

認知症と高次脳機能障害

中島 八十一

1. 高次脳機能障害と福祉行政

外傷や疾病により脳に損傷を受けた症例の中には、一見平常に戻ったようにみえても、社会に復帰してから初めて家族から「単なる怠け者になってしまった」とか「人が変わってしまった」と気付かれることがある。そのような症例では、身体の障害がないか軽いにもかかわらず、社会生活や日常生活の場に戻って初めて事態が深刻であることに気付き、診察を受けたら原疾患による器質性精神障害が原因であったということがしばしばみられ、医療や福祉の谷間に落ちてしまうということがおこっていた。このような器質性精神障害をもつ者が本来受けることができる医療から福祉までの連続したケアが適切に提供されていないという点で、近年わが国で社会的な問題となった。

医療・福祉サービスの提供を考える現場では、このような器質性精神障害が社会生活への復帰を妨げる要因としてあらためて認識される過程で高次脳機能障害という用語が使用されるようになった。

この高次脳機能障害とは認知障害のことである。認知機能とは、われわれが日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、思考、判断などの脳機能で、これが障害されることにより人間は環境に適応したり、新しい問題に適切に対応することができなくなる。したがって、認知障害はいわゆる感覚系を主体とした認識の障害ばかりではなく、行動や社会的相互作用にいたる能動的な機能の障害までも含み、失語・失行・失認に代表されるいわゆる巣症状よりかなり広い。

そこで、脳血管障害や外傷性脳損傷などの原因疾患に基づく認知障害を福祉行政の観点から高次脳機能障害として整理し、これをもつ者が医療・福祉サービスを適切かつ円滑に受けられるようにするために、厚生労働省は平成13年度から17年度までの5ヵ年計画で高次脳機能障害支援モデル事業(以下モデル事業)を実施した。この事業を通じて集積されたデータを基にして、高次脳機能障害について診断基準、評価方法、訓練プログラム、支援プログラムならびに支援サービスの提供のあり方までを含む行政上必要とされるいくつかの基準および指針を作成した。

2. モデル事業で作成された高次脳機能障害診断基準

モデル事業では調査対象として、器質的脳損傷による日常生活および社会生活での困難をもち、18歳以上65歳未満であり、医療・福祉サービスの提供により自立した社会

生活を送ることができるようになる症例が特に意識されて集積され、総数は424例に上った。それらの原因疾患は、外傷性脳損傷(76%)、脳血管障害(17%)、低酸素脳症(3%)の3疾患で大部分を占めた。一方で原因疾患として、アルツハイマー病に代表される進行性疾患を対象としなかったのは、異なる支援体系が必要であろうと考えられたからである。また重度の障害により寝たきりまたはそれに近い状態の症例も同じ理由で対象としなかった。そして失語症についてはすでに身体障害者手帳の対象となっていて、訓練には国家資格である言語聴覚士があたり、訓練プログラムも整備されていることから対象としなかった。このように行政的に高次脳機能障害者となる対象者を明確にして医療・福祉サービスの体系を整備することを視点の中心に据えて「高次脳機能障害診断基準」が作成された。

以下、モデル事業で作成された高次脳機能障害診断基準を表に示し、逐条的に解説する。

前文にあるように、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症状として日常生活や社会生活を送ることが困難になっている者があり、医療・福祉サービス提供の観点から一定の群をなしていると考えられ、特に生活に困難を来していることが重視されている。

Iの主要症状等の項目には2つの事項があげられている。第1項には脳の器質的病変の原因となる受傷や発病の事実が確認できることが必須のこととして書かれている。この受傷や発病の事実とは、一般的にはこの器質的病変を生じた疾病名とそれが生じた日時を特定できることを指す。第2項には、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害によって日常生活または社会生活に制約が生じていることが書かれている。これらの認知障害が実際に生活上で困難を引きおこしていることが診断のポイントであり、診察や神経心理学的検査の結果としてその有無だけを問うているわけではない。

IIの検査所見では、器質的脳病変を、機器を用いた検査によって確認できることが必要であることを示している。機器にはMRI、CT、脳波などと書かれているが、PETやSPECTであっても構わない。高次脳機能障害の発症の原因となった器質的脳病変がこれらの機器により確認されればよい。外傷性脳損傷のうち、びまん性軸索損傷(広範性軸索損傷)は長期間にわたり段々と画像から消えていく傾向にあり、とりわけCTでは所見が得られにくくなる。そこで過去の発症時点での検査で器質的病変が確認されていた

0289-0585/07/¥500/論文/JCLS

との診断書があれば、脳の器質的病変が確認できたとすることができる。器質的病変が検出されても高次脳機能障害の発症をその病変による症状として説明できない症例では、そのような器質的病変を生じるような外傷があり、その外傷が高次脳機能障害を生じたと判断できれば、この症例も診断基準を満たす。

Ⅲの除外項目は、この診断基準を行政の現場で使用することを想定して作成された事項であり、重要である。第1項に「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」とあるが、失語症を例にとれば「失語は学問的には脳の器質的病変に基づく認知障害であるが、身体障害者手帳の対象であるため、失語単独であるならば除外する」と読み替えることができる。失語症は以前から身体障害者手帳の対象となっていることから、この診断基準では除外項目となっている。しかし、失語症があっても、日常生活や社会生活を困難にしている主症状が主要症状の項目にあるような認知障害であるならば、高次脳機能障害として診断されることには問題がない。第2項は、高次脳機能障害の原因となる疾病の発症日以前から同じ症状をもっている症例は除外し、発症日以前から確認されている画像診断上の所見は診断根拠に含めないということである。第3項にある疾患群のうち、発達障害やアルツハイマー病に代表される進行性疾患はそれぞれ別の支援体制が組まれるべきであるという観点から除外項目に入れられた。

Ⅳの診断の項目では、ⅠからⅢまでの項目すべてを満たしたときに高次脳機能障害と診断とすとなっていて、その診断を行う時期を定めている。第2項では意識障害や通過症候群などの急性期特有の症状から離脱したのちに高次脳機能障害の診断をなすべきであるとしている。第3項では神経心理学的検査を参考にすることができるとあり、適切な神経心理学的検査を実施した場合では、その検査結果を診断の際に活用し得ることが示されている。高次脳機能障害をもつ人には、知能検査やその他の神経心理学的検査が全く正常であっても、社会的行動障害のみが生活を困難にする例があり、このような症例を異常なしとしないためにも、現今ではこのような取り扱いが必要であった。

この診断基準を満たした人を高次脳機能障害者と呼び、医療・福祉サービスの対象とする。具体的には高次脳機能障害に対する医学的リハビリテーションの診療報酬は上記の診断基準を満たした症例を対象としている。また、このような症例では障害者手帳として精神障害者保健福祉手帳が交付される。

むすび

認知症とは認知機能全般の低下が中核にあり、人格・行動障害を伴うことを示していて、高次脳機能障害という用語が意味するところと峻厳に線引きすることは困難である。しかし福祉行政上では、器質性精神疾患に含まれる特定の症例に適切な医療・福祉サービスを提供するために、

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

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

診断基準

I. 主要症状等

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

II. 検査所見

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

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状(I-2)を欠く者は除外する。
2. 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
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症状を脱した後において行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

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

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

外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症などの非進行性疾患の後遺症として認知障害をもつ者を対象とする診断基準を定めた。失語症を外したのは本邦での行政上の特異な事情に基づいている。実際に診断基準に合致する症例を経験することにより、診断基準の指し示す症例の具体的病態がつかめるようになることは事実である。

文献

- 1) 高次脳機能障害支援モデル事業報告書・平成13年～平成15年度のまとめ。国立身体障害者リハビリテーションセンター；2004。
 - 2) 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集1。高次脳機能障害支援モデル事業地方拠点病院等連絡協議会；2003。
 - 3) 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集2。国立身体障害者リハビリテーションセンター；2004。
 - 4) 高次脳機能障害支援モデル事業 社会復帰・生活・介護支援プログラム作業班調査結果。国立身体障害者リハビリテーションセンター；2004。
 - 5) 永井 肇，監修。阿部順子，編著。脳外傷の社会生活を支援するリハビリテーション。中央法規出版；1999。
 - 6) 神奈川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(代表：大橋正洋)。脳外傷リハビリテーションマニュアル。医学書院；2001。
 - 7) 高次脳機能障害支援コーディネート研究会，監修。高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル。中央法規出版；2006。
 - 8) 中島八十一，寺島 彰，編。高次脳機能障害ハンドブック―診断から自立支援まで。医学書院；2006。
- また、下記のホームページアドレスから高次脳機能障害支援モデル事業についての情報を見ることができます。
<http://www.rehab.go.jp/ri/brain/index.shtml>

高次脳機能障害への支援

中島八十一*

国立身体障害者リハビリテーションセンター 学院長、医師

■はじめに

外傷や疾病により脳に損傷を受けた症例の中には、一見平常に戻ったように見えても社会に復帰してからはじめて家族から「単なる怠け者になってしまった」とか「人が変わってしまった」と気づかれることがある。そのような症例では身体の障害がないか軽いにもかかわらず、社会生活や日常生活の場に戻ってはじめて事態が深刻であることに気づき、診察を受けたらその原因が高次脳機能障害にあったということがしばしばみられた。ここに高次脳機能障害を持つ症例が抱える問題が凝縮されている。すなわち、これらの症例が持つ症状は在院中には目立たないこともあり、社会生活の中で後遺症に気づいたときにはどこで訓練や支援サービスが受けられるのかよくわからず、相談もできず、結果として医療や福祉の谷間に落ちてしまうということが起こっていた。このような器質性精神病（器質性精神障害）を持つ者が、本来受けることができる医療から福祉までの連続したケアが適切に提供されていないということで近年わが国で社会的な問題となった。

医療・福祉サービスの提供を考える現場では、このような器質性精神障害が社会生活への復帰を妨げる要因として改めて認識される過程で高次脳機能障害という用語が使用されるようになった。そこで、脳血管障害や外傷性脳損傷などの原因疾患に基づく認知障害を福祉行政の観点から高次脳機能障害として整理し、これを持つ者が医療・福祉サービスを適切かつ円滑に受けられるようにするために、厚生労働省は高次脳機能障害支援モデル事業（以下、モデル事業）を実施した。

■高次脳機能障害支援モデル事業

モデル事業は高次脳機能障害者に初めての全国規模の試行的事業として、医療と福祉の連続したケアを実現するために平成13年度から5カ年の予定で始められた。実施主体となる地方自治体は、北海道・札幌市、宮城県、埼玉県、千葉県、神奈川県、三重県、岐阜県、大阪府、福岡県・福岡市・北九州市、名古屋市（以上平成13年度から）、広島県、岡山県（以上平成14年度から）であり、これに国立身体障害者リハビリテーションセンター（以下、国リハ）が加わった。

モデル事業の開始に当たり、対象者となる症例は高次脳機能障害を持ち、18歳以上65歳未満であり、医療・福祉サービスの提供により自立した社会生活を送ることができるようになる症例の集積が特に意識された。年齢層を区切ったことは、65歳以上であれば疾患を問わず介護保険の対象となり、また18歳未満であれば療育手帳の対象となることにある。一方で原因疾患として、アルツハイマー病に代表される進行性疾患を対象としなかったのは、異なる支援体系が必要であろうと考えられたからである。また重度の障害により寝たきり、またはそれに近い状態の症例も同じ理由で対象としなかった。そして失語症についてはすでに身体障害者手帳の対象となっていて、訓練には国家資格である言語聴覚士が当たり訓練プログラムも整備されていることから対象としなかった。このように行政的に高次脳機能障害に対する対象者を明確にして医療・福祉サービスの体系を整備することを視点の中心に据えて「高次脳機能障害診断基準」が作成された。

* なかじまやそいち（〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1）
1880-5523 07 〒400 論文 JCLS

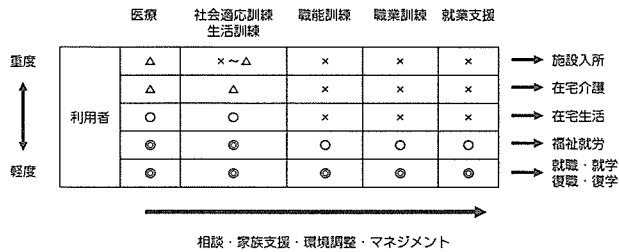


図 高次脳機能障害者支援への連続したサービス提供

モデル事業で目指した連続したケアとは図に示すように、ケガや病気で病院に入院した後に高次脳機能障害者として診断・治療を受けた後、医療と福祉の連携が正しくなされ社会生活に向けて適切な医療・福祉サービスの提供がなされることである。どこに行ったら相談に乗ってくれるか、どこにも受け皿がないという当事者の訴えは、あるべき連携の途絶にあった。高次脳機能障害を持つ症例では重症度が症例ごとに異なり、それにしたがって社会生活における帰結が異なってくるはずである。この違いを認識したうえで、訓練や支援が切れ目なく実施されるべきであると考えられた。さらにこれを実践の積み重ねを通じて具体化し、全国で共通して使用できる「高次脳機能障害標準的訓練プログラム」、「高次脳機能障害標準的社会復帰・生活・介護支援プログラム」が作成された。

■高次脳機能障害を持つ症例の医学的屬性

モデル事業において調査対象となったのは原則18歳から65歳までの年齢で、なんらかのあり方で社会復帰を考慮することのできる高次脳機能障害を持つ症例424名であった。社会復帰の目標は軽症の症例では就労・就学であり、重症の症例では施設入所であったりした。

高次脳機能障害の原因疾患として、外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症が挙げられ、この3疾患で大多数を占めた。これらの症例において認められた症状のうち、比率の高い順に三つ挙げると、記憶障害、注意障害、遂行機能障害であり、これらは特に高率であった。また、社会的行動障害のうち対人技能拙劣、固執性、依存・退行、意欲発動性の低下、感情コントロール低下は半数前後にみられ、欲求コントロール低下や、抑うつも認められた。モデル事業の対象者を身体障害の有無で分類すると、身体機能障害を併せ持つ群が57%で、身体機能障害を持たない高次脳機能障害のみである群は43%であっ

た。すなわち、半数以上の症例で入院中や退院後に高次脳機能障害ばかりでなく、片麻痺や運動失調などについてもリハビリテーション（以下、リハ）を受ける必要があることが示された。この事実はリハの実施にとどまらず高次脳機能障害者を受け入れる病院や更生援護施設などでは、車いすでのアクセスを可能にしたり、肢体不自由の状態にあっても入院・入所生活を送ることができるような建築構造と支援体制の両面での整備が必要であることを示している。

■モデル事業で作成された高次脳機能障害診断基準

行政の障害保健福祉分野において高次脳機能障害の診断とは、これを持つ症例に医療・福祉サービスの提供への門戸を開くことである。そして診断基準の作成とは、高次脳機能障害の特性を踏まえた医療・福祉サービスを提供するための対象者を明確にし、適切かつ全国で共通した医療・福祉サービス提供を可能にすることである。

モデル事業で作成された高次脳機能障害診断基準を表に示し逐条的に解説する。

前文にあるように、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症状として日常生活や社会生活を送ることが困難になっている者があり、医療・福祉サービス提供の観点から一定の群を成していると考えられ、特に生活に困難を来していることが重視されている。

Iの主要症状等の項目には二つの事項が挙げられている。第1項には脳の器質的病変の原因となる受傷や発病の事実が確認できることが必須のこととして書かれている。この受傷や発病の事実とは、一般的にはこの器質的病変を生じた疾病名とそれが生じた日時を特定できることを指す。第2項には、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害によって日常生活または社会生活に制約が生じていることが書かれている。これらの認知障害が実際に生活上で困難を引き起こしていることが診断のポイントであり、診察や神経心理学的検査の結果としてその有無だけを問うていくわけではない。

IIの検査所見では、器質的脳病変を、機器を用いた検査によって確認できることが必要であることを示している。機器にはMRI、CT、脳波などと書かれているが、PETやSPECTであってもかまわない。高次脳機能障害の発症の原因となった器質的脳病変がこれらの機器により確

表 高次脳機能障害診断基準

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

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

診断基準

I. 主要症状等

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

II. 検査所見

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

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（I-2）を欠く者は除外する。
2. 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
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症状を脱した後において行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

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

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

認められればよい。外傷性脳損傷のうち、びまん性軸索損傷（広範性軸索損傷）は長期間にわたりだんだんと画像から消えていく傾向にあり、とりわけCTでは所見が得られにくくなる。そこで過去の発症時点での検査で器質的病変が確認されていたとの診断書があれば、脳の器質的病変が確認できたとすることができる。器質的病変が検出されても高次脳機能障害の発症をその病変による症状として説明できない症例では、そのような器質的脳病変を生じるような外傷があり、その外傷が高次脳機能障害を生じたと判断できればこの症例も診断基準を満たす。

IIIの除外項目は、この診断基準を行政の現場で使用することを想定して作成された事項であり重要である。第1項に「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」とあるが、失語症を例にとれば「失語は学問的には脳の器質的病変に基づく認知障害であるが、身体障害者手帳の対象であるため、失語単独であるならば除外する」と読み替えることができる。失語症は以前から身体障害者手帳の対象となっていることからこの診断基準では除外項目となっている。しかし、失語症があっても、日常生活や社会生活を困難にしている主症状が主要症状の項目にあるような認知障害である

ならば、高次脳機能障害として診断されることには問題がない。第2項は、高次脳機能障害の原因となる疾病の発症日以前から同じ症状を持っている症例は除外し、発症日以前から確認されている画像診断上の所見は診断根拠に含めないということである。第3項にある疾患群のうち、発達障害やアルツハイマー病に代表される進行性疾患はそれぞれ別の支援体制が組まれるべきであるという観点から除外項目に入れられた。

IVの診断の項目では、I～IIIまでの項目すべてを満たしたときに高次脳機能障害と診断とすとなっていて、その診断を行う時期を定めている。第2項では意識障害や通過症候群などの急性期特有の症状から離脱した後に高次脳機能障害の診断をなすべきであるとしている。第3項では神経心理学的検査を参考にすることができる。適切な神経心理学的検査を実施した場合には、その検査結果を診断の際に活用し得ることが示されている。高次脳機能障害を持つ人には、知能検査やそのほかの神経心理学的検査がまったく正常であっても社会的行動障害のみが生活を困難にする例があり、このような症例を異常なしとしないためにも現今ではこのような取り扱いが必要であった。

この診断基準を満たした人を高次脳機能障害者と呼び、医療・福祉サービスの対象とする。したがって、高

次脳機能障害者に対する支援はこの診断基準に合致する方たちを対象として進められる。

■医療・福祉サービスの提供

高次脳機能障害に対する医学的リハを実施したときには診療報酬請求が可能であり、この請求に際しても前述診断基準を満たす症例に対するリハであることが求められている。そのような症例についてモデル事業で実施された医学的リハは高次脳機能障害標準的訓練プログラムとしてまとめられた。その訓練効果のまとめから、受傷・発症後の早期から開始することと多職種がリハに携わることの重要性が指摘された。また、訓練効果ばかりではなく、医療機関にいる間に高次脳機能障害を持つと診断されることが連続したケアの実現のためにきわめて重要であることが認識された。

高次脳機能障害を持つ人は精神障害者保健福祉手帳の取得が可能である。また、この手帳がなくても診断書の作成により福祉サービスを受けることが可能である。高次脳機能障害者では前述のように身体機能障害を併せ持つことが6割前後あり、このような症例では身体障害者手帳をも取得することも可能である。

モデル事業では高次脳機能障害者に適切にサービスを提供するための機関と人として地方支援拠点（支援センター）を設置し、そこに支援コーディネーターを配置した。そのような機関と人が協同してサービス提供を試行した結果をまとめて、高次脳機能障害支援ニーズ判定票の使用から始まり支援終了までの一連の支援プログラムと地域の支援ネットワーク構築に必要な事項をまとめた高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラムが作成された。これにより重症度や障害特性に基づいてそれぞれ異なる支援方式による社会参加や社会的自立を可能にするためのプログラムが示された。一方、このプログラムは障害者自立支援法の施行に当たり、この法の理念に従って改定すべき点がありその作業が進められている。

障害者自立支援法が平成18年10月から本格施行されるに当たり、高次脳機能障害者への福祉サービスがどのようなようになったか述べる。障害者自立支援法の2本の柱は自立支援給付と地域生活支援事業である。それぞれは

市町村の業務として位置づけられているが、地域生活支援事業のうち専門性が高い相談支援事業については都道府県の業務に位置づけられていて、高次脳機能障害支援普及事業が含まれている。この事業の目的は、主として都道府県ごとに高次脳機能障害者を対象とする支援拠点機関を設置し支援コーディネーターを配置することと、都道府県ごとに専門職を対象とした研修事業を実施することにある。それらの事業実施を通じてそれぞれの地域で高次脳機能障害者が自立した生活を送ることを可能にすることを理念として掲げている。

下記のホームページアドレスから高次脳機能障害支援モデル事業で作成された「高次脳機能障害診断基準」、「高次脳機能障害標準的訓練プログラム」、「高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム」をまとめた「高次脳機能障害者支援の手引き」を閲覧可能である。

http://www.rehab.go.jp/ri/brain_fukyu/kunrenprogram.html

参考文献

- 1) 高次脳機能障害支援モデル事業報告書 —平成13年～平成15年度のまとめ。国立身体障害者リハビリテーションセンター，平成16年3月
- 2) 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集1. 高次脳機能障害支援モデル事業地方拠点病院等連絡協議会，平成15年3月
- 3) 高次脳機能障害支援モデル事業 事例集2. 国立身体障害者リハビリテーションセンター，平成16年3月
- 4) 高次脳機能障害支援モデル事業 社会的復帰・生活・介護支援プログラム作業班調査結果. 国立身体障害者リハビリテーションセンター，平成16年3月
- 5) 平成17年度高次脳機能障害支援モデル事業実施報告. 高次脳機能障害支援モデル事業地方拠点病院等連絡協議会，平成18年7月
- 6) 永井 肇（監），阿部順子（編著）：脳外傷の社会生活を支援するリハビリテーション. 中央法規出版，1999
- 7) 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. 医学書院，2001
- 8) 高次脳機能障害支援コーディネーター研究会（監）：高次脳機能障害支援コーディネーターマニュアル. 中央法規出版，2006
- 9) 中島八十一，寺島 彰編：高次脳機能障害ハンドブック—診断・評価から自立支援まで. 医学書院，2006