケア」などや、労働福祉事業団が実施している自動車購入資金貸付、それに(財)労災ケアセンターが実施している労災特別施設事業(入所施設労災ケアプラザ)などがある。Aさんが車いす使用者であれば車椅子は労働福祉事業から支給される。ただし、入院や外来中で治ゆの予定が未定で療養給付を受けている場合は、障害者自立支援法による補装具給付を先ず活用することになる。

3) 労災年金と国民年金、厚生年金との併給調整

労災害補償給付(労災年金)と障害基礎、障害厚生(共済)年金とは併給が可能である。ただし、併給の場合は公的年金の種類により労災年金額が調整される。老齢基礎年金・老齢厚生年金と労災年金とは調整されない。

また、20才以前に労災事故により労災年金を受給した場合には20才になっても障害基礎年金は支給されない。

4) 労災保険制度活用のポイント

ア. 労災事故でないかを確認する

アルバイト等の通勤途上での災害や、雇用主が労災保険未加入の場合でも労災保険は

適用される。労災事故であるかどうかの判断は、会社が行なうのではなく労働基準監督署が行う。会社が労災事故と認めないような場合は労働基準監督署に相談をする。

イ. 症状固定(治ゆ)は、月末日が望ましい。

休業(補償)給付は、症状固定日までになる。障害(補償)年金は、症状固定の翌月からになるため症状固定日は、月末の方が望ましい。

ウ. 復職時期と症状固定時期の確認をしましょう。

症状固定をすると療養給付が終了となるため一般的には休職の理由がなくなる。ただし、復職までに時間を要する場合もあるため、その間の休暇が可能であるか勤務先と事前に調整をおこなった上で症状固定について医師と相談を行なうことも必要である。なお、症状固定前に復職することは可能である。労災年金を受給していることが復職や新規就労を妨げるものではない。給与の支給を受けていても労災年金の受給は可能である。

エ. 医師に日常生活状況を十分に報告する。

高次脳機能障害は認定上不利になりやすいため、医師に日常生活状況を十分に説明する。できればエピソードなどを含め日常の状況を記載して医師に提出をしておく。後遺症診断書提出時には、神経心理学的検査結果があれば添付してもよい。

オ. 日常生活状況について記録を作成して労災病院への受診時に活用する。

労災認定を受けた者が障害認定のために指定された労災病院などで診察を受ける際、本人が障害認識をしていないために、医師の質問に対して「問題がない」と回答をしてしまい、不利な等級認定になってしまうことがある。そのため、必要に応じて家族が医師に対して実際の生活状況の説明や日常生活状況の記録などを提示することを勧めたい。

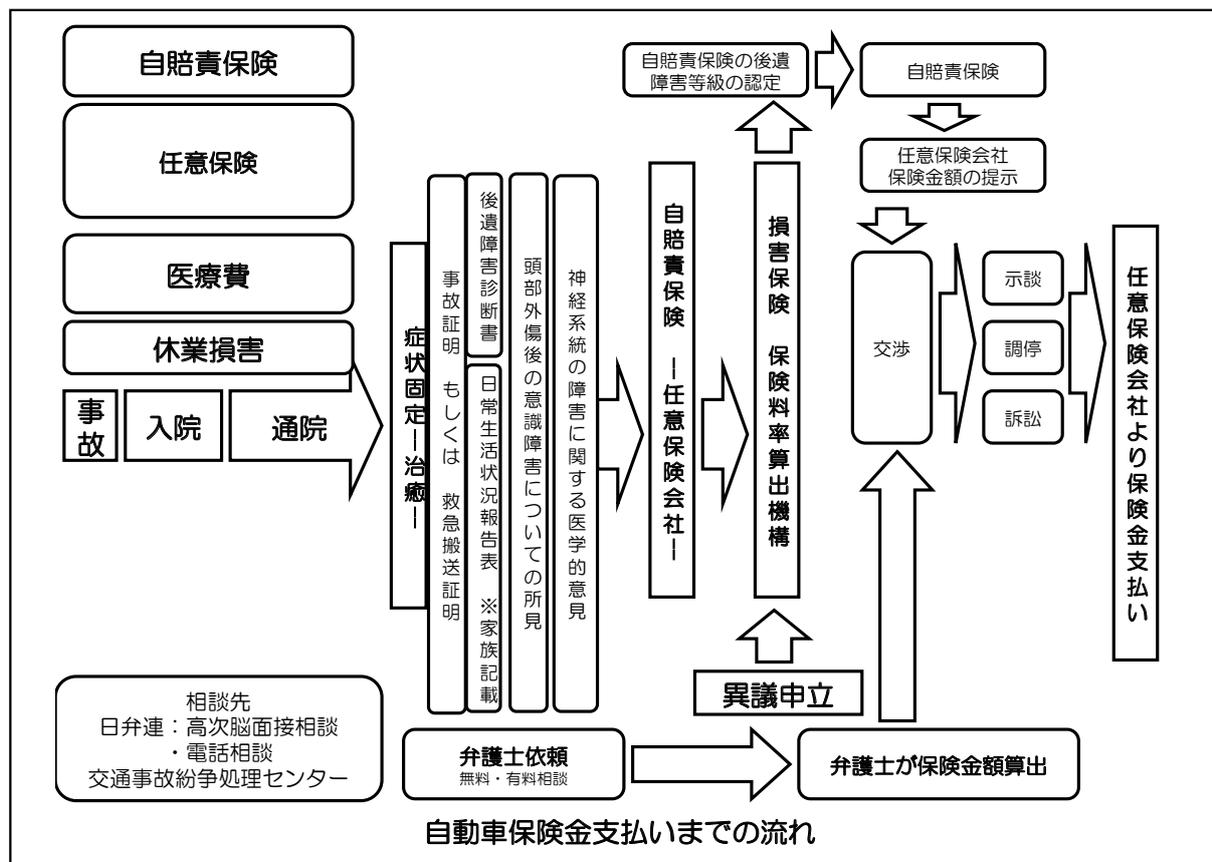
4. 自動車保険制度関連

1) 自動車保険の概要

自動車保険制度には、自動車賠償補償責任保険(以下自賠責保険)と自動車任意保険制度(以下任意保険)がある。

自賠責保険は強制加入であり、被災者救済的な要素をもっている。自賠責保険は医療費120万円、後遺障害3000万円(「神経系統の機能又は精神の障害」については平成14年4月以降の事故の場合、1級は4000万円、2級が3000万円)が最高損害賠償額である。自動車保険の後遺障害等級は自賠責保険における等級であり、任意保険会社は、自賠責保険における等級に基づき賠償額を算定している。自賠責保険の等級が

確定すると自賠責賠償額を任意保険に先んじて受け取ることは可能である。



任意保険は、強制保険では不足する賠償額を補うために個人が任意に保険契約を行うものであり、後遺障害の場合には、保険金として入院費用（付添・雑費等を含め）、休業損害、慰謝料、逸失利益、介護料などが支払われる。実際の損害補償額は、損害額を積み上げ、その上で過失割合による相殺が行われ決められる。

交通事故では、加害者加入の自賠責保険が任意保険と別会社でも任意保険会社が対応の窓口になることが一般的である。

2) 自損事故、加害者が強制保険のみの事故、無保険の場合

加害者が自賠責保険のみの加入の場合には、賠償額を自賠責保険のみでまかなうことが困難な場合があり、加害者個人にも賠償能力がない場合には被害者が正当な賠償を得られないということが生じることがある。また、加害者が自賠責保険未加入である場合やひき逃げなどの被害により脳外傷になってしまった場合も同様である。

このような場合には、被害者本人や被害者家族が加入している任意保険（対人賠償保険）の内容を確認することも必要である。

下記のア～ウ以外に被害者が加入していた任意保険に「人身傷害補償保険」が付加

されていれば医療費や休業補償などを受けられる可能性がある。

ア. 政府の保障事業

加害者が特定できないひき逃げ事故や自賠責未加入の無保険車、自賠責が対応しない泥酔運転事故にあった場合に自賠責保険と同様の保障を政府が行う事業である。窓口は何れの損害保険会社でもよい。

イ. 無保険車傷害保険

無保険車傷害保険は、被害者や家族が加入している任意保険の対人賠償保険に付帯しており日ごろ意識していない自動車保険内容である。無保険車傷害保険は加害者が任意保険の対人賠償保険に未加入であった場合や賠償額が加害者の対人賠償保険限度額ではまかなえない場合に被害者加入の任意保険が保険金支払いの対応を行うものである。ただし、保険金支払いは死亡と後遺障害に対してであり最高額は2億円である。無保険傷害保険の内容はいくつかの種類があり、自家用自動車総合保険（SAP…歩行中の家族の交通事故を含む）や自動車総合保険（PAP…契約車両に搭乗中の被害者と搭乗者）などがあるため、該当するかどうかの確認が必要である。

ウ. 自損事故保険

自損事故保険は本人（被保険者）の任意保険の対人賠償保険自動的にセットされている保険であり、本人と搭乗者に対して死亡時（障害）で最高1500万円の保険金支払いとなる。

3) 自動車保険の障害等級基準

自賠責保険の障害等級基準は労災保険の後遺障害等級に準拠している。同じ基準を用いているが自賠責保険では労災のような高次脳機能障害整理表を用いずに高次脳機能障害の独自の解釈基準を用いている。

なお、自賠責保険と労災保険では同じ後遺障害等級基準を用いているが審査機関が異なるために同一の等級になるとは限らない。

4) 公的年金・労災年金と自動車保険の支給調整について

自動車保険による損害賠償と障害基礎、障害厚生（共済）年金、それに労災災害補償給付（労災年金）との併給は可能であるが、障害基礎・障害厚生（共済）年金は受傷日より2年間、労災年金は受傷日より3年間支給停止される。

5) 相談機関

日弁連交通事故相談センター（高次脳機能障害専門相談東京など全国に数箇所設置）、自動車保険請求相談センター、市町村の事故相談法律相談などがあるが、弁護士に依頼をして損害賠償交渉を行う場合には、弁護士との契約が必要となる。なお、交通事故紛争処理センターは無料で効力を伴う和解斡旋までを行う。

6) 自動車事故対策機構の介護料支給制度

独立行政法人自動車事故対策機構の介護料支給制度は、自賠責保険等級が1級3か4号者、2級3か4号者、または自損事故（競技レース等での事故は不可）により同程度の障害状態により介護を要する者に介護料を支給する制度である。労災制度の介護（補償）給付とほぼ同程度の内容になっている。

介護料の対象条件には過失責任等は含まれないため、重過失により自賠責保険適用にならなかった者でも自損事故者と同様の手続きを行えば申請は可能である。なお、自賠責等級の通知をなくし、保険会社等にも等級の証明が残っていない場合には自賠責保険適用者でも自損事故者と同様の手続きが必要である。自損事故の場合には、「交通事故証明」「後遺障害診断書」などの書類が必要である。なお、「事故証明」は保存期間が5年間であるため、市町村に保管されている台帳に交通事故による受傷であることが明記されていれば事故証明の代わりになる場合がある。

また、家計中心者の所得制限（1千万円）や労災・介護保険制度との併給制限、福祉施設入所者（全福祉施設ではない）への制限などがある。

介護料は、3段階（特一種・一種・二種）からなり、例えば、一種者の場合では、家族介護で月額58,570円、ヘルパー等に介護費用を支払う時には108,000円である。また、車椅子やベッドなど特定の介護用品の購入にも介護料は適用される。

詳しくは、交通事故対策センターの各支部へ。

【ポイント】

・自動車保険と労災保険の症状固定日は必ず同じ日にする

自動車保険が適用され、第三者災害届を出して労災保険を通じて医療費を請求している場合には、労働基準監督署は、医療費を自動車保険会社に請求（求償）をしている。自動車保険の後遺障害診断書や労災の障害（補償）給付診断書は、症状固定の診断書であるため、何れかが提出されるとそれ以降は、自動車保険および労災保険での医療費対応は不可となる。積極的なりハ段階で自動車保険会社より後遺障害診断書を渡され医師に記載してもらい提出してしまい、その後も労災で診療を受け続け、結局は医療費の支払い先がなくなり問題となる場合がある。

・外傷性高次脳機能障害の目安

外傷性高次脳機能障害といえるためには以下のような目安があり、原則として全てに該当することが必要となる。

- ① 交通外傷による脳の受傷を裏付ける画像結果の証拠があること
- ② 一定期間の意識不明状態が継続したこと（JCS：ジャパン・コマ・スケールで100以上、GCS：グラスコウ・コマ・スケールで8点以下が6時間以上継続すると予後が悪いとされる。また、JCS1～2桁、GCS13～14点の軽度意識障害が1週間以上続くと障害発生の可能性が出てくるとされる。）
- ③ 認知・行動・人格変化等の一定の異常な傾向が生じる

・事故の状況を確認

脳外傷者の場合は、事故時の記憶がない場合がほとんどである。事故の目撃者、事故現場の確認を早期に行うことが必要といわれる。

・弁護士の活用と弁護士への障害理解を図る

交通事故により高次脳機能障害などの高次脳機能障害が生じた場合には、任意保険会社との賠償交渉に弁護士依頼をすることが望ましい。弁護士が高次脳機能障害自体を理解していない場合や弁護士にとっても個々人の障害状況を捉えにくいという場合があるため、弁護士に対しても高次脳機能障害や個々人の状況についての説明を家族が十分に行うことが必要である。

・弁護士依頼の費用について

弁護士に依頼をする場合には、弁護士費用が心配という人が多い。弁護士費用は平成16年度より料金が自由化されたがそれ以前に日弁連などが定めた報酬基準が現在もおおよその目安になっているようである。弁護士費用は着手金と報酬金からなり、例えば1億円の保険金受け取りの場合は着手金3%程度、報酬金6%程度など依頼者が受ける利益額により割合を定めていることが一般的である。着手金を心配するケースが多いが、まずは弁護士事に有料（無料）法律相談を行い、費用の相談なども行ってみるとよい。弁護士を介して法律扶助協会より着手金等を借りることや、交通事故の場合には着手金の後払いなど事務所により費用の相談にも対応しているようである。

・異議申立の活用

自賠責保険の等級審査を行っている損害保険料率算出機構では異議申立の請求を受け付けている。

・自損事故者で生活に何らかの介護を要する者は介護料申請

自損事故で生活上に何らかの介助を必要とする者は、自動車事故対策センターの介護料申請を行うことを勧めたい。介護料制度には矛盾があり、脳外傷者の場合

には、3級3号（3級3号などとの併給2級）でも生活上の介護を要する者がいるが自賠責保険で認定通知が残っている者は介護料の対象にはならない。逆に自損事故者の場合には、介護の状況により審査を受けるため3級3号と同程度でも介護料に該当する場合がある。

5. その他の経済的保障に関連する制度

1) 傷病手当金

健康保険（国民健康保険以外）に加入している労災を原因としない脳損傷者が治療のために休職となり給与が支給されない場合には、傷病手当金が支給される可能性がある。傷病手当金は、給与の2/3相当である。受給中に退職しても治療が必要なために働けない状態が続けば最長1年6ヶ月間支給される。ただし、脳損傷によりすでに障害厚生年金を受給している場合には、傷病手当金の額が障害厚生年金の額を上回る場合のみ差額部分が支給される。

また、傷病手当金は同一の疾病については、原則1回の支給であるが、疾病が完治した後には再発した場合には、再度支給される場合がある。

なお、障害基礎年金を受給していた人が就労し健康保険に加入した後に新たな他の疾患（例えば車いすから転落して骨折等）により休んだ場合には傷病手当金が支給される（組合健康保険などによっては対応に違いがある）。

2) 失業保険の活用

就労中の脳損傷者より失業した場合、雇用保険に加入（6ヶ月以上）していれば失業保険の受給の可能性がある。例…45歳の健常者で雇用保険加入期間が20年以上の場合には支給日数が150日なのに対して、障害者の場合には、45歳で1年以上雇用保険に加入後に退職した場合には360日の支給日数となる。在職中に障害者手帳を所持していると「就職困難者」として一般の失業者よりも長期間失業保険が給付される。そのため、退職の方向性がある場合には高次脳機能障害のみでも在職中又は支給開始延期の期間に精神障害者保健福祉手帳取得の可能性を検討することが望ましい。

なお、仮に失業保険受給中にてんかん発作等によりしばらく求職活動ができなくなった場合には失業保険制度の傷病手当金が受給できる。

失業保険は働ける状態にあることが条件になるため、失業時点で療養中であれば失業保険の開始の延長届を職業安定所に必ず提出するようにする。最長3年間は支給開始を延期することができる。

なお、傷病手当金、労災休業（補償）給付、傷病年金受給中の人は療養中の扱いになるため失業保険の受給はできない。

3) 生命保険

民間保険会社の代表的な生命保険としては、死亡保険（定期や養老保険）がある。死亡保険には特約として災害保障や傷害特約等がついていることが多い。一般的に死亡保険では、高度障害保障を設け、死亡に準じた取り扱いをしている。

高次脳機能障害者が高度障害として認められるケースは、認知症状態により意志疎通が困難で常時の介護（寝たきり）を要する状態のようである。交通事故や転倒などの災害により受傷した場合には、傷害特約の付帯を確認する。特に高次脳機能障害以外に身体障害としての片麻痺などが合併している場合には該当する可能性がある。

なお、住宅ローンには生命保険（高度障害の場合は生命保険金がローンで相殺）がついている場合が多く高度障害の状態にある場合には確認が必要である。

VI 権利擁護関連

障害者の権利擁護に関する制度としては、成年後見制度と地域福祉権利擁護事業（福祉サービス利用援助事業）をあげることができる。高次脳機能障害者および家族にとって権利擁護の問題は欠かせない課題である。本人・家族にとってこれらの制度が具体的にどのように実際の生活と結びつくものなのか、そしてどのような時に活用すればよいのか検討しておくといよい。

1. 成年後見制度

成年後見制度は、禁治産者制度が廃止され新たに設けられた後見制度である。

成年後見制度は、契約等の法律行為や財産管理等を行う上で理解判断能力が不十分な人の権利を擁護するための制度である。成年後見制度には法定後見と任意後見との2種類がある。

法定後見は、すでに判断能力等が不十分な者に後見人等を付ける制度である。

任意後見は、認知症状態等になり判断能力が不十分になった時に備えて後見人を選出しておく制度である。親や介護者が健康な間は、家族が財産管理等を行っていても、加齢により判断能力が喪失した時に任意後見人に当事者の法定後見手続きなどを依頼しておくこともできる。

1) 法定後見の3類型

法定後見の程度は、精神機能上の障害（痴呆や知的障害・精神障害、高次脳機能障害もこれらに入る）により事理を弁識する能力が不十分な程度により、後見・保佐・

補助の3つに分類されている。

* 後見は、本人に判断能力がない場合が対象となる。例えば日常の買い物なども困難な場合などである。

* 保佐は、本人の判断能力が著しく低下している場合が対象となる。例えば、日常の買い物程度はできるが、財産管理などは困難な場合などである。

* 補助は、本人の判断能力が不十分な場合が対象となる。例えば、重要な財産管理などを単独で行うことが困難な場合などである。

2) 後見人の役割

後見人には以下のようないくつかの役割を行う義務がある。①、財産管理を行うこと・預貯金等の管理や保険料の支払いや保険金の受け取りなど、②、本人の生活状況への配慮（身上監護）・施設の利用契約や転居などへの契約行為が円滑に行われるようにすること、③、アドボカシー（本人の権利の代弁）・本人の人権が侵害される危険がある場合に本人に代わり苦情申請を行うなど、④、見守り・転居などの環境変化に伴う不適応や家庭内外での暴力的被害がないかなどへの支援や保護の要否の確認。

なお、入院等の身元保証人の役割や本人の「一身上の権利」とされる結婚や離婚などについては、後見人の役割や権限に含まれない事柄である。

3) その他、申請や相談について

申し出は、家庭裁判所に行い、申し出者が選出した後見人が適切であるか家庭裁判所が審判を行う。身寄りが無い、家族が後見をおこなうことが不適切であるなどの場合には、家庭裁判所が後見人の選出を行う。

本人の財産である不動産の処分等を行う必要性が生じた場合などは、後見人が家庭裁判所に申し出を行い、処分の可否判断は家庭裁判所が行う。家庭裁判所は後見人による本人への権利侵害等が生じないように後見人監督人を付けることができる。

第三者が後見人になった場合には後見人に対して財産管理業務等に対する報酬の支払いが必要である。

成年後見制度について相談は、家庭裁判所、神奈川県社会福祉協議会「ばあとなー神奈川」、財団法人リーガルサポート、財団法人社会福祉士会神奈川支部などが行っている。

・ 「後見」は選挙権がなくなり、「補助」は本人の同意が必要

「後見」は理解判断能力を喪失している人が対象となる。本人の日用品程度の買い物も困難な者が対象であるが安価な日用品などについては後見人が取り消さない

ことが一般的なようである。「保佐」は判断能力が著しく不十分な者が対象となる。自動車購入や不動産売買、金銭の貸し借りなどは保佐人に同意権や取消権が与えられる。選挙権はある。「補助」は財産管理などに支援が必要な者が対象となる。そのため「補助」では補助人の同意権や取消権の範囲を家庭裁判所が個別に決定をする。「補助」の申請には本人の同意が必要となる。

高次脳機能障害者の中には障害認識が不十分で経済行為にリスクが大きくても支援の必要性を認めない者もいる。本人の金銭管理をする能力に課題があり経済的な危機等に陥る可能性がある場合には「保佐」か「後見」での申請を行うことが必要と考えられる。

・「後見」「保佐」は原則鑑定書が必要。「補助」主治医意見書が必要

「後見」「保佐」の審判には原則的に家庭裁判所は鑑定書を求める。「補助」については、主治医（かかりつけの内科等でも可）の意見書が必要である。

・契約型福祉サービスの時代を迎えて成年後見制度は身近な制度になる？

介護保険制度や障害者自立支援法による福祉サービスも契約の時代を迎えている。施設や在宅福祉サービスを行う事業者と利用者が対等に契約を行うためには、利用者に契約能力が十分あることが必要である。しかし、高次脳機能障害によりこのような能力に制限がある場合には、本人の責任能力や権利の擁護の面から成年後見制度の活用が必要であるか検討が必要である。現状は成年後見制度を活用しないで家族が契約の代理をしていることが多い。

2. 地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）

地域福祉権利擁護事業は、知的・精神障害や痴呆などにより日常生活を営むのに障害がある者に対して、日常生活における金銭管理や在宅福祉サービス等の契約等の援助を行う制度である。

成年後見制度は、財産管理等に関して法的な保護を行う制度であるが、地域福祉権利擁護事業は、精神上の障害などにより日常生活に関する行為を一人で行うことが困難な者に対しての生活支援サービスを行う事業である。

地域福祉権利事業を利用する場合は、市区町村の社会福祉協議会に申請を行う。市区町村社会福祉協議会は、生活支援員をつけて貯金の引き出しや支払い等の援助を行う。生活支援員の援助を受ける場合は、生活保護世帯以外は有料である。

3. 権利擁護センター

障害年金などを家族が使い込んでしまう、或いは家庭や施設での暴力など、痴呆老

人や障害者への権利侵害行為に対して、福祉専門家や弁護士が相談援助を行う事業である。

神奈川県では市区町村や各社会福祉協議会が窓口となり、神奈川県社会福祉協議会「かながわ権利擁護相談センター あしすと」がこの事業を行っている。横浜市では「横浜生活あんしんセンター（横浜市および各区社会福祉協議会）」、川崎市では「川崎市あんしんセンター（川崎市および各区社会福祉協議会）」、相模原市では「相模原あんしんセンター（相模原市社会福祉協議会）」が同様の事業を行っている。

【ポイント】

・単身生活やグループホーム生活では、地域福祉権利擁護事業の活用を。

高次脳機能障害者の場合は、前記したように生活施設の利用が難しい社会的な状況がある。そのため、単身生活やグループホームで生活を行う場合、地域福祉権利擁護事業による生活支援員の活用が有効な支援となる可能性がある。

Ⅶ 高次脳機能障害者と家族への相談機関

1. 地域の中の相談機関・相談支援者

1) 市町村の障害福祉担当課

市区町村の障害福祉担当課は、障害者手帳やサービス利用の申請窓口および障害者福祉サービスの支給決定の役割を持つ。同時にケースワーカーや保健師が配置されており個別の相談支援の窓口にもなっている。障害者自立支援法後も市町村の相談支援における役割の重要さには変化がないと思われる。

高次脳機能障害については、徐々に理解が進みつつある。今後は医療、保険、職業分野の相談については広く浅い情報提供を担えるようになることが必要と思われる。

2) 市町村委託の相談支援事業者

障害者自立支援法施行は、地域の相談支援機関は都道府県により指定され、市町村から委託を受けた「指定相談支援事業所」が中心になる。指定相談支援事業所は、個々の利用者への相談支援からサービス利用、社会参加までのプランを作成し実際にホームヘルパー等のサービスを行なう事業者とも調整をおこなう役割を担うことになる。

市町村委託の相談支援事業者は身体、精神、知的の3障害の相談への対応を行なう

ことが原則である。

3) 相談支援従事者（障害者）と介護支援専門員

障害者自立支援法では、相談支援従事者が相談事業所に配置されることになる。都道府県実施の研修を受講することが相談支援従事者の要件である。

介護保険法では、介護支援専門員（ケアマネジャー）が資格制度として位置づけられており、介護保険サービスを利用するためにはほとんど場合に介護支援専門員がケアプランの作成、サービス事業者間の調整、利用者の相談支援に対応している。

4) 障害福祉相談員

身体障害者相談員と知的障害者相談員、精神障害者相談員は都道府県および政令指定都市の委託を受けて地域内の身体障害者や知的障害者、精神障害者の相談支援を担っている。

2. 県内の広域を対象にした相談支援機関

1) 高次脳機能障害支援拠点施設

「高次脳機能障害支援普及事業」により神奈川県では平成18年に高次脳機能障害支援拠点施設が設置されており、高次脳機能障害に関する総合的な相談窓口になると思われる。

2) 保健所

精神医療などへの相談支援などを行なっている。精神障害者への保健福祉圏域における専門的な助言等の役割も担う役割が期待されている。

3) 当事者団体

脳外傷友の会や高次脳機能障害者関係の当事者団体が各地に発足しており、情報提供やセルフヘルプグループ活動・ピアサポート活動も始まっており、高次脳機能障害者には貴重な社会資源になっている。

神奈川県では、NPO法人脳外傷友の会ナナが神奈川リハ病院内の協働事業室にてピアサポート事業等を実施している。

4) 総合リハセンターや病院などのソーシャルワーカー

総合リハセンターや病院のソーシャルワーカーは、比較的多彩な情報を持っているため、入院中に関りのあったソーシャルワーカーなどを退院後も必要時に活用するとよい。