

市町村・指定相談支援事業者向け

# 高次脳機能障害 相談支援の手引き

～ 支援の導入と障害の理解～



神奈川県リハビリテーション支援センター

ホームページ <https://www.chiiki-shien-hp.kanagawa-rehab.or.jp>

# 目次

高次脳機能障害～よく見られる症状～	1
-------------------	---

## I-A 支援の導入

1. ケースの発見	4
2. 相談受付	6
3. 情報収集	7
コラム『高次脳機能障害・器質性精神障害・認知症は違うの?』	8
4. 情報提供	9
5. 相談開始時簡易チェック表の活用	10
6. 拠点施設の活用	12
コラム『高次脳機能障害支援普及事業』	13
コラム『診断や評価はなぜ大切なの?』	14

## I-B いろいろな相談への対応

1. ニーズが定かでない相談・家族より	18
2. ニーズが定かでない相談・本人より	19
3. リハビリテーションを希望する人への相談・両親より	22
4. 自宅外の活動場所の確保についての相談	23
5. 復職についての相談・妻より	25
6. 新規就労についての相談・本人より	26
7. 生計や経済的保障についての相談	28
8. 行動障害を持つ人のサービス利用についての相談・妻より	29
9. サービス事業者からの相談・デイサービス職員より	31
コラム『高次脳機能障害者へのリハビリテーションとは?』	33

## II 日常生活にみられる高次脳機能障害

1. 日常生活の中の高次脳機能障害を見逃さないために	35
----------------------------	----

コラム『支援を必要とする人を見過ごさない』	43
-----------------------	----

### Ⅲ 相談支援は高次脳機能障害者と家族への理解から

1. 高次脳機能障害者と家族の相談の特徴	46
2. 高次脳機能障害をもつ本人について知る	48
3. 高次脳機能障害者と暮らす家族について知る	50
コラム『ピアサポートは必要？どこで受けられる？』	52

### Ⅳ 資料

参考資料1 脳損傷と高次脳機能障害について	55
参考資料2 高次脳機能障害の理解と対応	59
参考資料3 高次脳機能障害に関連する社会制度	86
参考資料4 用語集	123

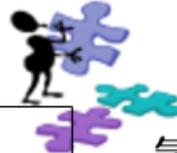
# 高次脳機能障害 ～よく見られる症状～

行動にまとまりがない

覚えられない

## 記憶障害

新しいことが覚えられない  
忘れっぽいことに気づいてない  
日付や場所が分からない  
昔のことが思い出せない



気が散りやすい

## 注意障害

集中できない  
うっかりミスが多い  
持続性に欠ける  
二つのことに  
気が配れない

## 遂行機能障害

計画を立てられない  
優先順位が決められない  
段取りが悪く  
テキパキ要領よくできない  
行動の途中で混乱する

どこが悪いかわからない

## 病識欠如

障害があることを理解できない  
なんでもできていると思っている  
人の意見を聞かない

こだわりが強い

## 固執性

気持ちが切り替えられない  
同じことをし続ける  
1つのことを繰り返し言い  
続ける



自分では何もしようとしない

## 自発性の低下

やる気がない  
動きたがらない  
何でも面倒に感じる

子供っぽくなった

## 依存性・退行

人に頼る  
口先ばかりで行動が伴わない  
家族に代弁を求める

我慢ができない

## 欲求コントロール低下

いくらでも食べてしまう  
先のことを考えずにお金を使う  
待てない



ささいなことで怒り出す

## 感情コントロール低下

気分がムラがある  
場にそぐわない泣き笑い  
一度にいろいろなことがあると  
パニックを起こす

しゃべれない

失語

話すことや言葉の理解が難しい  
書くことや読むことが難しい



道具が使えない

失行

動作がぎこちない  
思い通りに動けない  
操作手順が分からなくなる

見ているものが分からない

失認

見えているのに  
何か分からない  
知っている人の顔が  
見分けられない



人間関係を作るのが苦手

対人技能拙劣

相手の気持ちを察することができない  
他者の落ち度を過度に指摘する  
一方的な主張をする

片側を見落とす

半側空間無視

片側にあるものに気づかない  
食事を食べ残す  
人や物にぶつかる  
文章の左側を見落とす など

落ち込んで何もできない

抑うつ

やる気が出ない  
一日中横になっている  
悲観的になりやすい

場所が分からない

地誌的障害

道に迷う  
場所や方向など  
位置関係が分からない

★症状の説明にご利用ください。必要な方にはコピーしてお渡しください★

## I－A 支援の導入

# I-A 支援の導入

～高次脳機能障害者と家族への支援では支援の導入部分が重要になります～

## 1 ケースの発見

本人や家族、それに病院スタッフも高次脳機能障害の存在に気がつかないことがあります。そのため、相談支援者と高次脳機能障害者や家族との出会いは「高次脳機能障害のために困っている」という相談で始まるとは限りません。

本人や家族への支援ではケースの発見が重要になります。相談窓口の担当者は、高次脳機能障害の原因となりやすい傷病名の人への相談を行なう場合には、高次脳機能障害が社会生活に影響をおよぼしていないかを確認しましょう。社会生活上の制限に高次脳機能障害が関連している場合には、支援の内容や方法に違いが生まれることがあります。

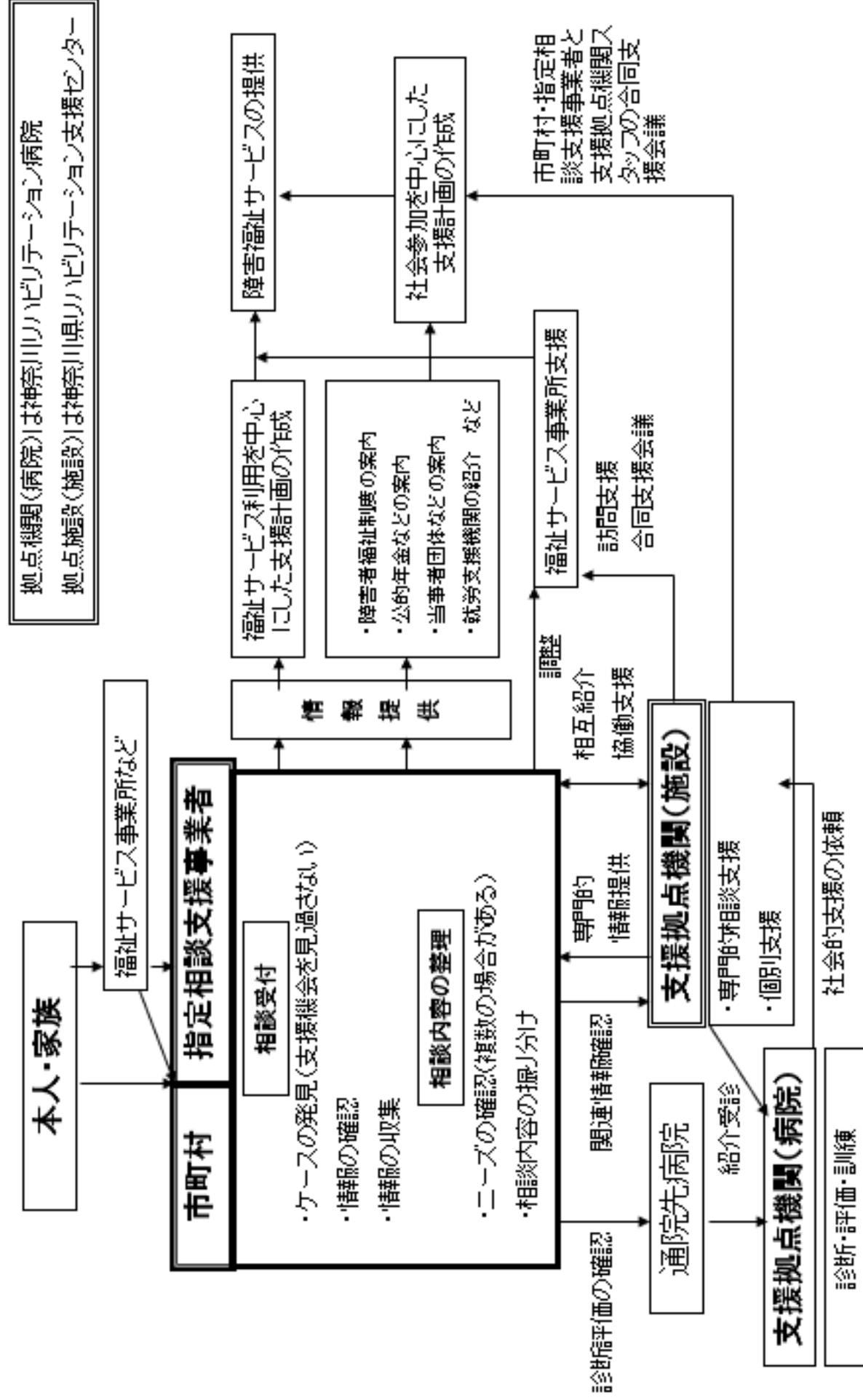
ケースの発見は、相談窓口で待つだけでなく広報活動や訪問活動などにより対象者を見つけることも必要ですが、まずは、窓口などに見えた人をしっかりと把握することなど身近なところからケースを発見することが大切です。

特に全般的な脳損傷を生じやすい脳外傷(外傷性脳損傷)やクモ膜下出血などの傷病名の場合には、受傷・発症後に気がかりな点がないかを家族などに確認してみると良いでしょう。

### 高次脳機能障害の原因疾病

局所的な脳損傷を生じやすい疾患	広範な脳損傷を生じやすい疾患
・脳卒中・脳腫瘍など。 → 失行、失認、失語など巣症状といわれる症状が生じることがある。	・脳外傷・蘇生後脳症(低酸素脳症)・クモ膜下出血・脳炎など。 → 情報処理、遂行機能、行動モニターなど前頭葉機能に関連する諸症状を生じることがある。
診断書などに記載されている傷病名	
・脳卒中(脳出血、クモ膜下出血、脳血栓、脳塞栓)。 ・脳腫瘍。 ・脳外傷(脳挫傷、びまん性軸索損傷、急性硬膜下出血など)。 ・心停止後の蘇生後脳症(低酸素脳症)。 ・ウイルス性脳炎 ・(進行性疾患は行政的な高次脳機能障害診断基準には含まれない) など。	

# 市町村・相談支援事業者による初期相談から支援計画検討までの対応の流れ



## 2 相談の受付

～本人や家族が話をしてよかったと感じられるようにすることが大切～

### (1) 相談者は家族であることが多い。

相談はほとんどの場合に家族から寄せられます。家族は配偶者・親など立場により抱える悩みやストレスが異なります。

### (2) 発症・受傷からの時間経過により相談者の状況が異なる

受障から間もない期間は、機能回復のためのリハビリテーションなどについての相談などが多くなる傾向があります。また、在宅生活を開始した当初は特に家族の困惑が強く情報が的確に入りにくい時期といえます。この時期は本人らしさが変化してしまったことへの困惑感・悲嘆や対応方法が分からないなどの悩みが寄せられます。在宅生活が長くなると悩みが具体的に becoming 傾向があります。

また、受障からの時期に関りなく、社会的行動障害についての相談は、支援者にとっても対応が難しい相談です。このような場合に「警察に相談してください」というような紋切り型の対応を行うと相談者は、それ以降相談に見えなくなる傾向があります。

### (3) 話を聞く姿勢が重要

本人や家族は過去に相談機関を利用しても十分な対応が得られていない場合があります。どれだけ情報提供できるかよりもどれだけ話を受け止めてもらえたかにより、本人や家族は相談をしたことに意味を感じるといいます。それにより、具体的な課題に取り組む必要性や、支援を活用しようとする思いが育まれます。

### (4) 本人や家族の憤りが支援者に向けられることがある

本人や家族の混乱状態が強い時には、喪失感などや交通事故の加害者に対する怒り、それに周囲の理解の薄さなどに対する憤りが相談支援者に向けられてしまうことがあります。支援者はそれを本人や家族の葛藤が深いあらわれであると理解しましょう。相談支援者が「残念ながら今の状況に対応できるサービスはありません」と善意を込めて対応した場合でも、本人や家族は一層の絶望感を感じる場合があります。仮に家族の憤りが相談支援者に向けられても「必要な時にはいつでも声をかけてください」という対応が大切です。本人や家族と関係を継続できる状況をつくるのが相談受付の基本です。

ただし、本人の拘りが強く一度マイナスの感情を抱いてしまうと修正が難しい場合などは、必要に応じて担当者の役割分担を行いましょう。

### 3 情報収集

#### (1) 主訴の整理を手伝う

本人や家族は、往々にしてこれまでの人生の経験則では対応できない未曾有の状況の中におかれています。発症・受傷からの葛藤や現在のさまざまな思いなどを含めてたくさんのお話を話さずにはおられません。主訴も一つではなく複数のことが多いと思います。

本人や家族の中にはさまざまな困惑がつながりあって増幅してしまい、具体的にどのような支援を求めればよいのか分からないという場合があります。

相談支援者は相談内容を①障害についての情報、②治療・リハビリ、③本人への対応方法、④障害者福祉サービス、⑤経済保障(補償)、⑥就業や社会参加などに振り分けてみましょう。

そして、整理した主訴の項目を相談支援者に確認をしましょう。情報収集には相談者自身が悩みを整理するという支援が含まれています。

#### (2) 本人からの情報収集

高次脳機能障害を持つ本人は状況を十分に把握する力が弱いと相談支援者が決め付けないことが大切です。仮に本人の話にまとまりがない場合でも、本人が現状をどのように認識し、どのような生活を目指し、どのような生活は避けたいと考えているかは、支援を行うに当たり欠かせない情報です。

#### (3) 家族からの情報収集

身近で暮らす家族は、本人の発症・受傷以前との変化をもっとも捉えることができる立場の人です。家族がどのような点に変化を感じているかを確認しましょう。家族からは、本人の日常生活の行動についての情報が得られると思います。

ただし、家族が本人の状況を過大・過小に捉えていることもあります。家族からの情報だけに頼ると本人の意向を軽視してしまうことや本人との関係づくりに影響が生じることがありますので、注意が必要です。

#### (4) 医学的な情報の収集

治療を受けている病院で高次脳機能障害の評価を受けているかを確認しましょう。実施している場合には、家族がどのような説明を受け、どのように説明を捉えているかを確認しましょう。本人や家族の心情や現状に対する認識を推察することができます。

家族が病院から評価報告書を渡されている場合もあります。情報収集のためには、本人・家族の了解を得て評価を行った病院の担当者へ連絡をして情報を得ることも必要です。

(55 頁 資料1「脳損傷と高次脳機能障害について」、124 頁 資料4「用語集」参照。)

## コラム

### 高次脳機能障害・器質性精神障害・認知症は違うの？

高次脳機能障害と器質性精神障害、認知症の範囲を明確に分けることは難しいことです。仮に症状が同じであっても行政的な制度や国際的な診断基準、それに診療科の違いなどにより用いられる用語が異なります。ただし、高次脳機能障害という用語でくくり、独自の支援が提供されることを必要とする人たちが、存在することは確かです。

	高次脳機能障害	器質性精神障害	認知症
代表的な診断基準、および障害の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モデル事業診断基準。</li> <li>・労災診断基準。</li> </ul> (注意・記憶・遂行機能障害、社会的行動障害、失行等の器質性精神障害の一定範囲の症状。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICD-10(WHO 国際疾病分類)</li> </ul> (器質性精神障害は脳組織の損傷を原因とする精神障害。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長谷川式簡易認知症検査(HDS-R)。</li> </ul> (認知症は健忘を含む精神機能の低下をさして使われることが多い。認知症の原因疾病は多様である。)
使用分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハ医療等。</li> <li>・障害者福祉行政全般。</li> <li>・医療保険診療報酬基準。</li> <li>・労災保険、自動車保険。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科医療等。</li> <li>・精神保健福祉行政。</li> <li>・公的年金。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療科全般。</li> <li>・介護保険</li> </ul> (介護保険は加齢に伴う疾患に限定。脳卒中やアルツハイマー病など。)
主な対象と特徴	主に若年期から壮年期。非進行性であり、発症、受傷後に長期に改善が見られる場合がある。	年齢を問わず。アルツハイマー病や脳血管性痴呆、進行性の変性疾患などによる場合も含む。	主に壮年から高齢期。部分的な精神機能の低下から全般的な精神機能の低下へ進行する場合がある。

\*高次脳機能障害については、高次脳機能障害支援モデル事業による行政的診断基準を参考に記載。

## 4 情報提供

### (1) 情報提供には診断・評価結果が重要

診断や評価に基づく情報がない場合には、まず診断や評価を本人や家族が得られるための情報提供を行ないましょう。障害についての情報を得るためには、リハビリテーション関係の病院やモデル事業時の拠点病院である神奈川リハビリテーション病院などの活用も一つの方法です。

### (2) 幅広い範囲の情報提供

本人や家族にとっては情報が無いということ自体が不安材料になります。高次脳機能障害は障害者福祉、年金制度、障害者雇用制度など多くの制度に関係する障害です。特に交通事故や労災事故のような経済保障に関する制度では高次脳機能障害の特徴を本人や家族が十分に認識していることが必要であり、適切な情報提供が欠かせません。

支援者は障害福祉制度以外に高次脳機能障害に関連する情報を日ごろから確認しておきましょう。

(86 頁 資料3「高次脳機能障害に関連する社会制度」を参照)

### (3) 内容を分けて情報提供を行う

情報には、障害に関するもの、制度に関するもの、支援機関に関するものなど様々です。伝えるべき情報は、整理して分かりやすく伝えましょう。情報を伝える過程で本人や家族の潜在的なニーズがはっきりしてくることもあります。

### (4) 情報は書面にして渡す

本人に記憶障害がある場合や家族が混乱状態にある場合には、情報はとても入りにくい状態といえます。必要な情報は、具体的な相談先やどこでどのように相談をすればよいかについて具体的なアドバイスも入れ、情報はメモなどの書面にして渡しましょう。

### (5) 専門的な総合相談機関の活用

広範な制度活用についての情報提供や障害状態からどのような情報が関係するのか判断に迷う時には、拠点施設の支援コーディネーターなどを活用しましょう。

## 5 初期面談時の簡易チェック表の活用

次ページの初期面談時の簡易チェック表は、項目をすべて聞き取るためのものではありません。電話や面談時に得られた情報から相談支援の上で必要となる情報を確認することや、関連する制度や支援機関に関する情報をもれなく本人や家族に提供するために活用します。

### 初期相談時簡易チェック表の活用例

20歳、大学生、交通事故、脳外傷、受傷後6ヶ月、外出に付添い必要という情報からは、チェック表の項目にある多くの情報収集と情報提供が考えられます。いくつかを紹介します。

#### 得られた情報

・20歳  
・大学生  
・交通事故  
・脳外傷  
・外出に付添い  
・受傷後6ヶ月  
など

#### 情報の確認

・事故の状況  
・診断と評価の有無  
・障害の理解の有無  
・受傷時以降の改善  
・自宅内生活状況  
・困っている人  
・年金加入状況  
・自動車保険内容  
・障害者手帳取得意思  
など

#### 情報の提供

・障害評価や説明を行う機関  
・リハビリ訓練の機関  
(病院や更生施設など)  
・当事者団体(ピアサポート)  
・復学支援に関わる機関  
・福祉、年金、保険制度概要  
など

## 障害の確認と情報提供のための初期相談時簡易チェック項目

### 相談受付者

相談受付日	年 月 日 ( )	住所 連絡先		
氏名・年齢	( 才)	本人の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	相談者と本人の関係
相談内容の振り分け	<input type="checkbox"/> 障害の情報 <input type="checkbox"/> 治療リハビリ <input type="checkbox"/> 生活・対応方法 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 経済・保障 <input type="checkbox"/> 就業関係 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
他機関とのつながり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 病院関係者 <input type="checkbox"/> 福祉関係者 <input type="checkbox"/> 就業支援機関 <input type="checkbox"/> 学校関係者 <input type="checkbox"/> 拠点施設 <input type="checkbox"/> その他 [機関名 担当者職種 ]			
受傷・発症前職業	<input type="checkbox"/> 学生 ( ) <input type="checkbox"/> 就業者 (職種 ) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 無職 ( <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 休職活動なし ) <input type="checkbox"/> 休学中 ( ) <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 療養通院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 精神科病院 <input type="checkbox"/> 福祉施設 ( )			
発症・受傷からの時間	<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上			
傷病名	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳外傷 <input type="checkbox"/> 低酸素脳症 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災事故 <input type="checkbox"/> その他事故 ( )			
脳外傷の意識喪失期間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 1時間以内 <input type="checkbox"/> 1日以内 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1週間以上 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 )			
高次脳機能障害の診断	<input type="checkbox"/> あり (病院名 ) <input type="checkbox"/> なし			
高次脳機能障害の評価	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 評価報告用紙を持っている <input type="checkbox"/> 持っていない ) <input type="checkbox"/> なし			
評価結果がある場合、又は聞き取りからの推測	<input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 ( ) <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他① ( <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 易疲労 ) <input type="checkbox"/> その他② ( )			
高次脳機能障害の理解	本人 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
その他の障害	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 ( ) <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
自宅内生活能力	<input type="checkbox"/> 誘導や促し必要 <input type="checkbox"/> 行動に確認必要 <input type="checkbox"/> 金銭管理が必要 <input type="checkbox"/> 感情・行動抑制への対応が必要 <input type="checkbox"/> 自立			
自宅外活動能力	<input type="checkbox"/> 外出に付添い必要 <input type="checkbox"/> 金銭使用管理必要 <input type="checkbox"/> 対人関係に課題あり <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 自宅外活動問題なし			
困っている人 (要支援者)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> 学校教諭 <input type="checkbox"/> 福祉サービス事業者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (障害名 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 希望していない			
公的年金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年金制度の知識	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受給中 (厚生・国民 級)	
自動車保険の対応知識	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弁護士依頼中	労災保険の対応知識	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受給中 ( 級)	
その他関連制度の活用	<input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 交通事故対策機構介護料 <input type="checkbox"/> 生命保険障害特約 <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 携帯電話割引 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
備考				

## 6 支援拠点機関の活用

高次脳機能障害支援モデル事業では、拠点施設及び拠点病院が指定され支援事業が行われました。平成18年10月からの「高次脳機能障害支援普及事業」においてもほぼ同様の支援の展開がされている。

「高次脳機能障害支援普及事業」においては、都道府県が支援拠点機関を指定します。市町村や指定相談支援事業者の相談支援者は、高次脳機能障害者や家族への相談支援を行うにあたり、以下のような対応が必要などときには支援拠点機関の活用を検討しましょう。

- ・診断、評価の受け方についての相談。
- ・高次脳機能障害であるか判断が難しい時の相談。
- ・身体障害、知的障害、精神障害のどの分野の支援が適するか判断が必要などとき。
- ・本人や家族の障害理解の促進が必要などとき。
- ・福祉サービス事業者などに専門的な支援が必要などとき。
- ・リハ専門職が地域内の支援検討会議などに参加することが必要などとき。
- ・社会的ゴール設定を定めにくいとき。
- ・福祉制度以外の総合的活用案内を本人や家族に行うことが必要などとき。

# コラム：高次脳機能障害支援普及事業

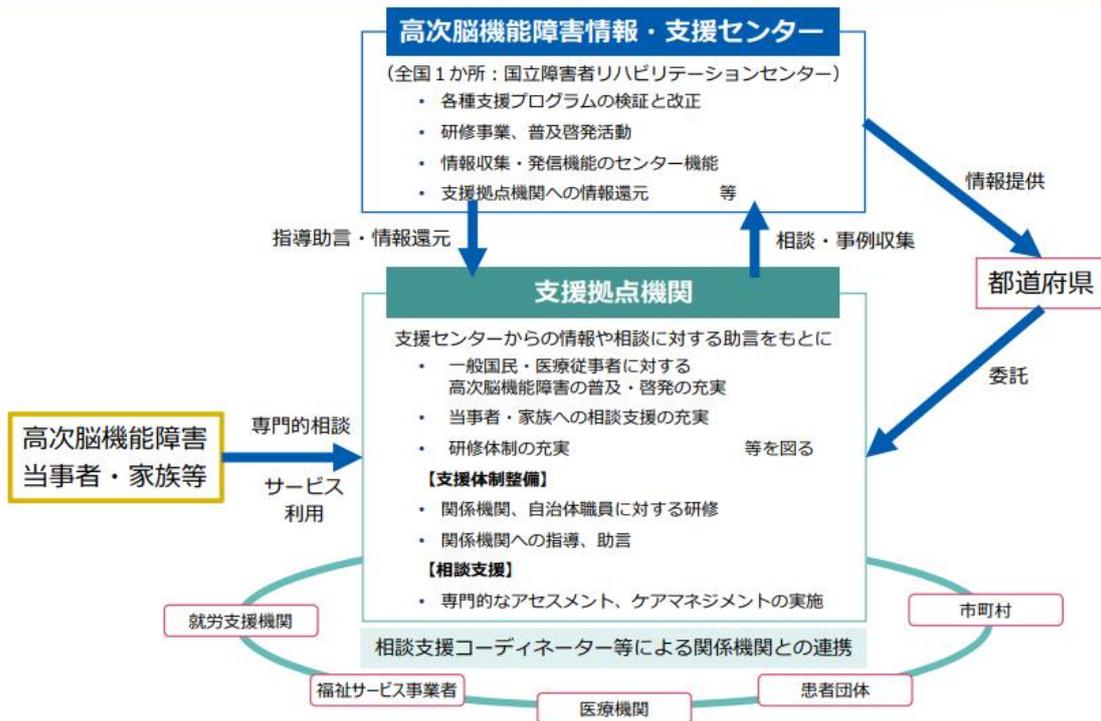
平成18年10月から障害者自立支援法による広域的・専門的相談支援事業として「高次脳機能障害支援普及事業」が実施されました。

この事業は、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの充実、高次脳機能障害に関する研修等を行い、高次脳機能障害者に対して適切な支援が提供される体制を整備することを目的としています。

具体的には、都道府県が支援拠点機関を指定して、支援拠点機関は相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携・調整を行うというものです。支援拠点機関の役割は、個別支援が必要な人への直接支援、地域の支援機関が対応している高次脳機能障害者への間接支援、地域の支援機関への専門的な支援、それに自治体職員、福祉事業者等を対象にした研修などです。

高次脳機能障害支援普及事業(イメージ図)

## 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業



## コラム 診断や評価はなぜ大切なの？

高次脳機能障害の有無の判断や障害者福祉サービス、経済的保障制度の活用のためには医学的診断が必要です。(精神科医療では高次脳機能障害を「器質性精神障害」と診断することが一般的ですが制度活用上の問題は生じません)。

高次脳機能障害ほど評価が重要といわれる障害はないかもしれません。それは、障害の様相が非常に多彩であることや、障害の程度の判断が難しいことなどが理由です。

評価は、高次脳機能障害者への様々な支援の方向性や対処法の検討や実践を行う上での根拠になります。相談支援では、家族やサービス提供者が評価に基づいた情報を持ち対応をしているかを確認することが大切です。

### 1 評価の方法

- \*画像診断・脳損傷の場所や範囲から障害像や程度を評価。
- \*神経心理学的評価・各種の検査法を用いて障害の内容や程度を評価。
- \*行動観察・受障以前との比較や行動の特徴から障害の状況を評価。

◇神経心理学評価では、評価中の行動観察も重要です。単に知能指数がいくつであるのか、記憶障害があるのかだけの評価にならないためにも、経験をもつ心理士などの存在が重要になります。医師、心理士などや家族が情報を持ちよることで「わかりにくい障害」が明らかになることがあります。ただし、高次脳機能障害の程度や内容を正確に評価する方法は確立していません。

### 2 評価の目的

- ・本人が障害に気づき、対処法を習得することや支援の必要性を理解するため。
- ・家族が本人への理解や対応方法を理解するため。
- ・職場や学校などの本人の身近な人が本人を理解するため。
- ・支援者が情報提供や支援計画を策定するため。
- ・リハビリテーションアプローチの方法を検討するため。
- ・医学、職業、社会リハビリテーションなど、どのようなリハビリテーション支援が必要かを検討するため。
- ・身体障害、知的障害、精神障害のうち何れの福祉サービスが本人に適しているかを検討するため。
- ・経済的保障制度(公的年金・自動車保険・労災年金)における後遺障害診断が適切に行われるため。
- ・本人の回復程度を確認するため。 など

## **I－B いろいろな相談への対応**

## Ⅰ-B いろいろな相談への対応

高次脳機能障害者や家族からは、いろいろな生活上の相談がよせられます。ただし、相談はデイサービス利用希望というように具体的なニーズがはっきりしている相談とは限りません。障害者福祉サービスの提供がイコール支援と考えてしまうとそのようなサービスにつながりにくい高次脳機能障害者の場合には、「相談されても対応できるサービスがありません」という対応を相談支援者が行ってしまう可能性があります。

どのような支援が必要かを一緒に考えることにより、本人や家族が相談支援者を身近に感じられるようにすることが相談支援対応では大切なことです。

そのためには、① 本人や家族についての理解、② 障害の特徴についての理解、③ 適切な情報提供、④ いろいろな支援者との出会いを作ること(移行支援)などを踏まえた対応が相談支援窓口には求められています。

また高次脳機能障害者の相談に対応する相談支援者が理解しておくべき基本的な留意点を幾つかあげると、以下のようになります。

**\*一人の相談の中には複数の対応すべき項目が含まれている可能性がある。**

**\*社会生活に制限をもたらしている原因が高次脳機能障害だと分かるだけでも精神的な負担が軽減されることがある。**

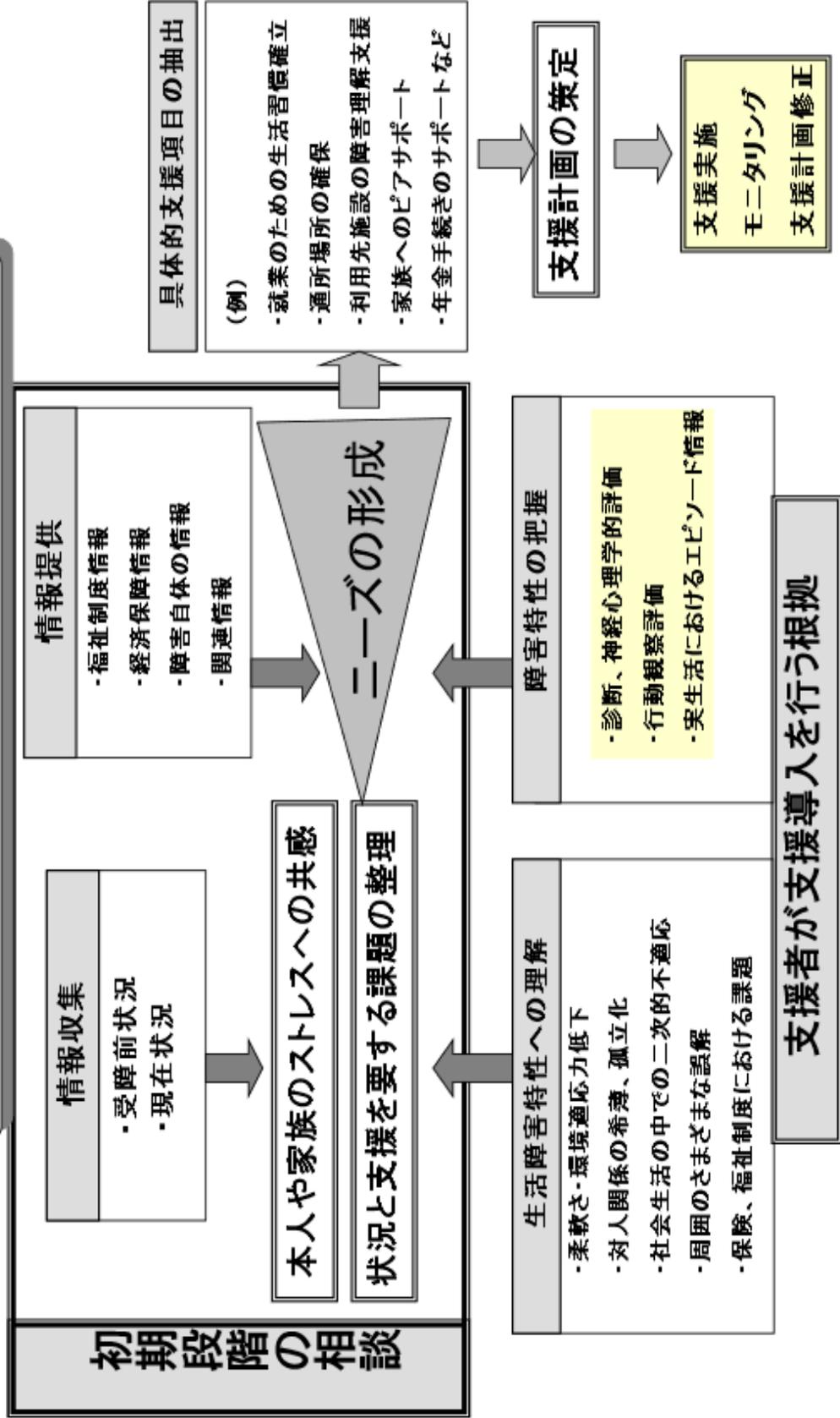
**\*高次脳機能障害者への支援は周囲の理解や対応の変化への働きかけも重要となる。**

**\*本人は失敗経験などを重ねて社会や人との関係に自信を失っていることがある。面談時の本人の言動だけではそれを理解しにくい。**

**\*家族は家族の悩みを正面から聞き一緒に考える人(相談支援者)を求めている。**

**\*相談支援者は、「この人(家族)には支援が必要」という好意的な関心を持つことが必要である。**

# 高次脳機能障害者・家族のニーズ形成



事例はすべて実在ではありません。

## 1 ニーズが定かでない相談・家族より

28歳の男性Aさん。ウィルス性脳炎。発症後1年。会社を退職して自宅生活。父は会社員、母は専業主婦、会社員の兄と4人暮らし。

### 【相談の内容】

退院後に家庭復帰をしましたが、本人の様子が変わってしまいました。少し前のことも忘れ、気になることがあるとそのことを言い続けます。自宅内の生活では促しや確認が必要です。慣れた場所でも方向が分からなくなることがあります。本人には深刻な様子はなく、妙に明るいくらいです。本人がどうなってしまったのか、これからどうしたらよいか分かりません。

### 【支援者の対応】

- ・両親が何に悩み困っているかを面談時に書き出しましょう。日々の対応や将来のことなどをできるだけ多く話してもらい、話しの内容により「障害への戸惑い」、「本人の生活の方法」、「家族自身の不安」などに分類してみましょう。
- ・Aさんの障害についての評価がまだであれば、専門病院などで評価を受け、Aさんや家族が障害についての説明を受けられるように支援をしましょう。
- ・家族には、当事者団体やピアサポートについての情報を提供しましょう。
- ・必要となる支援がいくつか見えてきた段階で本人が支援を受け入れる状況にあるか確認しましょう。本人が支援を受け入れにくい状況であれば、支援拠点機関とも連携して本人に支援の必要性を認識してもらうところからアプローチを始めましょう。

### 【ポイント】

- ・困っていることを支援ニーズにすることが相談支援者の役割です。そのためには、高次脳機能障害に伴い生じる生活障害について理解をしておく必要があります。
- ・周囲の対応などに影響を受けやすい高次脳機能障害者の場合には、家族が動揺していると家庭内で相互のストレスなどが一層深まることがあります。家族サポートは本人サポートのためにも重要になります。

### 【対応の結果】

- ・家族は専門病院で診断評価を受け、Aさんの状態が脳損傷の症状であることを知り、親が甘やかして

しまい回復が悪いのではないかなどというような懸念が薄らぎました。

・家族は本人の葛藤への理解が深まりました。また、障害という視点で本人を理解し対応を考えることの必要性に気づきました。

・家族は、本人のサポーターとしての役割を意識するようになりました。

・家族は、他にも同じような悩みを持っている人たちがいることを知り、他の家族とも連絡をとるようになりました。

## 2 ニーズが定かでない相談・本人より

30歳男性Bさん。21歳の時に交通事故で脳外傷。両親と3人暮らし。Bさんは約束なしに頻繁に相談窓口に訪れる。

### 【相談の内容】

Bさんは仕事をしたいといつも話を始めますが、途中でBさんは「仕事は無理ですよ」と言い出すなど、話に一貫性がありません。

職業安定所に相談するように助言しても、一度も行っていないようです。相談に来るたびに同じ話をして前回の話はあまり覚えていない様子です。

本人は「行くところがない」とも言うため、「仕事が難しいのなら、地域作業所はどうか」と担当者が話をすると、「仕事をしたいと相談にきているのに相談に乗ってくれない」と不機嫌になってしまいます。

本人は相談窓口に何を相談したいのか自分でもはっきりしていないようです。

### 【相談支援者の対応】

・記憶障害や論理的な思考の組み立て、優先順位を決めることが難しい場合には同じ話を繰り返す、話がそれてしまう、一貫性がないというようなことが起こりやすくなります。

面談時に本人の話を図などにして整理しましょう。図にすると本人と支援者の両方が課題や何を次に行えばよいか気づきやすくなります。面談の度に図を持ち出して繰り返し確認した内容を振り返りましょう。

・Bさんのニーズは、自分の方向性が欲しいということかもしれません。本人が障害によりプランニングする力が低下している場合には、相談支援者がイニシアティブをとり方向を一緒に考えて、その目的や意味を本人と確認する支援が必要です。単に地域作業所を紹介するのではなく、漠然とでも仕事をした

いというBさんの要望と上手くリンクさせながら、ステップアップという視点も取り入れニーズを育みましょう。

### 【ポイント】

・Bさんの主訴からははっきりしたニーズがわかりません。ただし、Bさんのように本人が来所している場合には支援ニーズの手がかりが得やすいといえます。

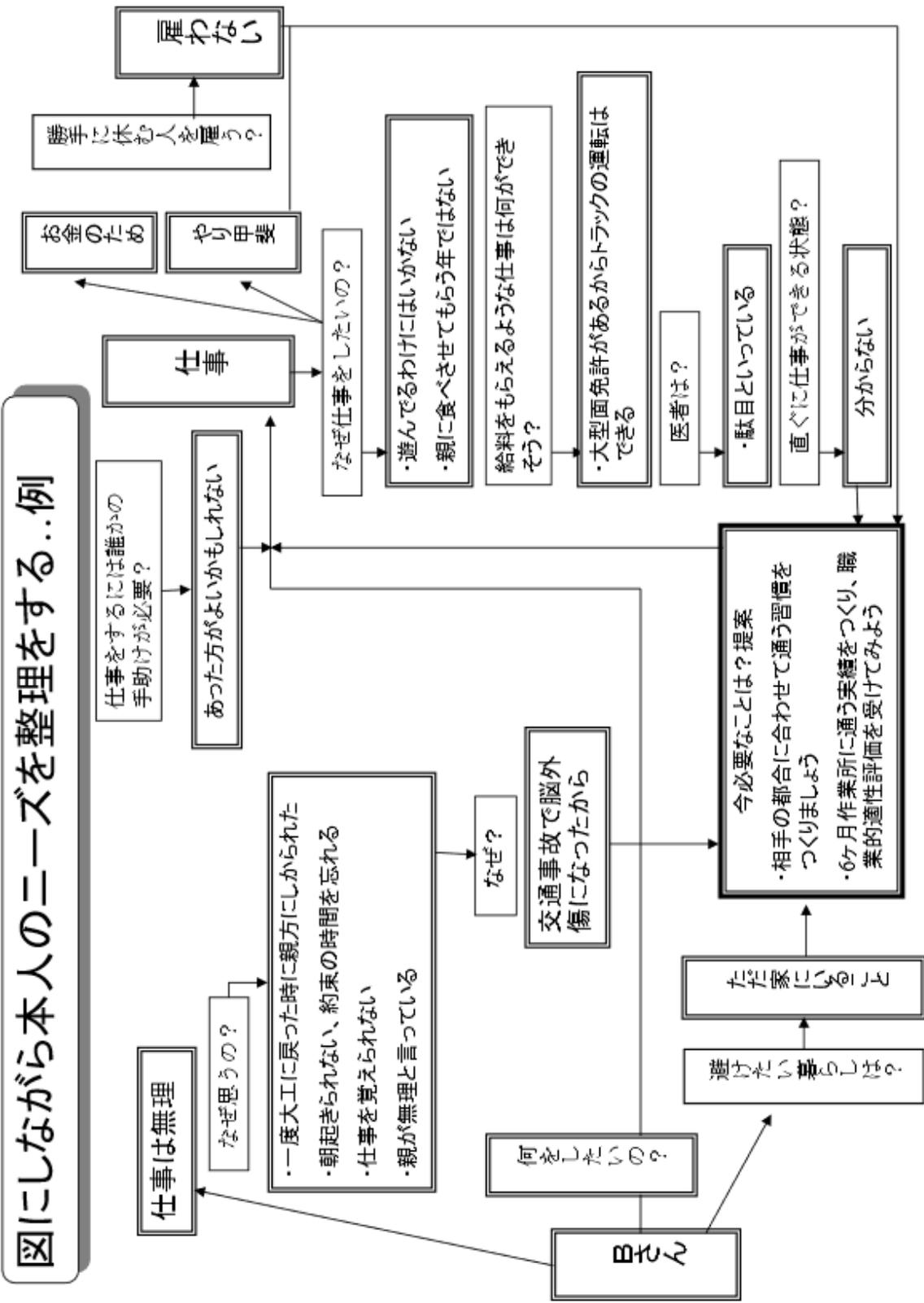
・本人と支援者の間で確認したニーズは、家族とも共有しましょう。また、家族以外に本人をサポートしている人も支援の方向性を共有しましょう。対応の違いは本人の戸惑いを招くこととなります。

### 【対応の結果】

・Bさんは作業所に体験通所しました。相談支援者は作業所職員にBさんには肯定的な声かけを多くして欲しいと依頼をしました。Bさんが行なった作業を職員が褒めてくれました。Bさんは受傷後はじめて結果を褒められる体験をしました。

・Bさんにとって作業所が居心地の良い場所となり、Bさんは通所を楽しむようになり、朝も起きられるようになりました。

・通所後1年経過してから、作業所のスタッフが就労支援機関と相談をして職場実習の話が出ています。



### 3 リハビリテーションを希望する人への相談・両親より

22歳の女性Cさん。転落による脳外傷。大学生(休学中)。両親兄弟の5人家族。

#### 【相談の内容】

受傷後3ヶ月で退院となり、その後3ヶ月間は通院中の病院で週1度の外来訓練を受けています。もっと回復できるリハビリテーション病院への入院を希望していますが、通院中の病院の主治医からは入院や外来のリハビリテーションよりも早期復学を勧められています。どこかよい病院があるか教えて欲しいのです。

#### 【相談支援者の対応】

- ・ 医学的なリハビリテーションの要否について、相談窓口の相談支援者が判断することは困難です。ただし、相談支援者は発症・受傷後6か月までは回復がよいがそれを過ぎたら回復しにくいというような一面的な情報提供は行わないようにしましょう。
- ・ 主治医は復学を勧めていますが、復学後の具体的な課題や大学側との調整など十分に行なわれているかを確認しましょう。リハビリテーションへの見解の違いにより病院や主治医との信頼関係が不十分な場合には、復学準備などの具体的な対応が進んでいない場合があります。
- ・ 医学的なリハビリテーションへの希望が強い場合には、専門病院で高次脳機能障害の評価を受けることが必要かを主治医と相談してみるように勧めることも必要です。相談支援者が専門病院についての情報提供を行う場合には、本人や家族のリハビリテーションへの期待だけが大きくなる可能性があるため、事前に専門病院(拠点施設)に状況を確認しておき、受診目的をはっきりとおくことも必要です。

#### 【ポイント】

- ・ 福祉の相談窓口で医学的なリハビリテーションを行う病院等の紹介を求める相談の場合には、利用先の病院と家族や本人のリハビリテーションに対する見解が異なり、病院に相談をしにくいという背景があるかもしれません。
- ・ リハビリテーションについての相談では、「現状で必要な支援は何か」を考えてみる必要があります。まずは「本人や家族の回復への期待」に耳を傾け、本人や家族の葛藤を理解することがその後の社会参加支援のための信頼関係づくりにもなります。
- ・ 回復という意味には、機能障害の改善以外にも適応力の向上という意味があります。適応力の向上は長期に続く場合があり、障害者福祉サービスにより適応力の向上支援を提供できる場合があります。

- ・ 高次脳機能障害者のリハビリテーションでは、障害認識の深まりや対人関係を含めた社会的な適応力の再獲得などが重要になります。そのためには、同様の障害をもつグループでの訓練や実現場面での訓練が効果的であり、身体障害者更生施設などで提供されるリハビリテーションの活用を検討することが必要な場合もあります。

#### 【対応の結果】

- ・ 両親が通院先の主治医と相談をしました。主治医からは専門病院での評価を受けて復学の準備を勧めることも良いとの判断をもらいました。
- ・ 専門病院で評価を受けました。専門病院からは、友人や大学の学生相談室の支援を受けながら、授業数を制限して復学をするようにとの助言を受けました。また、大学の学生相談室のカウンセラーと専門病院の心理士が定期的に情報交換を行うことになりました。
- ・ リハビリテーションについては、通院先病院と専門病院が復学後も継続してフォローし、6か月おきに神経心理学的検査などを行い、回復等の状況を確認していくことになりました。
- ・ 復学後に課題が生じた場合には、本人の不応などが深まらないように専門病院と通院先病院が連携して早期に本人への再支援計画の検討を行うことになりました。

## 4 自宅外の活動場所の確保についての相談・両親より

18歳の男性Cさん。17歳(高校2年時)の時に溺れて低酸素脳症。両親と妹二人の5人家族。

#### 【相談の内容】

退院後は自宅にいます。高次脳機能障害が重度であり、直ぐに気が散ってしまい、じっとしていることが難しいのです。

知的な能力はアンバランスで、年齢相応の会話をする時や幼い子どものような内容の話をする時があります。

自宅外では迷子になってしまうため、自宅では本人が無断で外にでないように母親がほとんど付きっきりの状態です。本人が自宅外で過ごせる場所が欲しいのですがこれまで相談したところからは難しいと言われていました。精神障害者保健福祉手帳は取得しています。

#### 【相談支援者の対応】

- ・ 通所先での集団活動への適応などが懸念される場合や、相談先の施設の職員が対応に不安を

感じている場合には、拠点施設等での評価や拠点施設などからのスタッフ派遣依頼なども検討しましょう。

- ・ 本人や家族は地域作業所やデイサービスのイメージをもっていないことが多いため、地域作業所やデイサービスの見学をすることは良いことです。
- ・ 事前に自宅外での日中活動の必要性について本人や家族と十分に確認をすることが大切です。見学をして本人が「行きたくない」となってしまうと、家族も消極的によりその後も社会資源の活用が難しくなる場合があります。
- ・ 17歳の受障のため更生相談所などに療育手帳の対象になるかを相談しましょう。療育手帳の取得により重度障害者医療費助成などの制度や利用可能な機関の幅が広がる場合があります。

### 【ポイント】

- ・ 中途障害児者の場合には、本人や家族は当然受障以前のイメージを思い続けています。日々の生活に困る状況があっても、精神障害者保健福祉手帳や療育手帳の取得に踏みきれていない本人や家族がいます。手帳の取得を勧める場合には活用のメリットを十分に説明しましょう。
- ・ 精神障害者保健福祉手帳を取得していることで、相談支援者は精神障害福祉関係に限定した社会資源の活用を考えないことが大切です。高次脳機能障害者の場合には、障害像により精神・身体・知的障害サービスの選択を柔軟におこなうことが必要です。
- ・ Cさんのような障害の場合には、行動の枠組みがあると本人も混乱しにくい傾向があります。自閉症などの対応になれた知的障害者の地域作業所やデイサービスなどが適する場合があります。

### 【対応の結果】

- ・ 療育手帳の取得ができました。
- ・ 主に知的障害者の対応を行っている地域作業所に通所が決まり、本人は自宅生活のみのときと比べて、表情も良くなりました。作業所の職員が一日のできごとをCさんが連絡帳に書く手伝いをして、Cさんは家族に作業所のできごとを話すようになりました。
- ・ 両親は当初、作業所に迷惑がかわらないか、知的障害の人と一緒にやってくれるか心配していました。本人が作業所に行くことを楽しみにしている様子を見て両親の懸念はなくなりました。
- ・ 作業所の職員は、当初、本人の対応に戸惑いを感じていましたが、本人が徐々に作業に取り組む時間が増えてきたことなど、状態が改善している様子を見てやりがいを感じるようになりました。また、Cさんのために準備した日課スケジュール表などは他の利用者にも役立つようになりました。

## 5 復職についての相談・妻より

40歳の男性Dさん。クモ膜下出血。妻と小学生の長男・次男との4人家族。

### 【相談の内容】

発症後5か月で営業職に復職しましたが顧客からの依頼内容を間違えることなどがあり、総務業務に配置転換となりました。

しかし、単純な計算ミスが多く、同僚との関係も上手いかわなくなり失職してしまいそうです。上司から先日自宅にも電話があり、このままでは仕事を続けてもらうことができないといわれました。ただ、本人は事態の深刻さをあまり感じていません。

### 【相談支援者の対応】

- ・ 高次脳機能障害の評価を受けているかを確認しましょう。
- ・ 就労支援機関を紹介しましょう。独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構神奈川障害者職業センターなどでは、復職支援や企業からの相談への支援も行っています。
- ・ 就労に支障が生じる程度の障害であれば、障害厚生年金の説明や万が一のための失業保険など経済的な面についての相談も行いましょう。

(85頁 資料3「高次脳機能障害に関連する社会制度」参照。)

### 【ポイント】

- ・ 障害福祉相談の窓口では復職後についての相談を受けることはすくないかもしれません。休職中や復職後の高次脳機能障害者は、どこにも相談をしていないことが多いからです。しかし、就労の継続に関する問題は家族の生計の問題であるため悩みは深刻です。
- ・ 身体障害者手帳や精神保健福祉手帳交付時に高次脳機能障害のリスクがある疾病の人については、職業生活の状況を確認してみましょう。
- ・ リハビリテーション関係者でも元の職場に早期に復職することや、刺激が多い方が回復によいと早期の復職を勧める場合があります。また、本人も一刻も早い職場復帰を希望します。Dさんは発症後5ヶ月で復職をしましたが早すぎた可能性があります。また、周囲の理解がない状況での復職であったために生じた問題であった可能性があります。高次脳機能障害者の場合には、早すぎる復職が離職の原因になることがあります。
- ・ 復職の前には、高次脳機能障害についての評価を行い、職場と十分な調整を行うことが必要で

す。復職の場合には、医学的な評価や職業的な評価、職場調整、復職後のフォローなど十分な支援検討が必要になります。また、課題が生じた場合に職場や本人が相談できる機関を確保しておくことも大切です。

#### 【対応の結果】

- ・ 専門病院を受診しました。専門病院では疲れやすさなどが著しく復職にはもう少し時間が必要であるとの診断でした。また、本人がミスなどに気づき予防的な対応方法を習得する訓練が必要であることから再度休職をすることになりました。高次脳機能障害の評価を受け、Dさんは復職後の問題が障害と関係していることを知りました。
- ・ 6ヶ月間の外来訓練の間に会社側に対して専門病院の主治医が障害についての説明を行い、会社側は障害に配慮した配置転換を検討することになりました。
- ・ 地域障害者職業センターも支援に関わり、障害者職業センターの職場復帰プログラムを活用しました。職務分析をもとにプログラム中に職場内訓練を行い、仕事の手順書や周囲の理解形成のための支援も行われ、Dさんは再度復職した後はパターン化しやすい職務をこなしています。

## 6 新規就労についての相談・・・本人より

26歳の男性Eさん。交通事故による脳外傷。母との二人暮らし。

#### 【相談の内容】

退院後にアルバイトを始めましたが、仕事を覚えるのに時間がかかることや、仕事の段取りが上手くできず作業が遅いため、二日間で辞めることになりました。

同じようなことが何度もあり、それ以降は自宅中心の生活をしています。夜は寝付けないので夜更かしをするようになり、昼夜が逆転しています。仕事をしたいのですが仕事が見つかりません。

#### 【相談支援者の対応】

- ・ Eさんは自信をなくしている可能性がありますので叱咤するような対応は避けましょう。
- ・ Eさん自身がアルバイトを続けられなかった理由をどのように捉えているのかを確認しましょう。同僚や上司から指摘されていたことがあればそれも確認しましょう。また、職場内のコミュニケーションが良好であったかなども確認するとよいと思います。
- ・ できるだけ家族とも面談を行い、家族が就労についてどのように考えているか、家族からみたEさ

んの日常生活状況の情報も得るようにしましょう。

- Eさんが高次脳機能障害についての評価を受けていない場合には、専門病院の紹介をしましょう。
- Eさんが就労について支援の必要性を認識している場合や、就労のための基礎的な力が備わっているかを確認する必要がある場合は、就労支援機関を紹介しましょう。その場合には、本人や家族の了解を得て、紹介先の就労支援機関と支援策を事前に相談しておきましょう。事前の相談内容としては、職業能力評価の結果として通所授産施設利用などを先んじて活用することが必要であった場合や、離職時に福祉的支援が必要な場合の役割分担などを相談しておくといえます。
- 障害者手帳を取得していない場合には、精神保健福祉手帳などの障害者手帳の取得についても検討してみましょう。

### 【ポイント】

- 高次脳機能障害者では「仕事をしたい」という主訴を持つ人が多いです。
- 受障後に就労の経験があるかを確認しましょう。就労の経験がある場合には新規就労にあたり就労支援の活用を本人が受け入れやすい傾向があります。
- Eさんには、更生施設や通所授産施設など生活リズムや対人スキルなどの就労の土台となる能力の向上が必要かもしれません。しかし、就労したいという相談に来たときに直ぐに福祉施設などの利用を勧めても本人は受け入れにくいと思います。一旦、就労支援機関などで職業能力評価などを受けてから、現実的なステップを検討する方法もあります。その場合には、就労支援機関と事前に相談をしておきましょう。
- 復職及び新規就労の支援では、ジョブコーチなどが実際の職場場面に入り、本人の状態にあった職務の検討や同僚のサポート方法などを一緒に考えることが重要になります。就労が継続できるための支援を念頭に相談を進めましょう。

### 【支援の結果】

- Eさんは、就労支援機関で職業能力評価と職業準備訓練を受けましたが、朝起きられずに欠席してしまうことや、疲れてくるとミスが出やすいこと、それに自分なりの考えで作業を行う傾向があり、直ぐに就労できる状況ではありませんでした。規則的な生活と作業体力の向上が必要であると就労支援機関より説明を受けました。
- 相談支援窓口の担当者がEさんの自宅近くの通所施設を紹介しました。通所施設では友人もでき休まずに通所するようになりました。Eさんは自宅中心の生活より充実感を感じるようになりました。

- ・ 通所1年後に地域内の就業・生活支援センターが関るようになり、Eさんの状態にマッチした職場が見つかりパート就労を行うようになりました。

## 7 生計や経済的保障についての相談・夫より

40歳女性Fさん。自転車でパートに行く途中に自動車にはねられ脳外傷。会社員の夫と保育園と小学1年生の子ども二人の4人家族。

### 【相談の内容】

先月退院しました。右片麻痺はありますが歩行はできます。ただし、高次脳機能障害により、トイレへの誘導や食事など生活全般にケアが必要になっています。

話の辻褄も合わず、日中はソファに座ってテレビを見て過ごしています。妻の介助と子どもの面倒を見るために仕事をやめました。

今は自動車保険から休業の保険金が出ており生活していますが、これからのことが心配です。福祉サービスの利用は費用の心配や、妻に役立つサービスがあるかわからず相談をしませんでした。

### 【相談者の対応】

- ・ 労災制度や自動車保険制度について夫がどの程度理解しているかを確認しましょう。夫の理解や情報が不十分であれば、労災保険や自動車保険、国民年金などの経済的な保障に関する制度をオリエンテーションすることが必要です。
- ・ 制度が多岐に及ぶため一か所で総合的な制度説明を行った方が良い場合には支援拠点機関の支援コーディネーターを紹介することも方法です。
- ・ 本人への日常の対応を行いながら家族が自動車保険などへの対処を円滑に進めることは難しいことです。交通事故の専用の相談窓口の情報などを紹介しましょう。

### 【ポイント】

- ・ 家族は日々のケアに追われ関連する経済的な制度について十分な情報をもっていない場合が多いと思います。公的年金などでは制度を知らずに未申請のままの人も散見されます。
- ・ 交通事故や労災事故による受傷の場合には、早期に制度全体の概要や流れを説明することが大切です。制度により窓口が異なることなど家族が制度の全体を把握することは難しいと思います。

一つの窓口で総合的な制度案内を行うことが家族支援では理想になりますが複雑な制度もあるため、相談支援者はどのような制度が関係するか、またどこに相談に行けばよいかについて情報提供できるようにしましょう。

- ・ 経済的な保障制度では、日頃ケアを行っている家族が本人の状況をしっかりと把握して、主治医に十分に説明しておくことが大切になります。相談支援者が日頃の家族の対応を確認することで家族がケアの内容を再確認することができる場合があります。

## 【支援の結果】

- ・ 自動車保険については、家族が弁護士に依頼をして介護費用などを含めた保険金を受け取ることができました。
- ・ 労災保険からは、労災年金が支給されるようになりました。また、国民年金からは障害基礎年金を受給できるようになりました。
- ・ また、労災保険からは夫の介護に対して介護給付を受けられるようになりました。
- ・ 経済的な懸念はなくなり、Fさんはデイサービス利用やホームヘルパー利用をできるだけ多く活用しています。Fさんがデイサービスを利用する時間に夫は子どもと公園で遊んだり、買い物を行うなど新しい生活スタイルが徐々にできてきています。

## 8 行動障害を持つ人のサービス利用についての相談・妻より

45歳の男性Gさん。脳炎後遺症。妻と中学生の長男との3人暮らし。

### 【相談の内容】

言葉の理解も難しく、じっとしていられないために目が離せません。お風呂に入れるのも大変です。無理に入れようとすると怒り出し殴ってくることもあります。

ヘルパーさんに見てもらえるような状態ではなく、夫が起きている間は家を空けられないので実母に手伝いに来てもらっています。精神科痴呆病棟に入院を勧められたことがありますが、夫は病気になる前は家族思いで、家族といるのが大好きでした。

家で過ごさせたいのです。それに経済的にも障害厚生年金だけなので、入院すると経済的にも大変になってしまいます。日中だけでも夫を預かってくれるところがあると助かります。

### 【相談者の対応】

- 重度の高次脳機能障害者の場合には、家族支援が重要なテーマになります。具体的なサービスの提供如何によらず、妻への精神的なサポートを行いましょ。
- 同様の困難さを抱えている当事者の家族との交流は家族にとって大きな気持ちの支えになることがあります。当事者団体の情報を提供しましょ。
- Gさんを受け入れる施設はないと相談支援者が決め付けないようにしましょ。相談支援者は、精神科デイケアを行っている病院や重度の行動障害を持つ知的障害者への支援を行っている施設などに連絡をとり、資源の開拓のための取組を行いましょ。
- 重度の行動障害を持つ人の中には、本人が嫌がる刺激(騒がしさやからだに触られる)がないときには比較的落ち着く人もいます。家族から日常生活の状況を聞き取り、対応方法の検討が必要な場合には、拠点施設とも相談をしましょ。

### 【ポイント】

- Gさんのようなタイプの人には環境が変わると混乱をして一層、興奮しやすくなることなどがあります。仮にデイサービスなどの利用先が決まった場合には、施設スタッフに障害の特徴を十分に理解してもらうことが必要です。
- Gさんの場合には、コミュニケーションをとることも大変な状況ですが、重度の行動障害を持つ人の中には、知的能力は保たれており日常会話も問題がなく、感情コントロール力の低下や障害認識の低下などが問題になる人もいます。このような人の場合には、本人が支援の必要性を感じないことがあります。このような場合には一層家族サポートが重要になります。本人に対しては、訪問などで少しずつ面識を深め関係を作ることが大切です。

### 【支援の結果】

- 精神科デイケアを行っている精神科病院が週一度デイケアを受けてくれることになりました。
- デイケアでは、当初対応が大変でしたが、本人やスタッフも対応に慣れ、Gさんが自宅外でも一定時間は過ごせることが分かりました。そのため、療護施設のデイケアでも週一度のデイサービスを受けてくれることになりました。
- 妻は、多少の時間が作れるようになったこと以上に施設のスタッフが夫に対して一生懸命に対応していることや、施設の職員が相談にのってくれるようになったことを喜んでます。
- 同じような重度の障害を持つ家族とも連絡を取り合うようになり、頑張っている仲間がいることが精神的な支えになっています。

## 9 サービス事業者からの相談・生活介護事業所職員より

32歳の男性Hさん。交通事故による脳外傷。生活介護事業所利用中。両親、妹との4人暮らし。

### 【相談の内容】

他の利用者が作業を行っているときなどに、相手の状況を考えずに冗談などを言い続けています。

年上の人を馬鹿にしたような冗談を言うため、年上の人とトラブルになることが多く、Hさんも興奮してしまいます。他の利用者からも不満があり、このまま利用を続けることが難しいのではないかと困っています。ただ、本人や家族のことを考えると利用を断ることもできません。

### 【相談者の対応】

- ・ 担当職員や職員全体がHさんの障害をどのように理解をしているかを確認しましょう。職員間で理解の仕方に違いがある場合には、高次脳機能障害についての事例検討会などと呼びかけましょう。
- ・ 施設などからの相談では施設職員の話を中心に聞き取りましょう。職員のストレスや日頃の対応を聞き取る中で、Hさんの状況についての把握や、職員がHさんに対してどのような感情を抱いているかを知る手がかりになります。
- ・ 地域の施設利用者に対しては、神奈川県総合療育相談センターが「施設コンサルテーション事業」として神奈川県総合リハビリテーションセンターと連携し高次脳機能障害者への支援を行っています。必要に応じてこれらの機関に相談を試みましょう。また、神奈川県リハビリテーション支援センターでは、市町村や訪問看護ステーション、訪問介護事業所からの依頼によりリハビリテーション専門職を派遣して地域スタッフとの支援会議や協働支援なども実施しています。必要時には相談を試みましょう。

### 【ポイント】

- ・ 施設職員は、本人との距離が近いが故に客観的な視点から課題を捉えることが難しいことがあります。施設内だけで課題を抱え込むことがないように相談支援者は支援の輪を広げる対応をすることが必要です。
- ・ Hさんの言動に苦慮することや他の利用者からの苦情への対処のために職員が困惑した状態になることがあります。日々の対応の中では、「ふざける」とこと自体が問題になりやすくなります。このような場合には障害の背景を探るといった視点が薄らぎ「いつも注意が必要な人」、「言うことを聞いてくれない人」という認識が生まれて職員と本人の関係が悪循環に陥る危険性があります。

- 本人の行動を理解するためには、自宅内の行動と施設利用時を行動の比較や場面により行動のパターンが異なるのかなど細かな行動観察の情報を持ち寄ることが大切です。
- 高次脳機能障害の特徴を把握し、行動の促進因子などの仮説を立てることも必要です。
- 問題行動への対応では、職員が共通の認識を持ち対応方法も決めておくことが大切です。それにより、本人は不適切な言動について気付き、行動をとめることができることがあります。単に注意を徹底する方法はあまり効果的とは限りません。逆にHさんがいつもよりもふざけなかった場合には職員全員で本人を褒めるなど本人の良い部分を強化していくことが大切になることも多くなります。また、本人や家族の理解が得られれば、他の利用者にも本人の障害特性を説明して理解や協力を求めることも必要です。

### 【支援の結果】

- 相談支援者が拠点施設と調整をおこない、支援拠点機関の心理士などを含めた支援検討会を生活介護事業所内で行いました。
- 生活介護事業所職員は障害への理解を深めることが必要であると考え、事業所内で他の利用者や家族なども含めた高次脳機能障害の研修会を行いました。
- Hさんの行動のパターンとして自由な時間に特にふざけが多くなることが分かったため、本人が好きな陶芸の時間を長くして他に気がそれにくくしました。
- Hさんと関係ができていく職員がふざけると他の利用者も困ることを繰り返し説明して、生活介護事業所利用中はネームプレートの裏に「約束」という文字を書き、Hさんがふざけそうになったら、職員がネームプレートを指差して本人にサインを送るようにしました。本人がふざけることをやめたときには、拍手の真似をしてHさんを褒めるようにしました。
- Hさんのふざけや取り止めのない冗談はなくなりませんが、回数は減ってきました。また他の利用者もHさんが上手くコントロールできずに困っていることを知り、以前よりも許容的に対応するようになりました。

## コラム

### 高次脳機能障害者へのリハビリテーションとは？

高次脳機能障害者は受障以前と同じ方法で社会生活上の課題に対処しようとすることが多いのですが、上手く対処できないことに本人や家族も困惑することがあります。

高次脳機能障害へのリハビリテーションでは、本人が新たな自分を肯定していくこと、それに周囲の人との関係を上手く築くことや社会生活への適応力が高まるための方法を習得すること、併せて家族や同僚などが本人の特徴を理解して本人が活動しやすい環境をつくることを目指します。それにより、再び本人が安定した生活を送れるようになることがリハビリテーションの目標になります。そのため、高次脳機能障害者のリハビリテーションは、本人に対してだけでなく、本人を取り巻く人たちや活動場面の環境を含めて行われるという点に特徴があります。

高次脳機能障害者は注意障害や記憶障害、失認などの障害を複合的にもっている人が比較的多いといえます。リハビリテーション支援では本人の活動を制限している主な障害は何か、障害の重症度を捉えながら、本人と環境へのアプローチの方策を決めていきます。

本人が活動をしているどのような場面に対してリハビリテーション支援が必要なのか、また医学、社会、職業リハビリテーションのいずれの内容を必要とする状況であるのかを検討しながらリハビリテーションサービスの進め方が検討されます。多様な視点からリハビリテーションサービスの計画検討と実施が必要であるために、高次脳機能障害者へのリハビリテーションは多職種によるチームアプローチが必要とされています。

高次脳機能障害者へのリハビリテーションの基本的な視点は、以下のようになります。

#### 1 本人に働きかける

・機能回復、適応スキルの向上、障害認識の向上などの個別訓練や集団訓練。

注意障害の改善、経験的な学習、障害への気づき、予防行為の習得など。

#### 2 本人と環境に働きかける

・代償方法選択とその習得訓練、作業環境と本人の行為のパターンづくりなど。

→スケジュール表などの外的補助手段の選択と利用練習、活動と環境の関連性の強化による課題達成など。

#### 3 環境に働きかける

・混乱しにくい環境の設定(環境構造化)、周囲の人の理解やサポート環境形成など。

→外部からの情報を分かりやすくする、誘導や促しなどを担う人の確保やその人へのサポートなど。

## Ⅱ 日常生活にみられる高次脳機能障害

## Ⅱ 日常生活にみられる高次脳機能障害

### 日常生活の中の高次脳機能障害を見過ごさないために

高次脳機能障害の有無や障害の状態を把握するためには、画像診断や神経心理学的評価が有効な方法です。ただし、それだけでは家庭内生活や自宅外の場面、それに対人関係などにおいて高次脳機能障害による身体的な影響を知ることはできません。

高次脳機能障害の場合には、社会生活上のいろいろな場面や状況によりできることとできないこととのアンバランスが生じがちです。そのため「行動観察」が高次脳機能障害の状態を知る上では重要になります。

もっとも身近にいて、発症・受傷以前の状態を知る家族から日ごろの状況やエピソードなどを確認するようにしましょう。

本人と家族に「日ごろの生活でお手伝いが必要ですか？」と尋ねると「一人ですみます」という答えが返ってくる場合があります。家族に「アパートで一人暮らしができますか」と尋ねると「それは無理です」という答えが返ってくることもよくあります。家族は、日々の生活の中で、「声かけ」、「確認」、「金銭管理」などを行っていても毎日のことになるとケアをしている意識が薄くなります。

本人と家族に認識の違いがある場合には、本人の障害認識などの面に課題がある可能性があります。聞き取りは、障害の特徴を踏まえて行いましょう。

#### 【市町村の窓口の例・障害者手帳の申請時】

身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の申請の受付時には、診断書に記載されている原因となる傷病名を確認する。

担当者 「原因が交通事故による脳外傷ですね。手足の麻痺の他に事故前の息子さんと比べて何か変化がありますか。」

母 「以前は几帳面で物の場所などをしっかり覚えていて私がよく聞いていましたが、今は自分が置いたメガネがどこにも私に聞いてきます。それにちょっとしたことでも同じことを繰り返してくどくど言うようになりましたね。体が動きにくくなり精神的に滅入っているからだと思いますが。」

→ 注意障害、記憶障害、感情コントロール低下などの高次脳機能障害があるかもしれません。

#### 【市町村や指定相談支援事業者への相談】

家族は原因が分からなくても生活の中で具体的に困っている状況があるために、福祉サービスが役に立つのではないかと思います。相談をすることがあります。

担当者 「ヘルパーの利用についてのご相談ですね。奥様はクモ膜下出血ですね。ご病気前と比べてどのような変化はありますか。」

夫 入院中は気づきませんでしたが、簡単な料理にもすごい時間がかかり、同じ物を何度も買った  
り、掃除をすると逆に散らかってしまいます。」

→ 注意障害、記憶障害、遂行機能障害などの高次脳機能障害があるかもしれません。

### 【病院の医療ソーシャルワーカーへの相談】

病院の医療ソーシャルワーカーには医療費などの経済的な事柄から家族関係、入院や転院などの幅広い相談が寄せられます。

担当者 「医療費の相談ですね。ところでご主人様は、心筋梗塞後に蘇生後脳症があるようですが、ご  
病気前と比べて何か変化はありますか。」

妻 「ボーとしていることが多く、すぐに寝てしまいます。好きな新聞も読まなくなり、まだ退院できな  
いのに明日から仕事に行くと言うので説得をするのが大変なんです。」

→ 脳損傷後に見られる意識覚醒の不十分さや神経疲労(易疲労)があるかもしれません。併せて発動  
性低下、記憶障害、障害認識低下などの高次脳機能障害があるかもしれません。

### 【認定調査員の例・訪問調査の中で】

担当者 「ご主人は、右手の動きが多少悪い以外は何も困ることがないとおっしゃっており、質問にも比  
較的しっかり答えられています。お仕事を辞められているようですが何か理由があるのですか。」

妻 「家の中のことや、外出も一人で大丈夫ですがケガをする前とはいろいろ違いがあります。職  
場からは以前はとても仕事ができただといわれていましたが、復職してからは計算ミスが多  
く、何度注意しても同じようなミスをすると言われ結局退職になりました。」

本人 「上司が駄目な会社だから辞めたんだ。うるさいから黙っている。」

担当者 「まだ若いですし、仕事を探しているのですか」

妻 「自分から探そうとしないのです。リハビリテーションが必要と思い市に相談したら更生施設で  
の職業的な準備の訓練を勧められました。」

本人 「何で俺にリハビリテーションが必要なんだ。右手の動きが悪いからパソコンの数字をたまに  
押し間違えただけで、手の訓練は医者がもういらぬと言っていた。」

→ 注意障害、障害認識の低下(病識欠落)、失認、遂行機能障害などの高次脳機能障害があるかも  
しれません。妻との面談を行い話を聞く機会が必要です。

## 1 身の回りの世話等にかかわること

### 薬の内服

薬を飲むことを忘れる、飲んだことを忘れて重ねて飲むなど、服薬管理ができない場合があります。  
内服薬の目的を誤って理解してしまい、必要性の高い薬を飲まないことや症状が治ったら中止してもよ  
い薬の服用を続けることがあります。

### 金銭の管理

どの程度の所持金があるかわかっていても、経済観念が低下して、必要性や価値に見合わない高額な買い物をしてしまい、家族が経済的負担を強いられる場合があります。財布にお金が入っていると後のことを考えずに全て使ってしまうことがあります。

### **電話の利用**

電話がかかってきたことを忘れてしまうことや、伝言の内容を家族に伝えることができないことがあります。セールスマンの電話を断り切れずに延々と聞いてセールスに応じてしまうこともあります。電話をしたことを忘れて何度も繰り返し電話をすることがあります。

### **日常の意思決定(日常生活における不安、悩み等に関する相談)**

毎日の暮らしにおける基本的な意思決定はできても、一日の過ごし方が決められないことがあります。「自由にしています」と言われると何をすれば良いのか分からず不安になることがあります。メニューなど複数のものから選ぶことが出来ないことがあります。本人は適切に判断していると思っても、日常生活の中での優先順位が本人なりの考えになってしまい家族が対応するのに時間がかかることがあります。

## **2 コミュニケーション等にかかわること(意思疎通)**

### **意志の伝達**

話の要点を絞れずに話が遠回りになり、話が徐々にそれてしまうことがあります。聞き手が話題を戻すことが必要なことがあります。人前では過度に緊張して自分の考えを伝えられないことがあります。

### **本人の独自の表現方法を用いた意思表示**

自分の気持ちや考えをことばとして表現するのではなく、頭を壁にぶつけて拒否を示したり、奇声を上げて喜びを表したりすることがあります。また、本人だけにわかる独特のルールで文字や数字、ジェスチャーなどを使って意思表示の手段にしている場合があります。

### **言葉以外の手段を用いた説明理解**

言葉だけでは説明の理解が十分でなく、言葉以外にジェスチャーや絵カードなどを用いて情報を補っていかないと伝わらない、理解できない、対応に時間がかかる場合があります。

### **記憶や理解について**

日課など習慣化されたことや、年齢、場所など知識で補える質問には全て答えられるが、昨日の出来事や通院日などの予定を覚えておくことができない。

家族や友人との約束なども忘れてしまっていることがある。特に新しく覚えた記憶に留めておくことが難しい人が多い状況です。

### 3 行動障害にかかわること

#### 作話をして周囲に言いふらす

過去の記憶の欠損部分を補うため無意識に作り話をする場合があります。本人が経験したことがもとになっている場合、繰り返し話すうちに、本当のことと思いつみ、不特定多数に対しても話してしまいます。周囲も事実か作り話かの判断がむづかしく混乱します。

#### 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる

特に理由もなく、緊張した場面で笑いが止められなくなったり、必要以上に悲しくなったり、些細なことで急に怒ったり、いらいらや不安がつのったりして、情動が不安定になる場合があります。

#### 暴言や暴行

感情が抑えられず、行動に抑制が効かないため、暴言や暴行に出してしまう場合があります。特定の人に対して暴言や暴行が行われることがあります。

#### しつこく同じ話をする、不快な音を立てる

短期記憶が保たれず、同じ話を同じ口調で繰り返したり、同じように返事を求めたりする場合があります。

#### 1人で外に出たがり目が離せない

家や病院、施設などの建物からふらっと出て行き、時には交通機関を利用し遠くまで行ってしまふ、迷って戻れなくなる、などの場合があります。急に思い出して休職中の会社に向かう、トイレに行こうとして外に出てしまい、混乱して動き回ってしまう、じっとしていられずどんどん歩いてしまう、など理由は様々ですが、特にきっかけはなく突然思い立つことがあり、目が離せない状況があります。

#### 火の始末や火元の管理ができない

直前の行動を忘れてしまうため、危険が伴う場合があります。アラームや壁など目に付くところに張り紙をすることなどで思い出すきっかけを作るなど、環境的な工夫で対処できることもあります。火を消さずにたばこを紙が入っている灰皿に捨てるなど、危険の認知そのものがない場合もあります。

#### ひどい物忘れ

ほとんどの場合、記憶の障害を伴っており、過去からつい先程のことまで思い出せないことがあります。時間とともに思い出すこともありますが、病気や怪我の前後の記憶が抜け落ち、人によっては10年ほどの長い期間の記憶がなくなってしまう場合があります。

#### 特定の物や人に対する強いこだわり

物や人へのこだわり以外にも、気になることを繰り返す、物の配置や収納場所を一定にしたがる、思い込みに対して修正がききかないなどで生活の流れを止めてしまいます。例えば、身体を鍛えるために腹筋することを決めると、熱があつて体調不良であってもがむしゃらに動いてしまう。必要のない本をパッ

くっばいにつめて、出かける先々に持ち運び手放すことができないなどです。

### **多動または行動の停止**

空き時間があると落ち着かない、じっと座っていることができず立ったり座ったり、目的もなく部屋の中をうろうろしてしまい、一つのことに集中できないこともあれば、興味や関心を引くものがあると、その場から動くことができなくなり、気持ちや行動を切り替えられない場合もあります。

### **パニックや不安定な行動**

外出や来客など、いつもの生活パターンと少しでも異なるとパニックになり、ささいなことで怒鳴りはじめたり、待たされてイライラしたり、不安定になります。

### **自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為**

死に場所を探して線路を歩き続ける、入水するために海に向かって歩き出す、手首を切る、自分の頭髮を抜いてしまうなど、衝動的に自分の身体を痛めつけるような行動に出ることがあります。

### **叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為**

自分の変化が理解できず、思い通りにならないイライラから、壁やドアを殴る、物を蹴る、茶碗などを割るなどして家をめっちゃめっちゃにしまったり、まわりの人に対して、殴ったり蹴けったり、髪の毛をつかんで引っ張り回すなどの暴力行為を働くことがあります。

### **他人に突然抱きつく、断りもなく物を持ってくる**

興味を引くものがあると、他人の新聞を平気でのぞき込んだり、断りもなく持ってきてしまったりします。人と自分との境目がなくなり、なれなれしく身体に触れたり、見知らぬ人に急に接近して、相手を驚かせたりします。

### **環境の変化により、突発的に通常と違う声を出す**

行動を止められる、自分にとって出来ないことを要求される、相手のいうことが理解できないなどで、突発的に奇声を発することがあります。

### **突然走っていなくなるような突発的行動**

興味関心を引くものがあると、断りなくそちらに向かって走り出してしまふことや、たまたま目に入ったものにつられて横道にそれ、勝手にいなくなる場合があります。

### **過食、反すう等の食事に関する行動**

菓子などへの欲求が強くなり、あるもの全て食べてしまう、抑制が効かない、ご飯粒や皿についたソースをきれいに食べたがる、などの行為が見られる場合があります。

### **気分が憂鬱で悲観的になり、時には思考力も低下する**

抑うつから死にたいといった行動にあらわす他に、落ち込んで何もできない、何もしようしないため、周囲の負担が増す場合があります。例えば歯磨きをしない、風呂に入らないなど身の回りの生活動作

をうながしても応じなくなります。

#### **他者と交流することの不安や緊張のために外出できない**

人とよく話すなど一見社交的のようにみえても、自分の意見や気持ちを適切に伝えられず、対人関係に緊張を感じて会社を辞めてしまうことや、失敗体験から社会に出ることに不安を感じて引きこもってしまう場合があります。

#### **再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかる**

決まった手順にとらわれて、変更がきかず実際には必要のないことでも形式的に繰り返します。周りの状況がどんなにあわただしく時間に迫られている時でも、何かを省いたりスピードを上げたりすることができないので、ひとつひとつの行動に時間がかかります。入浴や排泄、歯みがきなどに一般の数倍の時間がかかり、他の家族が浴室などを使えないということがあります。

#### **一日中横になっていたり、自室に閉じこもって何もしない**

意欲低下からくる場合の他に、脳損傷による疲れやすさから適度な休憩が必要な場合があります。起きていても、カーテンを閉めて部屋を真っ暗にして、食事も取らず、同じCDを繰り返しかけ、無目的に時間を過ごしたりしています。

#### **話がまとまらず、会話にならない**

同じ話を何度もする、次々と話題が飛んで話に一貫性がない、一方的な思いつきでしゃべり続ける、いつも初めて聞いたような反応をするなどがあります。会話をしている相手が違和感を覚えるようなコミュニケーションの取り方をします。

#### **集中が続かず、言われたことをやりとおせない**

刺激の少ない落ち着いた環境下ではできることでも、ちょっとした環境の変化があると、その影響を受けて気がそれやすく、何をやっている途中だったのかも思い出せない場合があります。

#### **現実には合わず高く自己を評価する**

障害の認識が低く、現実検討する能力が低下している場合があります。このことは本人だけではなく家族も同様の場合があり、何に困っているのか分からないことがあります。

#### **他者に対して疑い深く拒否的**

人や物事への思い込みが強く、助言を受け入れない場合があります。

## **4 社会生活にかかわること**

#### **調理(献立を含む)**

調理経験のある人でも、いざ台所に立つと何かから手をつけていけかわからないことがあります。家にある食材を利用した献立が考えられない、メニューに変化がなく同じものばかり作って栄養にかたよりが出

てしまう、メニューに適した食材の切り分け方や調理器具の使い方がわからない、献立にあった材料の配分がわからず作りすぎてしまう、水道を出しっぱなしにして他の作業に移ってしまう、火のつけ忘れや消し忘れ、燃えやすいものが火元の近くにあっても気づかない、一つのメニューに取りかかると一方の作業がすっきり抜けしてしまうなどです。また、食後の片づけがめんどうで、洗い場に汚れた食器が放置されたまま、いつの間にか調理をせずに、買い食いですませしてしまうようなこともあります。

ひとつひとつの動作はできていても、安全面への配慮が不足していたり、手順があとさきになつたり、複数の動作を並行して行えなかつたりします。食材選びから後片づけまで、一連の調理作業をスムーズに進めるには、声かけ、見守り、直接的な援助など状況に応じた支援が必要となります。

### **食事の配膳・下膳(運ぶこと)**

食事の盛りつけでは、献立にふさわしい食器を選び、その器にあった量を盛りつけられないためにこぼしたり、盛りつけに過不足がでたりします。

また、テーブルの整理をし忘れて運んできたものをどこにおくか迷ったり、どのように配置するかわからなかつたりするので、「これを向こうに」と声をかけただけでは動けないことがあります。

来客の時には、お客様にお茶を運ぶタイミングがつかめずまごつき、会食中でも下膳して相手を驚かせてしまうといったことが起こります。

### **掃除(整理整頓)**

電気道具や掃除用具が使えても、同じところを何度も掃除していることに気づかない、物がたくさんあるとどこから手をつけるのか判断できない、ものの置き場所にこだわり出して全体の掃除が中断されてしまうなど、全体を見わたして要領よく掃除をすませることができません。片づけを始めてから整理ができず一層散らかることもあります。

掃除がめんどうになると、足の踏み場もないほど部屋中に物が放りおかれたままで、いっこうに片づける様子がなく、衛生を保つことが難しくなります。

### **洗濯**

洗濯機の操作方法を忘れて手順が混乱する、気に入った洗剤がないと洗濯ができない、ちょっとした汚れが気になり一日中洗濯し続ける、洗い方や干し方にこだわりがあり非常に時間がかかるので他の活動に移れない、せっかく洗濯した衣類を放ったままにして汚れ物との区別がつかなくなるなどがあります。

また、洗濯がめんどうなので着替えがなくなるまで洗濯をせず、何日も同じ服を着続けていることがあります、直接的な援助が必要な場合があります。

### **入浴の準備**

風呂栓をせずに水張りをする、湯を沸かしたまま忘れてしまう、着替えの準備をしないで風呂に入り、風呂を出た後で着替えのないことに気づいてあわてる、風呂には入ったが体を洗い忘れている、使った入浴用品を放ったままにしているなどにより、声かけや直接的援助が必要な場合があります。

### **買い物**

欲しい物がどの店で手に入るかわからない、メモがないと買う予定のものが思い出せない、別の商品に目を奪われて肝心の商品が探し出せない、種類がいくつもあるとどれにして良いか決められず時間がかかる、他に買い物客がいると気が散ってしまう、いらぬものや高価なものを買ってしまう、値段が分からない、持っているお金で買えるかどうか判断できない、計算ができない、袋詰めなど余分な量の買い物をして処理に困る、などにより直接的援助が必要な場合があります。

### **交通手段の利用**

外出する時に、あらかじめ目的地までのルートが把握できず、公共交通機関の利用が難しい場合があります。家から最寄り駅までの道がわからない、目的地までの電車やバスのルート・駅名が覚えられない、乗り換えが上手くできない、いったん間違えると戻れなくなるなどです。ルートだけでなく、目的地までの乗車賃が探せない、切符が購入できない、プリペイド式のカードが使いこなせないといったこともあります。

また、車内の騒音や話し声が気になって落ち着かなくなったり、突然車外に興味を引かれたりして目的地まで行かずに降りてしまうこともあります。

### **文字の視覚的認識使用**

文字は読めるが意味がつかない、読めるがいらいらしてしまう、緊張すると分からなくなる、などの場合があります。

## コラム 支援を必要とする人を見過ごさない

### 【市町村の窓口の例・障害者手帳の申請時】

身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の申請の受付時には、診断書に記載されている原因となる傷病名を確認する。

担当者「原因が交通事故による脳外傷ですね。手足の麻痺の他に事故前の息子さんと比べて何か変化がありますか。」

母 「以前は几帳面で物の場所などをしっかり覚えていて私がよく聞いていましたが、今は自分が置いたメガネがどこか私に聞いてきます。それにちよつとしたことでも同じことを繰り返してくどくど言うようになりましたね。体が動きにくくなり精神的に滅入っているからだと思いますが。」

→注意障害、記憶障害、感情コントロール低下などの高次脳機能障害があるかもしれません。

### 【市町村や指定相談支援事業者への相談】

家族は原因が分からなくても生活の中で具体的に困っている状況があるために、福祉サービスが役に立つのではないかと思います。相談をすることがあります。

担当者「ヘルパーの利用についてのご相談ですね。奥様はクモ膜下出血ですね。ご病気前と比べてどのような変化はありますか。」

夫 入院中は気づきませんでしたが、簡単な料理にもすごい時間がかかり、同じ物を何度も買ったたり、掃除をすると逆に散らかってしまいます。」

→注意障害、記憶障害、遂行機能障害などの高次脳機能障害があるかもしれません。

### 【病院の医療ソーシャルワーカーへの相談】

病院の医療ソーシャルワーカーには医療費などの経済的な事柄から家族関係、入院や転院などの幅広い相談が寄せられます。

担当者「医療費の相談ですね。ところでご主人様は、心筋梗塞後に蘇生後脳症があるようですが、ご病気前と比べて何か変化はありますか。」

妻 「ボーとしていることが多く、すぐに寝てしまいます。好きな新聞も読まなくなり、まだ退院できないのに明日から仕事に行くと言うので説得をするのが大変なんです。」

→脳損傷後に見られる意識覚醒の不十分さや神経疲労(易疲労)があるかもしれません。併せて発動

性低下、記憶障害、障害認識低下などの高次脳機能障害があるかもしれません。

**【認定調査員の例・訪問調査の中で】**

担当者「ご主人は、右手の動きが多少悪い以外は何も困ることがないとおっしゃっており、質問にも比較的しっかり答えられていますが、お仕事をお辞めになられているようですが何か理由があるのですか。」

妻 「家の中のことや、外出も一人で大丈夫ですがケガをする前とはいろいろ違いがあります。職場からは以前はとても仕事ができただといわれていましたが、復職してからは計算ミスが多く、何度注意しても同じようなミスをされると言われ結局退職になりました。」

本人「上司が駄目な会社だから辞めたんだ。うるさいから黙っている。」

担当者「まだ若いですし、仕事を探しているのですか」

妻 「自分から探そうとしないのです。リハビリテーションが必要と思い市に相談したら更生施設での職業的な準備の訓練を勧められました。」

本人 「何で俺にリハビリテーションが必要なんだ。右手の動きが悪いからパソコンの数字をたまに押し間違えただけで、手の訓練は医者がもういらないと聞いていた。」

→注意障害、障害認識の低下(病識欠落)、失認、遂行機能障害などの高次脳機能障害があるかもしれません。妻との面談を行い話を聞く機会が必要です。

### Ⅲ 相談支援は高次脳機能障害者と家族への理解から

### Ⅲ 相談支援は高次脳機能障害者と家族への理解から

#### 1 高次脳機能障害者と家族への相談の特徴

支援を必要としている高次脳機能障害者と家族

～高次脳機能障害により支援を必要としている人はたくさんいます～

わが国の高次脳機能障害者は30万人ほどと推計されています。知的障害により療育手帳を取得している人の数と比べても大きな集団であることが分かります。

しかし、皆様の相談窓口では高次脳機能障害を持つ人がそれほど多いとは感じられないと思います。

その理由は幾つか考えられます。

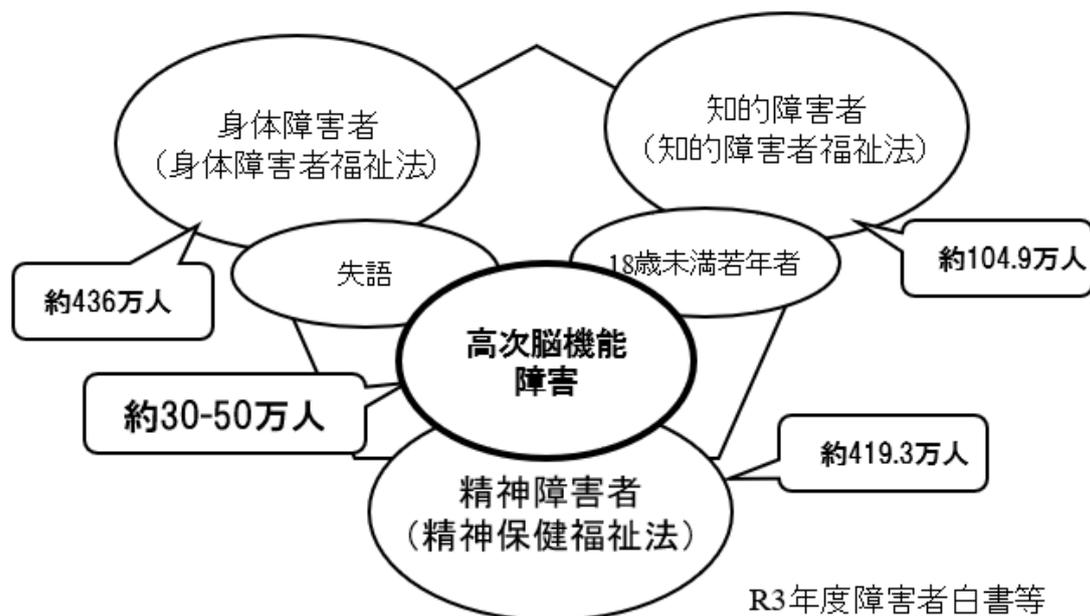
- ① 身体障害を合併して身体障害者手帳を取得していることが多いこと。
- ② 在宅障害者福祉サービスを利用していない人が多いこと。
- ③ 高次脳機能障害についての診断や評価が十分に行われていないこと。
- ④ 障害の自己認識の不十分さなどから支援自体を求めない人がいること。
- ⑤ 支援についての情報が十分に提供されていないこと。

相談窓口に来られないということは、ある意味でさまざまな課題が潜在化しているということです。窓口にはこられない高次脳機能障害者の中には適切な支援が提供されることによりケア負担の軽減や社会生活の広がり、それに就業が可能になる人たちも多くいます。また、家族が抱えている葛藤や不安、それに経済的な懸念なども支援が導入されることにより軽減する場合があります。

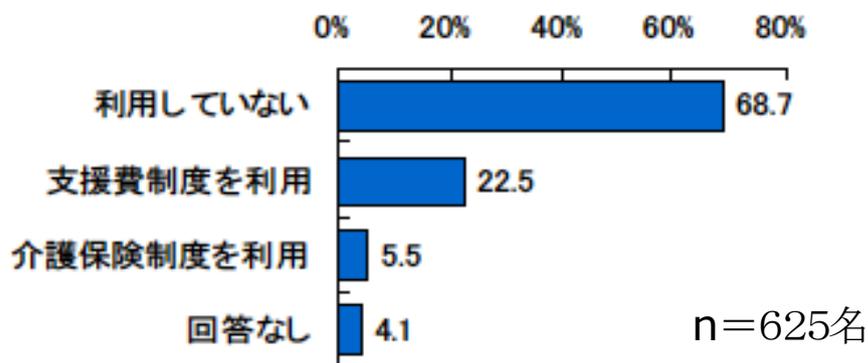
仮に身体障害者手帳を持つ人でも社会生活上の制約の原因が高次脳機能障害である場合が多くあります。高次脳機能障害支援モデル事業の調査登録者の約5割は身体障害を合併しており、その人たちの社会生活が制限されてしまう理由は、高次脳機能障害によるものでした。日本脳外傷友の会の会員を対象にした調査では約6割の人が身体障害者手帳を取得していました。

最近では、身体障害を伴わない高次脳機能障害者が精神保健福祉手帳を取得することが多くなってきています。

## 高次脳機能障害者数



## 支援費・介護保険制度利用



東京医科歯科大学橋本ら04年脳外傷後遺症実態調査より

高次脳機能障害者の7割近くが、各障害者福祉法による障害者福祉サービスを利用していません。約2割の人は通所授産施設やデイサービスを利用していました。約1割の人が地域作業所を使用しています。在宅生活が中心の人は4割でした。サービスを利用していない人には、相談担当者がいない傾向があります。

## 2 高次脳機能障害をもつ本人について知る

高次脳機能障害をもつ本人は、

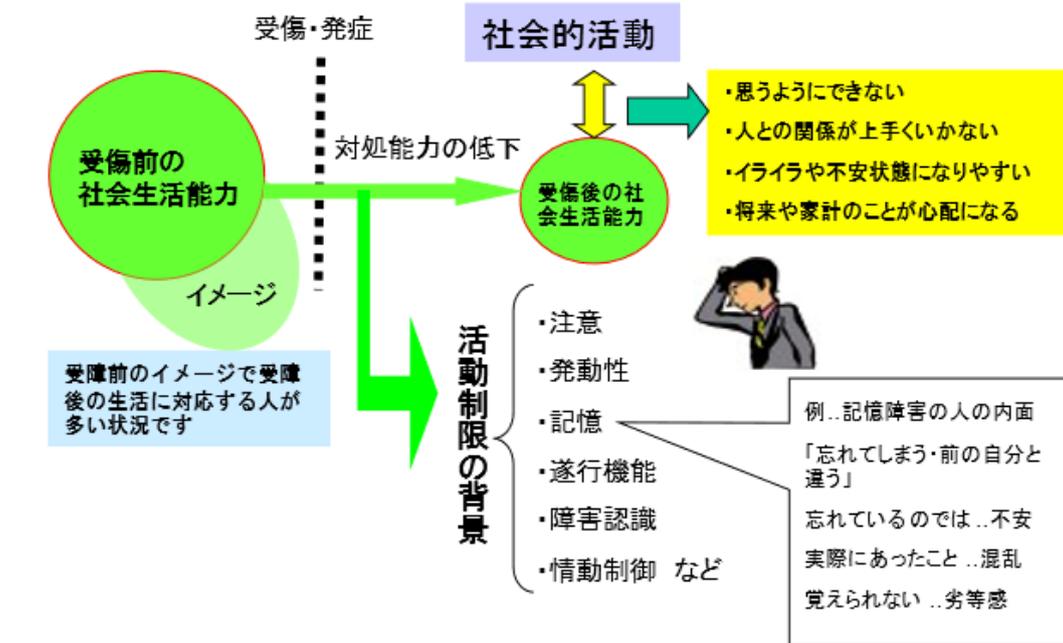
- ・ 障害による制限や制約が本人のやる気や性格の問題と誤解されてしまうことがあります。高次脳機能障害という言葉が知られるようになり、障害の一部分から逆に誤解をされることもあります。
- ・ 新しいことを覚えることが苦手になる記銘力障害をもつ人が多くいますが、受障以前の記憶は比較的多くの人に保たれています。
- ・ 高次脳機能障害の症状の一つに障害認識力の低下があります。受障後の状況を自分でモニターできないために受障後の変化に本人が気づけず、無理をしてしまうことがあります。
- ・ 受障後に対人関係や仕事などが上手くいかずにイライラが募ったり、自信をなくしたりするなどストレスを受け続けている人が多くいます。
- ・ 孤立して自宅中心の生活になることや、抑うつ的になるなど二次的な生活障害が大きくなり、社会参加の制限が強まってしまう人がいます。

本人は、困っていてもそれを相手に適切に説明することや、いろいろな情報を取捨選択して行動することが苦手になっています。また、プライドが傷つけられる経験を重ねやすくなっています。本人の言動だけや周囲からの訴えだけで本人を理解してしまうと本人への誤解が生まれやすくなります。

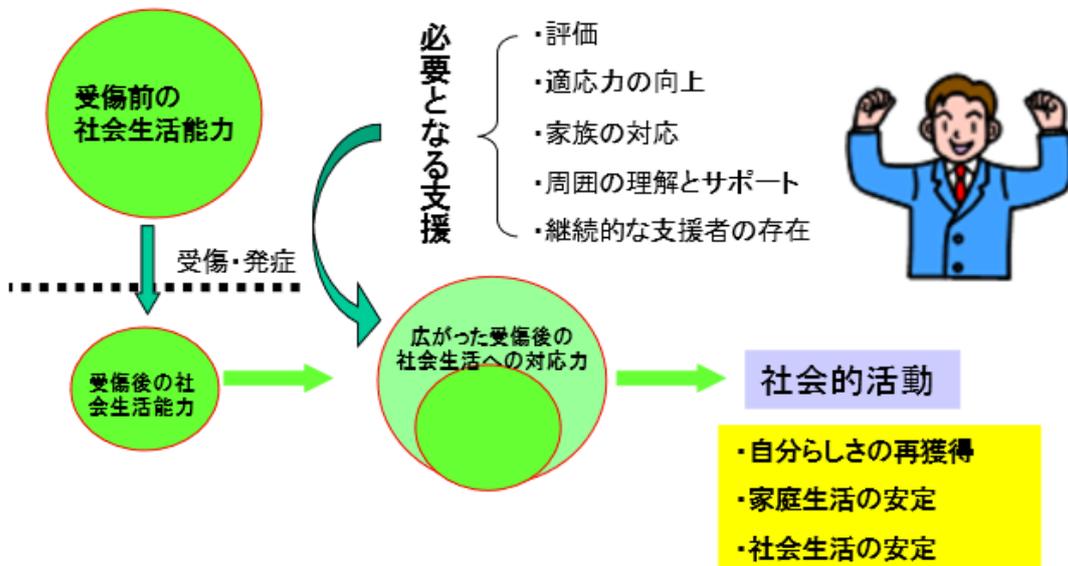
### このようなことにはならないように！

Bさんは、40代前半でクモ膜下出血により高次脳機能障害になりました。身体的な麻痺はなく、主治医も回復が良好と判断して早期の職場復帰を勧めました。ところが、復職後は相手に考えを要領よく伝えることができず、単純ミスもおかすようになりました。上司から注意を受けることが多くなり、上司との口論も度々となり、退職しました。家でもイライラが続き、妻や子どもとも以前のような会話がなくなりました。妻から仕事を探すように言われた時には求人広告をみますが、本人は具体的な求職活動をどのように行えば良いか計画ができなくなっていました。徐々に自宅中心の生活となり、家族とも口論が絶えなくなってきました。

# 本人の困惑



# 本人への支援



### 3 高次脳機能障害者と暮らす ～家族について知る～

高次脳機能障害者と共に暮らす家族は、

- \* 高次脳機能障害は家族全体の生活に変化をもたらす可能性があります。
- \* 家族が本人の変化を受け入れられるまでにはほとんど長い時間がかかることが一般的です。
- \* 家族は本人の変化をもっとも身近に感じています。
- \* 家族はどのように対応すれば効果的か悩んでいます。
- \* 家族はこれまでの本人の役割の代行やケア、それに本人の代弁者としての新たな役割を担うストレスを受けています。

高次脳機能障害者の相談の多くは家族からのものです。家族がどのような心境で相談に見えているかを考えましょう。通所先を探す相談であっても、その背景には家族のさまざまな葛藤があると思います。家族の葛藤に耳を傾けながら家族の状況を理解することが家族への相談支援の基本です。

#### このようなことにはならないように！

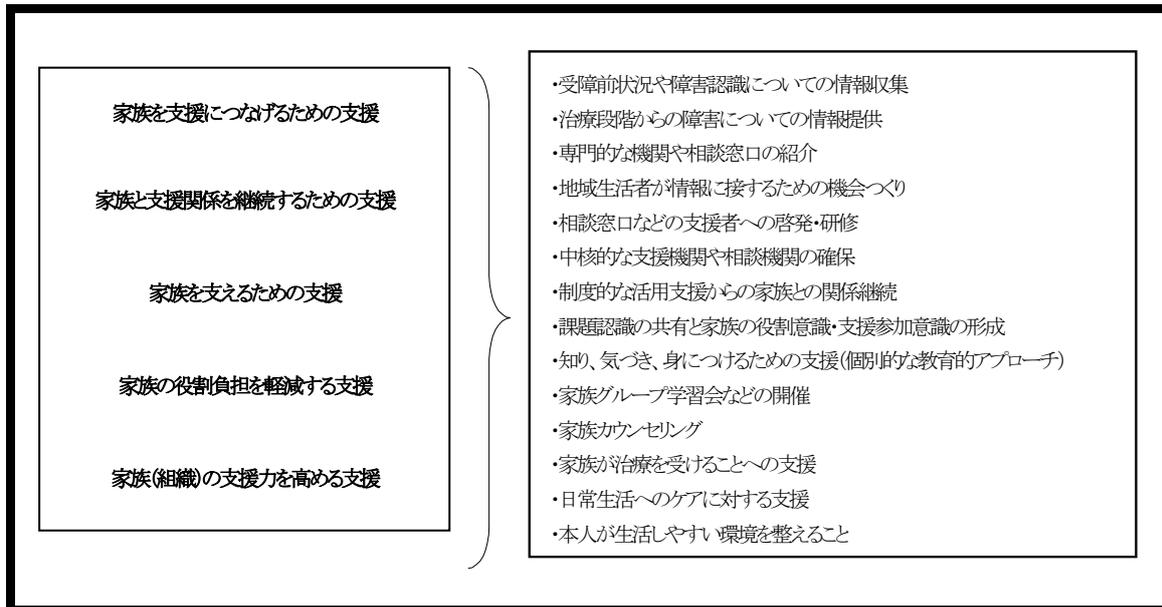
Aさんの長男は、以前は近所からも評判のよい素直で明るい青年でした。脳外傷後は、些細なことに拘り執拗に家族に対して不満を言い、時には大声を張り上げるようになりました。

主治医に相談しましたが、「命が助かっただけでもありがたいと思わない」といわれ、家族はそれ以上相談できませんでした。疲れ果てたAさんは、障害福祉の相談窓口を訪ねましたが、相談員からは障害者福祉サービスで対応できる問題ではなく、家庭内問題ではないかといわれました。Aさんは、近所だけでなく相談員からも理解されないことに落胆しました。Aさんは、途方にくれたまま、その後数年間は相談機関を利用することはありませんでした。

#### 家族は多くのストレスを抱えています



## 家族支援の構成要素と支援内容



### 家族が支援を実感できるように

家族は、障害福祉・経済的保障・権利擁護などの幅広い分野について「ワンストップ相談」的な情報提供を受けたときに相談して良かったと実感しやすいようです。また、同様の経験をした人から感情的な共感が得られたときや、支援者が自分たちのために努力をしている姿を感じたときも家族は相談して良かったと感じます。その他、在宅中心の生活から利用施設へ移行できたときなど、家族が支援を実感する場面はさまざまです。家族が支援を実感できたときに、家族は社会的孤立感から一歩抜け出すことができます。

## コラム

### ピアサポートは必要？どこで受けられるの？

他の当事者が家族や本人の精神的なサポートや前向きな気持ちを育む支援を行うことをピアサポートといいます。

家族や本人は、同じような体験をしている人に対してだからこそ、暗黙の理解の中でいろいろな思いや葛藤を語るができることがあります。気持ちを支え合うことや、体験に基づいた情報交換は高次脳機能障害者や家族の精神衛生のためにもとても大切なものです。

#### ある家族からの手紙

先日は、家族会の会長にお会いでき、お顔をみたたん、この方も苦労された方と思ったたん、それまで張り詰めていた気持ちが一気に崩れてしまいました。

自分の気持ちが分かってもらえる、それだけでどんなに気が軽くなるか、初めての経験です。

同情の言葉をかけてもらうよりも、同じ体験をした人が側にいてくれるだけで救われる思いもありました。

気持ちが崩れそうになったり、優しさが欲しくなった時には、先日教えていただいたお部屋に寄らせていただこうと思っています。

当事者団体会員以外の人や地域の支援者が高次脳機能障害者や家族のピアサポートなどの相談を行える場所として、神奈川県厚木市七沢516に「協働事業室」があります。

協働事業室は、神奈川県総合リハビリテーションセンターとNPO法人高次脳機能障害友の会ナナが協働で支援活動を行っている場所です。協働事業室には、ナナの会のスタッフが常駐しています。

〒243-0121 神奈川県厚木市七沢516  
神奈川県厚木市七沢516 協働事業室  
TEL・FAX 046-249-2020 (火～金 10:00～15:00)

## 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核があり(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巣症状とも呼びます。巣症状としては、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。

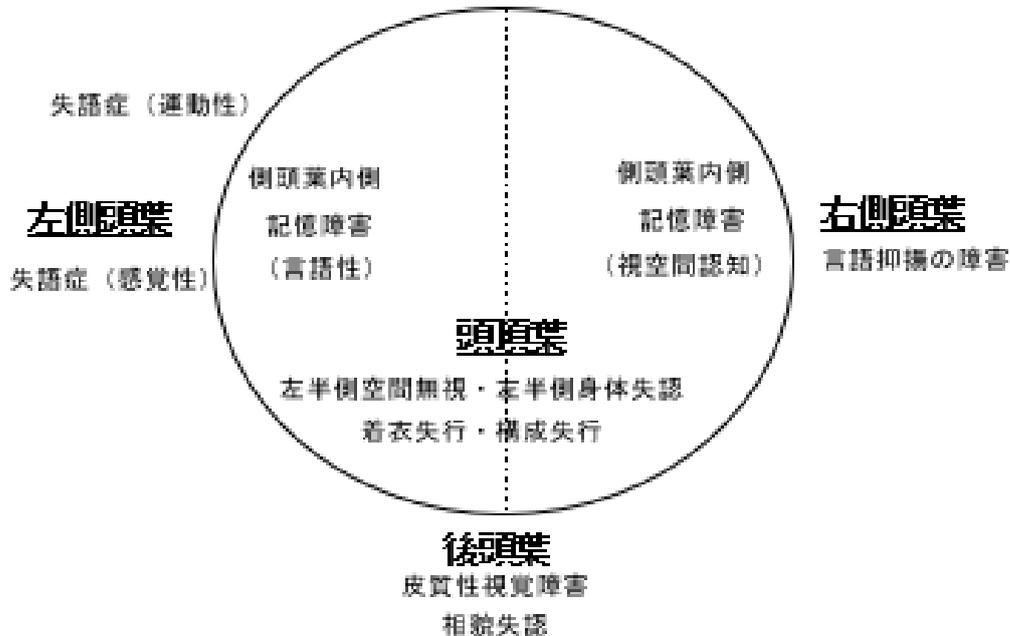
また、脳神経には前頭葉につながる神経のネットワークがあり、ネットワーク機能により行動をコントロールしていると考えられています。前頭葉自体の役割はまだ十分に解明されていませんが、前頭葉を損傷するとさまざまな症状が発生します。そのため、脳外傷や蘇生後脳症、クモ膜下出血など前頭葉や脳のネットワークの機能に影響を与える損傷の場合には、いろいろな症状が重複して現れる場合があります。

### 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？

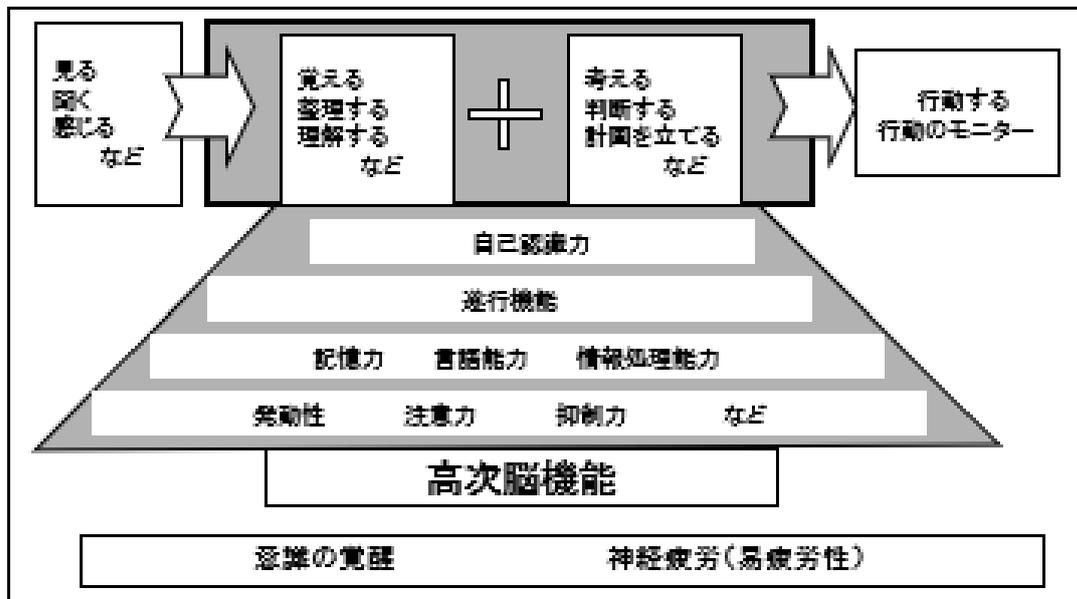
我々は記憶されている経験などの知識や自分の立場・役割を基に外部からの刺激や情報、それに眠りたいなどの自身からの信号などを「いま」の自分に必要なものであるかを判断して情報を取捨選択しています。集中している時には周囲の話し声などが入らないのはそのためです。

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 ◎パルス症候群 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)と発動性とは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

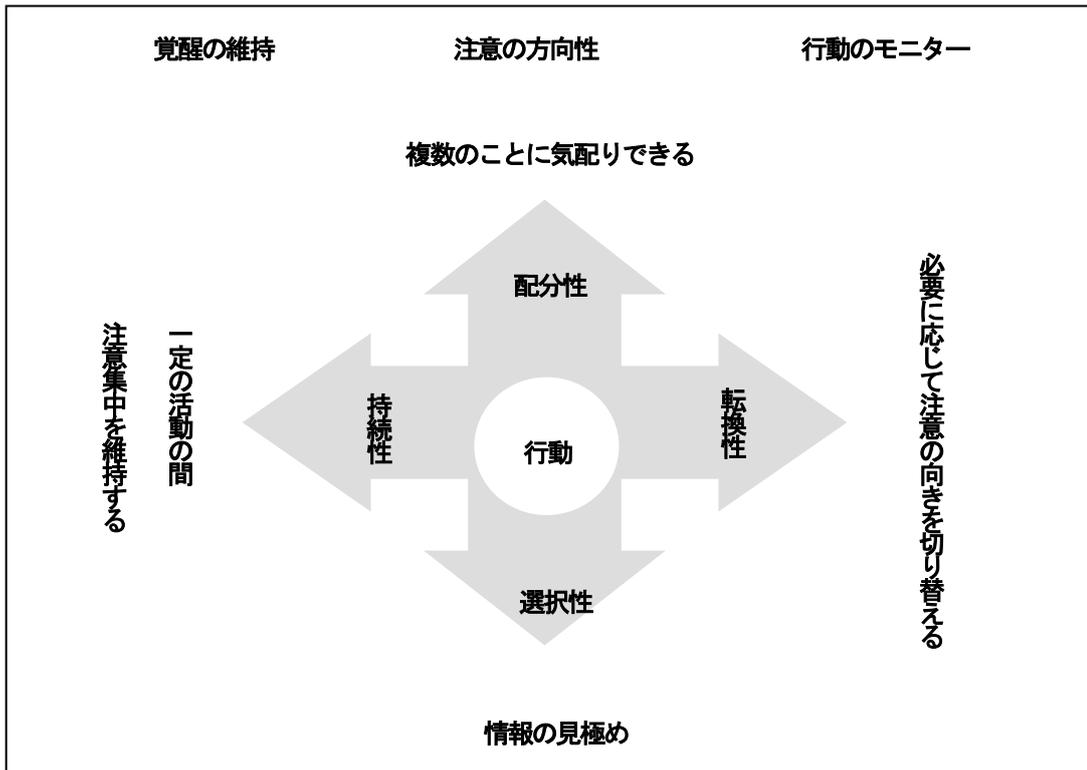


図 注意機能の要素

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)に適切に回答できない。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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。

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。
- \* 純粹語彙: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、合わせ・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（スキミング）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、弁解がまじ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、症状の存在に気づき、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ら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ら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:麻痺した手足が泣ないように振舞う
- ② 片麻痺無視(無関心、無認知、否認):麻痺に気付かず、麻痺が泣ないように振舞う
- 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:麻痺が泣なくても、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…(失語症が泣ないことが前提)

- 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。

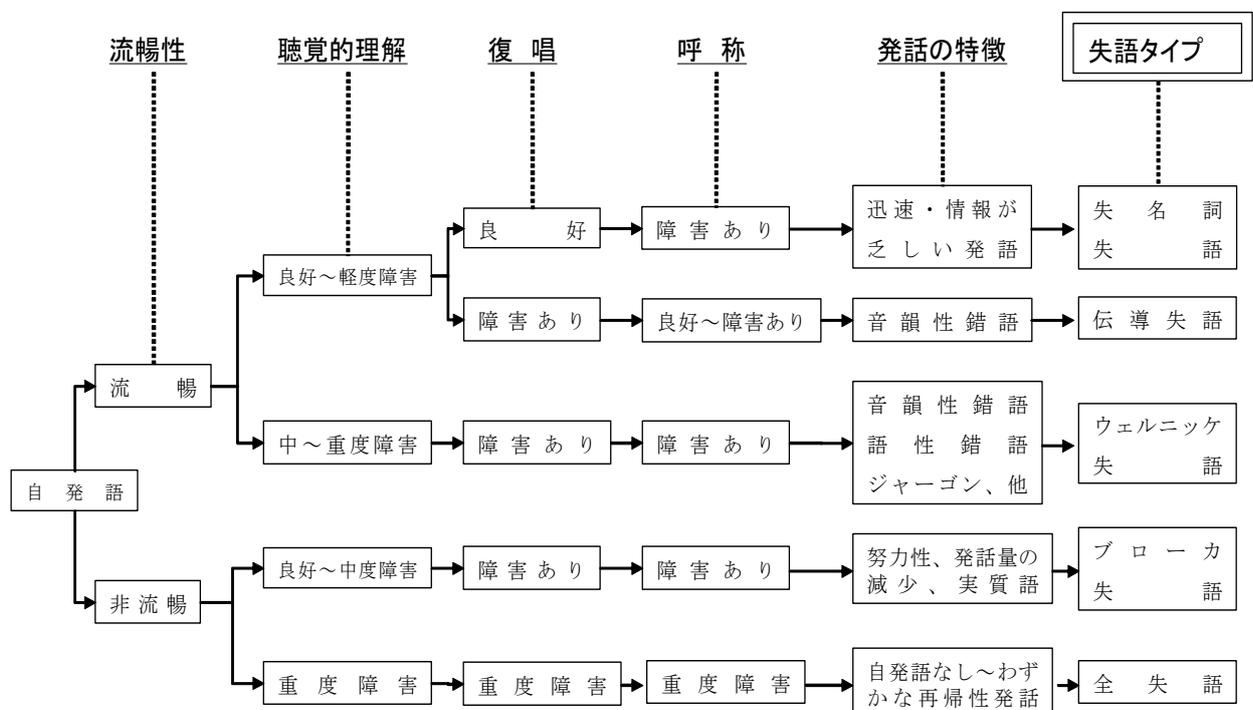
他の身体失認も、そのもの自体にアプローチするというよりは、身体的なリハビリテーションやコミュニケーション能力へのアプローチ(身体概念を含む言語的意味の理解、表出、読字、書字)といった全般的な対応が重要であり、患側あるいは健側への触刺激、運動刺激などによる理学療法的・作業療法的なリハビリテーションそのものが、身体失認の認知リハビリテーションに結びついているものと考えられる。

## 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かない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、「ハン」など仮名書きが普通の場合に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。

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、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。

言いかつ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(うなずく、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

前脳基底部健忘

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 категория 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、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もある。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、記憶が入り交り間違っ覚えたことで失敗する、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ぬ活動を定め、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。
- \* 突然止まってしまう、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いかる。
  
- 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が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)、瀬回の自己批判、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、瀬回の覚醒、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的思考、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、自己懐疑

- \* 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も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

い環境を整える。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。

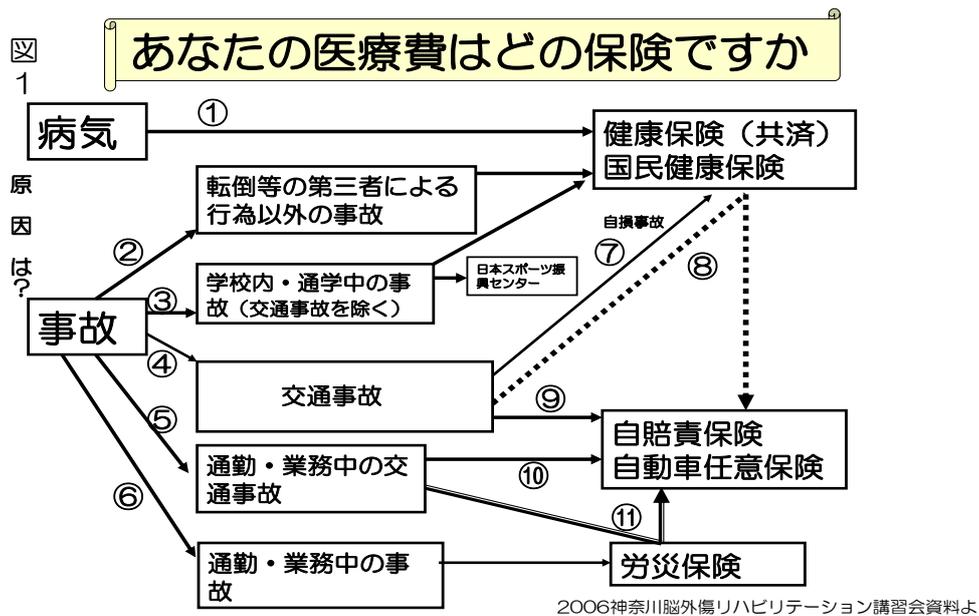
# 資料Ⅲ 高次脳機能障害と社会制度

※本文中に記載されている金額等は令和5年3月時点のものです。

## I 医療保険制度について

### 1. 原因別による医療保険の対応

事故や病気などにより脳損傷になった場合には、長期に入院や通院を続けることが必要になることが多い。そのため医療費の負担も長い期間続くことになる。受傷・発症当初、家族は医療保険の内容に意識が向きにくく、病院も十分に確認をしないままに健康保険が使われていることがある。受傷原因が外傷の場合には医療費の区分が事故原因により異なるため注意が必要である。特に労災事故でありながら健康保険を使用している場合などが散見される。(図1)



### 2. 病気と第三者の行為によらない事故の場合(①・②・⑦)

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。月額の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…一般世帯はおおよそ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(通常の通学中を含む)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や被害者の過失が大きい場合には、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⑩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⑩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・藤沢市・鎌倉市・海老名市・大磯町・二宮町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(32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。

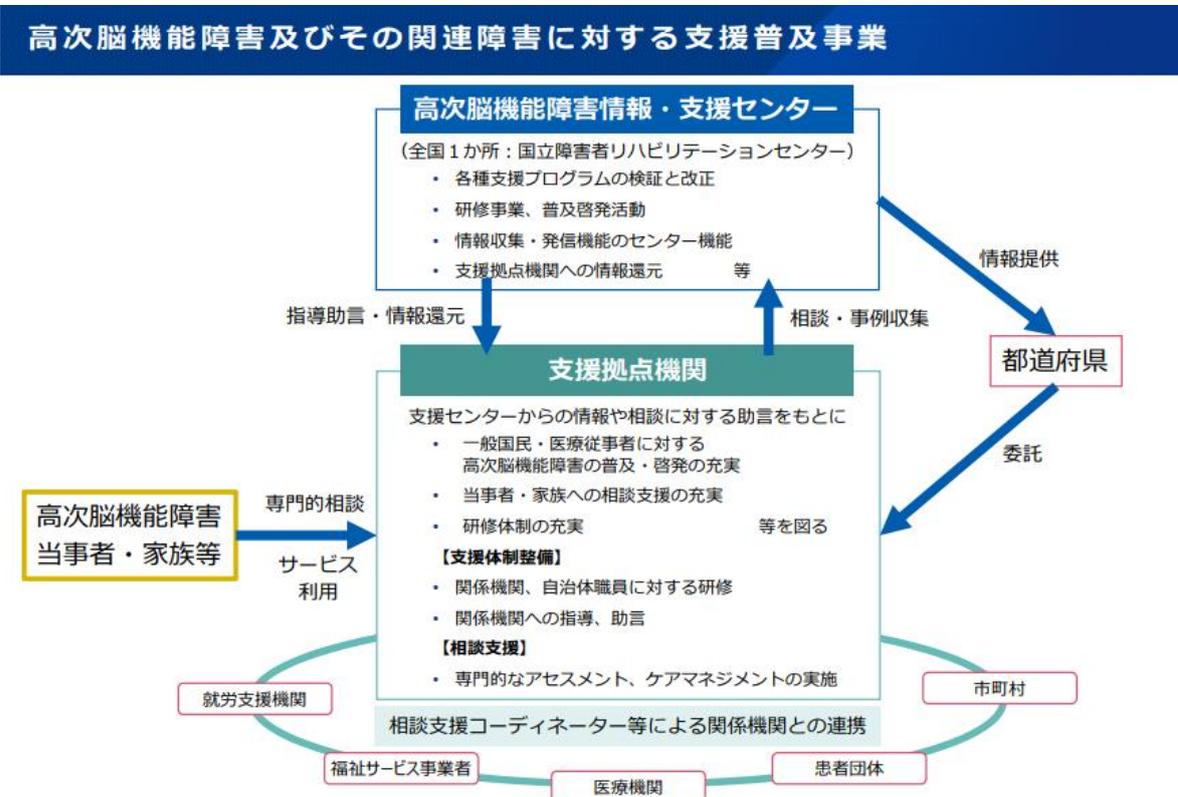


図2 高次脳機能障害支援普及事業(イメージ図)

## 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

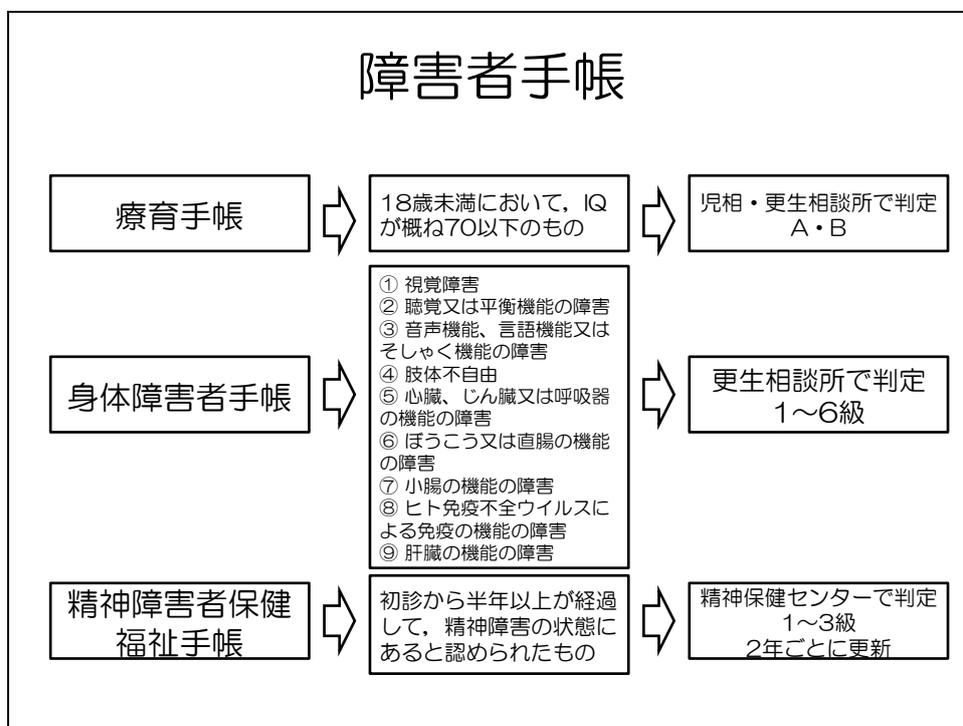
#### ア. 身体障害者福祉法

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。なお、それぞれの障害に等級基準があり、各等級は指標化されており、重複障害の場合は合計指数によって等級が決まる。

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. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

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て提示することで年金と同じ等級の手帳が交付される(市町村によっては、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社会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(ただし雇用保険受給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

## 6) 障害者総合支援法

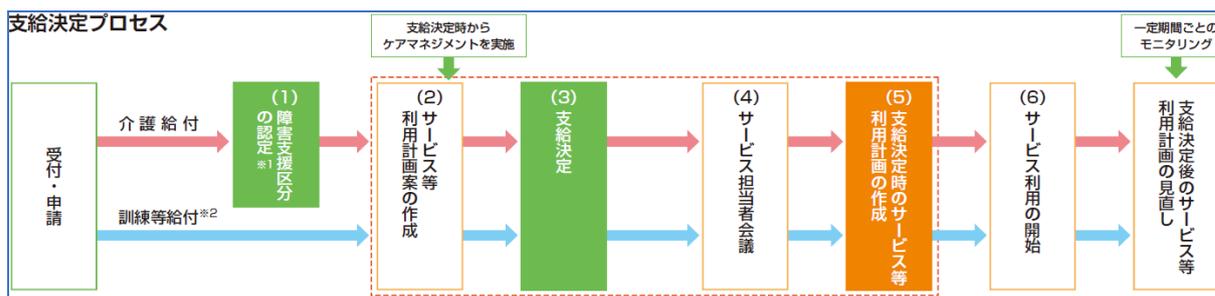
障害者自立支援法は平成18年から施行された。その後、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、平成25年4月から障害者総合支援法に法律の題名を変更して施行されたが、法律の基本的な構造は障害者自立支援法と同じである。

主なサービスは、介護給付、訓練等給付、地域生活支援事業があり、市町村が支給決定を行う。なお、サービス利用にあたっては介護給付と訓練等給付について「支援決定プロセス」の手続きが必要とされる。サービス利用を希望する場合は、市区町村の障害担当窓口や相談支援事業所に相談すると良い。

なお、高次脳機能障害者が障害福祉サービスを利用する場合は、①障害者手帳、②自立支援医療、③障害福祉サービスの利用が要される旨が記載された診断書(ICD10 の F コードの障害を原因疾

患として、障害福祉サービスの利用が望ましい旨とその理由が記載された診断書(市町村によっては、独自の様式への記載を求められる場合もある)、のいずれかが確認できれば申請が可能となる。

なお、就労継続 B 型、就労移行支援は、就労が難しい障害者が日中活動や職業訓練を目的として利用する施設であり、「雇用契約が生じている休職者は、一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供する場である就労継続支援 B 型や就労移行支援の利用はできない」という解釈をする自治体もあるが、厚生労働省の見解としては休職者の就労継続支援 B 型の利用を認めており、就労移行支援利用についても、近隣に適した通所機関がない場合に限り利用を認めるものとしている。



全国社会福祉協議会障害者総合支援法のサービス利用パンフレットより

## 障害者総合支援法で提供される主なサービス

介護給付	
① 居宅介護(ホームヘルプ)	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
② 重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により、行動上著しい困難を有する人で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。
③ 同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供(代筆・代読を含む)、移動の援護等の外出支援を行います。
④ 行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するとき、危険を回避するために必要な支援や外出支援を行います。
⑤ 重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います。
⑥ 短期入所(ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
⑦ 療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行います。
⑧ 生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
⑨ 施設入所支援(障害者支	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行

援施設での夜間ケア等)	います。
-------------	------

訓練等給付	
① 自立訓練	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。機能訓練と生活訓練があります。
② 就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
③ 就労継続支援 (A型＝雇用型、B型＝非雇用型)	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。雇用契約を結ぶA型と、雇用契約を結ばないB型があります。
④ 就労定着支援	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行います。
⑤ 自立生活援助	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行います。
⑥ 共同生活援助	共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、入浴、排せつ、食事の介護等の必要性が認定されている方には介護サービスも提供します。さらに、グループホームを退居し、一般住宅等への移行を目指す人のためにサテライト型住居があります。

地域生活支援事業	
① 移動支援	円滑に外出できるよう、移動を支援します。
② 地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等を行う施設です。
③ 福祉ホーム	住居を必要としている人に、低額な料金で、居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。

全国社会福祉協議会障害者総合支援法のサービス利用パンフレットより

## 【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思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必要がある。

### ・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。

### 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つけら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 42.5 人以上の企業に対する法定雇用率(2.3%)の設定と、常用労働者 100 人以上の企業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、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)

障害者においても就労に関する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、専門援助部門が設置され、就労斡旋の他に就労支援機関の紹介等も行なっている。(公共職業安定所は雇用保険失業給付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
- ・地域作業所(就労継続支援B型、就労移行支援)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)
- ・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。

#### ・就業・生活支援センター

就業及びそれに伴う日常生活上の支援を必要とする障害のある方に対し、センター窓口での相談や職場・家庭訪問等を実施している。就業面での支援としては、「就業に関する相談支援」「就職に向けた準備支援(職業準備訓練、職場実習のあっせん)」「就職活動の支援」「職場定着に向けた支援」「障害のある方それぞれの障害特性を踏まえた雇用管理についての事業所に対する助言」「関係機関との連絡調整」を行う。生活面での支援では、「日常生活・地域生活に関する助言」「生活習慣の形成、健康管理、金銭管理等の日常生活の自己管理に関する助言」「住居、障害年金、余暇活動など地域生活、生活設計に関する助言」「関係機関との連絡調整」等の役割を担っている。

## 5. ジョブコーチ事業

職場適応援助者(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。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りますから、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、配置型ジョブコーチ(障害者職業センターに配置)、訪問型ジョブコーチ(就労支援を行う社会福祉法人等に雇用されている)、企業在籍型ジョブコーチ(障害者を雇用する企業に雇用されている)がいる。ジョブコーチ利用に関する相談は概ね地域障害者職業センターが窓口となる。

### 【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かか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す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(H27/10より共済年金は厚生年金に統合された)。なお、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(972,250円)、2級(777,800円)で子(18歳到達年度の3月31日までの加算が223,800円(3人目以降は74,600円加算)の年金額となる。20歳前に傷病を負った人の場合には所得制限がある(無拠出年金:扶養者がいない場合、給与所得が370.4万円で2分の1停止、472.1万円で全額停止となる。なお扶養親族があるとき、370.4万円に扶養親族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583,400円)・障害手当金(一時金1,166,800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(224,900円)がつく。

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972,250円と配偶者と子の加算(448,700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、583,400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

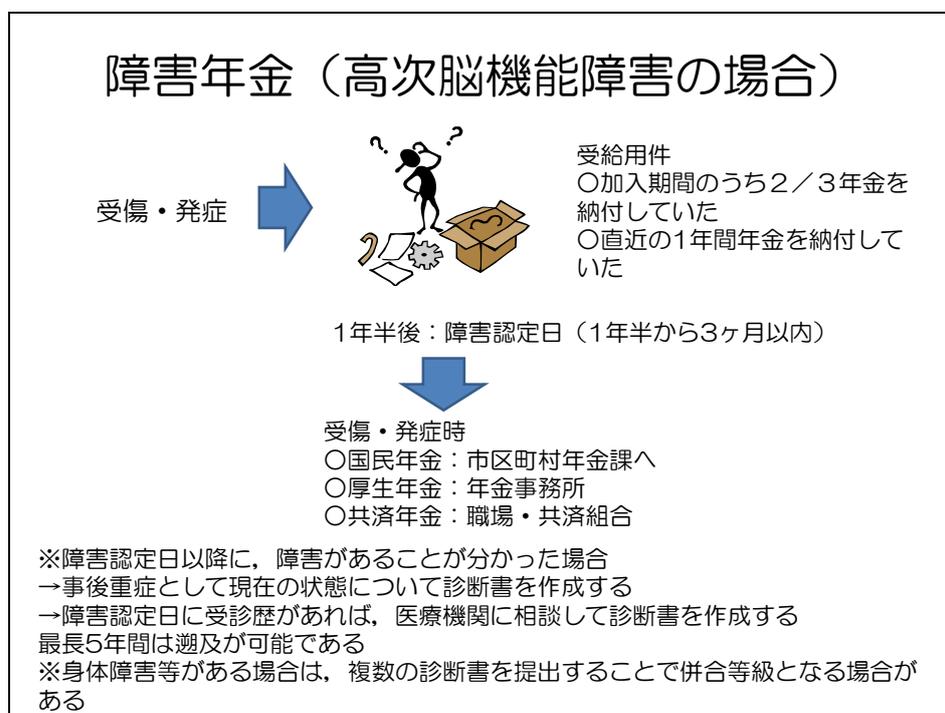
期間が3分の2以上(令和8年4月1日までは直近の1年間に保険料滞納がなければ可)あり、障害認定日(一般的には脳損傷では受傷・発症より1年6カ月)に障害程度が年金支給の基準に該当する状態であることが必要である。(記載金額は令和4年度時点)。

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。

共済年金の厚生年金統合について

平成27年10月に共済年金は厚生年金に統合された。障害認定日が平成27年10月1日より前の場合は、障害共済年金の対象となるが、障害認定日が平成27年10月1日以降の場合は障害厚生年金を申請することとなる。



## 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となった。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×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×0.73。障害厚生年金(3 級)+労災年金×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」等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ばらつきがある場合がある。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。

程度の目安としては、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おう。

### ・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。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は精神の障害用の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ふと思うときには、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

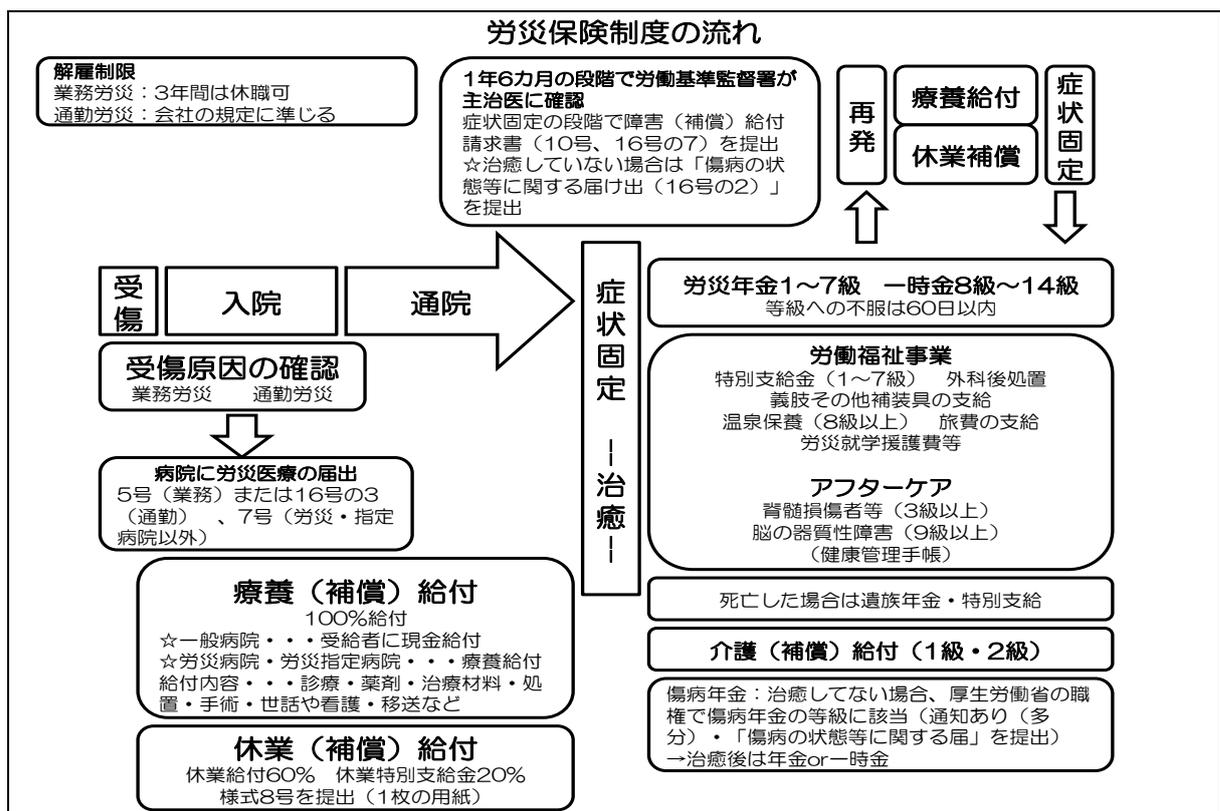
#### 1) 労災制度の概略

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」という用語が付き、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(3年を待たずに症状固定した場合はその限りではない)。

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6割が支給される(休業特別支給金分2割を加えると8割の支給となる)。

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。

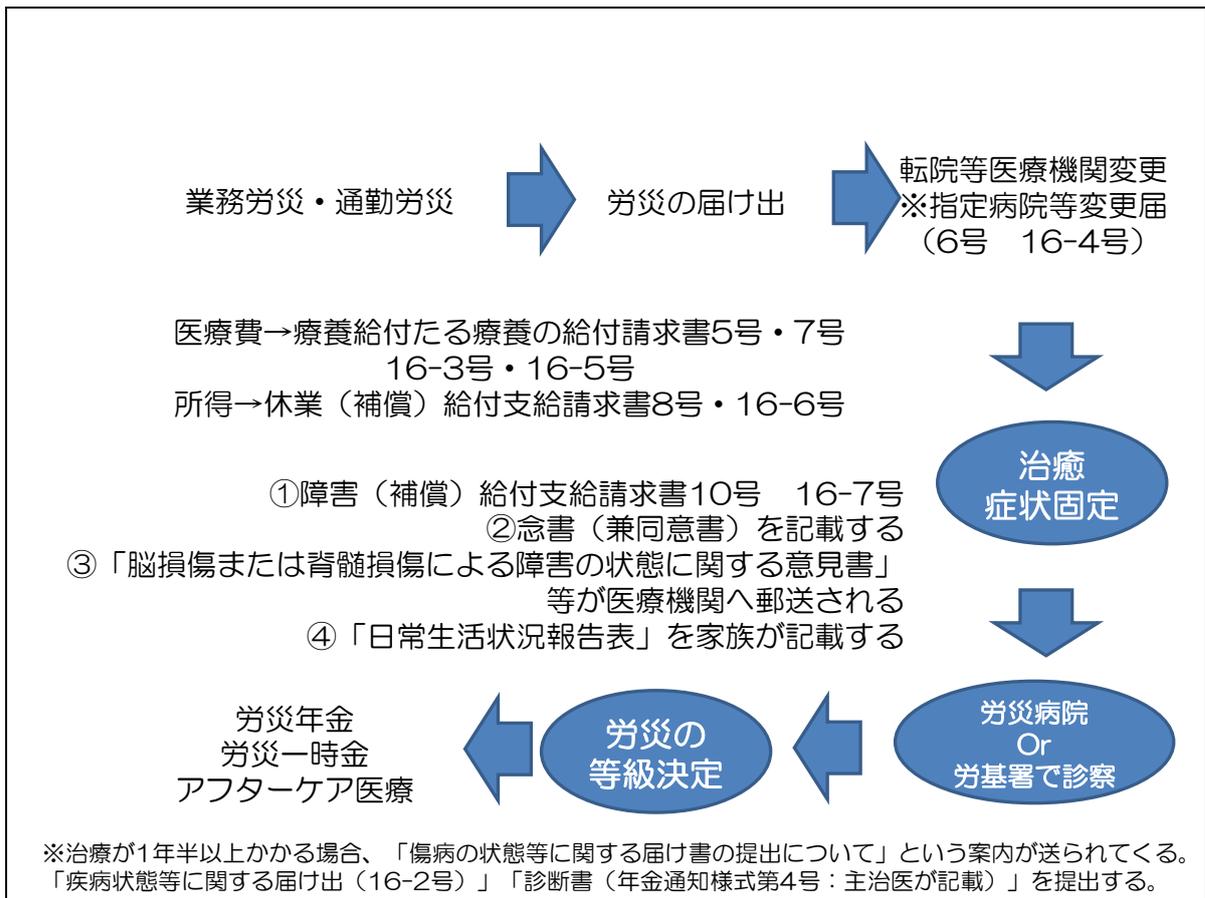
障害(補償)給付は1級から7級までが労災年金の給付となり、8級から14級までが障害補償一時金(所定金額の補償により終了)の給付となる。



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。

なお、身体障害が2以上ある場合は、重たいほうの等級が繰り上げとなる場合がある。例えば味覚喪失は12級に該当するので、脳損傷以外の後遺症についても申請を行うことが要される。①13級以上に該当する身体障害が2以上ある場合は、重い方の等級を1級繰り上げる。②8級以上に該当する身体障害が2以上ある場合は、重い方の等級を2級繰り上げる。③5級以上に該当する身体障害が2以上ある場合は、重い方の等級を3級繰り上げる。



## 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(併合の場合は異なる)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。

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73,090円(2級は随時介護なり月額36,500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171,650円を上限とした額(2級は85,780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. 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。

#### ウ. 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。

#### エ. 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

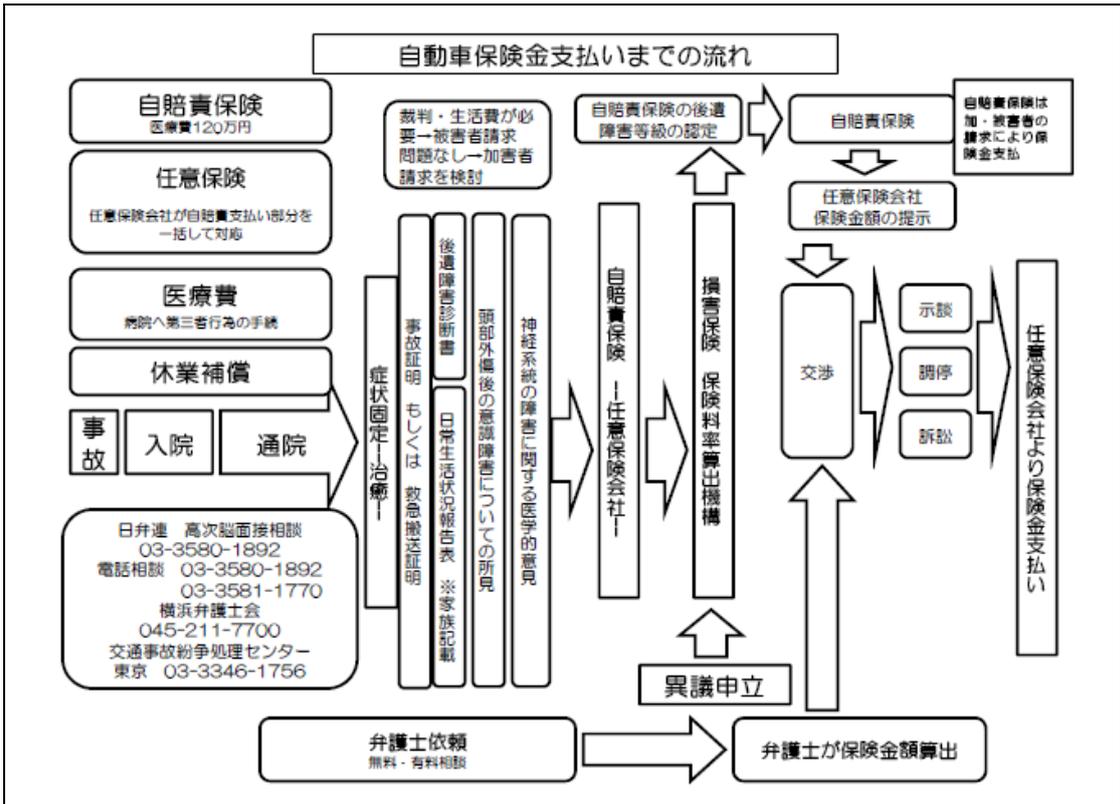
自動車保険制度には、自動車賠償補償責任保険(以下自賠責保険)と自動車任意保険制度(以下任意保険)がある。

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。実際の損害賠償額は、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。

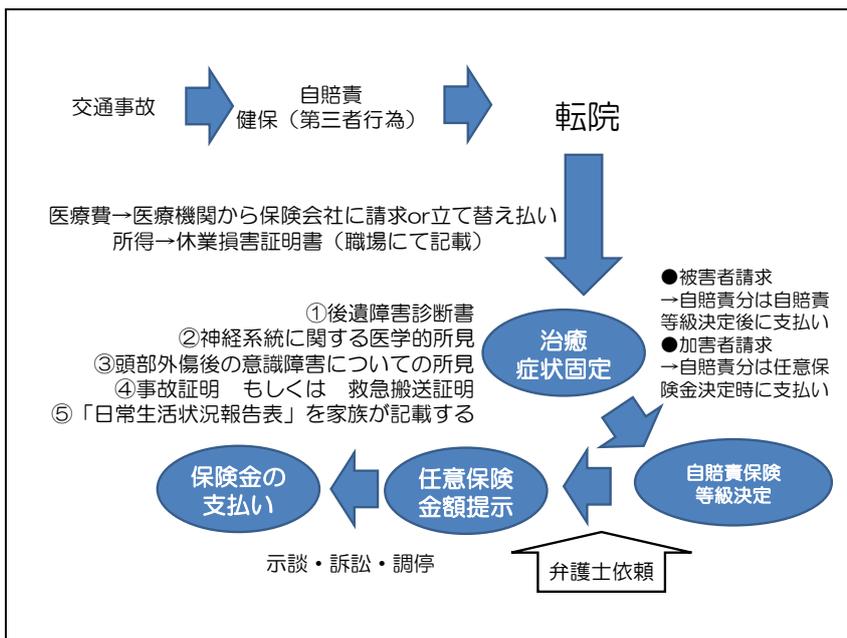
交通事故では、加害者加入の自賠責保険が任意保険と別会社でも任意保険会社が対応の窓口になることが一般的である。

加害者請求と被害者請求:自賠責保険の請求方法には、加害者請求と被害者請求がある。加害者請求とは、任意保険会社に同意書を提出することによって保険料率算出機構への請求手続きを一任することであり、手続きの省力化が図れるが、自賠責保険の保険金は原則任意保険の保険金額が支払われるまで受け取れない。被害者請求とは、自賠責保険請求に必要な書類を被害者自らが取り寄せて、保険料率算出機構への請求手続きを行うことであり、手続きは大変だが、自賠責保険の等級決定後に保険金を受け取ることができる。当座の生活に困窮している場合や、長期にわたる可能性がある裁判に備えて生活費を確保する必要がある場合は、被害者請求も検討する。



## 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ます、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場合がある。

## **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、保険金支払いに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. 自損事故保険や人身傷害保険・搭乗者傷害保険**

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。人身傷害保険や搭乗者傷害保険も単独事故での補償が適用される場合があるので、保険会社に確認することが望ましい。

## **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)年金は受傷日より最長 3 年間、労災年金は受傷日より最長 7 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 72,990 円、ヘルパー等に介護費用を支払う時には 166,950 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。積極的なりへ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ことがある。

### ・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。

### ・弁護士を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。

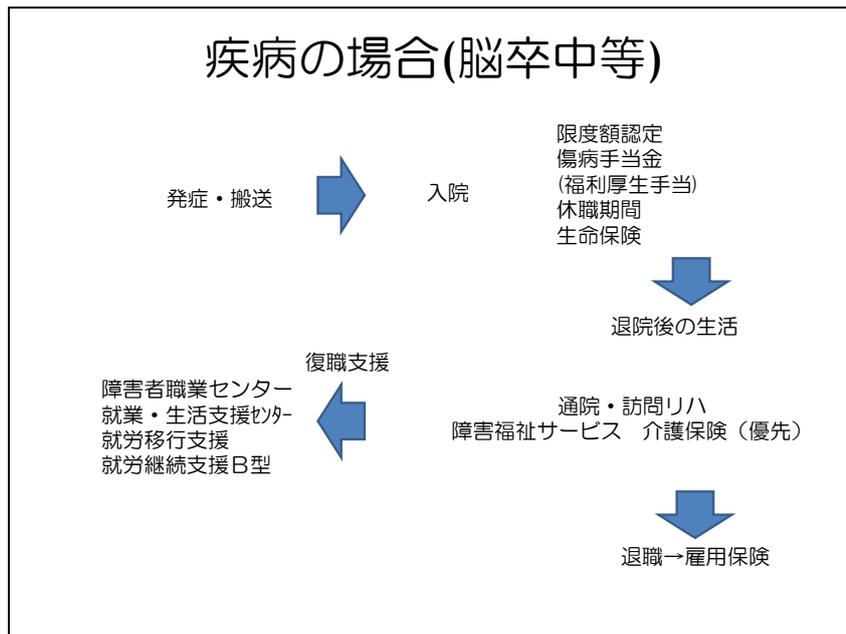
## 5. その他の経済的保障に関連する制度

### 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)。



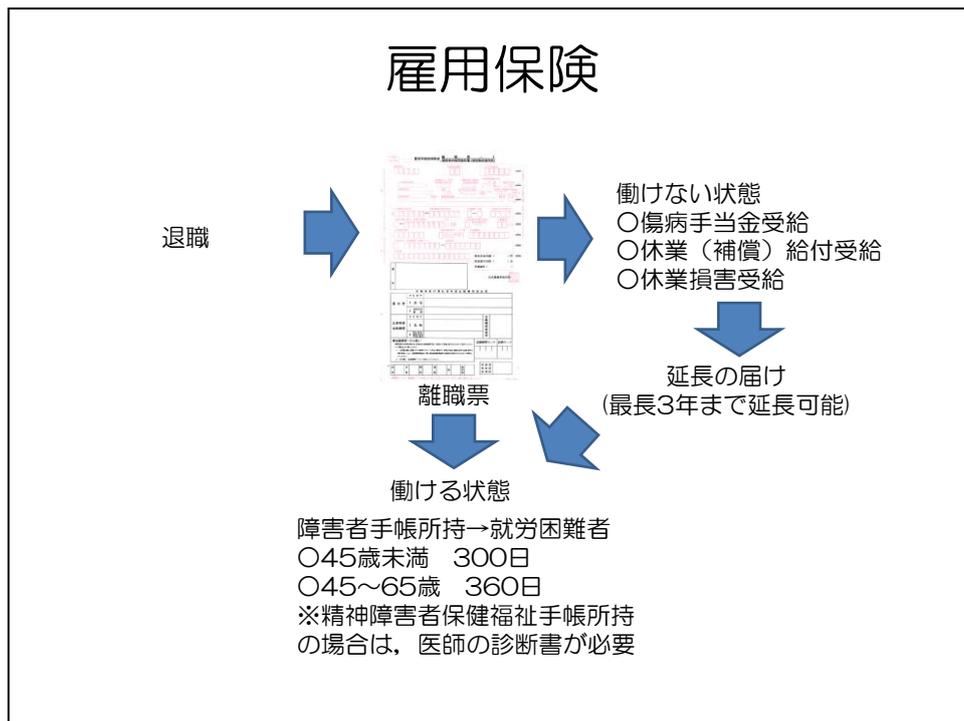
## 2) 雇用保険失業給付の活用

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はある。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。

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な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(認知症や知的障害・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。

## 成年後見制度

申請者：本人、配偶者、4親等内の親族等、市町村長等

家庭裁判所



用意する書類：申立書、申立書付票、申立人の戸籍謄本、本人の戸籍謄本、戸籍の附票、登記されていないことの証明書、診断書、成年後見人候補者の戸籍謄本、住民票、身分証明書、登記されていないことの証明書等

後見人：家族・第三者・法人等

調査

鑑定書作成：費用5～15万円（目安）



選定

後見 後見・保佐と補助では同意権が異なる。  
保佐 資産管理・契約能力が乏しい方は、後見・保佐  
補助 を検討した方がよい

## 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。身寄りがいない、家族が後見をおこなうことが不適切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。

### 「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。「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支障がある者に対して、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】

・单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、单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性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) 相談支援専門員(障害者)と介護支援専門員(介護保険)

障害者総合支援法では、相談支援専門員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専門員の要件である。

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

高次脳機能障害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 法人高次脳機能障害友の会ナナが神奈川県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、比較的多彩な分野の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。

## 資料4 用語集

### 高次脳機能障害 higher-brain dysfunction

生理学的定義は、学習した知識に基づいて行動を計画し、実行する脳の働き。脳の諸連合野を統合的に働かせて行われる複雑な機能。いっぽう行政的には、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などを主たる原因として、日常生活および社会生活への適応に困難を有する一群の障害と定義される。

### 【疾病等に関する用語】

#### 外傷性脳損傷(脳外傷)traumatic brain injury:TBI

機械的な外力によって脳の生きた組織が損傷されること。一般に、数分から数ヶ月以上のさまざまな長さの意識変調(健忘や昏睡など)を伴う。運動、知覚・認知、知的・情緒的機能などの障害を起こす。原因として、脳血流不全、中毒、悪性腫瘍、寄生生物、先天性疾患、出生児外傷、変性疾患などによる脳損傷を除く。

#### 脳外傷(開放性)brain injury、open

頭皮と頭蓋骨を穿通して脳組織の損傷を起こした外傷。

#### びまん性軸索損傷 diffuse axonal injury dai

脳外傷時の剪断力によって、脳のさまざまな部位でミエリンに包まれた太い神経軸索線維が損傷された状態。同様の剪断力が血管に働くと脳出血が起こる。

#### 脳血管障害 cerebral vascular accident (cva or stroke)

脳血管の栓塞、梗塞、出血など。

#### 脳出血 cerebral hemorrhage

大脳の血管からの出血。

#### 脳梗塞 cerebral infarct

脳血管壁の凝血と壊死の部位で脳血流が遮断され、その血管が支配していた神経組織の機能障害が起きた状態。

### **くも膜下出血 subarachnoid hemorrhage; SAH**

脳動脈瘤や脳動静脈奇形などの脳血管病変が破綻し、くも膜下腔に出血した病態。

### **動脈瘤 aneurism**

動脈壁の弱い部分が腫脹あるいは拡大している状態。脳動脈瘤の破裂は脳くも膜下出血の原因となる。

### **くも膜下出血(外傷性) subarachnoid hemorrhage、 traumatic**

頭部外傷に伴い、脳表面の静脈破綻によるくも膜下腔への出血。脳挫傷などを合併することが多い。

### **脳挫傷 brain contusion**

脳組織の挫滅による損傷で毛細血管からの出血がある。

### **脳炎 encephalitis**

単純ヘルペスあるいは日本脳炎ウイルスなどが脳に感染して、急性、亜急性あるいは慢性に経過する。意識障害、痙攣、脳局所症状などを呈し、健忘などの後遺障害を残すことがある。

### **脳死 brain death**

非可逆性の昏睡状態で、大脳及び脳幹部が機能しなくなっている。

### **脳振盪 concussion**

脳外傷の結果起こる可逆的な神経機能の障害で、一時的な意識の喪失や混乱を伴う。

### **脳栓塞 cerebral embolism**

血流に運ばれてきた凝血塊が脳動脈に詰まり、突然血流を途絶させた状態。

### **脳内出血 intracerebral hemorrhage**

脳挫傷においては、脳実質内に小さな、多発性の出血が合併する。

### **脳膿瘍 brain abscess**

脳の中に、組織の破壊によって生じた膿が溜まっている状態。

### **反衝(脳)損傷 contra coup**

頭部への衝撃の対側に脳損傷が起こる現象。

### **軽症脳損傷 brain injury、 mild**

軽症脳外傷の患者は、外傷に起因する生理的な脳機能障害を起こし、その症状は、1) さまざまな期間の意識喪失、2) さまざまな程度の受傷前後のエピソード記憶喪失、3) 受傷時のさまざまな精神機能変化(見当識障害、昏迷など)、4) 一過性あるいは永続的な局所神経症状。ただし a) 意識喪失の期間が 30 分を超えず、b) 30 分後の Glasgow Coma Scale スコアが 13 から 15 あり、c) 外傷後健忘の期間が 24 時間を超えない。

### **後天性脳損傷 brain injury (acquired)**

正常の胎内成長と出産、そして発達を遂げた後に、何らかの脳損傷によって脳機能障害を起こした場合。

### **無酸素性脳症 anoxic encephalopathy**

脳へ供給される酸素が不足するために起こる脳症。脳症が高度であれば、植物状態や脳死に至る。海馬や大脳皮質が障害されやすい。

### **蘇生後脳症 postresuscitation encephalopathy**

心肺停止症例で、蘇生後に発生する中枢神経障害。軽症のものから植物状態や脳死のような重篤なものまである。

### **脳浮腫 brain edema / cerebral edema**

脳組織内の水分量が増した状態で、脳は腫脹する。

### **脳圧・頭蓋内圧 intracranial pressure (ICP)**

脳を取り囲む脳脊髄液腔に刺入した針によって脳脊髄圧 Cerebrospinal fluid (CSF) pressure を計測すると、これが頭蓋内圧を反映する。大きな脳外傷では全般的な脳浮腫と頭蓋内圧上昇が起こる。頭蓋内圧上昇は、脳損傷部位から離れた部位の脳細胞の一時的な機能低下を起こす。頭蓋内圧上昇や脳浮腫が長期になると、脳表面が頭蓋骨に押しつけられて扁平化し、軸索がちぎれ、脳循環が障害され、また破壊された脳細胞が周囲の脳細胞に対し有害な化学物質を産生する。

## **脳可塑性 brain plasticity**

損傷された脳細胞の機能を損傷されていない細胞が代償すること。可塑性は脳が発育するともに少なくなる。

## **水頭症 hydrocephalus**

脳脊髄液の貯留によって脳室が拡大している状態。

## **VP シヤント(脳室腹腔シヤント)ventriculoperitoneal shunt: VP shunt**

水頭症などで側脳室内に過剰に貯留した脳脊髄液を、手術で皮膚の下に埋め込んだ短絡管(シヤントチューブ)を介して腹腔内に導き頭蓋内圧亢進を治療する手術法。髄液圧の調節は短絡管の途中に設けられたシヤントバルブと腹腔管先端で行われる。

## **てんかん epilepsy**

脳神経細胞の過度なあるいは病的な電気発射に起因する神経症状で、意識状態の変化や全身けいれんなどの発作を反復する脳の慢性疾患。

## **てんかん発作 epileptic attack (seizure)**

脳神経細胞の過度あるいは病的な電気発射が、近くの脳細胞あるいは脳全体に広がり、数分持続する意識障害・尿便失禁・四肢の痙攣などを示す。全般発作と部分発作に大別され、全般発作には強直間代痙攣発作や欠伸発作、脱力発作などがある。部分発作は一側半球の限局された部位から起こる。

## **てんかん重積状態 status epilepticus**

てんかん発作が短い間隔をおいて 30～60 分以上の間に繰り返し起こり、意識障害から回復しない状態。全身性のけいれん発作が重積する場合、心機能低下や呼吸麻痺などを起こし死亡する場合もある。

## **外傷後てんかん posttraumatic epilepsy**

一般に脳外傷後 1 週間以降に初発するてんかん。最初のてんかん発作は、閉鎖性外傷では 2 年以内、開放性外傷では 10 年以内が多い。脳損傷型では、意識喪失時間あるいは健忘時間が長いほど、また硬膜以下に損傷の及んだ場合に発生頻度が高い。

## **症候性てんかん symptomatic epilepsy**

脳外傷、脳腫瘍、脳血管障害などの器質的病変が原因となって生じたてんかん。

### **抗てんかん薬 anticonvulsant**

てんかん発作が起こる可能性を低くするための薬物で、フェニトイン、フェノシルビタール、バルプロ酸、カルバマゼピン、プリミドン、ゾニサミドなどがある。

### **通過症候群 transitional syndrome**

意識障害からの回復過程で、一次的に見られる精神症状。

### **人工呼吸器 artificial ventilator**

意識障害などがあって自発呼吸に問題がある患者に使用し、呼吸を維持する器械。加湿され、必要な酸素濃度のある空気を、適切な圧と頻度で気管内に送る。

### **うつ状態 depressive state**

うつ病以外の疾患で、不眠などの身体症状とともに憂うつ気分が強くみられる症状。大脳左半球前方の病変による場合と、脳損傷の慢性期、障害に対する自己認識が進むことや、行動上の失敗を繰り返していくなかで、2次的に抑うつが生じる場合とがあるとの見解が示されている。

### **抗うつ薬 antidepressants**

うつ病あるいはうつ状態を治療する薬物。

### **遷延性植物状態 persistent vegetative state pvs**

発語、従命反応、あるいは意味ある反応を示さない状態が、長期に亘って続いている。

### **閉じこめ症候群 locked in syndrome**

下部脳幹と脊髄をつなぐ橋腹側の運動神経路が損傷された状態。覚醒していて、感覚刺激を受け取ることができるが、構音器官、四肢および体幹に麻痺があり、まばたきや顎、眼球など限られた運動を用いる以外は他者とコミュニケーションできない状態。遷延性植物状態とは異なる。

### **予後 prognosis**

病気や怪我からの回復についての予測。

## **【身体障害についての用語】**

**対麻痺(両下肢麻痺)paraplegia**

両下肢の麻痺。

**片麻痺 hemiplegia**

身体の半側の麻痺で、通常は対側脳の損傷が原因。

**装具 orthosis**

運動機能改善や安定性向上を目的に使用される道具。

**眼振 nystagmus**

眼球が、不随意的に水平、垂直あるいは回旋性に動く症状。

**振戦(安静時)tremor、resting**

随意的な動きで減少することのある、安静時の規則的に反復する身体の動き。

**振戦(企图性)tremor、intention**

患者がコントロールしようとするときが激しくなる、身体の一部の粗い、規則的に反復する動き。

**摂食嚥下障害 dysphagia**

食物を嚥下しやすいように口の中で形作ったり、口内から食道方向へ送り込むことの障害。

**体幹運動失調 truncal ataxia**

小脳、大脳、脳幹、脊髄、前庭などの機能障害が原因で、体幹部に運動失調症状を呈し、座位や起立姿勢保持あるいは歩行困難などを呈する。

**半盲 hemianopsia**

両眼の視野の半分が失われている症状。

**同名半盲 homonymous hemianopia**

両眼の視野の同側半分が失われている症状。

**皮質盲 cortical blindness**

後頭葉の視中枢の損傷による視力障害。対光反射が残っている。

### **複視 diplopia**

一つの対象が二つに見える症状。

### **輻輳 convergence**

近くの対象物に焦点を合わせるために両眼が同時に内側へ動くこと。

### **平衡障害 equilibrium disturbance**

円滑な姿勢変化や安定した歩行ができなくなる平衡(バランス)の障害で、視覚系・前庭系・固有知覚系からの入力と脳幹での統合が、何らかの原因で障害を受けたために生ずる。

### **平衡 balance**

直立位を保つための、適切に立ち直りと平衡反応を用いる能力。座位と立位で検査を行う。

### **嗅覚喪失 anosmia**

臭いの感覚が失われている症状。

### **能力障害 disability**

人間が正常なやりかたで行う活動を、機能障害の結果行えなくなること。

## **【画像診断や評価などについての用語】**

\* 診断

### **ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision ;ICD-10**

世界保健機関(WHO)により定められ、疾病、障害および死因の統計に用いる分類で、1900年以來10年ごとに修正されてきた。

### **DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version four**

米国精神医学会が作成した精神疾患の診断・統計マニュアル。現在、第4版(DSM-IV)が出版されている。

## **核磁気共鳴画像 magnetic resonance imaging : MRI**

核磁気エネルギーを用いて、軟部組織、中枢神経系、筋骨格系などの画像を作り出し診断に用いる。

## **機能的 MRI functional MRI ; fMRI**

MRI を用いて脳機能などを計測する手法。

## **CT スキャン CT scan**

X線撮影データをコンピュータ処理し、身体をいくつかのレベルでスライスした画像に構成する方法。

## **スペクト single photon emission computed tomography ; SPECT**

体内に注入されたアイソトープから放射される  $\gamma$  線を体外で検出し、体内分布を断層像で表示する撮像法。→脳血流シンチグラフィ

## **脳血流シンチグラフィ cerebral blood flow scintigraphy**

体内へ注入され、脳内へ入る放射性アイソトープを用い、体外から脳実質内の血流状態を画像化する脳機能検査法。→スペクト

## **ペット(ポジトロン CT): PET positron emission tomography ; PET**

陽電子放出核種から放出された陽電子(ポジトロン)が、周囲の電子と結合して消滅する際に放出される  $\gamma$  線を検出し、血流、酸素やブドウ糖などの代謝、神経伝達物質の受容体などの生化学的機能に関する情報を測定する。

## **脳波 electroencephalogram eeg**

電極を頭皮上に置いて脳の電気活動を記録する方法。てんかん、意識障害あるいは脳死の診断などに用いられる。

## **脳圧モニター intracranial pressure (ICP) monitor**

側脳室などの脳脊髄液腔にチューブを挿入し、これを電氣的な圧計測装置に接続して、頭蓋内圧を観察、記録する方法。

## **脳血管撮影 cerebral angiogram**

動脈に造影剤を注入し、X線撮像された脳血管を観察する検査。

\*意識障害の検査

### **グラスゴー昏睡尺度 Glasgow Coma Scale:GCS**

脳外傷による脳機能障害の程度を評価する標準化された方法。開眼 Eye、言語反応 Verbal、運動 Motor 反応を独立して数値で評価し、これが意識状態あるいは障害の程度を表す。GCS 評価点数の13から15は軽症、9 to 12 中等症、8 以下は重症脳外傷と判断される。E3V2M4=GCS9 のように表現する。

### **ジャパン・コーマ・スケール(日本昏睡尺度、3-3-9 度方式)Japan Coma Scale;JCS**

わが国で提唱された昏睡尺度の1つ。意識レベルを①覚醒しているか(I桁)、②閉眼しているが、刺激すると覚醒するか(II桁)、③刺激しても覚醒しないか(III桁)に分類。それぞれを3段階に細かく分類することから、3-3-9 度方式とも呼ばれる。

### **昏睡 coma**

内的・外的刺激に反応しない無意識状態。臨床的には、単純な指示に従わない状態が持続し、Glasgow Coma Scale score は8かそれ以下。

## **【精神機能全般についての障害】**

### **認知 cognition**

物事の理解あるいは筋道だった思考を行う過程。

### **抽象概念 abstract concept**

多くのものや、事柄や具体的な概念から、それらの範囲の全てに共通する属性を抜き出し、これを一般的な概念として捉えること。認知障害のある脳損傷者は、しばしば抽象的概念を理解することが困難である。

### **認知障害 cognitive dysfunction**

認知機能を支える要素として注意・記憶・言語・視空間認知機能・構成能力・遂行機能などがある。認知機能が損なわれると、情報の受け取りや理解、筋道だった思考の過程にさまざまな影響を及ぼす。

### **認知症 dementia**

脳の器質的損傷に基づく、社会的あるいは職業的機能を損なう程度の全般的で慢性的な知的能力の

喪失。情緒、人格、行動もさまざまな程度に影響される。

### **器質性精神障害 organic mental disorder**

脳外傷、脳血管障害、脳腫瘍、あるいは中毒などが原因で起こる精神障害。急性期には意識障害が主であるが、亜急性期・慢性期には健忘、感情障害、固執、不安、幻覚・妄想など、重症では認知症を示すことがある。

### **見当識 orientation**

自分の置かれた環境や状況を知っていること。⇔失見当識 disorientation

### **見当識障害 disorientation**

どこにいるか、いまが何時か、そばにいる人物が誰かなどが分からなくなっている状態。

### **意識障害 consciousness disturbance**

意識障害は、覚醒(環境に応答する準備ができていない状態)・気づき(特定の刺激を受け入れている状態)・自己意識(自らの意識を対象に向ける)のいずれかに障害がある場合をいう。

### **譫妄 delirium**

譫妄とは、意識障害の一形態で、意識混濁に、認知機能の低下、睡眠障害などを伴う精神症状のことをいう。妄想、多動、不穏など精神運動興奮の強いタイプと、不活発で反応の乏しいタイプがある。

### **覚醒 arousal**

脳の網様賦活系 reticular activating system (延髄から視床まで連なる脳幹の核となる部分)が脳皮質を活性化することで得られる基本的な意識状態。認知機能は、覚醒がある程度の段階まで進まないと働かない。

### **覚醒障害 disturbance of arousal**

覚醒状態を示す反応は、「開眼しており、瞬きが見られる」「開眼しなくても言葉で応答がある」「開眼、言葉による応答がなくても、動作で対応する」などの反応が示されない状態が覚醒障害である。

### **無言無動症 akinetic mutism**

随意的な運動や発語が無く、内的・外的刺激を認知していない。一見覚醒しているように見えるが、意識は障害されている。

## **無視 neglect**

自分の身体や周囲の事物に注意をはらわない症状。

## **自己認識の障害 self-awareness**

自己認識は自らを知る能力で、前頭葉の機能と考えられている。前頭葉に損傷を受けると、自己への関心を失い、自分の障害の性質と、障害がどのような事柄に影響を及ぼすのかについての認識に欠ける。

## **病識の欠如 disturbance of self-awareness**

自身の障害に気がつかない、否認、無頓着。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。

## **意欲減退 hyperbulia**

うつ状態で反応が鈍化する場合と、「うつ」とは関連がなく、発動性が低下して自発的な行動が見られなくなる場合がある。軽いものを静止状態(おとなしい状態)、極端な場合を無為と呼ぶ。自らの意志で行動を始めないことを強調する時には、自発性欠乏(lack of spontaneity)という。

## **注意障害**

### **disturbance of attention/concentration**

注意はすべての認知機能の土台であり、広く社会生活を営むためのあらゆる行動に含まれている。注意機能が障害されると、気がそれやすく、集中できなくなり、まとまりのある思考や会話などの活動に持続的に関わるのが困難になる。

## **半側無視 unilateral neglect**

脳損傷の反対側の空間あるいは身体の部分について注意を払わない症状。極端な場合には、無視側に着物を着なかったり、身体を洗わなかったりする。

## **【失行・失認などについての用語】**

## **失行 apraxia**

運動を妨げるような感覚障害や運動機能の問題がなく、行うべき運動やその目的を理解しているにもか

かわらず、目的に応じた動作や物品の操作が正しく遂行できず、異なる動作をしてしまう症状。

### **ゲルストマン症候群 Gerstmann syndrome**

左右障害・手指失認・失算・失書の4症状を呈する高次脳機能障害。

### **失認 agnosia**

ある感覚(視覚・聴覚・触覚)様式からは、対象が何であるかわからない症状。例えば相貌失認では、よく知っている人でも、顔や表情を見ただけでは判らず、声や服装の特徴などで誰であるかを確認することができる。

### **地誌的障害 topographical disorientaion**

よく知った場所や建物の風景に見覚えがなくなる街並失認と、道順を思いだせずに道に迷う道順障害とがある。

## **【記憶障害に関する用語】**

### **記憶 memory**

過去に獲得された情報(経験)の利用を可能にする精神機能のこと。

#### **<記憶システム>**

### **記憶:過程による分類**

記憶には、①記録 memorization(情報を認知し入力する)、②保持 retention(情報の貯蔵)、③再生 recall(入力された記憶情報を検索し、利用する)の3つの過程が考えられている。

#### **\* 記憶:保持時間による分類**

### **即時記憶 immediate memory**

### **近時記憶 recent memory,**

### **遠隔記憶 remote memory**

記憶の保持時間によって、①即時記憶(数秒以内の瞬間的な保持能力)、②近時記憶(数分から数日の記憶で、新しい記憶の獲得・学習能力に相当する)、③遠隔記憶(すでに獲得された過去のできごとに関する記憶)に分類される。相似した心理学的分類に短期記憶 short term memory・長期記憶 long term memory がある。

## \* 記憶: 損傷時期による分類

### **健忘 amnesia**

記憶の喪失。発症前の出来事に対する想起障害は逆行性健忘。発症時点以後の記憶障害を前向性健忘と呼ぶ。

### **外傷後健忘 posttraumatic amnesia: PTA**

脳の損傷後、数時間から数ヶ月の記憶を保つことができない状態。この期間に経験したことは、あとから思い出すことができない。

### **前向性健忘 anterograde amnesia**

最近の出来事が想起できない。重篤な前向性健忘では数分前のできごと、行動、発言などのすべてを全く記憶できない。同じ質問を何度も繰り返し、新しいことの学習が成立しにくい。

### **逆行性健忘 retrograde amnesia**

逆行性健忘は、発症前のできごとが思い出せない状態。社会的なできごとの記憶と個人に関連した記憶(個人史)とに分類される。新しい出来事ほど障害されやすい。

## \* 記憶: 内容による分類

### **作動記憶 working memory**

ワーキングメモリーは、会話、読み書き、計算などの複雑な活動がスムーズに遂行できるように、必要な情報を一時的に記憶するシステムのこと。

### **宣言記憶 declarative memory**

学習によって獲得された事実や知識に関する記憶で、記憶の内容は言語的な表現によってイメージとして意識的に頭に浮かべることができる。

### **エピソード記憶 episodic memory**

過去に経験した個人的出来事に関する記憶で、自分が「いつ」「どこで」「何をした」という時間的・空間的に定位された生活史・社会事象。

### **意味記憶 semantic memory**

特定の時間・空間とは無関係な記憶で、繰り返し学習されることにより組織化された、言葉の概念などに関する一般知識のことで、思考の素材となる記憶。

### **非宣言記憶 non declarative memory**

コトバやイメージとして喚起され得ない記憶のこと。体験の反復により獲得した知識や、習熟した技能のようにコトバやイメージではうまく説明のできない記憶。自分でもうまく説明できない記憶。

### **手続記憶 procedural memory**

反復的に学習し手順を意識せずに行うことのできる、熟達した行動や反応。自転車運転や楽器演奏、パズルをとく手順、碁や将棋の局面などのスキル。

### **プライミング 効果 priming effect**

過去に体験したことが、後続の課題遂行を促進するような潜在的な効果を及ぼす現象。

### **展望記憶 prospective memory**

何をなすべきか、予定に関する記憶。

### **メタ記憶 metamemory**

自分自身の記憶がどのように機能するかについての知識や認識。メタ記憶が機能することで、メモをとることや・記録を見て過去の情報を確認するなど、現在の行動に反映する作業を行うことができる。

\* 記憶：記憶素材による分類

### **言語性記憶障害**

口頭で言われた情報を覚える能力。物語の再生などの障害がある場合を言う。

### **非言語性記憶障害**

視覚的・空間的に提示された情報を覚える能力。図形の再生など。

### **【遂行機能障害】**

### **遂行機能障害(実行機能障害)disturbed executive functions**

みずから行動目標を立て、その目標を達成にみあった行動計画をたてることができない。安全の確保

や、より有効な結果を導き出すための行動の見直しなどができず、行きあたりばったりの行動になる。社会的に孤立するような、脳損傷後の社会的技能／技術の喪失や人格変化を含む、複合的障害である。

## 【社会的行動障害】

### 情動 emotion

外部から観察できるある個人の情緒状態。

### 無為 abulia

意志を働かせたり、物事を決定したりしない。反応は遅く、自発性に乏しく、応答の言葉は短い。

### 無感情 apathy

脳の器質的な損傷によって情緒や意欲や計画能力などが障害されている状態。

### 発動性の低下 lack of initiation

人前では脱抑制的であっても、ひとりで放置されると、むしろ自分では何もしようとしない状態となる。

### 感情の平板化/情動鈍麻 affective flattening or blunting

情動反応性の減少をさす。表情、仕草、適切な感情表現や乏しさに表れる。

### 感情失禁 emotional incontinence

些細なことで泣き出したり、笑い出したりする。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。

### 多幸 euphoria

状態にそぐわず気分が高揚した状態。

### ふざけ症 moria

他人と接するときに節度がなくなり、上機嫌、多幸、軽率な態度を示し、他人にかまわず、一人ではしゃぎふざける状態。前頭葉底部の眼窩に近い部分の損傷で起きると言われている。

### 不安 anxiety

心配、憂うつ、焦燥感という主観的経験。現在から将来についての過度の心配から恐怖感までの範囲がある。

### **抑うつ depression**

ゆううつな状態が続き、なにもできない状態になる。大脳の左半球前方の病変による場合と、障害に対する自己認識が進むみなかで、二次的に抑うつが生じる場合とがある。

### **衝動性 impulsivity**

反省や熟慮をせずに欲求的行為や感情的行為を行ってしまうこと。

### **脱抑制 disinhibition**

衝動的な行動や情動を抑制できない状態にある。

### **易怒性 irritable**

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。容易にイライラして怒りが誘発される状態を指す。

### **人格変化 personality change**

脳損傷による後遺症状として、これまでとは異なる性格傾向、あるいは以前の性格が先鋭化した状態が認められる。それらは刺激性、衝動性、脱抑制、感情的不安定、自発性低下、多幸性といった特徴のいくつかをあわせ持つもの。

### **依存性**

こどもっぽくなり人にたよる。

### **行動 behavior**

人が示す動作と反応の総体。

### **社会的行動障害 social behavior disturbance**

社会的に孤立するような、脳損傷後の社会的技能／技術の喪失や人格変化を含む、複合的障害である。

### **自己洞察の欠如 lack of insight**

過去、あるいは現在の精神状態や生活状況に対する自覚または、理解の障害。治療拒否、結果に対する見通しのまずさが目立つ。

### **固執 persistence**

場面の変化に応じて柔軟に視点を変えられず、一つのことにこだわりはじめると、融通が利かなくなったり、周囲と協調できなくなる傾向にある。

### **問題解決能力 problem-solving ability**

問題があることを認識し、さまざまな解決法を取った場合に、それらの結果に影響をおよぼす要素を分析して、最も効果的な解決方法を選択する能力。

### **情報処理 information processing**

脳損傷後、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ことや、思考をまとめる時に一時的に思考の材料を記憶にとどめておく機能の低下が主な要因として挙げられる。

### **思考形式の障害 thought disorders**

考えがまとまらず、的はずれな応答やまわりくどい表現。支離滅裂で、話題が脱線しやすく、一貫しない。

### **混乱 confusion**

思考が、明晰さ、方向性、集中力などを欠いている状態。

### **作話 confabulation**

脳損傷後の作話には、誤った記憶をつくろうために、相手との会話の中で誘発される作り話(誘発作話)が多く見られる。

### **コルサコフ症候群 Korsakoff syndrome**

前向き健忘の障害が著明で、数分前のことも忘れる。近時記憶の障害著明。逆向性健忘もある、著しい作話症状を持つのが特徴。

### **前頭葉症候群 frontal lobe syndrome**

前頭葉眼窩面の損傷では脱抑制、衝動性、ふざけ症あるいは多幸症、判断や内省の貧困化。前頭外

側面では、無関心・感情鈍麻、保続、抽象的思考の困難、柔軟性の欠如、前頭内側面では、無動傾向、自発語の減少などが出現する。

### **常同的思考 stereotyped**

思考の流ちょうさ、自発性、柔軟さが減る。生硬で繰り返しが多く、貧弱な思考内容。

### **保続 perseveration**

同一の反応が不自然に繰り返され、持続すること。

### **適応障害 adjustment disorder**

心理的ストレスに対する不適切な適応反応。

## **【訓練に関する用語】**

### **認知リハビリテーション cognitive rehabilitation**

知覚、記憶、思考、問題解決などの認知的問題に関する治療プログラム。障害の代償あるいは機能改善を図るための技能練習あるいは方策の教示を行う。的確な脳機能障害の評価に基づいて計画・実施される。

### **行動療法 behavior therapy**

行動療法では、適応的でない行動は後天的に学習されたものと考え、誤学習した行動を消去・減少・変容するか、もしくは再学習により適切な行動を形成する。モデリングや認知行動療法などの技法がある。

### **行動変容法 behavior modification**

行動療法の中で、オペラント技法を用い不適応行動の改善を図るアプローチ。例えば生活環境を整備したり、周囲の人々の対応に工夫をして、適切な行動に変えていこうとするもの。

### **構造化**

環境をわかりやすく再構成すること。例えば、認知機能の低下で予測的な行動が苦手になっている人の適応能力の不足を補うために、視覚的に時間や場所、行動の手順・ペースなどを示し、その場面で何をすればよいのかを理解し、安心して自立して行動できるようにする。

### **代償**

障害された機能を以前とは別の方法や手段に置き換え、同様の効果が得られるようにする。記憶障害には手帳やアラーム時計などを代償手段として用いる。

### **日常生活動作(活動)ADL – activities of daily living**

清潔と健康維持のために個人が日常行っている入浴、更衣、食事などの動作(活動)。

### **生活技能訓練 social skill training:SST**

個人の生活に役立ち、社会適応を促進し、周りに人に自然に受け入れられるような対人的・社会的行動の獲得を目指した訓練技法。

### **コミュニティースキル community skills**

地域社会で自立して機能するのに必要な能力。たとえば電話、金銭管理、市街地移動、公共交通機関利用、食事の準備など。

### **作業療法 occupational therapy**

機能自立、発達、障害発生の予防などの目的で、身辺動作、家事・職業、遊びなどの活動を治療的に用いる。環境へ最大限適応するために、あるいは QOL 向上のために代償的な手段を指導することもある。

### **職業評価 job analysis**

ある人の職業に関して、作業行程、同僚との関係、作業対象、使用技術、使用機器、原料と製品、サービス、適性などを系統的に解析すること。

### **社会的不利 handicap**

年齢、性、社会的、文化的観点から正常と考えられる人が、果たすべき役割を制限あるいは阻害される不利な状況。

## **【神経心理学的検査】**

### **神経心理学的評価**

#### **neuropsychological evaluation**

神経心理学的評価は、脳損傷後の脳機能と行動との関連性を的確にとらえ、障害像を明らかにするために行うものである。机上で行う神経心理学的検査は個々の認知機能を定量的に測定するものである

が、生活レベルで起こる問題を直接反映しにくい面もある。高次脳機能の適切な評価には、日常の行動観察を並行して行うのが通常である。

#### \* 全般的な機能の評価

#### **日本版ウェクスラー成人知能検査 Wechsler adult intelligence scale-revised;WAIS-IV**

成人用知能検査。検査は基本検査 10、補助検査 5 の下位検査で構成されており、全検査 IQ が測定できる。認知機能の様相を把握するには、IQ 値だけでなく、下位検査 (VC: 言語理解、PR: 知覚推理、WM: ワーキングメモリー、PS4: 処理速度) の質的分析が不可欠である。

#### **長谷川式簡易知的能力評価スケール:HDS-R**

痴呆の簡易スクリーニング検査。見当識を含めたより広範な機能のスクリーニングとして、高次脳機能評価に用いることがある。

#### **MMSE Mini-Mental State examination;MMSE**

見当識・記銘力・計算・注意の保持・視空間認知・構成能力・書字・読解・理解力の要素を含む、簡便な知能のスクリーニング検査。点数は0-30点で、24点以上を正常範囲とする。

#### \* 個別の認知機能の評価

#### **日本版ウェクスラー記憶検査 Wechsler Memory Scale Revised:WMS-R**

言語性記憶・視覚性記憶、記憶の基礎となる注意／集中力、記憶の保持力を検出する遅延再生力を測定することができる。記憶障害の程度を客観的に把握することができる。

#### **リバーミード行動記憶検査 River Mead Memory Test:RBMT**

人名や相貌の記憶、約束事・道順の記憶など日常生活をまかなうために必要な記憶を評価している。24点満点。9点以下では日常生活上の行動に肘や監視を必要とする。計画的な行動が可能となるのは17点以上。

#### **S-PA**

言語的な記銘・想起の障害を検出する検査。

#### **ウィスコンシン・カード・ソーティング・テスト Wisconsin Card Sorting Test:WCST**

前頭葉機能である、推測と概念の切り替えを評価する検査。

### **遂行機能障害症候群の行動評価 Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome: BADS**

課題を通して、目標の設定・行動のプランニングとその実行・効率性を評価し、日常生活上の問題点を抽出する。前頭葉機能検査である。

### **トレール・メイキング・テスト Trail Making Test: TMT**

線結び課題で、PART (A)は数字順に、(B)は数字と文字を交互に結ぶ。(A)は選択的な注意、(B)は注意の変換が要求される課題である。いずれも処理の速度が必要となる。

### **パサット Paced Auditory Serial Addition Test: PASAT**

聴覚的注意の検査。連続的に読み上げられる数字の足し算を行う課題で、注意の配分が必要となる。

## **【言語障害に関する用語】**

### **標準失語症検査(SLTA)**

失語症の有無、タイプ及び重症度を知る目的で行われるわが国で共通して使用されている言語検査の一つ。検査の所要時間は、ご本人の状態にもよるが、一時間から二時間を要する。失語症の評価・訓練・支援など、言語面でのリハビリに役立てることができる。

### **失語症**

大脳言語野の損傷によって、ことばを理解(聴く、読む)したり、表出(話す、書く)したりすることが障害される症状。脳損傷が起きた部位や損傷の大きさによって、失語のタイプや重症度が異なってくるが、ことばのすべての面になんらかの能力低下があるのが普通である。また、計算能力も同時に障害されることが多い。

### **運動性失語**

失語のタイプの一つ。話しことばの障害が中心で書字もおかされる、理解の能力は比較的保たれている場合が多い。特徴として、語彙能力の制限、文法障害、構音のぎこちなさ、話しことばの非流暢性、書字・読字の障害がみられる。

同義語として、ブローカ失語、表出性失語、非流暢性失語などがある。

### **感覚性失語**

失語のタイプの一つ。発語は流暢であるが、錯語が多く、語性錯語、字性錯語、ジャーゴン、新造語などがみられる。聴覚理解の障害が顕著で、語音の弁別が悪い面と、語音は正しく聞き取るが語音が意味に結びつかない面がある。患者によってその両面が複雑に混在している。同義語としてウエルニッケ失語、受容性失語、流暢性失語などがある。

### **ジャーゴン(jargon)**

ある種のタイプの失語者が示す症状で錯語がひどくなった状態。音韻性ジャーゴンと意味性ジャーゴンにわけられ、前者では日本語の音ではあるが無意味音の羅列を示し、後者では、語としては日本語であるが、その場の発語に全くふさわしくない語の羅列を発するので聞き手には意味が分からない。

### **全失語(total aphasia)**

聴く、読む、話す、書くというすべての言語機能が最重度に障害されている失語のタイプ。訓練を行っても、実用的な言語能力を獲得することはほとんど不可能である。しかし、緘黙状態とはちがって、残語や常同語がみられることが多い。

### **錯語(paraphasia)**

喚語困難のために、表出すべき目標語とは異なった単語に置き換わる症状。他の語に置き換えられるものを語性錯語といい、本来の単語の中の特定音が他の音に置き換えられ変化する場合は字性錯語という。

### **構音障害**

発音の障害。発声障害や抑揚(プロソディ)の異常なども含まれる。病気や怪我により末梢の構音器官の諸筋が障害されたり、構音器官を制御する中枢神経系が障害された場合におこる。また、発声・発語器官の運動障害が比較的軽度でも、高次脳機能障害による注意力などの低下により、話す速度が速まったり、プロソディが平板になったりして、会話明瞭度が低下する場合がある。

### **高次脳機能障害によるコミュニケーション障害**

言語野や発語器官の運動能力に障害が見られない場合でも、様々な高次脳機能障害により、二次的なコミュニケーション障害をきたす場合がある。たとえば、多弁、話に一貫性がない(話が飛ぶ)、回りくどい、状況や相手の意図の読み取りができず場違いな発言をするなどの症状が見られ、結果的に円滑なコミュニケーションや意思の疎通が妨げられる。

## **コミュニケーション障害 communicative disorder**

聴力、言語、あるいは構音などの機能障害によって起こり、言葉などのシンボルを利用したコミュニケーション能力が損なわれていること。

## **代償的コミュニケーション**

### **alternative communication**

音声言語以外の方法で行うコミュニケーション。重度の言語障害がある場合は、サインランゲージ、「はい」「いいえ」信号、ジェスチャー、絵、コンピュータ、コミュニケーションエイド機器などが、一時的あるいは長期的な代償手段として用いられる。

## **聴力計 audiometry**

純音の種類や幅を把握する能力を量的に計測する方法。なお聴力とは、一秒間のサイクル数 (CPS or hertz) と音の強さ (decibels) を感じ取ること。

## **【リハビリテーションに関わる用語】**

## **リハビリテーション rehabilitation**

外傷や病気の結果、機能障害を持つことになった個人に対して、最大限の知的小および身体的能力を獲得できるよう援助する包括的プログラム。

## **リハビリテーション医 physiatrist**

脳外傷者の医学的問題に正しい対応がなされていることを確認し、患者・家族・リハビリテーションスタッフへ正しい医学的情報を伝え、計画通りにリハビリテーション治療が行われるための役割を果たす医師。

## **臨床心理士 clinical psychologist**

脳機能と行動の関係を神経心理学的検査などによって評価し、検査結果をリハビリテーションプログラムをすすめる共通の情報としてチームに提供する。その他認知障害に対する個別あるいはグループ訓練、行動障害への対応、患者あるいは家族に対する適応技術指導、障害適応を援助するためにカウンセリングなどを行う専門職。

## **理学療法士 physical therapist**

筋力・筋緊張・姿勢・協調動作・耐久性などの運動能力、起き上がり・移乗・歩行などの応用動作能力を評価し、最大限の機能的自立が得られるよう個別の治療プログラムを立案・実行する専門職種。

### **言語聴覚士 speech therapist :ST**

脳の損傷により、言葉がうまく出てこない、人の話を理解できないといった症状や、発音が難しいといった障害を持つ人に、話す・聞く・読む・書くといった言語機能の回復を図り、より良いコミュニケーション方法を探るための訓練と援助を行う。嚥下や摂食障害の評価・訓練も行う。

## **【脳、組織、神経系についての用語】**

### **前頭葉 frontal lobe**

脳の前部で計画、組織化、問題解決、注意の選択、人格などの高次の認知機能に関与している。

### **頭頂葉 parietal lobe**

脳の一部分で、前頭葉の後方、脳の頂部にあり、感覚や運動に関する情報を処理する。

### **側頭葉 temporal lobes**

脳の一部で、頭蓋内両側の耳のあたりに位置し、臭いや音の弁別、短期記憶、新しい情報の整理などに関与する。側頭葉の右側は、主として絵や顔などに関する視覚記憶に関与し、左側は単語や人名などの言語記憶に関与する。

### **後頭葉 occipital lobe**

脳の後部で、視覚中枢がある。

### **脳幹 brain stem**

脳の遠位で脊髄と接続する中脳、橋、延髄。脳幹には、呼吸や心拍など生存に必要な機能および覚醒水準の制御機能が含まれる。

### **中心溝 central fissure / rolandic fissure**

前頭葉と頭頂葉の間にある、脳皮質が折り畳まれて深い溝となっている部分。

### **軟膜 pia**

脳を包む3枚の膜の最も内側。

### **脳くも膜 arachnoid mater**

脳と脊髄を被う3層の髄膜の2枚目。クモの巣のように繊細な膜様組織なのでこのように名付けられている。

### **大脳半球 cerebral hemisphere**

大脳の左右どちらか半分を占める大きな部分。

### **灰白質 gray matter**

脳皮質を構成するミエリンに覆われていない神経組織。

### **脳皮質 cerebral cortex**

大脳の表面を構成する灰白質(脳神経細胞)の層で、記憶や学習などの認知機能や運動機能などを制御する。

### **網様系 limbic system**

脳深部の皮質で視床下部に接続し、記憶、情緒、性欲などを支配する。

### **間脳 diencephalon**

両側脳半球をつなぐ部分で、脳下垂体を含む。

後頭葉 occipital lobe

脳の後部で、視覚中枢がある。

### **軸索 axon**

神経線維の中心となる部分で、一般に神経細胞から末梢に向かって神経発射を伝える。

### **視床下部 hypothalamus**

間脳の深部で脳下垂体との関連が深く、自律神経機能、摂食、性リズム、情緒、記憶などの機能にも関与する。

### **小脳 cerebellum**

後頭葉の下面、脳幹の後方にある神経組織で、筋張力、協調運動、姿勢、歩行などの調整に関わっている。障害は、失調 ataxia を起こす。

### **脳室 cerebral ventricles**

脳内にある空間で、脳脊髄液を貯めている。

### **脳脊髄液 cerebral-spinal fluid csf**

脳室、くも膜下腔、脊髄中心管を満たす液体で、外的衝撃を吸収し脳及び脊髄を保護する。

### **脳神経 cranial nerves**

中脳から出る12対の神経で、頭部、頸部、あるいは内臓器官などを支配する。I. 嗅神経 Olfactory 嗅覚、II. 視神経 Optic 視力、III. 動眼神経 Oculomotor 眼球運動と瞳孔収縮、IV. 滑車神経 Trochlear 眼球運動、V. 三叉神経 Trigeminal 味覚以外の顔面、口からの感覚、咀嚼筋の運動、VI. 外転神経 Abducens 眼球運動、VII. 顔面神経 Facial 顔面筋運動、涙腺などの支配、舌前 2/3 の味覚、VIII. 聴神経 Vestibulocochlear 聴力・平衡感覚、IX. 舌咽神経 Glossopharyngeal 舌後方 1/3 の味覚、咽頭反射、中耳の感覚、嚥下運動、X. 迷走神経 Vagus 胸郭と腹腔内の内臓の副交感支配、内頸動脈と動脈からの感覚、言語・嚥下筋支配、XI. 副神経 Accessory 胸鎖乳突筋支配、XII. 舌下神経 Hypoglossal 舌運動。

### **自律神経系 autonomic nervous system ans**

中枢神経系の構成要素で交感神経系と副交感神経系がある。消化、循環などの不随意的な身体機能の調整と統御を行う。脳の網様体が関与している。

### **抗コリン薬 anticholinergic drugs**

副交感神経を経由する神経伝達をブロックする薬物。

### **神経伝達物質 neuro-transmitters**

神経系で産生される化学物質で、神経細胞間の情報伝達の促進や遮断を助ける。

### **舌咽神経 glossopharyngeal nerve**

第9脳神経。咽頭と舌後部の感覚と運動を支配する。

### **舌下神経 hypoglossal**

第12脳神経。舌の前2/3を支配する。

#### **前交通動脈 anterior communicating artery**

前大脳動脈から発し、尾状核の血流を支配する。ウィリス動脈輪の前部を形作る。

#### **前大脳動脈 anterior cerebral artery**

内頸動脈から分岐し、脳前頭葉、脳梁、嗅神経、視索などに血液を供給する。

#### **前庭機能 vestibular function**

内耳前庭の三半規管などが頭部の動きを感じ取って、それに関する情報を脳に送り、身体の平衡や固視に関与する機能。

#### **体性感覚 somatosensory**

身体固有の状態を脳に伝える感覚活動。

#### **知覚 perception**

環境から入ってくる視覚、聴覚、味覚、嗅覚器官などの入力刺激に意味づけをする能力。知覚障害は軽微なことが多く、患者や家族はその障害に気づかない場合がある。

#### 引用文献

神奈川県リハビリテーション病院脳外傷リハビリテーションマニュアル編集委員会:脳外傷リハビリテーションマニュアル, pp.146-155, 医学書院, 2001

市町村・指定相談支援事業者向け  
高次脳機能障害相談支援の手引き～支援の導入と障害理解～

平成 18 年 3 月発行

平成 24 年 3 月改定

令和 4 年 3 月改定

編集：神奈川県高次脳機能障害者地域支援推進検討会議

発行：神奈川県リハビリテーション支援センター

〒243-0121 神奈川県厚木市七沢516

TEL 046-249-2602

Fax 046-249-2601