

社会的行動障害：静岡県のケース

○ 病識が薄くプライドが高い、癲癇のある当事者の在宅支援

ケース概要

両親と本人の3人暮らし。若くして会社を設立し社長として第一線で昼夜ともなく働いていたが、34歳の時脳炎を発症・交通事故を起こす。身体面は軽度であったが、高次脳機能障害(重度な記憶障害と焦燥感・固執性・情緒不安)と重篤な症候性癲癇があり、在宅生活にて両親との争いが多発している。
健康福祉センターを通して支援依頼がある。

利用者	K・D	性別	男	生年月日	昭和44年〇月〇日(38歳)
相談内容	両親：両親の話に素直に応じる時もあるが、過去の出来事の一部の事柄にこだわり、両親に暴言を吐くことが多い。昼夜とも両親が対応することが困難				
生活歴・生活状況	[生活歴] 専門学校卒業後、親の援助も受け、会社を設立。 脳炎・交通事故後、リハビリを行い、以降在宅生活		[家族状況] 父：本人の受障後、会社整理等により、疲労を蓄積し、体調崩す。 母：介護の中心。本人への愛情が強く、過保護的。		
健康状態	抗癲癇薬服薬。難治性癲癇(現在も癲癇発作が続いている) 身体上の麻痺はない。				
ADL	ADL全般に自立 服薬を忘れることがあり、要支援。				
IADL	金銭管理はできない。(不必要なものへの支出、財布の紛失等あり) 癲癇発作があり、地誌的障害もあるため、一人での外出はしていない。 興奮して、家を飛び出すことがあるが、近場は自力で戻れる。				
コミュニケーション能力・認知	自分の主張が強く、相手の話を聞かない。(落ち着いている時や、一定の信頼関係のある第三者の話は受け入れることができるが、興奮状態が高まると受け入れられない)				

○支援の経過

時期	目標	支援内容
初期	日中活動の導入 家族へのサポート及びメモリーノート活用支援	身障デイサービスの利用 デイサービス活動を通しての支援。 世帯訪問による本人への接し方についての支援やメモリーノートの活用について支援を行う。プライドへの配慮
<p>[ポイント!] 身障デイサービスの利用について、身障手帳の取得(利用の条件)本人と家族との争いの原因の一つに「言った、言わない」「約束した、していない」等があり、ノートに自筆で記録することにより、少しの改善がみられるようになる。</p>		

支援時期	目標	支援内容
中期	自宅での生活の安定と家族へのサポート 癲癇治療	受障以前のことを思い出すことが多くなり、思い出せない部分にこだわり、家族(特に父)に、しつこく聞く。父親の対応の仕方にて興奮することが多くなり、暴れだす。家族対応ができず、警察が介入したことにより、精神科への入院となる。入院中に、癲癇治療として、薬を一部変える。(少し発作頻度が減る)
<p>[ポイント!] 過去の記憶がほとんど思い出せないときには、こだわりが比較的軽かったが、過去のことが部分的に思い出されてくる中で、そのことへのこだわり強くなり、家族の対応の仕方により暴れだす。信頼できる第三者の介入にて落ち着くこともある。</p>		

現在の状況
<p>○ 精神科を退院し、自宅での生活に戻る。薬効もあり現状比較的落ち着いた生活をおくっている。本人・家族の希望にて、身障デイサービスの再利用となる。 病識が薄く、プライドが高いため、家族や支援者の対応の仕方ひとつで落ち着いたり、また逆に興奮したりすることが多く、家族や支援者による本人の障害理解と対応についての検討がますます必要と思われる。</p>

社会的行動障害：静岡県の場合

○ リハ病院退院後、在宅生活が困難となり、施設入所となったケース

ケース概要

妻・子供(小6、小3)の4人家族であったが、協議離婚にて本人は母親と生活。本人は現在施設入所中。離婚した妻との関係はよく、施設での面会、帰省等協力的である。

くも膜下出血にて急性期治療後、リハビリ入院するが、本人の希望が強く治療半ばで退院、在宅生活となる。子供と同レベルでの喧嘩、酒類の多飲等が続き、妻より市を通して相談がある。

利用者	F・M	性別	男	生年月日	昭和37年〇月〇日(45歳)
相談内容	妻：自宅にて、妻の制止を聞かず、自販機での酒類の購入(多飲)子どもと同レベルでの喧嘩等が続き、家計上妻が働かなくてはならない状況で(老健デイサービス利用拒否)困っている。				
生活歴・生活状況	[生活歴] 高校卒業後、運送会社に勤務トラックの運転業務。 H16年4月くも膜下出血。 精神科病院入院後、身障更生施設入所 現在にいたる。			[家族状況] 施設利用決定後、妻と協議離婚 子供は妻が引き取り、本人母親と同居(二人暮らし) 妻子は近隣に住んでおり、交流はある。	
健康状態	受傷前より、腎疾患があり、高血圧症。 施設での、食生活にて安定してきているが、腎疾患は完治していない。				
ADL	身辺動作は自立しているが、帰省中に隠れて暴飲暴食することがある。 指示がないと季節に合った服を着用しないことがある。				
IADL	金銭管理は殆どできない。施設においても、お金があれば施設内売店や自販機等ですべて使ってしまうことがあり、現在施設にて訓練中。				
コミュニケーション能力・認知	知的レベルの低下がみられる。 日常生活上の会話は可能であるが、相手の話を最後まで聞かず、自分の主張のみとなることもある。(徐々に聞けるようにはなっている)				

○支援の経過

時期	目標	支援内容
初期	日中活動への参加 脱抑制行為等について	身障デイサービスの利用 精神科受診（薬の投与による安定化） 自宅での脱抑制行為等に少しの改善はみられたが、子供に与える影響が大きく、妻に抑うつ症状が発症。受け入れ施設がなく、精神科病院入院（約1年）となる。

[ポイント!] 身障デイサービスでの活動を通して、他人との関係づくり等で一定の成果がみられたが、自宅での問題の改善には至らなかった。家族支援にて妻の対応は少し変わりつつあったが、子供の本人に対する拒否的態度が見られ、在宅生活が困難となる。

支援時期	目標	支援内容
中期	入所施設利用による訓練	精神科入院時より、数か所の施設に入所打診知的障害施設を併設しているA施設への入所が決まる。当初身障授産対応として行く予定であったが、本人の授産拒否もあり、生活介護実施。

[ポイント!] 本人の状況を伝えるだけで、入所拒否されることもあったが、行政を巻き込みA施設にて数回話し合いを持つことにより、施設スタッフを含め理解を得ることができ、入所となる。入所後も、施設や家族と連絡・訪問を行い問題点を整理し支援する。

現在の状況

○ A施設にて、まだまだ、気に入らないことがあると大声を出すことがあるが、次第にその頻度は減ってきている。また、入所当初に比べ穏やかに過ごしている日々が多くなってきている。知的障害者支援の経験があるスタッフが多く、対応面での配慮ができていく点が功を奏していると思われる。家族(元妻も含め)・本人の希望もあり、また本人の精神面の安定化として、精神科受診を含め月に5～6日自宅に帰省する取組を行っていることも功を奏していると思われる。

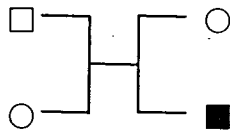
施設退所後の在宅支援について、本人が落ち着けば復縁との話もあり、今後の検討課題。

社会的行動障害：愛知県のケース

事例 1

ケース概要

10年前(大学3年)、交通事故にて受傷(意識障害2W)。2M後復学し、翌年卒業。その後、一般就労するもうまくいかず、名古屋リハ職能開発課にて職業相談するが、軽症のため対処法提示にとどまる。相談後も離転職繰り返し、受傷後6年目(4年前)に職能利用、JC支援で一般就労に至るも半年で離職。その後、1人暮らしめざし更生施設入所、さらに精神系GH利用するが1ヶ月でリタイア。現在はボラ活動+求職活動中

利用者	A・B	性別	男	生年月日	昭和50年(32歳)
相談内容	就労ニーズ高く、作業能力もあるが、就職しても常に周囲の言動の影響を受けやすいなど適応面で課題を生じ、1~3M程度しか継続できず。安定した生活に至っていない				
生活歴・生活状況	[生活歴] ・ 生活歴は上記 ・ 生活状況はストレス解消のため自宅で飲酒、暴力行為に至る場合もある		[家族状況] 		
健康状態	良好				
ADL	問題なし				
IADL	問題なし				
コミュニケーション能力・認知	<ul style="list-style-type: none"> 認知=WAIS-R: V110, P110, F110 / 三宅式: 有 8-10、無 4-6-7 / PASAT: 56/60) / 遂行機能は問題有 コミュニケーション能力=問題なし 				

○支援の経過

時期	目標	支援内容
初期 職能開発課 退所時	一般就労の安定した継続	<ul style="list-style-type: none"> 職能訓練では適応的だったが、ストレスに対して家で飲酒、荒れる状態続いたものの、訓練課程で多少改善 安定就労をめざし、手厚い JC 支援で就労は半年程度継続したが、自分より仕事していない職員がいばっている、上司が強くあたる等の受け止めから、職場に行けなくなる 精神手帳取得、障害年金受給

【ポイント！】

- ・ 青年期受傷でアルバイト経験はあるが、就労の意味の認識が十分とはいえず
- ・ 軽症 TBI 故に自分なりの解釈で判断、否定的になると助言の聞き入れ困難

支援時期	目標	支援内容
中期 更生施設課 退所時	家庭事情から将来の 1 人ぐらしをめざし、更生施設利用。その後、ステップアップのため GH を試行	<ul style="list-style-type: none"> 更生施設利用時は入所目的理解し、問題はあったが一応適応 GH では他の入所者と自分を比較し、「なぜ、自分がここにいないかならなければならぬか」で崩れ爆発、1M でリタイア

【ポイント！】

- ・ 常に自分と他者を比較（同等とみるとライバル意識、上には素直、下はかばうが同じではない）

現在の状況

- ・ ボラ活動＋求職活動継続中（GH リタイア後も数社就労したが続かず）
- ・ 受診時に面接。就労時のストレス対処（改善に限界あるため短時間、継続 1M 目標）、就職の意味（収入＝障害年金＋給与）等の課題整理し、その場では納得はするものの実践は困難

【ポイント！】（Noは最終項参照）

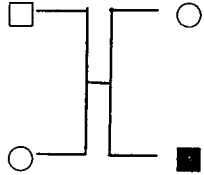
- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 3) 受傷後長期間、高次脳の訓練・支援の未実施 4) 青年期受傷 ・ 軽症のため思考能力は高いが遂行機能は課題 | → | <ul style="list-style-type: none"> ・ 就労の理解不十分、思考パターンの固定化 <li style="text-align: center;">↓ ・ 職場では適応面で問題行動 ・ ストレス対処できず |
|---|---|---|

社会的行動障害：愛知県のケース

事例 2

ケース概要

2.5年前交通事故にて受傷（意識障害2W）、回復期病院で暴言・暴力で強制退院（受傷後1.5M）、名古屋リハ病院でも暴言・暴力で強制退院（同2M）。その後、通院での認知訓練を継続し、受傷1年後（1.5年前）から当事者作業所、同1.5年後（1年前）から職能開発課を利用。現在、実習中。コーディネーターは通院時から関わる。

利用者	C・D	性別	男	生年月日	昭和44年（38歳）
相談内容	本人の復職ニーズ高かったが、相談開始時は損傷部位の関係（前頭葉にはかかっている）か、感情コントロール不良（入院時よりは改善）。現在は復職断念、新規就労に向けて支援中／成功事例				
生活歴・生活状況	[生活歴] 高卒後、就労、受傷時の会社は3社目で、8年間勤務。いずれも工場関係		[家族状況] 		
健康状態	大きな問題なし				
ADL	大きな問題なし				
IADL	当初は家族に言われるままだったが、現在は買物も行なっている（買いすぎ傾向で家族が抑えている）。当事者作業所利用時は送迎必要だったが、2-3回で単独通所可				
コミュニケーション能力・認知	<ul style="list-style-type: none"> 認知＝WAIS-R：V73、P84、F75／三宅式：有 8・10、無 4・6・8／PASAT：18/60（当事者作業所利用開始時） コミュニケーション＝表情固く、人間関係築けず。問われると、一言二言答えるのみで、多少複雑な話は理解不十分。ただし、最近は言葉は少ないものの、自己主張も出てきている。 				

○支援の経過

時期	目標	支援内容
初期 当事者作業所 利用時	職能利用を目標にストレス耐性の確認。多少でも不適応傾向みられたら中断	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団でのストレス耐性確認のため、職能より緩やかな環境での職能前訓練 ・ 作業所とコーディネーターは常時連絡
<p>【ポイント！】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 作業所利用前に認知訓練（マンツーマン）でのストレス耐性確認したうえでの利用 ・ 作業所利用過程での必要な配慮の程度の確認 		

支援時期	目標	支援内容
中期 職能開発課 利用時	一般就労を目標とした就労能力（作業能力、適応能力）の向上・確認、障害認識の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職能訓練実施による左記目標の実施 ・ 就業支援 ・ 障害年金受給
<p>【ポイント！】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般就労環境（配慮に限界がある環境）での耐性を確認するため、配慮の程度を徐々に減らしていった 		

現在の状況
<p>復職については職務設計困難なため断念。新規に自動車部品メーカーでの実習開始段階（ジョブコーチ支援実施）。職能訓練によって可能業務、配慮の程度は確認できたが、障害認識の改善は限界（受け入れは可能）</p> <p>【ポイント！】（Naは最終項参照）</p> <p>6) 前頭葉損傷 } → [可能な環境での訓練実施—入所不可 6) 通過症候群 } → [ステップアップの観点</p>

【社会的行動障害を起こしやすい事例の要因—脳外傷者】

- 1) 環境面＝訓練環境等—一般社会は高次脳の特性的理解・対応は不十分、名古屋リハの生活訓練・職能訓練は精神系疾患メインケースには合わない
 - 2) 対応＝システムアプローチ、枠組
 - 3) 受傷後長期間、高次脳訓練未実施＝社会での過度な挫折体験→思考パターンの固定化
 - 4) 受傷時期（含、生活歴）＝学生期（高校・大学）は人格形成期、就労経験少ない等のため、就労ニーズあっても働くことの意味の理解不十分な者が多い
 - 5) 単身（含、支援力の低い家族）＝システムアプローチに限界
 - 6) 時期＝通過症候群、受傷部位＝前頭葉
- ※ 現在、名古屋リハは上記把握のうえで訓練・支援を実施。そのため、1)2)が要因のケースは少なく、3)4)5)は訓練以前の要因のため困難ケース割合としては多い。爆発系は6)

第二部 14:30～16:30

高次脳機能障害者に対する支援の現状と課題

1. 福祉行政から

偏食を重ね、病気の再発を防止する意識のない方への援助

-17-

2. MSW から

身寄りのない高次脳機能障害者の患者様への退院支援

-19-

3. 相談支援事業所から

放浪癖があり、日中、夜間を問わず歩き続ける病識のない方への援助

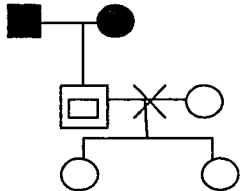
-23-

社会的行動障害：三重県のケース

○偏食を重ね、病気の再発を防止する意識のない方への援助

ケース概要

公営住宅の3階で1人暮らし。平成14年10月に脳梗塞を発症し、〇〇中央HPへ入院。平成14年11月に回復期病院に転院し、平成15年2月退院後在宅へ。左上下肢の片麻痺で杖歩行となった。高次脳機能障害の症状が随所に見られる。平成14年10月から生活保護受給。平成18年11月末までは、介護扶助によりヘルパー利用していたが、ヘルパー事業所に対する暴言が絶えなかった。同年12月から、障害者自立支援法によるヘルパー利用中。

利用者	S・Y	性別	男	生年月日	昭和25年〇月〇日(57歳)
相談内容	知人：知り合いのS・Yが単身生活で苦慮している。市営住宅の転居も含めて福祉で支援してほしい。				
生活歴・生活状況	[生活歴] 大学卒業後、地方銀行に約20年間勤務。その後、不動産関係の仕事に数年間従事。昭和51年2月に結婚し、2子があったが、平成5年3月に離婚し音信不通。		[家族状況] 		
健康状態	在宅復帰後、定期受診を一切しておらず、服薬についても拒否し続けていた。平成19年8月より1回/月の通院を働きかけ同行している。糖尿病と診断され、脳梗塞の再発が危惧されている。				
ADL	入浴以外はほぼ自立であるが、ベランダに放尿し両隣から苦情を訴えられることがある。たまに便失禁もあり室内汚染で片付けが大変な時もある。				
IADL	家事については、全般的に意欲がなく、洗濯・買物以外は支援が必要。金銭管理については、保護費が支給された時点で必要分をヘルパーが確保しておかないと全て使ってしまう。				
コミュニケーション能力・認知	日常会話は可能であるが、時々、大声・暴言があり、過去の栄光にこだわる事が多く、現実にはそぐわない主張も多い。主治医を含め、関係者による助言を受け入れようとしなない。				

○支援の経過

時期	目標	支援内容
初期	日常生活の安定	介護扶助から、障害者自立支援法へのサービス利用切り替えに伴い、必要に応じてケース会議を開催するとともに、ヘルパー支援時に合わせて訪問を頻繁に行い、主に当時の課題であった食生活の改善、定期通院、金銭管理を促し続けた。
【ポイント!】 介護扶助によるヘルパー利用時の本人情報をヘルパーから聞き、関係者(介護扶助時のケアマネ、ヘルパー、行政)で情報共有するとともに、本人宅を必要以上に訪問した。		

支援時期	目標	支援内容
中期	定期通院 服薬 再発防止	必要に応じて訪問を継続し、平成19年8月からは通院を開始。通院前には自宅を訪問し、通院を促すと共に、通院に同行している。合わせて、再発防止を目的とした食生活の改善を引き続き促した。
【ポイント!】 当初は、通院をひたすら拒んでいたが、通院前に自宅を訪問することで、根負けした感もあり、通院するようになった。再発防止を目的とした食生活の改善、服薬の必要性には相変わらず理解がない。時には高額な出前を取ってしまうこともある。		

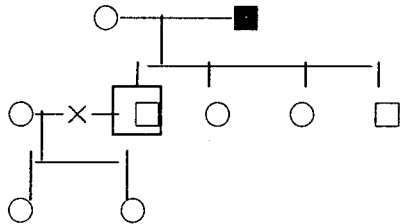
現在の状況
定期通院については、通院の促しと通院同行によりできつつあるので今後も継続が必要であると考えている。服薬については、相変わらず認識がなく処方された薬の3分の1程度しかできていないことから、糖尿病の進行、脳梗塞の再発が引き続き危惧される。食生活の改善についても、引き続き訴えていく必要がある。現状では、通院時以外は外出することもなく、体重も増加傾向にあることから生活介護の利用を勧めているが、拒否し続けている。主治医に相談したところ、リハビリも必要とのことであったので、再度、介護保険(介護扶助)の再申請を行い、通所リハが利用できるよう準備を進めているが、生活介護の利用同様拒否し続けられると思われるのでいかに利用に結び付けるかが課題である。

社会的行動障害：三重県のケース

○身寄りのない高次脳機能障害の患者様への退院支援

ケース概要

一人暮らし。妻とは離婚、息子らも絶縁状態である。母親と同居していたが、本人の介護放棄が原因で、数ヶ月前に母親は特別養護老人ホームに入所になっている。妹2人と弟がいるが、いずれも疎遠である。○月○日発症の脳梗塞発症。急性期加療を終了後、回復期リハビリテーション病棟に転棟となる。リハビリの結果、身体機能は改善したが、高次脳機能障害が残存、感情障害、見当識障害、記銘力障害など（看護師に対する抵抗、暴力など…）がみられる。

利用者	K・I	性別	男	生年月日	昭和○年○月○日（66歳）
相談内容	妹：母親の施設入所の件以降は、ほぼ絶縁状態だった。兄妹として、放っておく訳にはいかないが、引き取って介護など、考えることも出来ない。				
生活歴・生活状況	[生活歴] 仕事をやめてからは昼間から酒を飲んで過ごすなど生活は荒れていた。金銭面もルーズで母親の介護サービス利用料や自身の国保料も滞納していた。		[家族状況] 		
健康状態	脳梗塞の後遺症として、ごく軽度の左半身麻痺と感覚障害あり。感情障害に対して安定剤が処方されている。また、既往として高血圧があり、内服薬でコントロールしている。				
ADL	左半身の軽度麻痺あるも、動作自体に問題は無い。トイレの場所を覚えられない、指示が無ければ入浴しないなどの問題がある。				
IADL	IADLにおいては、ほぼ全てに指示見守りが必要と思われる。				
コミュニケーション能力・認知	全般的な知的能力の低下あり。簡単な会話や意思の伝達等は可能だが、複雑な会話になるとつじつまが合わないことが殆どである。また、自分の思いと違うことがあると、すぐに怒り、手を上げてしまう。				

○支援の経過

時期	目標	支援内容
初期	入院治療の継続 支援体制の確保	妹と面接、国保加入の手続き、4月以降は高額限度額認定の申請をすすめる。 担当地域の在宅介護支援センターに連絡、介護保険の申請代行を依頼する。在宅介護支援センターを通して、民生委員や母親を担当していたケアマネジャーと連絡をとり、生活歴などの情報を得る。
[ポイント!] 同居家族も無く、妹らとも疎遠である。地域からも孤立していた様な状態であり、積極的な支援者が居ない状態だった。そのため、キーパーソンになりうる妹や地域在介担当者との関係作りに勤めた。		

支援時期	目標	支援内容
中期	退院後の生活維持	リハビリはゴールとなったが、高次脳機能障害が残存していた。一人暮らしが困難なことは明らかだった。しかし、介護度も低く、また、看護師やリハスタッフへの暴力行為があることから、老人福祉施設への入所は不適切と思われた。そのため、現在の介護度や経済状況、精神状況で、入所・対応が可能な施設を検討し、宅老所への入所が決定した。
[ポイント!] 本人には病識が無く、家に帰ることが出来ると思い込んでいた。何度か説明を試みたが、最終的には本人の同意を得ること無く、宅老所への入所を進めてしまった。		

現在の状況
介護保険を利用し、宅老所で生活中である。宅老所入所直後は、施設から出て行ってしまおう等の問題もあり、当院での安定剤の調整や精神科受診の相談など、継続して関わった。現在は施設にもなれ（対策もされている様だが）、問題なく過ごしているとのこと。 今回は、たまたま、年金の範囲内で入所できる施設が見つかったが、身寄りのない高次脳機能障害を有する患者様を援助する際、退院後の生活の場所を確保することは、いつも問題になる。年齢的には介護保険適応であっても、ADLの良い方は介護度に反映されにくい。その場合、介護保健施設への入所は検討し辛いため、在宅退院が不可能な場合の選択肢は限られてしまう。本人に病識が無い場合は、特に困難である。

高次脳機能障害者に対する支援の困難ケース

MSWとして

- ホームレス状態だが、ADLは改善された軽度高次脳機能障害者。
→退院後の生活の場所が見つからない。現在、アパート探しを支援中。
- 家族や本人の理解が無く、必要な支援を受けられていないケース。
→高次脳機能障害が残存している40代前半の患者様。長期の訓練なども進めたが、両親が近くで、自分たちが世話をしたい一心で介入を拒否された。
- 行き倒れ状態、高次脳機能障害が残存し、身元がわからないケース。
→交通事故にて当院に救急搬送。免許証住所、住民登録地に居住実体無く、生活保護を申請しつつ、本人の意識回復を待つも、後遺症として高次脳機能障害が残存。

介護支援専門員として

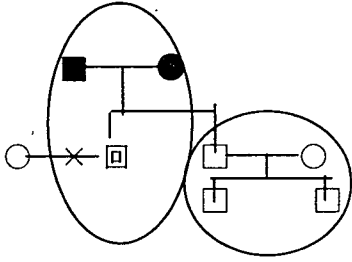
- 在宅で介護保険を利用している高次脳機能障害の高齢者…施設からの利用拒否。
→ショートステイサービス利用中に他の高齢者への暴力行為があり、施設から利用を拒否された。精神科病院への受診を進めるも、介護者がこれを拒否し、現在は通所サービスのみで在宅介護を行っている。
- 在宅で介護保険を利用している高次脳機能障害の高齢者…利用者からの利用拒否。
→家族の介護負担軽減の為、通所サービスを利用しているが、本人に病識なく、利用を拒んでいる。…介護保険サービスでは補いきれない面がある。

社会的行動障害：三重県のケース

○ 放浪癖があり、日中、夜間を問わず歩き続ける病識のない方への援助

ケース概要

40歳(平成6年)の時交通事故を起こす。軽度の視覚障害と重度の高次脳機能障害が残存したが、復職。うまくいかず職を転々とした後に離婚。両親と生活をするが、平成10年、父親が脳梗塞で倒れ入院した頃から本人に放浪癖が出始め、母親がうまく対応できないと障害者相談支援センターに相談があった。その後、福祉サービスを利用するが放浪癖があり、行方不明になるためうまくいかず、現在、短期入所と通院時に移動介護を利用。母親が成年後見の申し立てを行い、現在、弟が後見人である。平成19年2月に父親、6月に母親が亡くなり、一人暮らし。

利用者	I・Y	性別	男	生年月日	昭和29年〇月〇日(53歳)
相談内容	弟：放浪癖があり、今年に入ってから行方不明になり警察に捜索願を出し、発見された時は行き倒れ状態だった。何とか、家族が安心して暮らせるように施設に入所させてほしい。				
生活歴・生活状況	<p>[生活歴]</p> <p>大学卒業後、就職。40歳の時に交通事故を起こした。以後、離職、離婚。福祉サービスを利用するが放浪癖があり、行方不明になることがしばしばある。将棋は有段者であり今でも強い。</p>		<p>[家族状況]</p> 		
健康状態	事故後、抗てんかん薬を服用していたが、発作が10年間起こっていないため、今年に入ってから服薬は中止になっている。				
ADL	身辺動作は自立している。が、指示がなければしないことが多い。(歯磨き、髭剃りなど)。入浴は湯船につかるだけで、体は洗わない。軟便のことが多く便失禁があり、汚れた下着はスーパーなどのトイレに捨てる。				
IADL	洗濯・洗濯物干しはできる。掃除は指示すればできるが、すぐに飽きてしまいやめてしまう。 金銭管理は後見人の弟が行っている。一日千円を小遣いとしてもらっている。				
コミュニケーション能力・認知	知能低下はないが、記名力の低下、注意力低下、エピソード記憶の障害、地誌的失認、落ち着きがなく一度に複数の課題ができないなどの情意行動障害がある。 日常生活上の会話はできるが、自己の過大評価、その場に合わないことを言う。				

○支援の経過

時期	目標	支援内容
初期	<ul style="list-style-type: none"> ・母親の安心、安定を図る ・本人の生活の枠組みの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に身体障害者デイサービス、ヘルパーを紹介し、利用につなげた。 ・地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の紹介をし、担当者につなぎ契約につなげた。
<p>[ポイント!] 定期的にデイサービスに通所するパターンが身に付きつつあり、また、ヘルパーを利用し自室の掃除、洗濯、調理などを行えるようになった。成年後見については母親が申し立て、身上看護が母親、財産管理が司法書士と決まった。</p>		

支援時期	目標	支援内容
中期	<ul style="list-style-type: none"> ・母親の安心、安定を図る ・弟家族の負担を減らす ・本人の生活の枠組みの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・母親の入院により、自宅で本人が一人になるため、短期入所(身体障害者療護施設)の利用を調整した。 ・高次脳機能障害モデル事業を利用し、定期的に高次脳機能障害コーディネーターの訪問、アドバイスが受けられるようになった。
<p>[ポイント!] 本人はデイサービス、ヘルパーの利用日を忘れてしまい、すっぽかすことが多くなり、支援がうまくできなくなった。父親の特養入所、母親の病気による入院、認知症の進行などがあり弟家族が他県から隣市へ転居し、母親、本人支援のキーパーソンとなった。また、本人の居場所の確認のため GPS を本人に持たせている。</p>		

現在の状況
<ul style="list-style-type: none"> ・弟から施設入所の希望があり入所授産施設に入所したが、無断外出が頻回にあり退所となる。その後、自宅での一人暮らしとなり、月 14 日は身体障害者療護施設での短期入所と月 1 回の通院時に移動介護を利用している。 ・1 か月のうち 16 日は自宅で過ごし、本人の思うように歩き続ける生活が続いている。しかし、弟家族の支援があり現時点では弟が後見人として身上看護も行っている。 ・平成 10 年から支援を続けいろいろな取組みを行ってきたが、現在の生活が本人にとって一番安全であり、キーパーソンである弟の理解もある。本人の体力の衰えがない限り歩き続ける生活は続くと思われる。が、GPS を着けていることで居場所の確認ができ、安心の一つになっている。前回のように電源が切れてしまった場合は警察に捜索願いを出す方法しかないが、警察との連携もできたので今後の支援には有効である。また、地域での見守りもあり、「○○さん、あそこにいたよ」と知らせてくれるネットワークもある。

現状と課題

独立行政法人 福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業
高次脳機能障害支援普及事業の促進を目指すセミナー等の開催事業
全国支援拠点機関 高次脳機能障害相談支援コーディネーター情報交換会
平成 19 年 9 月 29 日 琵琶湖グランドホテルにて開催

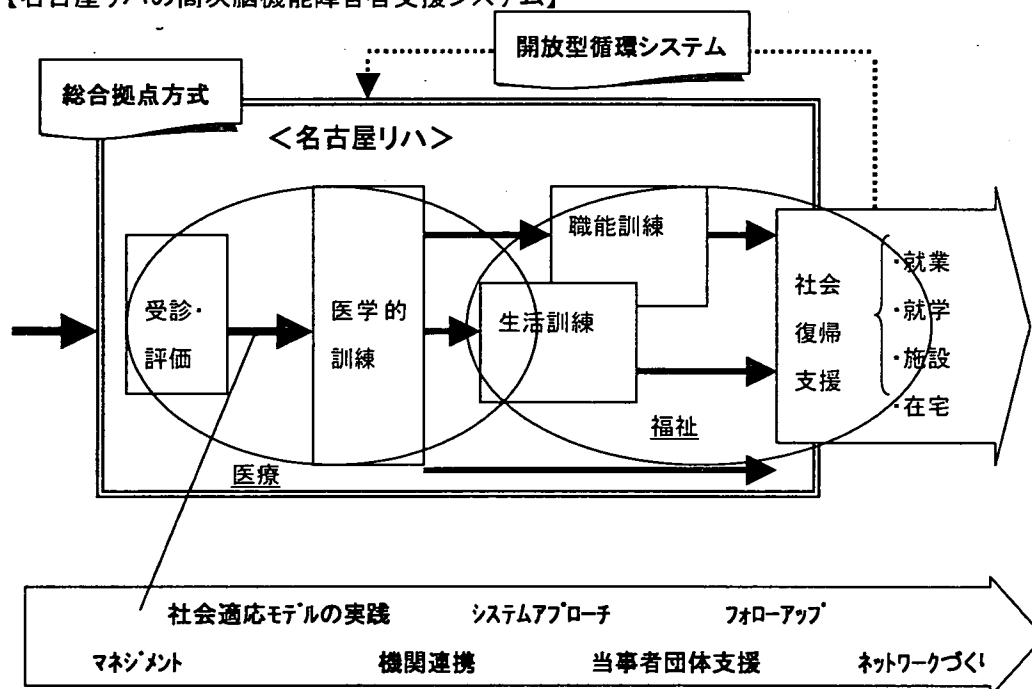
資料集より東海ブロックのみ抜粋

愛知県における高次脳機能障害支援普及事業について

① 支援拠点機関について

- ・ 愛知県は支援拠点機関を名古屋市総合リハビリテーションセンターに委託している。
- ・ 当センターでは受診・評価から訓練、支援を一貫して行なう『総合拠点方式』のシステムをモデル事業開始前から有している。また、社会復帰後の不適応や就学支援終了後に就業支援が必要なケース等に対して再支援を行なう『開放型循環システム』の考えを採り入れている。なお、全てのケースが当センターの流れに乗れるとは限らず、必用に応じて他機関・施設と連携しながら訓練・支援をすすめている。
- ・ 当センターではモデル事業の過程で高次脳機能障害支援部を設置、同部は連続したケアをスムーズにすすめるため、あえて医療部門、福祉部門に属さず別部門に設置。支援部支援課において、高次脳機能障害者に対するマネジメントを行っている。

【名古屋リハの高次脳機能障害者支援システム】



② 支援コーディネーターの職種と人数

長谷川真也 (CW)、末吉明香 (CW)

<業務内容>

- ・ マネジメント：患者・家族と方針を検討し、訓練・支援の流れにのせる
- ・ 支援：就業支援以外の支援の実施—就業支援は職能指導員が担当

- 普及：研修会等における高次脳機能障害の普及活動

③ 研修会やセミナーなど（07年度）

拠点機関主催	愛知県（関係）主催	その他
<ul style="list-style-type: none"> みずほ10周年 関連特別講演 ※ 脳外傷リハビリテーション 講習会 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村窓口担当者会議研修（3回） 身体障害者相談員研修（2回） 障害児者福祉担当者現任研修 相談支援従事者初任者研修（2回） 	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険事業所主催研修 当事者家族会（笑い太鼓） 主催セミナー（3回） 豊田市主催専門家研修 ※ 知多生活支援センター主催研修

注：※印は10月以降実施

④ その他の主な事業内容

- 高次脳機能障害支援部は社会復帰支援（就業支援、就学支援、施設支援、在宅支援）を行なっているが、特記事項としては次のとおり
 - －就業支援＝障害者職業Cの第1号（旧協力機関型）JC支援事業も実施
 - －就学支援＝高次脳機能障害の学童に対する試行的支援を開始（昨年度後半から厚生労働科学研究で実施）－児童相談センター（名古屋市、愛知県）、教育センター（同）と連携
- 当事者家族会との日常的連携

⑤ 事業実施上の課題など

- モデル事業は大きな成果をあげたが、周知という点では十分とは言い難く、いまだ受傷・発症後5-6年以上を経たからの新患もいる。また、脳外傷者を中心に継続的支援が必要なものも多く、地域の受け皿づくりは急務となっている。いわば、名古屋リハの入口・出口部分への周知・支援が必要
- 名古屋リハ内の異動等に伴う訓練・支援内容の将来的な形骸化

⑥ 予算

- 高次脳機能障害支援普及事業分＝1,200万／年（9割程度が人件費）
- H17年度高次脳機能障害支援部を設置＝コーディネーター2名、医師1名など計10名
一支援普及事業分以外は名古屋市が予算化

三重県における高次脳機能障害支援普及事業について

①支援拠点施設について（概要）

高次脳機能障害者生活支援事業および高次脳機能障害支援普及事業での三重県でのシステムを別名、三重県方式と呼称するが、これは「高次脳機能障害者に対して診断、訓練や生活支援（地域生活）をシステマチック（systematic）に包括的リハビリテーションを行うもの」であり、その実施する高次脳機能障害者包括的リハビリテーションネットワークを三重モデルという。

ア．拠点病院との連携

I 松阪中央総合病院の役割

主に急性期リハを担当し、高次脳機能障害診断・外来による認知リハビリテーション及び三重モデルを通過したケースのアフターフォローを実施している。

II 藤田保健衛生大学七栗サナトリウムの役割

主に回復期病棟における入院治療訓練を担当しているが、三重県モデルにおいては、入院による認知リハビリテーションを実施している。

イ．三重県身体障害者総合福祉センター(以下「身障センター」)の役割

身障センターでは、臨床心理士を配置し、神経心理学的評価および認知訓練、職業リハビリテーションを実施している。また、平成16年度からは高次脳機能障害者（児）支援コーディネーターを配置し、総合的な相談・直接的また間接的な支援、アフターフォローを実施している。機能については、大きく分けて下記の3つになる。

I 県内の高次脳機能障害者(児)からの総合相談窓口

II 生活・社会・職業リハビリテーションを担当

障害者自立支援法の施行にともない、平成18年10月から新体系に移行した。高次脳機能障害者は、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、生活介護での利用となっている。（総定員 入所40名 日中活動59名の通過型訓練施設）

III 啓発普及

- ・ 高次脳機能障害者地域支援セミナーの開催 年2回実施
- ・ 高次脳機能障害者(児)リハビリテーション講習会
(当事者・家族・支援者対象に平成19年度3回実施計画—日本損害保険協会助成)
- ・ 各関係機関（福祉、行政、学校等）を対象とした研修会での講演協力（随時対応）
- ・ 情報発信 身障センターホームページ <http://www.mie-reha.jp/>

ウ．医療機関との連携強化

松阪中央総合病院、藤田保健衛生大学七栗サナトリウムの拠点病院との連携に加え、高次脳機能障害者（児）支援コーディネーターによる訪問面接などを通じて、北勢地域の急性期病院（三重県総合医療センター、鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院）、回復期病院（菰野厚生病院）、精神科病院（鈴鹿厚生病院）、南勢地域の協力病院（大台厚生病院）