

平成30～31年度厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

高次脳機能障害の障害特性に応じた 支援マニュアルの開発のための研究

平成30～31年度 総合研究報告書

研究代表者 深津 玲子

令和2年（2020）年 3月

目 次

I.	総括研究報告	
	高次脳機能障害者の障害特性に応じた支援マニュアルの開発のための研究……………	1
	深津 玲子	
II.	分担研究報告	
1.	高次脳機能障害者・児の障害福祉サービス等利用に関する調査……………	7
	今橋 久美子	
	(資料)表 2-1 障害福祉サービス等利用困難事例(状況と対応)支援拠点機関……………	9
	表 2-2 障害福祉サービス等利用困難事例(状況と対応)当事者家族会	
	表 3-1 今後要望するサービス 支援拠点機関	
	表 3-2 今後要望するサービス 当事者家族会	
2.	指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所における 高次脳機能障害者・児への支援状況に関する調査……………	51
	今橋 久美子・粉川 貴司	
3.	高次脳機能障害の障害特性に応じた支援マニュアルの開発のための研究 - 就労系福祉サービス事業所利用の現状と課題 - ……………	61
	青木美和子	
4.	高次脳機能障害の障害特性に応じた支援マニュアルの開発のための研究……………	73
	上田 敬太	
5.	高次脳機能障害者の高齢化に伴う問題に対する研究……………	77
	浦上 裕子	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表……………	81

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
総括研究報告書

高次脳機能障害者の障害特性に応じた支援マニュアルの開発のための研究

研究代表者

深津 玲子：国立障害者リハビリテーションセンター病院 第三診療部長

研究要旨

高次脳機能障害の支援体制については、支援普及事業開始から 10 年以上経過し、全都道府県に支援拠点機関が設置され制度上の整備は進んだ。しかし障害福祉制度の運用の面においては、高次脳機能障害の障害特性に十分対応しているとは言えない状況である。各種障害福祉サービス利用の実態調査及び分析を行い、障害福祉サービス事業者向けの支援マニュアルを作成し、適切な支援につなげることがこの研究の目的である。平成 30 年度、令和元年度に、全国の高次脳機能障害支援拠点機関、家族会、相談支援センター（東京都と滋賀県）、就労系福祉サービス事業所（札幌市）介護事業担当者および発症後 1 年以上経過する高次脳機能障害当事者に質問紙調査およびヒアリング調査を行った。これらで得られた知見を、障害福祉サービス種類別に実践事例、課題等を分類し、障害特性に応じた支援のポイントをまとめ、障害福祉サービス事業者向けの高次脳機能障害支援マニュアルを作成した。

高次脳機能障害者が障害福祉サービスを利用する上での困難、課題は「事業所の障害特性への理解不足」「社会資源の不足」「制度の周知不足、ニーズと支援の不一致」に大別された。「事業所の障害特性への理解不足」については地域の事業従事者に障害特性への理解を深めるための研修、マニュアル等の開発と支援拠点機関を中心とした地域での知識普及のため体制づくりが必要である。東京都、滋賀県の相談支援事業所調査で、高次脳機能障害支援の経験が無い/乏しい事業所が半数あったことから、高次脳機能障害支援マニュアルは支援初心者を対象とし、支援のポイント、具体的事例等を盛り込んだ。

「社会資源の不足」について、札幌市内の就労系福祉サービス事業所調査で、高次脳機能障害者がいる事業所の割合は就労移行、就労継続 A 型、B 型で各 18.2%、15.7%、36.2%であるが、今後の受け入れの可能性は各 70%、74%、61%があると回答しており、今後事業従事者に高次脳機能障害の知識・情報の習得を進め、支援体制が整えば、利用可能な社会資源は大幅に増加すると考える。相談支援事業所調査で 1 事業所当たりの高次脳機能障害者平均は東京都が滋賀県の約 2.5 倍であるが、先進的事業所に集中することが伺われた。高次脳機能障害者が住み慣れた場所で地域の人々と共生する社会の実現を推進する観点からは、今後は地域の一般的事業所でも適切な相談支援が行えるよう整備を進めていく必要がある。また両都県とも未診断例が全利用者の 1/4 程度みられ、相談支援事業所において、来談者の病歴、原疾患等から高次脳機能障害を疑い、診断のための機関連携を行う専門的知識が必要となる。

「制度の周知不足、ニーズと支援の不一致」について、介護保険と障害福祉サービスの併用にかかる課題が多く挙げられた。介護保険第 2 号被保険者は、原則介護保険優先であるが両サービスを併用することも可能である。この制度の周知不足から利用困難となる事例が多い。一方障害福祉サービスにつながらなかった一因として当事者・家族の障害福祉サービス理解不足もあがった。介護保険サービス事業従事者、当事者・家族への知識普及にかかる取り組みも必要であることが示唆される。

今後今回作成した支援マニュアル等を利用し知識の普及方法について検討が必要と考える。

研究分担者

平山信夫、粉川貴司：東京都心身障害者福祉センター 所長

青木美和子：札幌国際大学人文学部心理学科 教授

上田敬太：京都大学医学部 講師

浦上裕子：国立障害者リハビリテーションセンター病院 リハビリテーション部長

今橋久美子：国立障害者リハビリテーションセンター研究所 主任研究官

研究協力者

古謝由美：日本高次脳機能障害友の会 理事長

片岡保憲：脳損傷友の会高知青い空 理事長

森下英志：東京都心身障害者福祉センター地域支援課長

立石博章：東京都心身障害者福祉センター地域支援課 高次脳機能障害者支援担当

小西川梨紗：滋賀県高次脳機能障害支援センター 相談支援員

宮川和彦：滋賀県高次脳機能障害支援センター 滋賀県立むれやま荘 所長

コワリック優華：滋賀県立むれやま荘 看護師

鈴木智敦：名古屋市総合リハビリテーションセンター 自立支援局長

佐宗めぐみ：相談支援「楽翔」管理者

A. 研究目的

高次脳機能障害の支援体制については、支援普及事業開始から 10 年以上経過し、全都道府県に支援拠点機関が設置され制度上の整備は進んだ。しかし障害福祉制度の運用の面においては、高次脳機能障害の障害特性に十分

対応しているとは言えない状況である。各種障害福祉サービス別に現状の実態調査及び分析を行い、これまでの研究成果も生かし、障害福祉サービス事業者向けの支援マニュアルを作成することにより、実態を踏まえた対応法を提示することがこの研究の目的である。

B. 研究方法

1) 全国の高次脳機能障害支援拠点機関および家族会の調査（今橋）：全国の高次脳機能障害支援拠点機関（103 か所）および日本高次脳機能障害友の会に、障害福祉サービスの利用困難事例および今後要望するサービスについて質問紙調査を実施した。

2) 相談支援事業所の調査（平山、粉川、今橋）：東京都および滋賀県で都県内指定特定相談支援事業所および指定障害児相談支援事業所を対象に質問紙調査を実施した。東京都では全 62 区市町村の障害福祉主幹課に対し、管内の指定特定相談支援事業所および指定障害児相談支援事業所を対象に、質問紙調査票を配布するよう依頼した。7 町村は該当事業所が無く、2 町は協力が得られず、53 区市町村より 803 事業所に調査票が配布された。滋賀県では全 15 市町村の合計 111 事業所に調査票を配布した。

3) 就労系福祉サービス事業所の調査（青木）：札幌市内の全ての就労移行支援事業所（79 か所）、就労継続支援 A 型事業所（106 か所）、就労継続 B 型事業所（337 か所）を対象に高次脳機能障害者の利用実態および課題について質問紙調査を行った。

4) 生活訓練、入所系支援および生活介護等に関する調査(上田);生活訓練、入所系支援、生活介護の機能を持つ京都市地域リハビリテーション推進センターにおける平成29年度の新規相談269件のうち高次脳機能障害に関する相談248件について分析した。また介護事業担当者セミナーの参加者520名を対象に高次脳機能障害に対する知識等について質問紙調査を実施した。

5) 高齢高次脳機能障害者に関する調査(浦上): 国立障害者リハビリテーションセンター病院で入院リハビリテーションを行って自宅退院した高次脳機能障害患者(発症時40~70歳、調査時点で発症から1年以上経過)364名に質問紙を送付、52名に聞き取り調査をした。

(倫理面への配慮)

本研究は、所属する施設の倫理審査委員会の承認を経て実施した。個別調査ではインフォームドコンセントを徹底し、承諾を得た。対象者の個人情報等に係るプライバシーの保護ならびに如何なる不利益も受けないように十分に配慮した。

C. 研究結果

1) 全国の高次脳機能障害支援拠点機関および家族会の調査(今橋): 全国の高次脳機能障害支援拠点機関調査では50箇所から回答を得た(回収率48.5%)。また家族会調査では7団体から調査票を回収した。障害福祉サービスの利用が困難だった事例は208件(拠点機関167、家族会41)あり、自立訓練、就労系福祉サービス、施設入所支援、共同生活援助、移動支援、介護保険との併用に関する利用困難事例が多くあった(分担報告書表1; サービス別利用困難事例数)。サービス利用困難理由は「事業所の障害特

性への理解不足」「社会資源の不足」「制度の周知不足、ニーズと支援の不一致」に大別された。個々の事例については分担報告書2-1、2-2を参照。また今後要望するサービスは93件(拠点機関76、家族会17)あげられた。主なものは、リハビリテーションを受けられる社会資源の拡充、移動支援、在宅サービスの拡充、訓練等給付サービスの拡充、介護保険優先である第2号被保険者に対する就労支援、市町村によって異なるサービス利用の要件等の統一、社会的行動障害のある人の居場所と受け入れ事業所の拡充などである(分担報告書表3-1、3-2参照)。

2) 相談支援事業所の調査(平山、粉川、今橋): 東京都調査では指定特定相談支援事業所および指定障害児相談支援事業所267ヶ所から回答を得た(回収率33.3%)。また滋賀県調査では111事業所のうち、42事業所から回答を得た(回収率37.8%)。これら事業所でH29年度(東京)H30年度(滋賀)に相談支援を提供した高次脳機能障害児・者はそれぞれ1,213名(診断あり888、未診断325名)、80名(診断あり54、未診断26名)である。1事業所当たりの高次脳機能障害のある平均利用者数は東京都4.6名、滋賀県1.8名である(分担報告書表5)。指定特定相談支援事業所において相談支援を提供した高次脳機能障害者数で見ると、東京都では利用者0名が50.4%、1~10名が40.4%、11~20名が4.4%、51名以上が2.4%である。一方滋賀県では利用者0名が50.0%、1~10名が45.0%、11~20名が5.0%である(分担報告書図2)。高次脳機能障害児・者が利用したサービスは東京都、滋賀県ともに就労系サービスが最多、ついで訪問系サービスであった(分担報告書図4)。一方で障害福祉サービスの利用ニーズがあったが、実際の利用につながらなかった事例が東京都で139名、滋賀県で3名あり、理由は「本人、家族の利用意向の変化」「ニーズとサービスがあわない」「事業所職員、他利用者との関係性」「高次脳機能障害に起因する行動への対応困難」等

であった。高次脳機能障害児・者への相談支援を提供したことがある事業所のうち、対応に困難を感じたことが「ある」と答えた事業所は東京都 50.2%、滋賀県 75%であった(分担報告書図 6)。困難の内容としては「本人、家族への対応」「制度、社会資源の利用」「関係機関との連携」であった(分担報告書図 7)。対応としては「相談者の特性に応じて面談時間や面談方法を考慮」「県の高次脳機能障害支援拠点機関に相談し助言を受けている」「関係機関の情報共有のための連絡ノート、相談支援カードの利用」などがあげられた。高次脳機能障害児・者への相談支援に関する課題として、「利用できる事業所の少なさや地域間格差」「事業所等への普及啓発の促進」「相談支援事業所対象の研修」などがあげられた。

3) 就労系福祉サービス事業所の調査(青木): 就労移行支援事業所 33 か所、就労継続支援 A 型事業所 51 か所、就労継続 B 型事業所 141 か所から回答を得た(回収率はそれぞれ 42.3%、48.1%、41.8%)。高次脳機能障害の利用者がいる事業所は移行支援 6 か所(18.2%)、就労継続 A 型 8 か所(15.7%)、就労継続 B 型 51 か所(36.2%)であった(分担報告書表 1)。高次脳機能障害のある利用者数は移行支援 14 名、就労継続 A 型 11 名、就労継続 B 型 112 名である。調査時点で高次脳機能障害の利用者がいないと回答した事業所のうち、今後高次脳機能障害者を受け入れる可能性があるとして回答した事業所は、就労移行 70%、就労継続 A 型 74%、就労継続 B 型 61%である。受け入れが可能になる条件は「高次脳機能障害の知識・情報の取得」が最多であった。高次脳機能障害者の作業時に見られる問題点としては、注意障害に関すること、社会的行動障害に関することが多く挙げられた。

4) 生活訓練、入所系支援および生活介護等に関する調査(上田); 京都市地域リハビリテーション推進センターにおける平成 29 年度の高次脳機能障害に関する新規相談 248 件について、相

談者の属性は 65 歳未満が 196 件(79%)であった。また介護保険対象者(65 歳以上および 2 号被保険者)は 133 件であった。入所施設利用時の問題点について、重度身体障害事例への対応、施設など記憶障害事例への対応などが挙げられた。介護事業担当者の質問紙調査では、第 2 号被保険者に対して社会復帰支援が必要という回答が 30 年度は 72%、平成元年度は 63%あり、高次脳機能障害の理解に役立つ研修機会が必要という回答は 30 年度 19.7%、平成元年度 24.8%であった。

5) 高齢高次脳機能障害者に関する調査(浦上): 質問紙を送付した 364 名中 100 名から回答があった(回収率 27.5%)。面接した 50 名と合わせた 150 名(男 115、女 35 名; 50~83 歳; 65 歳以上 78 名)を分析した。障害者手帳所持 109 名。介護保険認定 58 名うち同サービス利用中 50 名。一般就労中 20 名。障害福祉サービス利用中は 30 名で、訓練系・就労系サービス 19 名、訪問系サービス 7 名、日中活動系サービス 4 名であった。現在 40 歳~64 歳の脳血管疾患の方(介護保険第 2 号被保険者)37 名のうち障害福祉サービス利用中は 9 名で、就労系サービス 8 名、その他 1 名であった。

D. 考察・結論

現在の高次脳機能障害者による障害福祉サービス利用実態、課題について当事者、高次脳機能障害支援拠点機関、相談支援系事業所、就労系サービス事業所、生活訓練・入所系支援・生活介護事業所、介護事業担当者を対象に調査、また発症から 1 年以上経過した高次脳機能障害患者 150 名について分析を行った。

高次脳機能障害児・者が障害福祉サービスを利用する上での困難、課題は、当事者家族会への調査から「事業所の障害特性への理解不足」「社会資源の不足」「制度の周知不足、ニーズと支援の不一致」に大別される。

「事業所の障害特性への理解不足」について

は地域の事業従事者に障害特性への理解を深めるための研修、マニュアル等の開発と支援拠点機関を中心とした地域での知識普及のため体制づくりが必要である。東京都、滋賀県の相談支援事業所調査では、両県とも約半数の事業所は高次脳機能障害者の相談経験が無かった。また経験の乏しい事業所では対応に困難を感じる際に県の支援拠点機関に相談する体制は整備されていることがうかがわれる。高次脳機能障害支援の経験が無い、あるいは乏しい事業所に障害特性への理解を促進することは重要である。その観点より当研究の成果物として作成する高次脳機能障害支援マニュアルは高次脳機能障害支援の経験が無い、あるいは乏しい事業所を対象とし、支援のポイント、具体的事例等を盛り込んだ。今後このマニュアルを活用していきたい。

「社会資源の不足」について、今回札幌市内の就労移行支援、就労継続 A 型事業所、B 型事業所の悉皆調査で、高次脳機能障害のある利用者がある事業所の割合はそれぞれ 18.2%、15.7%、36.2%であった。これは割合として高くはないが、今後の受け入れの可能性は就労移行 70%、就労継続 A 型 74%、B 型 61%があると回答しており、今後事業従事者に障害特性への理解を深めるための研修等を進めることで、利用可能な社会資源は大幅に増加すると考える。現在都道府県の支援の中核として高次脳機能障害支援拠点機関が機能しており、同機関が事業所のスーパーバイズを進めることで社会資源の不足を補うことができる。また相談支援事業について、東京都と滋賀県を比較すると、1 事業所当たりの高次脳機能障害利用者平均人数は東京都が滋賀県の約 2.5 倍である。しかし高次脳機能障害利用者がいない、と回答した事業所は両都県とも約 50%で同比率である。東京都には 1 事業所で 51 名以上の高次脳機能障害者が利用している、いわば高次脳機能障害に特化した相談支援事業所があり、一方滋賀県では一般の相

談支援事業所に 1~20 名の高次脳機能障害者がいる、という状況である。東京都は 10 年以上にわたり区市町村高次脳機能障害者支援促進事業を独自に実施し、区市町村レベルの相談体制づくりでは先進的であり、その成果が 1 事業所当たりの平均高次脳機能障害利用者数の高さに表示されていると考える。その一方で、高次脳機能障害者が住み慣れた場所で地域の人々と共生する社会の実現を推進する観点からは、今後は先進的事業所に利用者が集中する状況から地域の一般的相談事業所でも適切な相談支援が行えるよう整備を進めていく必要がある。また両都県ともいまだ未診断例（推測例）が全利用者の 4 分の 1 程度みられ、相談支援事業所においても、来談者の症状、病歴、原疾患等から高次脳機能障害を疑い、診断につなぐための機関連携を行う専門的知識が必要となる。

高次脳機能障害支援拠点機関あるいは医療機関につなぐための専門的知識は必要となる。

「制度の周知不足、ニーズと支援の不一致」について、介護保険と障害福祉サービスの利用にかかる課題が多く挙げられた。40 歳~64 歳の脳血管疾患の方(介護保険第 2 号被保険者)は、原則介護保険優先であるが両サービスを併用することも制度的には可能である。しかしこの制度の周知不足から、介護保険に無い訓練・就労系サービスの利用が出来ず、復職、就労に困難が生じている事例は少なからずあると考える。介護保険サービス事業従事者へのアンケート調査で、高次脳機能障害への関心は高く、また特に 2 号被保険者に対して社会復帰支援が必要と感じているという回答が多くあった。発症から 1 年以上経過した外来患者対象調査では、介護保険第 2 号被保険者 37 名のうち障害福祉サービス利用中は 9 名で、就労系サービスが 8 名であった。一方、相談支援事業所調査で障害福祉サービスにつながらなかった一因として「本人、家族の利用意向の変化」家族がサービス利用の必要性を感じない」等があり、利用者・家族の

障害福祉サービス理解が不十分である可能性もある。介護保険サービス事業者、当事者・家族への知識普及にかかる取り組みも必要であることが示唆される。

当調査で得られた知見、高次脳機能障害者支援の実践を行っている研究協力者へのヒアリング結果等をサービス種別に分けて記載し、障害福祉サービス事業者向け高次脳機能障害支援マニュアルを作成した。今回は高次脳機能障害の支援可能な社会資源を増やすことを目的として、高次脳機能障害者支援の経験が無い・乏しい支援者を対象として作成した。今後さらに専門的知識を含む経験者向けマニュアルの開発、またこれらマニュアルを利用した研修会の在り方等の検討が必要と考える。

H. 知的財産権の出願・取得状況 なし

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

・学会発表等

1. 深津玲子, 小児の高次脳機能障害, 第55回日本リハビリテーション医学会学術集会, 福岡市, 2018, 2018-06-29.
2. 深津玲子, 高次脳機能障害とその支援に向けた取り組み, 高次脳機能障害講演会 医療と連携、リハビリから就労へ, 東京, 2018, 2018-09-30.
3. 深津玲子, 高次脳機能障害の症状や診断ならびに全国の高次脳機能障害者への支援の動き, 第18回佐賀県高次脳機能障害者リハビリテーション講習会, 佐賀県武雄市, 2018-10-05.
4. 深津玲子, 高次脳機能障害支援-国立障害者リハビリテーションセンターの役割, 日本脳外傷友の会 第18回全国大会2018in 三重, 三重県四日市市, 2018-10-20.
5. 深津玲子, 高次脳機能障害支援の国の動き、医療と連携, 高次脳機能障害講演会 医療と連携、リハビリから就労へ(朝日新聞厚生文化事業団主催), 大阪, 2018, 2018-11-4.

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

高次脳機能障害者・児の障害福祉サービス等利用に関する調査

研究分担者：今橋久美子 国立障害者リハビリテーションセンター研究所 主任研究官

研究要旨

高次脳機能障害者・児が障害福祉サービス等を利用する上で生じている具体的な問題点を明らかにするために、高次脳機能障害支援拠点機関および当事者家族会を対象に調査を行った。両調査に共通して、自立訓練、就労系障害福祉サービス、施設入所支援、共同生活援助、移動支援、介護保険との併用に関する利用困難事例が挙げられた。利用困難の要因は、「障害特性の理解・周知不足」「社会資源の不足」「制度の周知不足、支援がニーズに合っていない」等であった。一方、今後要望するサービスについては、通勤通学のための移動支援、リハビリのための社会資源の充足、ニーズに合った障害福祉サービスの利用支援、等が挙げられた。調査結果をもとに、高次脳機能障害の障害特性に応じた支援マニュアルを作成した。

研究協力者：古謝由美 NPO 法人日本高次脳
機能障害友の会 理事長

A．研究目的

高次脳機能障害者が各種障害福祉サービス等を利用する際の、障害特性に応じた対応について、調査及び分析を行い、実態に基づいた障害福祉サービス事業者向けの支援マニュアルを作成することにより、高次脳機能障害者への適切な支援につなげることが本研究の目的である。

B．研究方法

全国の高次脳機能障害支援拠点機関（以下拠点機関）および高次脳機能障害の当事者家族会を対象に調査票を配付し、1）障害福祉サービス等利用困難事例、2）今後要望するサービスについて調査を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、所属機関の倫理審査委員会の承認を経て実施した。

C．研究結果

拠点機関50か所および当事者家族会7団体から調査票を回収した。

1）障害福祉サービス等利用困難事例

高次脳機能障害者・児について、福祉サービスの利用が困難な事例は、208件（拠点機関167件、当事者家族会41件）であった。自立訓練、就労系障害福祉サービス、施設入所支援、共同生活援助、移動支援、介護保険との併用に関する利用困難事例が挙げられた。（表1）

表1 サービス別利用困難事例数

サービス	事例数	
	拠点機関	当事者家族会
居宅介護（ホームヘルプ）	6	
重度訪問介護	1	
行動援護	1	
短期入所（ショートステイ）	6	
生活介護	6	
障害者支援施設での夜間ケア等（施設入所支援）	13	2
自立訓練（機能訓練・生活訓練）	28	3
就労移行支援	21	4
就労継続支援A型	10	2
就労継続支援B型	39	4
共同生活援助（グループホーム）	12	4
移動支援	14	7
地域活動支援センター	4	
地域移行支援	2	
地域定着支援	1	
精神障害者保健福祉手帳	4	3
介護保険サービス	12	7
放課後等デイサービス	2	
その他サービス	7	5

具体的には、「障害特性への理解・周知不足によるもの」「社会資源の不足によるもの」「制度の周知不足、支援がニーズに合っていないことによるもの」があった（表 2-1、表 2-2）。

ア 障害特性への理解・周知不足の例

1. 入所施設のプログラムに参加せず、部屋にこもっている。職員さんからは「朝部屋に呼びに行っても、出てこない」と言われるだけで、何もしてもらえない。
2. プログラムが終わると、その後の声掛けや支援プログラムがないようで、何をしたらよいのかわからない。夕食までの時間とか寝るまでの時間など、どう過ごしてよいのか。本人はテレビもつけられない。
3. B型事業所で清掃の仕事をしているが、同じ姿勢を続けて膝が痛む。自分から職員に言えないまま、状態が悪化してから親に告げた。

イ 社会資源の不足の例

1. 生活訓練を受けたいが近くに事業所がない。
2. 両親とも仕事があり、通学のための移動支援を申請し支給決定されたが、受けってくれる事業者がなかったため、サービスを受けることができなかった。

ウ 制度の周知不足、支援がニーズに合っていない例

1. 40代50代で時間をかければ働けるぐらいに回復する高次脳機能障害者が多いはずなのに、病院がすぐ介護保険の申請をおこなう。病院は障害福祉サービスについて情報も知らないことがあるため患者家族に伝えないことにたいへん問題があると思う。
2. 介護保険優先なので障害福祉の介護給付が使えない。障害福祉から介護福祉に切り替わってサービスの選択肢の幅が狭くなった。障害者に必要な支援が、介護保険制度では

適用しにくい。地域の相談窓口もケアマネージャーも高次脳機能障害について理解している人が少ない。本人、家族には負担が多く感じる。

2) 今後要望するサービス

今後要望するサービスは、93件（拠点機関76件、当事者家族会17件）であった（表 3-1、表 3-2）。主なものを下記に示す。

1. 社会資源（リハビリ、特に言語や心理の支援）通勤通学のための移動支援がほしい。
2. 年齢や原因傷病で介護保険優先になるが、支援内容とニーズ（特に就労）があていない。適切な障害福祉サービスにつないでほしい。
3. 市町村によりサービス利用の要件や負担額が異なるのを統一してほしい。
4. 退院時に障害や制度について説明がほしい。
5. 社会的行動障害者の居場所と受け入れ事業所。（現行の報酬体系では受け入れを拒否され、行き場が無い。）

D. 考察

高次脳機能障害者・児が障害福祉サービス等を利用する上で生じている具体的な問題点について、高次脳機能障害支援拠点機関および当事者家族会を対象に調査を行った。両調査に共通して、自立訓練、就労系障害福祉サービス、施設入所支援、共同生活援助、移動支援、介護保険との併用に関する利用困難事例が挙げられた。利用困難の要因は、「障害特性への理解・周知不足」「社会資源の不足」「制度の周知不足、支援がニーズに合っていない」等であった。

一方、今後要望するサービスについては、通勤通学のための移動支援、（一律に介護保険を勧めるのではなく）ニーズに合った障害福祉サービスの利用支援等が挙げられた。

E. 結論

高次脳機能障害者・児が障害福祉サービス等を利用する上で生じている具体的な問題点について調査を行い、高次脳機能障害の障害特性に応じた支援マニュアルを作成した。

F．健康危険情報 なし

G．研究発表

今橋久美子、深津玲子．高次脳機能障害者・児が障害福祉サービス等を利用する上での課題とニーズ 第43回日本高次脳機能障害学会学術総会．仙台．2019-11-29.

H．知的財産権の出願・取得状況 なし

表 2-1 障害福祉サービス等利用困難事例（状況と対応）支援拠点機関

サービス名	状況	対応
居宅介護(ホームヘルプ)	食事の買い物が出来ないので、買い物同行してもらっていっしょに練習を試みたが、買い物同行は×、買い物代行は○と言われた。	買い物同行は移動支援になるとのことだったが、この方には移動支援の支給は下りなかったため、買い物の練習はできなかった。
	一つ一つの調理や掃除等の動作は指示があれば出来るのに、なぜヘルパーが支援しないと行けないのか。見ているだけで支援になっていないのではないかとヘルパー事業所から相談があった。	ヘルパー導入時に高次脳機能障害者のヘルパー支援の必要性和ヘルパーの役割については、高次脳機能障害支援センタースタッフから説明していたが、重ねて支援センタースタッフがヘルパー支援の日に合わせ定期的に訪問し支援内容を確認し、連携会議を開催し、ヘルパーの役割について都度説明する様にした。
	障害支援区分3で、もともとは居宅介護を利用。薬の管理ができず、怠薬により精神症状が悪化。金銭支援をしていた社協の職員を殴り、精神科病院に入院。退院後、福祉サービス利用を検討。ヘルパー介入を拒否する可能性や日中活動の場をどうするかが問題にあがる。(精神2級)	医療的な関わりの継続(薬の管理や症状の観察等)のため、しばらくは精神科デイケアに通所(3回/週 4回/週)。居宅介護は月2回のみ。
	失語が顕著で、注意・記憶・遂行機能障害の方の一人暮らし。家事支援のため、(1)を利用。(1)に本人の気持ちが伝わらず、本人が思ったサービスが受けられない。	(1)事業所に何度か本人の特性を説明、と同時に本人の希望の表現方法も話し合った。両者を交えての話合いも幾度と重ねたが、(1)を利用するための本人の準備が難しい状態となり、(1)の利用が中止となった。
重度訪問介護	骨折で一般病棟に入院中、脱抑制の為、院内外を移動し、離棟行為があり、病院から毎日家族の付添ができないなら退院するようと言われた。家族が毎日の対応は難しくヘルパー利用を希望されたが、入院中の利用は	家族が実費でヘルパーを利用した。

	できなかった。	
短期入所(ショートステイ)	在宅生活を家族としているが、親が高齢となり、今後の生活を考える必要があり、グループホームの利用などを提案してもなかなか現実的に検討できない。ショートステイを実施している施設は少ない。あっても知的障害に特化している等、利用しづらい。	とにかくグループホームを数多く見学し、イメージ作りを支援している。
	脱抑制の症状があり、無断外出、女性に触りに行く、人の物を盗ってしまうなどの状況があり、家族の疲労が強く短期入所利用を検討したが、無断外出や脱抑制の症状を理由に利用を断られた。	県内事業所をあたったが、利用が出来ず、他府県の事業所にあたり受けてくれる事業所を探し、利用となった。(精神2級)
	本人の保清が維持できない状況を見て、ショートステイ利用を家族にすすめたが、利用の必要性を理解してもらえなかった。	相談支援専門員に入ってもらい、家族への説明を行った。翌月からショートステイ利用することになった。
	利用につながったが、夜間外に出てしまうことがあり、利用中止になった。(身体1級・療育B)	事業所と、今後の対応についてご家族も交え話し合いを行ったが、対応が難しいと断られた。将来のために、練習として利用していたため現在短期入所は利用していない。他のサービスは利用できている。
生活介護	知的障害者の利用が多い通所施設(生活介護)に見学に行ったところ、その場では普通に過ごされていたが、帰宅する車の中で家族に対して、本人が「自分はこんな障害者じゃない」と怒り出してしまった。	他の施設の見学を試みたが、1回は見学に行くもの行きたくないと言われ、高次脳機能障害者と家族の会の活動を紹介し、家族と一緒に支援センタースタッフも何度か同行し慣れて頂きながら活動に参加して頂いた。
	「殺せ」等大声を出すため、周りへの影響から利用できる場所がない。(身1-1)	本人の状態を理解して受け入れてもらえる施設を検討中。
	精神3級。送迎のある生活介護事業所の利用を検討したが、そこが知的の行動障がいのある人が多く通所されていて騒がしく、感覚過敏があるために本人が行きたがらなかった。	ゆるやかな就Bを探した。
	車いす使用者で身体障害者中心の生活介護の施設に入所したが、高次脳機能障害による問題行動(スタッフに対する暴言、ルールを守れないなど)から数か月で退所となった。(身体1級)	退所後相談支援事業所と別の生活介護施設を探して入所した。入所時訪問して状態と対処法の説明をしたが、そこも数か月で退所となり、精神科病院入院となった。病院からも退院を迫られており、基幹相談支援センターが中心となり今後の行き先を探している。

障害者支援施設での夜間ケア等(施設入所支援)	社会的行動障害のある方が希望したが、集団生活が難しいと判断され、面談及び見学で、施設の否定的な案内ばかりをされてしまい、体験など次につながらなかった。	本人にとって、面談及び見学の印象が悪く、次の施設探しへの意欲が減退した。面談でポジティブフィードバックを繰り返し、少しずつ外への意識が高まるように支援している。
	職員体制が不十分のため、“問題行動”がある方の利用を断られた。	別の施設を検討したが、本人に適当な所が見つからず、自宅での生活に戻らざるを得なかった。
	当時(平成20年)、旧体系の更生施設入所を検討したが、身体的な訓練を必要とせず、生活訓練のみでの入所は難しいと判断された。本人の問題行動(セクハラ)も一因であった。他、暴言、徘徊行動もある。(身体1級)	万引きで警察に保護されることもあり、離婚による環境変化もあったが、就労を長期目標とし、ショートステイや生活介護支援を利用しながら、生活リズムを整え、日常生活でできることを増やしていくこととなった。
	重度の失語症、記憶障害と衝動性の高さ等があり、高齢の両親では在宅支援が困難であり、施設入所を希望されていたが、入所施設の待機人数の多さと共に無断外出の可能性やマンツーマン対応が出来ないことで施設入所が出来なかった。	生活介護事業所の利用やホームヘルプの利用で在宅生活を継続していたが、労災の施設入所が決まる。しかし、うろろする、大声を上げる、介助拒否などの状況があり、対応できないと1,2か月の利用で退所となった。家族も受け止め困難で精神科入院となった。
	市に申請したが、65歳以下で、かつ介護保険の特定疾患であるとの理由で、サービス利用が認められなかった。市の担当者によって対応が違うことも多い。	圏域内ネットワーク会議での問題定義を検討している。
自立訓練(機能訓練・生活訓練)	受傷後アパシーを主症状とする高次脳の方。単身で家に引きこもっており、日中活動の場がないが就労の意向があるため自立訓練をすすめた。本人が市へ受給者証の手続きに行ったが“意欲が感じられない”とみられ、手続きが難航した。	市へ、高次脳の状態と自立訓練の必要性を説明し、障害福祉サービス受給者証を交付してもらった。
	主治医から、「継続して機能訓練が必要」とされていた高次脳機能障害の児童がいたが、障害児へのサービスとして、機能訓練が利用できなかった。(身体1級)	児童福祉法の規定により「障害者」とみなし、機能訓練のある施設を利用することになった。
	少年院退院後の行き先として生活訓練の入所先を検討していたが、犯罪行為がある利用者の受け入れは困難と言われた。	施設側に理解を求めため本人との面談に入ってもらうなど、今後の利用に向けて継続的に関わってもらっている。退院後の行き先については県内外の施設や職業訓練を検討している。

<p>脳出血後遺症(精神2級) 退院後、自立訓練+施設入所支援利用の希望があったが、病識が無く無断離院の可能性が高かったため、利用に至らなかった。</p>	<p>通院リハを継続し、並行して送迎付きの介護保険デイサービスを利用した。その後、地域活動支援サービスを利用。現状、家族が単独通所等の外出練習を行っている。</p>
<p>50代後半での脳血管障害発症の方で、介護保険のデイサービスを利用していたが、雰囲気になじめず本人も仕方なく通所している状況での相談。本人や支援者で検討した結果、障害福祉の生活訓練を利用し就労の可能性を探る方向となり、障害者支援施設も利用可能と言ってくれていた。市に申請をしたが介護保険優先なので受給者証は出せないと言われた。</p>	<p>何度か市の担当者と話し合いを行ったが、市の考えは変わらなかった。そのため、通所中のデイサービスにてご本人に役割を作ってもらい本人のできることを広げる取り組みをしてもらった。</p>
<p>利用開始したが、暴言や暴力がみられるため、集団生活は難しいと言われ、退所となった。</p>	<p>施設の囑託医より、暴言・暴力の軽減のため精神科病院に入院を勧められ、入院となった。</p>
<p>高次脳機能障がいへの支援に力を入れている入所施設の利用を申請し、これまでの入院生活で勝手に出ていこうとしたことがあったことを伝えたところ、利用を断られ、他のサービスも「あの施設で対応できない人の利用は難しい」と言われ、在宅で暮らさざるを得なくなった。</p>	<p>地域で暮らすうえでは困難が生じることが予想されたため、地元の基幹相談支援センターに相談するよう家族に助言した。また、家族の同意を得たうえで、基幹相談支援センターに情報提供を行った。</p>
<p>自立訓練(生活訓練)を利用しながら復職したが、脱抑制などの症状から職場でうまくいかず、訓練終了後しばらく経過してからストレスによると考えられる身体症状が出現し、会社を退職。高次脳機能障害の症状(社会的行動障害など)が悪化したため、生活訓練の再利用を申請したが「自立訓練は原則1回の利用のみ」との判断から認められなかった。</p>	<p>生活環境や障害の悪化状況と訓練の必要性と平成22年厚生労働省主管課長会議資料などの根拠について行政に説明し、自立訓練の受給者証が発行された。</p>
<p>小児の頭部外傷による高次脳機能障害のリハビリに関する相談があったが、小児がリハビリを受けることが出来る社会資源がなかった。また、学校などとの連携支援についての制度もない。</p>	<p>期間限定で、自法人内の療育センターでのリハビリを実施。その後、定期的にアポイントを取りながらライフステージの変化の都度、相談支援を実施。必要に応じて学校に提出する「情報提供書や意見書」を作成している。</p>

<p>自立訓練終了後障害者雇用での一般就労となったが、数年経過した後、高次脳機能障害による人間関係のトラブル等の問題が顕在化し、相談来所。現制度では高次脳機能障害の専門的見地から職場への直接的なアプローチをするなどのフォローアップができる制度がない。</p>	<p>障害者就労・生活支援センターと連携しながら相談対応を行っている。</p>
<p>自立訓練(生活)通所利用開始する(父親の送迎)が、自宅において家族(母親)に対する暴言・嫌がる行為(抱きつきにいく、チョコレートをくれと引っ張る)等がエスカレートする。また、45分間の訓練中集中できずに、ハイテンションとなり他利用者に対してちょっかいをだすようになる。集団からより個別性の高い訓練内容に変更するも適応が難しい。また、家族の健康状態も悪化する。(母親自身も進行性疾患で父親は妻と息子の介助を行っている)(精神2級)</p>	<p>本人自身の治療と介護者のレスパイトのため精神科病院に入院加療となる。</p>
<p>自立訓練の生活訓練でデイサービス利用しようとしたが、高次脳機能障害に対応したプログラムや支援はしていない、と言われた。リハ職もいないとも言われた。</p>	<p>障がい福祉で利用できるデイサービスが他にない為、そのデイに通うことにした。生活訓練でサービス利用することになったが、特別なプログラムや支援があるわけではない為、他の高齢者と同じプログラム内容での支援となっている</p>
<p>市外の機能訓練施設を希望したが身体症状が重く、ADLがある程度自立していないと受け入れは難しいと言われる。別のデイケア施設も希望するが、やはり介助の度合いが高いと断られる。(身体1種1級)</p>	<p>指定障害者地域生活支援センターを利用しながら生活をされている。</p>
<p>長年引きこもっていた40代の男性の両親から相談があり、自立訓練(生活訓練)の見学までは行ったが、体験利用はまだできていない。</p>	<p>電話で様子を聞いたり、訪問をして面接したりを継続している。</p>
<p>介護保険第2号被保険者に該当する高次脳患者であったが、身体麻痺も重度だったため、退院後も入所リハビリ施設を希望。障害者手帳も取得したものの、介護保険サービスが優先されるため障害の施設入所は原則不可と行政に受け付けてもらえず、機能訓練施</p>	<p>本人・家族の合意に基づき、退院後は老人保健施設へ入所。その後、介護保険のリハビリでは本人のニーズに対応出来なかったことを立証させてから、県内の障害福祉サービス機能訓練施設へ入所となった。</p>

<p>設へ繋ぐことができなかった。(身体1級)</p>	
<p>高次脳機能障害に特化した施設に入所して生活訓練を受けていたが、現実検討能力や理解力の乏しさからスタッフや利用者に対してイライラを募らせ、暴言を吐く、物を投げる、蹴るなどの粗暴行為がみられるようになった。訓練に対して「したくない」と言い、好きなことをさせても興奮状態が収まらず、危険行為やトラブルが続いた為、他の利用者が怯えて、職員一人が付かないといけなような状況になった。</p>	<p>精神科を受診され、向精神薬を処方。環境調整も含めて精神科病棟への入院も検討されたが、内服薬で症状が落ち着き、リハビリ復帰の希望も強かった為、入院せず経過。精神科での定期的な外来フォローを受けながら、“また同じような事があれば退所”の前提条件のもと、数日間の体験入所を経て復所となった。</p>
<p>自立訓練利用について市に申請を行ったところ障害が脳血管障害であったため「介護保険優先」原則を理由に障害福祉サービスは受理できないと言われた。</p>	<p>市の担当者に対し国の制度の適用関係について説明するも明確な回答が得られなかったため、本庁の主管へ報告。最終的に利用が可能となった。</p>
<p>自立訓練終了後在宅復帰し就労系サービスを利用していたが、長続きせず医療機関への通院のみを行っていた。再度自立訓練の必要性を医師が判断し町に対し再利用について相談を行った。</p>	<p>前例のない症例であるため町より訓練の必要性について医師の意見書を求められ提出、審査会を経て利用が開始となった。</p>
<p>「休職中の人は、復職支援は復職先の会社が行うべきものなので自立訓練は利用できない」と申請時に区役所の窓口で言われることが一時期頻繁にあった。</p>	<p>区や市の担当者とは何度か話をし、当センターからの理由書と会社から会社では復職支援をできないと書いた書類(どちらも書式なし)を出せば認められるようになった。この1~2年は当センターに書類提出を求められたり、窓口で断られたという報告を聞いたりすることはなくなった。区によっては今も会社からの書類提出を求めている様。</p>
<p>利用に繋がったが、職員や利用者を怒鳴るなどの行動が頻発し、トラブルを重ねたために事業所から利用を断られた。(障害者手帳:不明)</p>	<p>本人が事業所の継続利用を希望したため、相談支援事業所が高次脳センターの助言に基づき本人への対応方法等を助言し、理解を得られたことで利用頻度を減らすことを条件に再度事業所の利用が可能となった。</p>
<p>事業所の数が少なく、常に定員を満たしているため、利用したいときに空きが無い。また、自立訓練と施設入所支援のある施設ではADL自立が入所条件となっており、入所が難しいことがある。</p>	<p>自立訓練の空きが出るまで外来リハ継続した。</p>

就労移行支援	<p>大学、専門学校に在籍しながら、障害者枠での就労にむけての準備をしたい。地域障害者職業センターは最終年度からしか利用ができないと言われ、以降は在学時の利用はできないと言われた。</p>	<p>評価実習の形で数日間移行を利用した。</p>
<p>休職中で復職を目指している方であり、市に申請したが、サービス決定まで時間がかかった。(平成 26 年度)</p>	<p>平成 30 年 4 月 25 日事務連絡 平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定等に関する Q&A VOL.2 の記載にある条件を満たしていたため、結果的にはサービス決定となったが、役所、休職先企業担当者、職業センターとの連絡・相談等を何回も実施し、役所の決定までかなりの時間を要した。</p>	
<p>休職中であった公務員の方が就労移行支援、施設入所支援を平成 23 年度から平成 24 年度に利用し、復職された。その後、就労移行支援のアフターフォローを継続し、3 年程度はうまくいっていたが、職場不適應となり再び休職となった。本人、家族から再度、就労移行支援、施設入所支援の希望が挙がったが、役所担当者の偏っていると思われる考え(同じ公務員として、休職しながら障害福祉サービスの利用をするのはいかがなものか、一度、就労移行支援を利用したため、再度利用はなかなか認められない等々)があり、自宅待機を余儀なくされた。(平成 27 年度)</p>	<p>同センター内の高次脳機能障害支援センターに相談し、グループ訓練につながった。その後、生活訓練、就労移行支援で再度役所に申請したが、ここでも役所担当者の偏っていると思われる考え(単身生活で復職していた方、今は単身生活が難しいが家族と生活できる方であるのに、なぜ生活訓練を利用するのか、必要ないのではないかと等々)を伝えてきたが、最終的には生活訓練、施設入所支援のサービスにつながった。就労移行支援の 2 度目の利用は、住所地があった役所は一切認めず、最終的には他市で単身生活をするところまで生活訓練で支援し、新しく単身生活された住所地の市に就労移行支援を申請し、認められた。</p>	
<p>休職中の高次脳機能障害の方が就労移行支援事業による復職支援を希望し、市町村に申請したが「主治医が、復職に関する支援を受けることにより復職することが適当と判断する意見書」の提出を求められた。(精神 3 級)</p>	<p>支援者から主治医に丁寧に説明を行うことで意見書を書いてもらうことができ、サービスの受給に繋がった。しかし、本来、意見書の内容は医学的に判断するには困難であるとの医師から話があった。</p>	
<p>休職中の高次脳機能障害の方が就労移行支援事業による復職支援を希望し、市町村に申請したが「主治医が、復職に関する支援を受けることにより復職することが適当と判断する意見書」の提出を求められた。(精神 2 級)</p>	<p>主治医による意見書の提出が困難であった為、障害者職業センターにおける職業評価を参考資料とし、役所担当者へ説明し、サービスの受給に繋がった。</p>	

<p>利用し始めたが「運転再開の許可が出たから」という理由で、終了となってしまった。元々中長距離トラックの運転手だった。運転再開の許可が出た＝復職と勘違いされてしまった様子。</p>	<p>担当ケアマネが困って連絡してきた為、外来の担当 ST につなぎ対応してもらった。結局、復職でなく治療専念を選択された為、就労移行支援は終了のまま。</p>
<p>民間企業で休職されている方。支援拠点機関で就労支援サービス(職業評価等)を受けた後、就労支援系通所事業所を利用したうえで復職を目指す方向で関係者と話し合ったが、居住地の障害福祉主管窓口では利用は認められないと言われた。</p>	<p>休職中の方の就労系サービス利用について、「要件を満たした場合は支給決定して差し支えない」との Q & A はあるが、実際の判断は自治体によって異なり、支援拠点機関から指導等できるものでもない。当該自治体の就労支援機関で代替サービスを検討していたくことになった。(同様のケースは複数あり)</p>
<p>もともと自分の障害の受け入れが難しかった方(重度の記憶障害、遂行機能障害、注意障害)。就労への意欲が非常に強く就労移行支援事業所利用に繋がったが、事業所での作業内容等に納得が行かず、職員ともうまく関係が作れなかった。結果、利用中止に至った。(精神 2 級)</p>	<p>前から関わりがあった地域活動支援センターに通所するようになった。</p>
<p>休職期間中に、復職準備として市へ利用について打診した。在職中は利用が困難であると言われた。(精神 3 級)</p>	<p>国リハからの情報提供や他県の前例を提示することで利用に至った。</p>
<p>利用に繋がったが、本人様のニーズと提供できるサービスに相違があり、サービスの継続が困難となった。</p>	<p>県障害者職業センターへ相談し、職能訓練・ハローワークでの就職活動へ繋げた。</p>
<p>頭部外傷後遺症(身体 6 級・精神 2 級) 公務員試験に合格し入職するも、試用期間中に有給休暇をほとんど使い切り、かつ遅刻・無断欠勤が発覚したため、退職に。その後親族のコネで就労するもうまくいかず、転々とした結果、障害福祉サービスを利用する。しかし、他利用者におごってもらう等が続き、利用者・施設から苦情が出る。結婚し家族が出来ても、無断外出・外泊などし、トラブルを繰り返している。</p>	<p>一般就労、就労移行支援、就労継続支援 A 型と利用してきているが、数ヶ月から 1 年程度経つと同様のことが起きている。</p>
<p>頭部外傷後遺症(精神 2 級) 利用につながるが、「事前に説明していた工賃支払っていない」と事業所へ攻撃をし、通所しなくなる。</p>	<p>ケア会議を行い、認識のズレを修正し、本人が通えて可能業務がある就労継続 A 型を利用する。</p>

<p>辺縁系脳炎(精神2級) 自分の考えが正しいとの認識が強く、自分の理想を相手に押し付ける傾向が強く、支援者は「すべき」という話になる。それに対して、支援員や周囲の人が「向き合わない」「違う意見を言う」とヒートアップして、コントロールできずに大きな声で暴言を吐き続ける。</p>	<p>いったん相談支援も距離を置き、本人が自分で希望する仕事に就こうとするが、うまくいかず。できる仕事のある就労継続B型を利用する。</p>
<p>頭部外傷後遺症(身体<左上肢>2級) 公務員。産業医からの指示で当院受診。就労移行訓練を行うこととなった。市町村福祉課より「休職中の就労移行利用は認めるが、就労移行利用のために休職をとることはおかしい」と言われた。職場の規則として、病気休暇を3ヶ月取得後休職に入る形となるため、病気休暇中の就労移行利用は認めないと市町村より言われた。 、 共に、事情を説明し職場と市町村で調整をしてもらい、無事に利用に至った。 については、調整ができなければ、市単費事業を利用し、訓練を受け入れる手配をしていた。</p>	<p>-</p>
<p>頭部外傷後遺症(精神2級) 10年前の受傷。当院9年前に初診、高次脳について精査し就労移行支援を利用したが、課題のフィードバックを受け止められず、訓練途中で退所。その後、定期受診にて相談支援を継続しているが、気に入らないことがあると支援機関や担当者を次々に替えてしまい、未だ就労や日中活動の定着につなげていない。</p>	<p>拠点機関での定期受診は継続しているため、必要に応じコーディネーターが面談。面談については家族が同席し随時考え方のズレを修正している状態。</p>
<p>休職中の当事者が復職のため就労系障害福祉サービスの利用について、平成29年度障害福祉サービス報酬改定等に関するQ&Aを参考に行政へ相談したが却下された。(身体6級・精神未申請)</p>	<p>作業プログラムも行っている地域活動支援センターを利用。通所リズム、体力強化、対人関係、ストレス耐性、代償手段の習得を図る。次の段階で当センター内の職業能力開発施設(職能評価・訓練)利用を検討。</p>
<p>自立訓練(生活訓練)入所利用期間終了。その後本人の希望により自宅近くの就労移行施設通所を開始するが、体調不良等が続き(頭痛・腹痛・アレルギー鼻炎)自宅に引きこもるようになる。(精神2級)</p>	<p>医療機関への定期通院。(医療機関で精査するも、体調不良の原因が特定できない)交通事故による受傷のため、専門機関を紹介する。(必要書類等をそろえることが難しいため、手続きがなかなか進行しない)</p>

	<p>休職中の就労支援で移行支援を利用しているが、地域によっては支援利用開始までに時間がかかりスムーズにいかない(受給者証発行手続き上の問題ではなく、休職中、というところにひっかかって確認に時間がかかる)。</p>	<p>時間がかかったが、利用できた。</p>
	<p>利用していたが、笑いが止まらないといった感情失禁や場にそぐわない発言が目立ち、利用者や職員との人間関係が保てなくなった。症状が原因で、事業所内でトラブルがある度に家族に報告が届き、家族も疲弊していた。そのまま事業所は症状理解が深まらず、うまく対応できない状況が続き、その結果本人から利用を辞退した。</p>	<p>以後、本人は障害者雇用での就労を目指したが不採用が続き、現在は就労継続支援B型事業所を利用中。(精神手帳:2級)</p>
<p>就労継続支援A型</p>	<p>数年にわたり利用していたが、本人が自分の能力を過大に評価し賃金の額や他の利用者と同列に扱われることに不満を募らせ、他の利用者を一方的に非難する等して徐々に距離を置かれるようになった。事業所の職員は本人の障害特性を理解しており、本人が希望する限り仕事を続けられるよう職場の構造化、配置転換などの配慮をしていたが、本人はSNSで知り合った知人に勧誘され一般就労での転職を決め、事前の相談なく退職した。就職先では適応できず事実上無職となった。再度障害福祉サービスの利用調整が必要と思われるが、上記事業所では本人の退職により他の利用者が非常に落ち着いているとすることで再度の利用を進めがたい状況である。(身2)</p>	<p>他の事業所を検討する予定だが、過去に別の事業所でも同様のトラブルを起こして辞めた経緯があることから、本人が障害福祉サービスの利用を拒否する可能性も考えられるため、方針未定の状況。</p>
	<p>くも膜下出血後遺症(精神2級) A型事業所での態度が悪い。作業のやり方に誤りがあり、職員から指摘を受けても「このやりの方がやりやすい」と指摘を受け入れない。休憩時間中も、周囲に大量のお菓子を配る等利用者・施設からの苦情も出ていた。</p>	<p>1ヶ月ほどA型の利用を休止し、地域活動支援センターで立て直しを試みたが、本人が変わることができずA型は退所に至った。地活の利用を継続している。</p>
	<p>頭部外傷後遺症(精神2級) 休憩時間に大きな声で話をする。他の利用者にも一方的に話しかけ、相手から話しかけられると「その話には興味は無い」と言ってしまう。作業のミス</p>	<p>担当者会議を開催し、施設側と情報を共有。本人に対して指導を行うも、本人・家族ともに変わることができず、施設側から退所を通告された。就労移行訓練の利用を予定。</p>

<p>を指摘されても、受け入れず自分勝手なやり方を貫く等、施設・利用者から苦情が出ていた。</p>	
<p>頭部外傷後遺症(精神2級) 受傷後約30年経過、転職を繰り返している状況で拠点機関に相談あり。単身生活で経済的にも逼迫していることから就労移行支援などの福祉サービスの利用は希望されず、受診継続し、手帳交付後障害者雇用枠で就活するも収入面などで折り合いつかず。また、長年の就労経験はあるが、症状の理解がされないまま失敗体験を積み重ねてきたため、就労に好ましくない行動パターンが定着していた。(安請け合い、衝動性 仕事上のミス、トラブル<周囲にも相談しない> 相手が悪いといった他罰傾向での人間関係悪化)</p>	<p>・拠点機関が高次脳機能精査、評価結果を説明し、定期受診・面談継続にて障害の自己認識を進める。・生活保護申請。住居も市営住宅に転居(基幹相談支援センターが支援)。経済的にも落ち着いたことから、就労継続支援A型の利用につながった。しかし、行動パターンはすぐに変えられないため基幹相談支援センターと拠点機関、A型事業所が密に連携し、情報共有する中で統一したアプローチを継続。トラブルに早期対応・支援している。</p>
<p>【身障手帳2種4級、精神手帳なし】病識欠如、粗暴行為、母への暴力、触法歴あり。転職、無職を繰り返した後に就労A型を利用したが職員に苦情、他利用者ともトラブルもあり職員が対応に困り、退職となった。現在、年金未払いにより支給できず親の年金で生活している。精神科受診は本人拒否。</p>	<p>支援Co.も参加をして関係機関でケース会議をして検討と役割分担をした。その後も地域の支援センター(一般相談、基幹型、地域包括支援センター)が関わっているが根本解決に至っていない。地域事業所の受け皿もない。</p>
<p>退所後の日中活動の場として見学し体験に行き、本人は希望したものの、事業所側から本人の意欲が見受けられないと断られた。</p>	<p>他の事業所を検討中。</p>
<p>就労継続支援A型を利用していたが事業所による本人の障害特性の把握が不十分で適切なフォローがなく作業量が極端に少なく、できる仕事も限定的だったため事業所が最賃除外を申請した。</p>	<p>最賃除外の申請は労働基準監督署が許可せず。その後就A継続していたが、再度の最賃除外申請が検討され、家族・事業所・行政担当者・相談支援専門員で話し合いが持たれ就Bへ形態変更。本人の精神面の不安定さも作業量低下に影響していると考えられ、精神科通院を開始した。(精神1級)</p>
<p>A型事業所通所中だったが、事業所の経営が難しくなり、A型事業所の必要とする能力に不足するという意見とともに、相談支援事業所の専門的相談員が計画の変更を勧められた。(身体)</p>	<p>相談支援事業所とCoがB型事業所の選定、本人/家族とともに見学を行い、B型事業所へ変更した。</p>

就労継続支援B型	公務員勤務している方が傷病による高次脳機能障害を発症。休職中、授産工賃が就労収入にあたるため公務員法に沿って無給で福祉サービス(就労B)を提供していた。ところが、市は就労Bを利用する方に対して工賃を支給できないのであればサービスの対象とならないと言われ、受給者証の交付を取り消した。	受給者証が発行されない間、事業所はボランティア扱いとして対応を図った。その後、本人の復職は困難となり退職となった。正式に退職となってからサービス受給者証の発行をもらい、就労Bの利用を再開した。
	市は休職中の方の就労系の利用は認めていない。復職が難しいと思われる方の利用を申請した。「退職を前提としている」という条件を付けて、特例として通所決定してもらった。	現在復職を前提として、公務員の方の利用希望の方がおり、申請中。今後支給決定してもらえるように交渉していきたい。
	職員や利用者への暴言、暴力があり利用停止となった。	障害相談支援専門員がプラン変更、受入可能施設の利用回数を増やすなどの対応を行った。
	50代無職、高齢の母親と二人暮らしの方にB型の利用を勧めたが、本人がサービスは必要ないと利用を拒否。	親亡き後の生活を考え、相談支援事業所につないだ。
	記憶障害が重度で、離職や離婚を経験後、自宅に引きこもりがちであったケース。まずは生活リズムの安定を図る目的で、地元の就労継続支援B型に通所することを目指したが、本人は目的やなぜ自分がここにいるのか認識できず、通所が定着しなかった。	過去に支援の経験があり、本人の状態に応じた関わり方が可能な職員の在籍する施設に入所した所、生活が安定、入所先から同法人内の就労継続支援B型事業所への通所が定着した。
	復職希望であったが、就労レベルではなく、障害サービスの利用を案内したが、本人・家族の認識が薄く(復職できるのではないかという思いが拭えず)なかなかサービスにつながらなかった。(精神手帳3級)	診察にて医師からの説明、家族面談を繰り返すことで障害認識が深まり、相談支援を入れることとなった。その後サービスの情報提供、見学等を進め、地元の就労B利用に至った。さらに、相談支援専門員が体のふらつきなどに着目し、身体機能の改善を目指して介護意見書を作成し、ケアマネに入ってもらい、介護保険サービス(デイサービス)利用につながった。(要介護3)
	就労継続B型利用を試みたが、身体障害と高次脳機能障害があり単独移動が難しい為利用に至らなかった。	送迎を行ってくれる施設を探したが住んでいた地域には見つからず。入所して訓練が出来る施設などを検討したが経済的な問題があり利用には至らず。介護保険サービスと訪問リハを利用し生活されている。

<p>自宅から近い活動場所を探したいとの希望があり見学に行ったが、事業所より高次脳機能障害者を受け入れたことがないので利用できるかどうか所内で検討しないと利用を決められないと言われた。</p>	<p>セラピストとソーシャルワーカーが事業所を訪問し、障害特性について説明。ご本人は就労継続B型の利用を希望されたが、まずは併設の地活から利用し、お互いに状況が分かった時点でB型利用を検討する事になった。</p>
<p>就労継続B型を利用していたが、易怒性が高く他利用者とトラブルになることがあり、これ以上の利用は難しいとの連絡があった。</p>	<p>本人と面談を行なった上で、連携会議を行ない、疲労が強くなるとイライラする傾向が見られるため利用回数や時間を減らし、疲れのない程度の活動を行なっていくこととした。また、本人の希望で回数や時間を増やす傾向が見られた為、希望があった際は支援センターに連絡を頂くこととした。月1回の支援センターでの定期面談を行ない、起こった出来事について振返りを継続している。</p>
<p>休職中の利用はできないと言われ、利用ができなかった。</p>	<p>H29年度より以前で、他市町村の実績などを出しながら相談をしたが、休職中の利用は認められないとの姿勢を崩してもらえず、利用につながらず、地活に通いはじめた。</p>
<p>特別支援校の卒後にB型利用を希望したが、卒後、直接B型は受け入れられないと言われ断られた。</p>	<p>必ずしも卒後にB型へ直接入れないというわけではない事を説明し、誤解して理解されていることを理解してもらった。</p>
<p>本人の状態から就労継続支援B型の利用が妥当と考えられた方。本人、家族が納得して通所を始めたが、通所先での作業内容等について家族が不満を持ち、通所先に在籍したまま自費で就労継続支援A型に通い始めた。(身体5級、精神2級)</p>	<p>ケースカンファレンスを実施するなどしたが、就労継続支援B型の利用はやめることになった。その後、転居のため、相談機関も関わることができなくなった。</p>
<p>以前から施設内外でのトラブル、犯罪行為があり、対応困難で利用できる施設がなくなった。(精2)</p>	<p>社協のボランティアで実績を作り、施設通所を目指すこととした。</p>
<p>1週間体験利用したが、暴言等があり他の利用者に悪影響を与えることと仕事のやり方へのこだわりが強く、施設から利用は難しいと言われた。</p>	<p>自宅を出て行方がわからなくなり、警察に保護されることが続いたこともあり、精神科受診勧奨、受診同行。入院により、服薬調整し状態が安定。退院後、デイサービス、訪問看護、精神科デイケアを利用することとなった。</p>
<p>週5日継続利用し、作業はできていたが、他の利用者に自分の意見を押しつける、暴言、スタッフへのセクハラ行為(本人はあいさつがわり、冗談のつもり)があり、通所が難しくなっ</p>	<p>感情コントロールができるように、生活訓練を利用することとなった。しかし、しばらくして生活訓練場面でも他者への暴言出現、ここは自分の来るところではないとの訴えもあり、再</p>

た。(身体1級)	度、就労継続支援B型利用に向け調整中。
休職期間中に、復職準備として市へ利用について打診した。在職中は利用が困難であると言われた。(精神3級)	国リハからの情報提供や他県の前例を提示することで利用に至った。
市によっては休職中の利用が許可されない。法的に問題ないとの公文書が出されているが、それを提示しても認められない、作業工賃は受け取らないとしても認められない。(複数のケースあり 手帳所持)	本人にとっての必要性を説明することで許可されたケースもある。許可されない場合は収入面を考えると退職はできず、在宅でできることを検討するのみになる。障害者職業センターに相談し、職業センターの支援サービス(評価・準備支援)は利用できるが、期間が限られ、年単位の休職期間の間ずっと利用することはできない。
送迎がない事業所が多く、公共交通機関が少ない地域では通所手段がない。(複数のケースあり 手帳所持)	-
頭部外傷後遺症(身体3級)「施設で自由気ままに過ごし、作業中も座ってられない」「勝手に自宅へ帰ってしまう」「思い通りにいかない」とすべて支援員が悪いと他者批判に終始する」「『自分はすぐに仕事に就ける。仕事できないというのであれば、全部書き出せ』等、延々と自分の主張を繰り返す」などの状況から、施設側が困り果てて、何度も拠点機関へ相談が入る。	本人・家族・施設・拠点機関で定期的にケア会議を開催し、目標の確認と日々メモリーノートへの記載を行う。
くも膜下出血後遺症(身体1級) B型で杖を振り回したり、ライターで火をつけたりする。支援員の注意にも耳を貸さない。	就労レベルではないと判断し、緩やかに過ごせる地域活動支援センターへ通う。
頭部外傷後遺症(精神2級?) マナーの悪い人を見ると注意し、「言うことをきかない」「変わらない」と感情がコントロールできなくなり、駅や電車で繰り返し暴力行為に至っていた。最終は不法駐車タイヤをナイフで切りつける。	警察に捕まり、精神科措置入院に至る。退院後、一般就労への復帰を本人があきらめ、就労継続支援B型へ。その後就労継続A型を利用する。
高次脳機能障がいの方は対応したことがないので難しいと言われた。支援の方針や計画を示してもらってから検討すると言われた。	別の受入れてくれる就Bを探した。
就労継続支援B型に本人の状態なども説明し、見学を行い、本人も希望したが、頻繁に起こる脳出血に対応するのが難しいと言わ	担当主治医に脳出血が起こった時の対応を確認してから、他の事業所を探し、利用できた。

れ、断られた。(精神2級)	
記憶障害、遂行障害があるが、作業を単調なものにせざるを得ない。本人の希望はもっと体を動かすような作業だが、職員不足により、十分な見守り体制や対応ができない状況があり、本人の要望にこたえきれない。	本人と相談しながら、その都度作業内容を決めて、その日の作業内容を決めるようにしている。(体調にあわせて)
利用につながったが、半年ぐらい経過した頃より、言動が攻撃的になり、他の利用者への暴言や職員に対する批判が作業中や休憩時間問わずあり、信頼関係を構築して支援を継続することが難しいと判断され、契約解除となった。その後、他のB型事業所に利用がつながるも、そこでも暴言等あり、利用中止となった。相談員との関係構築もできなかった。(精神2級)	本人・家族ともに支援は希望されず、現在は支援を受けずに障がい者雇用に就職している。
就労継続支援B型の利用を希望したが、制度の改正により、全く就労経験がない場合は、就労移行支援利用による評価が必要と言われた。	結果的に、過去就労歴があったので利用について可能であったものの、そもそも就労移行支援の利用が明らかに困難な状態であるのでB型利用を検討したわけであり、制度の運用に疑問を感じる。
就労移行支援B型事業所へ通所していたが、脱抑制的症状のため、利用時間の短縮を勧められた。(身体2級)	生活介護事業所との併用利用。
就労移行支援B型事業所通所を希望し見学も行ったが、65歳であったため利用が困難だった。(精神)	介護保険サービスは拒否のため、医療的支援にとどまっている。
B型事業所の利用に繋がったが、対人コミュニケーション(特に異性とのトラブル)が問題となり、“対人関係を保つためのスキルアップ”を目的に、精神科デイケアを併用することになった。	目標を確認し、課題を明確化してスモールステップで進めていくことになった。また、主治医をまじえた関係者ミーティングで状況を確認し、その都度本人にフィードバックしながら、損得を分かりやすく示して繰り返し説明した。
公務員の復職支援でB型作業所を使うことを断られた。	小規模作業所とB型作業所が併設されている施設で小規模作業所の利用をしながら、B型の作業も訓練として利用した。
作業には真面目に取り組むものの、職員や利用者の些細な言動に苛立ち、カッとすると物を壊し、威嚇する行動が目立ったことで利用を断られた。その後も他のB型事業所を利	これまでの中で最長期間(5年間)通所できていたB型事業所への利用を再開した。当該事業所は、本人の症状に理解ある対応を行えているため、通所を継続できていると考

	用するも、いずれでも安定した人間関係が築けず利用中止となった。	えられる。(障害者手帳:不明)
	利用中の作業所から、他の利用者さんとのトラブル(少し手が出たとのこと)があり、利用中止を求められた。(精神2級)	精神科デイケアを検討したが、自宅からの通所が難しいとのことで、自宅前から送迎可能な就労移行支援事業所を見学・体験し、現在通所中。特に利用者さん同士でのトラブルは今のところない様子。
共同生活援助(グループホーム)	障害支援区分を取得したものの、入所先がどこも満室で入れなかった。	何とか理由をつけて介護保険を申請し、要介護を取得。サービス付高齢者向け住宅に入所した。
	【身障手帳1種2級、精神手帳なし】在宅からGH入居となったが他利用者にタバコをもらう、酒を飲む、夕方から無断外出する(必ず戻る)、など行動があり入居2ヶ月で「対応できない」、高次脳機能障害も疑われるのではと計画相談事業所を経由して拠点に相談が入った。	確定診断を進めていたところ、現医療機関からの情報で実は確定診断済みで本人、家族、支援者全てが知らない状況と判明した。支援Co.含めて関係機関でのケース会議を開催。再評価を行い本人への対応を考えることになった。
	【身障手帳2種4級、療育手帳B1、精神手帳1級】在宅から母の希望により隣県GH入居となったが無断外出(警察保護)、アルコール多飲あり。脳萎縮も見られ当県で精神科受診入院、退院後にGH戻れず退去となった。	GH入居中、GHがある県の支援Co.、当県支援Co.を含めてケース会議を実施し、その後も関係機関との情報共有を行った。GH退去後は当県に戻り在宅で休みがちだが就労B型を利用中。
	区分4以上でないと難しいというグループホームがあった。	グループホームがなかなか見つからない。
	車いす常用者向けのGHが少なく、情報も少ない。	-
	グループホームに入居していたが記憶障害のため施設のルールが守れず職員との関係が悪化し退去を迫られた。本人が退去に応じなかったところ、突然にグループホームの閉鎖を通告された。(精神2級)	宿泊型自立訓練施設の利用を相談支援専門員が計画したが本人の拒否感もあり体験利用のみ。県営住宅に県の優先制度を利用し単身で入居した。
	入院中に家族による経済虐待が判明。退院後一人の生活をされることになったが本人の不安もあり、グループホームの利用希望があったが、空きがない状態であった。	退院後、グループホームの空き待ちの期間、知的障がい者施設のショートステイ(6)を利用し、精神障がいの方のグループホーム(16)の利用となった。

	身の周りの動作は自立しているが生活管理等の援助が必要な高次脳患者に、退院先として障害福祉サービスのグループホームを提案したが、施設自体の数が少なく、また高次脳(精神)に対応している施設が少ない。 (精神 2 級)	たまたま本人宅近くに新しく開設したグループホームがあったため、そこに入所するに至った。
	区分 2、介護保険要支援 1、50 代の方、障がい福祉サービスのグループホームと B 型事業所の利用を市に相談したが、グループホームは介護保険優先と認められなかった。 (精神 3 級)	認知症中心の介護保険のグループホームは合わないと思われたため、サービス付き高齢者住宅に入居し、そこから B 型事業所に通所した。
	2 号被保険者で介護保険を取得し老人施設入所。対象年齢が違いすぎて退所となつてから、地域の支援者からの相談(障害者手帳なし)。障害福祉サービスを申請の手続きを進めたが、ある地域では介護保険が優先だから障害福祉サービスが利用できないと言われた。	精神科通院中であつたため精神保健福祉手帳を取得し、それをもとに障害福祉サービス申請を提案した。
	回復期病院でのリハを経て、グループホームへ入居する方向で退院支援を進めていたが、障害者手帳を取得し受給者証を申請しないと利用できないと言われた。(市によっては手帳が無くても利用可能のところ有り)また、グループホームの数自体が少なく、利用したくても利用できないことがある。	主治医と相談し、状態としては入院の必要は無かったが、手帳が取得できる時期が来るまで入院継続した。また、一旦他院(リハビリ療養病棟)へ転院し時期を待った。
移動支援	音が苦手で大勢人数がいる教室で授業を受けるのが難しく、自宅から母が送迎し車で 1 時間かかる養護学校の病弱児学級へ通った。市から通学のための移動支援の支給が決定したが、朝早いのと、距離が長いため受けてくれる事業者がなかった。(両親が仕事を持っていて、送迎継続が困難)	校区に病弱児学級が新設され、そちらに編入した。
	通学時や 2 つの市をまたいでの移動支援が利用出来なかった。自治体により差があり。	家族の送迎により対応。
	単独での移動に見守り等の支援が必要な方が通所することになったが、移動支援は対象外とのことで利用できなかった。(身体 2 級)	家族が付き添い、見守りながら通所することになった。

<p>通院や福祉的就労時の通勤に際して、通院や通勤の自立に向けて期間限定で移動支援の利用が可能かどうか市に打診。しかし余暇活動ではないため利用できないと言われた(他県の取り組みの前例を提示しても不可)。(精神 2 級)</p>	<p>通院に際してはやむなく高齢の父に依頼、通勤については送迎付きの B 型事業所利用へと繋げた。(その後 B 型事業所への通勤は事業所スタッフの支援もあり自立に至った。移動支援が利用できていれば手続き記憶として他の事業所の通勤ルートも学習できたようにも思うケースであった。)</p>
<p>買い物の店や娯楽施設など外出の目的地までの公共交通機関がない場合、自宅から現地までの往復は家族がすることになると、家族が送迎できないケースはサービス利用につながらない。(複数のケースあり 手帳所持)</p>	<p>家族で可能な外出にとどまる。</p>
<p>ADL は自立しているが、地誌障害などあり一人での外出が困難であり記憶障害などのため余暇活動中の見守りが必要なため、移動支援を市に申請。余暇の場所までの移動は利用できるが身体介護がつかないため余暇活動中の見守りは不可と言われた。</p>	<p>市に必要性を伝え検討してもらっている。</p>
<p>障害者支援施設に入所中。施設職員から入所では外出時間も限られ運動量もすくないため、移動支援を利用して運動する機会を作ってはどうかと提案を受け、市に移動支援利用を打診した。しかし、入所中は移動支援の利用はできないと言われた。(精神 1 級)</p>	<p>市に必要性を伝え検討してもらっている。</p>
<p>受傷後、回復期病院に入院中、家族が高齢のため外出の支援が困難で、外出や外泊の訓練をするために移動支援の利用を検討し市に相談したが、入院中の利用はできないと言われた。</p>	<p>在宅の見込みができず療養病棟に転院後、状態落ち着いてから在宅生活の検討を行った。</p>
<p>介護保険の第 2 号被保険者の人で、余暇の楽しみのための外出を希望していたが、役所に聞いたところ、介護保険のヘルパー利用の時間数を使い切っていないため、利用不可と言われた。(身体 5 級、精神 3 級)</p>	<p>移動支援が利用できることを説明、基幹相談支援センターに相談(できればケアマネージャーと一緒に)するように助言した。</p>

	<p>当施設がある A 市とは別の B 市に住所がある利用者が、施設近辺で移動支援を利用したいときに、B 市が支給決定はしたが、A 市と B 市の両方に事業所登録をしている事業所がなかなか見つからず、「B 市に登録した上でサービスを提供する」と言ってくれた事業所も登録のための書類の量や手続きの煩雑さから登録を断念し、実際にサービスを提供する事業所がなかなか見つからなかった。</p>	<p>その利用者の計画相談支援事業所が、しらみつぶしに移動支援事業所に連絡し、最終的にサービス提供してくれる事業所は見つかったが、利用開始までに非常に時間がかかった。また、計画相談がついていない利用者で同様の状況になった場合対応が難しい。</p>
	<p>訓練施設に通所を開始するにあたり、公共交通機関を利用して一人で移動することに不安(経路を覚えられない、電車を間違える等)があり、移動支援の利用を希望するが、移動支援は基本「買い物や余暇活動などの外出時の円滑な移動のための支援である」とのことで一旦は断られる。(精神2級)</p>	<p>高次脳機能障害の方が繰り返すことにより、移動が自立する可能性のあることを理解して頂き、3ヵ月間の期間限定(移動が自立すれば終了)での地域生活支援事業・移動支援の支給決定となる。</p>
<p>地域活動支援センター</p>	<p>通信制高校を休学中で、回復期病院を退院後に復学を目標に地域活動支援センターの利用を相談したが、行政から「地域活動支援センターの対象は就労できない人、学校に行けない(籍がない)人で、当事者が利用しても事業所への補助金は出ない」との回答。</p>	<p>数回、地域活動支援センターを体験利用の後、在宅で生活を送っている。何か相談があれば登録利用者でないが、地域活動支援センターでも聞いてくれる。</p>
	<p>通所利用者の余暇活動の機会として、地活にある活動に月1回参加しているが、機会を増やしてほしいと要望しているが、職員の勤務上難しいと断られている。</p>	<p>事業所内でも趣味活動の機会を設けるように努力しているが、就労B型であり、設ける機会に限界があり、なかなか設けることができていない。地活担当者に活動を増やすよう要望を出し続けている。</p>
	<p>障がい者支援施設で機能訓練を受けていたが、そこで他の利用者に対する暴力行為があったため、週末は自宅に帰りながら利用継続していた。サービス終了後は、市外の高次脳デイケアを利用していたが、地元の施設に通いたいとの希望があり、地域活動支援センターから利用することになる。地域活動支援センターでは他障害の利用もあり、他の利用者の行動で気になることがあり、直接注意をしたことから、他の利用者トラブルになることがあった。(身体2級、精神1級)</p>	<p>地域活動支援センターとの利用目的と本人の利用目的にズレがあり、利用は中止になり、高次脳デイケアのみの利用となった。</p>

地域移行支援	退院後の家族介護が望めず、一人暮らしされることになり、入院中より住居(16 やアパート等)探すこととなったが、市に相談すると(21)のサービスは対象にならないと言われた。	(21)(22)を行なっている相談支援事業所に相談し、退院後も継続支援を依頼。
精神障害者保健福祉手帳	高次脳機能科の医師の診断書で精神保健福祉手帳の申請をしたが、該当しないとの回答。2度目の申請も非該当であった。	精神科の医師の診断書で申請し、手帳が交付された。
	診断は前医で出ている為、前医の病院にて診断書を作成して頂ければ6ヶ月の待機なしで申請可能だが、書けないと言われた	前医に理由を説明し、記入例を渡す。就労の関係上、手帳が必要とのことなので、直ぐの申請を希望されている旨、伝え対応してもらった。後日、無事に手帳の取得が完了。
	元々、双極性障害があり、高次脳機能障害を重複された方。(精神2級)複数の精神科受診歴があるも、本人がかかりつけ医以外への受診拒否があり、精神保健福祉手帳の診断書作成をかかりつけの心療内科や、他の病院からも対応できないと断られ、精神保健福祉センターへ相談があった。	センター長より、かかりつけの心療内科医師へ診断書のポイントを提示し、診断書作成依頼した。
介護保険サービス	重度の記憶障害の方。介護保険で訪問リハ、デイサービスを利用。STのみ医療リハを行っている。介護保険サービス側は記憶の向上が身体機能の向上につながると認識し、記憶の訓練を要望していたが、日常生活上の対応の工夫や在宅サービスの調整が必要であり、共通認識をはかるのに時間がかかった。	支援コーディネーターが地域に出向き、ケアマネ中心に介護保険スタッフとのケースカンファレンスを実施することで理解を促した。
	介護保険サービスを利用していたが、第二号被保険者で年齢が若く、本人の身体介助は必要なく年齢も若い為来る意味があるのか、就労継続B型の利用を勧めてはどうかと相談があった。相談はデイサービス担当のセラピストからの発信を受けたケアマネージャーからであった。	デイサービスを利用する事で生活リズムが整い、抑制が切れた行動をコントロール出来ている事、家族以外の人との交流の機会が必要な事を説明し、事業所内での役割を作って頂く様に依頼した。ケアマネージャーに対しても障害特性について説明し、細かなことでも相談頂く関係を作った。
	病院を退院後、自宅での生活を家族が断念。老健へ入所したが、集団不適應で帰宅願望が強く、無断離棟の心配があり、施設側より対応困難と判断され、退所となった。	精神科への受診、医療保護入院へつなげた。その後、県外の特養へ入所となった。

<p>回復期病院入院中に介護保険を申請、入所を検討していたが、非該当となりサービス付高齢者向け住宅への入居となった。金銭面で厳しく数ヶ月後には独居となり、体調を崩す結果となった。(精2)</p>	<p>本人に病識がなくサービスの利用につながらない。金銭管理や健康管理に問題があるが、日常的にサポートしてくれる家族もいない。定期的に自宅訪問、受診同行をしながら関係機関と連携を切らず本人への対応を検討中。</p>
<p>回復期病院入院中、易怒性や衝動性が強く精神科へ転院して服薬調整を図り、その後落ち着き退院先の検討に入ったが、家族は働いていて自宅で一人は難しく、老健等何カ所もあつたが全て対応困難と断られた。家族は働きながらの施設探しに疲弊していた。</p>	<p>最終的に有料老人ホーム1ヵ所だけが受け入れを許可してくれた。金銭的に厳しいが、お金が続くまでは入所予定。</p>
<p>くも膜下出血後遺症(精神1級) 介護保険ケアマネより相談あり。デイサービスを利用しているが職員への暴言や攻撃的な行動をとるため対応に苦慮しているとのこと。当院で高次脳機能障害の精査を行うが、失見当識や重度の記憶障害、発動性の低下などがあり、また暴言などの行動障害もあることから自立訓練などの利用に至らず。家族の支援力も低い状態(妻が外国人で日本語の理解も十分できな事、金銭管理、手続きもできない状況)</p>	<p>基幹相談支援センターと地域包括支援センター、ケアマネ、コーディネーターなどでサービス担当者会議を数回開催。障害年金申請し1級受給。医療保護入院を経て地域の精神科病院に定期通院(投薬治療)。現在在宅生活を継続しながら2カ所のデイサービスを利用中。</p>
<p>介護保険第二号被保険者の当事者が要支援認定で通所リハ(ST)を利用していたが、更新時に脳血管障害の原因が加齢に伴うものでなく、もやもや病だったことが判明したことで更新を受け付けてもらえなかった。行政から当事者へ「介護保険が更新できなくなった」との説明のみで、その後の障害福祉サービス等の紹介などフォローは無かったため、サービス利用が途絶えそうになった。(身体4級)</p>	<p>障害福祉サービスを申請、言語リハを中心に行っている介護保険デイサービス事業所が障害福祉サービス(通所生活介護)事業所登録しているので、受け入れてもらう。</p>
<p>医療機関退院後、介護保険で当事業所を利用しているが、介護保険申請がとおった方は介護保険サービス利用が優先になる為、障害福祉サービスを利用する事がない。</p>	<p>高次脳機能障害で利用できる障がい福祉サービスがないため、介護保険申請し認定を受けた。介護保険サービスを利用している。</p>
<p>介護保険2号被保険者。60歳。介護保険の通所サービスを利用。利用者が本人より平均</p>	<p>精神科デイケア(高次脳機能障がい専門)に利用変更。</p>

	年齢が20歳以上高く、年齢的にも、活動内容もついていけない。	
	デイサービスで、高揚しすぎるので対応が困難と言われた。病院受診をして落ち着かせる薬を処方してもらって下さいとまで言われた。他の介護サービスの訪問ヘルパーやショートステイ先からは、特に困り感や問題はないと言われている。(80代)	担当者会議の中で、困っていることの情報共有を各関係機関で密に行い、デイサービス先で取り入れてもらえそうな工夫を検討してもらった。
放課後等デイサービス	知的障害や精神障害の児童が多い中、高次脳機能障害を持っている児童が馴染めるかなど課題があり、対応困難との判断であった。また、養護学校への迎えは複数の利用児童がいるため、可能であったが高次脳機能障害の児童はいないため、迎えに関しても対応困難。	家族が本人の下校時間に仕事の勤務時間を調整し、対応。
上記に含まれないサービス	脳梗塞後遺症(精神1級) 就労後の定着支援を市町村の就労生活支援センターに依頼するが、記憶障害が重篤で社内の経路もなかなか覚えられず、就労は難しいとの話で支援から撤退することになった。	当センターの就労移行支援事業のアフターフォローで就労定着支援を実施した。
	頭部外傷後遺症(手帳なし) 就労移行支援利用後に就職するも、同僚へのストーカー行為で警察沙汰になる。結局退職し、その後精神科へ通院したり、相談支援がフォローしたりしているが、家族も自宅から追い出し、支援機関が関わることすらできなくなっている。	精神科病院・相談支援事業所を紹介するが、相談支援も関われない状態に陥っている。
	頭部外傷後遺症(手帳なし) 家族の意向で、支援コーディネーター・就労移行支援相談窓口者と面談を繰り返すが、本人は支援を拒否し、公務員試験を志望し、就職できない状況が続く。時折、アルバイトをしたり、引きこもったりを繰り返している。	母親が高次脳機能障害であるため支援を行っている関係で時折家族からの相談にのる。
	【身障手帳2種6級、精神手帳なし】大学合格後に事故をして復学、障害者雇用の新規就労を検討している。障害者就業・生活支援センター事業は同センターによると「学生は支援対象者として認められない。」となっているようで積極的関与はしてもらえない。大学は当県より県外でありキャリアセンターも対応	障害者職業センターでの職業評価。支援Co.は学生面接会同行など支援を実施。障害者就業・生活支援センターには情報提供をして就職に至ったら卒業後に障害者就業・生活支援センターは正式に支援介入がされる予定。

	不十分。	
	引きこもっていた30代の女性の母親から相談があったが、本人が障がいを受け入れられなくて、何のサービスにもつながらなかった。	本人の気持ちを聞き取ることを目的として、継続的に相談支援を行っている。
記載なし	県では高次脳機能障害者の退院後の支援として精神科デイケアに通うことが推奨されている。しかし、私たちの圏域では、精神科デイケアに通所するためには、どちらに通うにしても1時間以上の時間を要する。そのため、復職のリハビリとして障害福祉サービス事業所に通うことになるが、本人に合う事業所をマッチングさせることが難しい。現在退院後の就労支援として、移行・A・B・生活介護の利用を勧めているが、高次脳機能障害者に対する対応のノウハウを持った事業所が限られているのが現状である。	-
居宅介護(ホームヘルプ) 移動支援	1人で公共交通機関を利用するの外出が困難なケース。3時間の高次脳専門の通所リハビリ(精神科ショートケアとして実施)利用のために移動手段として居宅介護(通院等介助)の利用を検討するも、往復の移動時間含め約5時間の同行に対応可能な事業所は無かった。その他、利用可能なサービスは無かった。なお、移動支援は「医療機関への通院時には利用不可」との要件があるため利用できなかった。	家族が同行可能な日のみの利用に制限されている。
居宅介護(ホームヘルプ) 上記に含まれないサービス	体調を崩して入院していた50代の男性が、医師の勧める別病院転院(入院生活の継続)を拒否して、在宅生活を希望した。	単身生活なので、日中の見守り体制(ヘルパー支援、地域活動支援センター通所)を整えて、なんとか退院して自宅に帰った。
就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型	在職中のサービスに市町村裁量で格差があること。	-
就労移行支援 就労継続支援B型	大声を出す、暴れる、事業所を飛び出す、他の利用者トラブルになるなどの行動障害が問題になり、事業所では対応に困られる。向精神薬を内服していても起こるケースはある。(複数のケースあり 手帳所持)	他の利用者と別に作業するなどの工夫をしても困難な場合は他の事業所へ移る。在宅生活により落ち着く。

<p>就労継続支援A型 就労継続支援B型 共同生活援助(グループホーム)</p>	<p>利用開始となっても、高次脳機能障害に対しての理解が不十分なため、スタッフや他利用者トラブルが生じる。</p>	<p>利用前に高次脳機能障害について説明し、利用開始後もその都度連絡を取り、対応方法についてのアドバイスを行う。しかし、本人自身も利用しづらさを感じ、利用継続困難となった事例もある。</p>
<p>就労継続支援B型 移動支援</p>	<p>頭部外傷後遺症(精神2級) 就労継続B型に通所。1人の職員との折り合いが悪く物事を被害的に捉える様になってしまい、通所が困難となった。道に迷うため単独通所が困難だが、施設通所目的で移動支援の利用ができない。家族が送迎をしているが、遠方のため負担が大きい。</p>	<p>自宅近くで送迎のある施設の利用を検討している。</p>
<p>就労継続支援B型介護 保険サービス</p>	<p>介護保険該当者であり、通所介護を利用。記憶障害により、その場での待機が困難。ほぼ毎回通所介護の事業所スタッフが自宅前から移動している本人を見つけ送迎車へ誘導している状況。自宅内での身辺処理は概ね可能。家事は訪問介護と県外在住の姉が対応。一方で要介護から要支援となり、通所頻度が減、自宅介護の時間が増えることで姉の負担増が課題となっていた。本人の状態からも継続的に通所し、主体的な取り組みが可能な障害福祉サービスでの事業所利用を検討。しかし農村地帯にある自宅近くまでの送迎対応可能な事業所はみつからなかった。</p>	<p>本人の通所をサポートする方法として、地域生活支援事業の移動支援を検討することとなった。</p>
<p>地域移行支援 地域定着支援</p>	<p>精神2級。相談支援事業所に地域移行・地域定着の支援と福祉サービスの利用申請をしてもらおうと市に相談先を提示してほしいと連絡したところ、その自治体は、介護保険の区分が出ている場合は、ケアマネがすべての支援のコーディネートをする事になっているので、障がい福祉サービスの認定区分もできないと区分の調査申請も断られた。そのた</p>	<p>ケアマネを通して、不足として福祉サービスが必要ならばケアマネから市に交渉することとなった(二度手間)。</p>

	め、支援の運びが遅れた。	
精神障害者保健福祉手帳 介護保険サービス	【手帳なし(後に精神2級)】50代の方、老健入所中に要介護 要支援2となり退所となりかけたために障害福祉サービス利用ができないか家族が市に相談をした。しかし「介護保険優先」の返答で訓練等給付の紹介もなかった。後日、再度家族が障害福祉サービス利用の相談をしたところ「障害者手帳が必要」と返答され、精神2級を取得した。拠点にはこの後に相談が入る。	今後の方向性検討するため、本人家族、一般相談事業所(障害)、行政、支援Co.でケース会議を行い、自立訓練(生活訓練)を利用することになった。行政担当者には障害福祉サービス利用要件に手帳必須でないこと、訓練等給付は第2号被保険者も利用可能と理解を求めた。
権利擁護事業	失語症で読字や文章の理解が難しく、自分あての手紙や公的な書類を読むことができない。これまでは父が対応してきたが、高齢になり更新などの手続きにもれが出始めたため、権利擁護事業の利用を申請した。しかし、社協より本人が事業内容を理解していることや利用したいという希望を利用に向けてのガイドラインにのっとった形で社協の職員に伝えられないと判断能力があると確認できないため、利用は難しいのではないかと言われた。(精神2級)	本人の障害の状況や希望を伝えるとともに、面接に同席し本人が理解しやすく話しやすい環境を作り、権利擁護事業の利用が可能となった。
行動援護 短期入所(ショートステイ) 放課後等デイサービス	高次脳機能障害家族交流会の参加を希望された本人16歳(療育手帳B)とご家族のケース。離島からの参加であり、(高速船3時間)本人の行動障害があるため、短期入所、児童デイ、行動援護などを希望されたが、町福祉課担当者から、本人が使えるサービスはないと回答があった。本県では離島を抱え、サービスの地域格差が大きい。	民間(有料)のサービスを情報提供するも不参加。
短期入所(ショートステイ) 生活介護	低酸素脳症と失語症(ほぼ全失語)、40代、男性、発症から1年経過、指示理解や意思表示が難しく、おとなしく過ごすことが難しい。生活介護への利用を希望したが、マンパワー不足から利用が不可となり、短期入所も日中一時支援を何度か体験することで利用と見極めたいとのこと。	地域活動支援センター(週2)と移動支援(週2)、自立訓練(機能訓練:週1)を利用することで凌ぎ、3年経過してようやく生活介護、短期入所利用の併用が可能となった。
生活介護 地域活動支援センター	脳外傷、30代、男性、受傷後2年ほどは意欲や発動性低下があり、生活介護を利用していたが、回復に伴い喫煙や他利用者に不	通所先を地域活動支援センターに変更した。

	用品を売る行為がみられ、利用不可となる。	
障害者支援施設での夜間ケア等(施設入所支援)自立訓練(機能訓練・生活訓練)	衝動性や易怒性が目立つため、施設側から集団活動は困難だと言われた。	精神科医療機関で服薬調整を行い、病状の安定を図り今後について検討することとした。
	もやもや病、脳出血、高次脳機能障害全般重度。(身体1級) ADL 向上を目標に自立訓練を開始したが、過剰刺激のためか昼間ずっと徘徊するようになり落ち着かない状況が続いた。	他県の実家に転居し、本人の精神状態を落ち着かせるかたちをとった。
	頭部外傷後遺症(手帳なし) 元々の家族関係の課題もあって、「ひとりぐらしがしたい」との思いが強く自分の要求が通らないと訓練に通所して来ないことや夜間電話をかけてくる等の行動が続いている。	両親と相談し、マンスリーマンションを借りてそこで単身生活の練習を行うこととした。
	くも膜下出血後遺症(手帳なし) 見当識障害が強く、現在自分のいる場所がわからない。入所訓練を実施していても自宅へ帰宅しようとするなどの思いに至り離院し行方不明になる。(手帳なし)	家族と相談し、GPS 付携帯を所持していただくことにした。退所後自宅に戻ったが、常に家族等の他者の目がある環境を設定せざるを得なかった。
	低酸素脳症(手帳なし) 低酸素脳症の発症前からうつ症状があり、発症後に精神的な落ち込みが増強してしまった。自立訓練のニーズはあったが精神面の対応が難しく、利用に至らなかった。	回復期リハビリテーション病院から自宅退院となった。
	転落による頸椎損傷(身体2級) 下肢麻痺と注意障害により、何度も転倒し負傷もするが安全行動をとろうとしない。本人は単身生活を希望し続けたが、大家側から拒否があり、自宅には戻れなかった。	有料老人ホームで障害程度区分が利用できる施設に入所した。
ウェルニッケ脳症(精神2級) 元々知的に低く生活管理が崩れていたところで、発症。糖尿によりインシュリン自己注射をしていた。入院管理下ではよかったが、施設入所後無断外出や飲酒があり、他の利用者に金を借りることが続き、強制退所。退所後基幹相談支援センターを通じてB型事業所に通所するも、同様の金銭トラブルあり退所。精神科デイケアも同様。	-	

障害者支援施設での夜間ケア等(施設入所支援) 就労継続支援B型	身障手帳2級 46歳 脳出血 就労継続支援B型と一体型の施設入所施設を利用申請したが、市の許可が下りなかった。理由は、介護保険対象者のため、施設入所支援が利用できないとのこと。厚労省への問い合わせも、市町の判断によるものとしているので回答できないとのこと。施設の現状としては、他の市町では利用許可が出ているとのこと。	共同生活援助(グループホーム)を利用して、B型通所利用の方向で進めることとする。入浴等、配慮事項があるため、施設入所を検討していたが、GHで対応できるかどうかは懸念材料。
---------------------------------	--	---

表 2-2 障害福祉サービス等利用困難事例(状況と対応) 当事者家族会

	状況	対応
自立訓練	県の自立訓練施設に入所しているが、本人は土日に家に帰ると、もう行きたくないと言う。なぜかと聞くと、プログラムが終わると、その後の声掛けや支援プログラムがないようで、何をしたらよいのかわからない。夕食までの時間とか寝るまでの時間など、どう過ごしてよいのかテレビもつけられないと言うことを施設が理解していないようだ。	本人を理解してもらえていないようなので、地域の高次脳に理解ある就労継続支援B型を紹介した。当事者の支援や障害特徴を伝えて利用してもらったので、今はとてもイキイキとして働いている。
	脳挫傷、脳幹損傷を伴い、歩行障害が顕著。交通事故より半年後に退院、将来を考え歩行訓練を継続して希望するも、脳外科医の判断で却下。それから1年後、精神2級の手帳を取得したが、歩行訓練は介護認定を受けてからでないと認定は無理とのこと。(ケアマネからの話)	可能な範囲ではウォーキングをして筋力維持に努める。理学・作業療法を受けるには実費の方法しかない。年ごとに悪くなっている。
	生活訓練を受けたいとお願いしたが、地域にサービスがなかった。	あきらめた。
就労移行支援	病院から失語症は軽いから、就労しても大丈夫と言われ、全国ネットの就労移行支援事業所を利用していた。1年たって、就労できる状態ではなく、そこの職員さんが困って、相談に来られた。	一人暮らしで生活の事が出来ていない状態で、就労は難しいだろう、でもお金が必要だから働かなくてはいけないと思っていると言うことなので、本人と家族に面会して、失語症だけでなく高次脳機能障害もあり、年金が取れる支援をすることと、今すぐの就労ではなく生活を立て直すことで、そこの就労移行は辞めて、当施設の就労継続支援B型へ通うようになった。障害年金も取得でき、現在も通所しているが、疲れやすい、気になることがあるとほかの事が出来なくなるなど、なかなか就労へ繋ぐのは難しい。

	<p>就労移行支援事業所の管理者からの相談で、この事業所は、高次脳機能障害の人の対応に苦慮していて1年半たってしまい、当施設へ相談があった。</p> <p>当事者の障害原因や発症理由も、初期面談で母親から聞き出すことが出来なくて、事業所へ通うのも、遅刻ばかりで家族の協力も得られない。母親が事務仕事に就けると思っているため、当事者の能力とのギャップに困っていた。</p>	<p>まずご家族に当施設に相談に来ていただくことを伝え、高次脳機能障害の支援には障害特性の理解と家族への支援と協力が必要なことを伝える。</p>
	<p>市に休職期間中の国家公務員の方の就労移行支援の申請をしたが、就労移行支援は認められず、就労継続支援B型の利用が認められた。</p>	<p>現在就労継続支援B型を利用。高次脳機能障害の回復状況に応じて、幅広いサービスが受けられるよう再度申請するも、明確な回答がない。B型で継続して復職のための支援を行っている。</p>
	<p>利用開始時の対応は色々配慮してもらっていたが、数か月後には他施設の利用を考えるよう勧められた。</p>	<p>地域活動支援センターを併用する事になった。</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl;">就労継続支援A型</p>	<p>A型に通所していたが、今年度になって仕事の進み方が厳しくなり、ついていけなくなり、仕事が出来ないと判断されて解雇された。家族からははじめはゆったりしていたのに、急に厳しくなると言われていた。</p>	<p>当法人の家族相談会へ相談があり、事故は小学生の頃だったが、大人になって高次脳機能センターへ通っているにもかかわらず、高次脳機能障害は軽いと思われ、身体の手帳が2級であればいらないと判断され、身体障害としてA型へ就労していた。当施設の就労移行へ通うようになってきたが、生活全般が子供のようで、大人としてのしつけができていないため、生活全般の支援が必要だ。特に親が高次脳機能障害の理解がないため、外見だけでできると思って、放置している。親教育が必要で、ケア会議のたびに少しずつ家庭での支援の必要性を伝えていく予定です。</p>
	<p>少し下痢気味で何度もトイレに行くと、トイレの時間が長いのでその事で印象が悪くなると言われ、トイレの時間を短くするためベルト付きのズボンは避けるように言われた。</p>	<p>ウエスト総ゴムのズボンを購入した。</p>

<p>ほかの就労継続支援B型を利用しているご家族からの相談で、本人が働きたいと言うことで通い始めたところ、掃除の仕事で「膝が痛い」と訴えてきた。本人に確かめるがどこまで本当の事かわからないため、施設でその様子を見たいと言ったが、施設外の老人ホームなので外部の人が入ることが出来ないとわれ見せてもらえなかった。支援員に聞いたところ、本人がやりたいと言うのでやってもらっている、嫌なら言ってもらえば変えるのにとわれたので、高次脳機能障害なので、言えないと言っても理解してもらえない。時間を決めて休ませてほしいと言ったら、廊下の仕事ではなく違うところになったが、その仕事も、同じ姿勢でやり続けるので体が痛くなるようだ。支援員は、とにかく掃除ができていればよいぐらいで、一人一人に寄り添った指導も支援もされていない。母親も辞めてもいいと思っけていても、本人が変更することが出来ない高次脳機能障害の特性があり、困っているようだ。</p>	<p>家族には高次脳機能障害の特性で、本人から自分の気持ちや状況は伝えられないことを書いて支援員さんに持っていくように言った。それでも改善されないなら、違う施設を探すことになった。</p> <p>障害年金は家族会からのアドバイスで精神障害1級が取得できている。</p>
<p>(A)市(B)町 町に問い合わせました。他の市(A)に利用していた場合、市の利用者負担金額は0であったが、住所変更し町(B)に住んで利用をしたところ、自己負担金が発生し、利用すると利用者負担金額が増えた。</p>	<p>役場に申し出たが、どうにもならないと言われ、そのままである。</p>
<p>社会的行動障害 施設内で問題行動。隠れて喫煙し吸殻をトイレに流し、バレないつもりの吸殻が便器にぷかぷか浮いていた。また他の利用者に喫煙を目撃され慌て火のついたタバコを消そうとして床を焦がす。他の利用者さんを小ばかにしたり、殴る真似をしたりなどの問題行動が多く、何度も本人・家族・施設間で話し合いがもたれたが、改善されることは無くついに退所となった。母親もそんな息子が毎日に居て、暴言、無理難題を言われ、24時間顔を突き合わせている事で心労が重なりついに入院。本人が一人での自宅生活が困難になった。</p>	<p>B型事業所が市役所に相談して、障害者の入所施設に入所。ここでも問題行動があり、早々に退所させられた。今度はケアマネージャーを付けてもらい、老健のデイサービスの利用にこぎつけた。しかしデイサービスでは入浴介助があり、嬉しくて若い介護士の女性に卑猥な言葉を発したり、体に触ったりする等ここでも通所を断られた。母親も認知症が進み老健施設に入所。本人は居場所が無くなり、一時は精神病院に入院したと聞いているが、その後の事は不明。(母親とも連絡が取れないので現在の状況は正確には知りえていない。)</p>

	B型作業の実習をしたが、本人には合わず、主治医のすすめもあり、令和1年3月でやめ、現在家に引きこもっている。	障害者相談支援センターでは、B型をやめると支援は受けられないと言われた。一番支援が必要な時、支援が受けることができず、親亡き後を心配している。
施設入所支援	入所施設のプログラムに参加しないで、部屋でゲームばかりして困っている。職員は声を掛けないのか聞くと、朝呼びに行っても、出てこないからと言われるだけで、何もしてもらえない。こんな状態をどうしたらよいのかと家族から相談を受ける。	本人の状態を理解してもらっていないかもしれない、その施設が合わないかもしれないということで、当法人が運営している就労継続支援B型を家族さんと本人に見学してもらった。本人もここなら通いたいと言い、現在も通所中。通所が1時間余り、乗り換えもあるので、難しいかと思いきや母親が付き添いで来るようになっていたが、1週間もしたら慣れて一人で通えるようになり、グループ訓練にも楽しそうに参加している。
	市の障害福祉課担当者と面談。ショートステイについて、障害者利用証で1泊2日/月が認められている。今10回/月認められている障害サービスを利用している施設でショートステイも利用し、できれば施設入所を考えている。	ショートステイ、入所ともに、施設側が受け入れ可能ならできる。ショートステイは入所するため施設になれるという意味も含んでいる。手帳内容から考え「障害者支援施設(身体)」への入所となり、市で手続き等対応できる。
共同生活援助(グループホーム)	グループホームの入居を考え、支給決定を受けて入居先を探したが、高次脳機能障害の方を受け入れたことがないため断られた。	入居対応してくれるグループホームを見つけて入居できた。
	ヘルペス脳炎が原因。身体的には何ともないが、全て高次脳機能障害に当てはまる方です。15年以上も通所のリハビリを続けているのですが、自分の衣類も履物も持ち物も自分の物と認識できない。一人では行動できず固まっている)。一人っ子であり、父母も高齢であることから将来グループホーム入所を希望。やっと探してもらって、体験利用させてもらったが1日で断られた。理由「高次脳機能障害の人は対応したことがなかったし、こんなに大変とは思わなかった。今後も施設の人手の事を考えると受け入れは無理です」と	暗中模索。家族会でグループホームを作るしかないのか。
	施設不足でかなり遠方の施設を勧められた。	しばらく様子を見ることにして、より近くの施設を探している。
	一年ほど利用したが、高次脳機能障害の特性をなかなか理解してもらえず、退所するように言われやむなく退所(こだわりが強く、馴染むこ	本人の精神症状も悪化したため、自宅へ戻っている。

	とができなかった)。	
移動支援	買い物で適切に物が買えないので、移動支援を申請したが、屋外移動は自立しているため、申請が通らなかった。	居宅介護を申請し、代行で買い物をしてもらった。
	(S市)「音が苦手」で教室に入れず、母親の車の送迎で60分かけて当時、市内で唯一の「病弱児学級」に通学。両親とも仕事があり、通学のための移動支援を申請し支給決定されたが、受けてくれる事業者がなかったため、サービスを受けることができなかった。	当面母親が送迎を継続、その後校区内の中学校に病弱児学級が設置され、徒歩での登校が可能となった。
	(T市)「注意障害」「ふらつきがある」などから、校区小学校の特別支援学級に母が車で送迎していた。弟が生まれ、弟のインフルエンザ罹患などで送迎できない時に休まざるを得ない状況が生じ、「本人が一人で通えるように練習する」目的で移動支援を申請するも、支給決定されなかった。	家庭の事情で送迎が難しいときは、担任や管理職が迎えに来て対応してもらったこともあった。下の兄弟の成長に伴い、母が通学練習を重ね、自力で通学が可能となった。
	(I市)「音や人込みが苦手」で不登校となり、校区外の中学校の病弱児学級に通学することになった。当面バス通学の練習のサポートを受けられるよう移動支援を申請したが、支給決定されなかった。	事故後、両親が離婚。当面フルタイムで働く母が車で送り、帰りはバスを利用。(教育委員会から「通学時に何かあった場合は全て保護者が責任を持つ」と一筆書いて転校が許可された)その後一人でバス通学が可能となった。
	(W市)「注意障害」「バランスが悪い」「体力的にも不安」などの理由で、一人で通学が難しいため、移動支援を申請したが、支給決定されなかった。	受傷後、両親が離婚。フルタイムで働く母親が車で送り、帰りは児童デイサービスの送迎を利用している。
	移動支援の契約はできたが、利用希望日にヘルパーさんをお願いしたら、人手不足を理由に断られた。	あきらめた。
	常に相性の良いヘルパーが来る訳ではなく、本人が嫌がるようになった。サービスを中断し、それが続くと、町から利用していないのなら予算上同じサービスを必要としている他の人を優先させたいと言って、時間枠を減らされた。	家族が事情を説明し、以前より少なくなったが時間枠を確保してもらった。生活必需品は介助している家族(別居)が買って来て補充。月に1、2度本人と親族で外出。
精神手帳	手帳の更新にあたり、市の窓口が住所地より遠い場所になっていて、(管轄のセンターへ行くよう指示される)。	より近いセンターの窓口をお願いし手続きをしている。
	ヘルペス脳炎が原因。身体的には何ともないが、全て高次脳機能障害に当てはまる方です。15年	母親に年金の更新時に主治医に相談して病状に合った診断書を書いてもらい、等級の見直し

	<p>以上も通所のリハビリを続けているのですが、自分の衣類も履物も持ち物も自分の物と認識できない。一人では行動できず固まっている。家族会の他の人と比べても等級が本人の状態にあっていない現状。</p>	<p>をしてもらうようにとアドバイス。結果、手帳は1級になり年金の等級も変わったと感謝された。</p>
	<p>サービスに関してではないが、毎回の更新手続きが大変。本人の写真も必要で準備に労力を費やす。症状固定しているので更新期間がもう少し長くあったら助かる。</p>	
<p>介護保険</p>	<p>50代で脳出血後の高次脳機能障害で一人暮らしをしている方。 就労移行支援を利用している方ですが、障害福祉サービスの利用契約更新時期に相談事業所の方に特定疾患なので介護保険サービスの審査を受けないといけなと言われ、本人は何のことかわからないまま審査を受けた。すると要介護1になった。 その結果、これまで利用していた家事援助のヘルパー利用が週2日から1日になり時間も短縮されて、本人はパニックになって、私に死ねというのかと怒って訴えてきた。</p>	<p>なぜそんな事態になったのかをいろいろ調べた。障害福祉サービスでは、家事援助として夕食を作ってもらふことと通院介助をお願いしていた。知的に問題がないため食事を作る能力がないわけではなく、食事を作る脳の体力がなく、疲れやすくなっている。脳が回復するにも時間がかかる。失語症のため本を見ながらの調理はできない。料理が作れても作るだけで疲れてしまい食べることや片づけが出来ずそのままになってしまう。しかし行政は同じヘルパーだから利用を増やしたらよいだらうと言う。障害福祉サービスのヘルパーと介護ヘルパーとは考え方が違うので、高次脳機能障害には適さない。これまで障害福祉サービスで家事援助を受け生活も安定してこれから就労の準備をと思っていた矢先のことで、本人はなかなか気持ち安定しなくなり、就労も遠のいてしまった。 なぜそんなことになるのか市へ話に行ったが、取り消してはくれなかった。 制度が優先になり、本人主体での対応になっていないことがとても残念です。</p>
	<p>脳出血後（40代）介護保険でデイサービスを利用していたが、お年寄りばかりでかわいそうだとケアマネージャーから紹介で相談に来られた。</p>	<p>本人は右麻痺があり、失語もあって聞き取りにくさがあったが、とても努力家で、リハビリには特に積極的で、当施設の就労継続支援B型を見学して利用が始まった。失語もグループ訓練に積極的に参加することで、聞き取りできるくらいに回復して、身体的にも歩く訓練を頑張りと安定した状態になった。本人も働きたいと言う気持ちがわいてきて、一般就労できた。今</p>

	<p>では一人で旅行へも行けるほどになり、第2の人生だと、本人も家族も喜んでいる。</p> <p>40代50代で時間をかければ働けるぐらいに回復する高次脳機能障害者が多いはずなのに、病院が介護保険の申請はすぐおこなう。病院は障害福祉サービスについては情報も知らないことがあるため患者家族に伝えないことにたいへん問題があると思う。</p>
<p>60代 記憶障害と見当識障害あり独居（妻とは離婚、遠隔地に住む娘がキーパーソン）のため、有料老健に入所してB型の作業所に週2回通所。いろいろな事ができるようになり更に自分の事も徐々に理解してきたので、娘としては、もっとB型の利用回数を増やして若い人達と関わる事で、元の父の様に生き生きとしてくれると思うし、本人もB型の通所を増やす事を希望しているが、介護保険優先であるとの事で、老健の施設内の高齢者のほぼ動けない方の中での、デイサービスを利用、B型に居る時に比べてつまらなさそうに座っている姿を見るには忍びない。施設の担当者に相談しても、もう60代だしこの施設を利用してほしいと言われた。</p>	<p>家族が直接伝えるだけではなく、相談支援事業所がモニタリング時に本人だけではなく家族からの聞き取りをきちんと受け止めてもらい、介護施設との調整をきちんとやってもらう様に頼んだ。</p>
<p>通所してみたが、高齢者ばかりで通所が苦痛であった（65歳以上になると介護保険適用になるため、リハビリができない）。</p>	<p>退所し、現在は在宅。</p>
<p>介護保険優先なので居宅支援が使えない。障害福祉から介護福祉に切り替わってサービスの選択肢の幅が狭くなった。障害者だけど必要な支援を臨機応変に介護保険制度によって適用しにくい。地域の相談窓口もケアマネージャーも高次脳機能障害について理解している人が少ない。本人、家族には負担が多く感じる。</p>	<p>家族会で情報収集。</p>
<p>家族支援（ホームヘルパー）等、訪問看護、訪問リハビリを利用しているが、そのサービスを受けている各時点でしか本人を支えられていない。サービス時間外、一日の中でも状態は大きく変化するので24時間安全ではない。利用できる施設も少ない。</p>	

	<p>32歳もやもや病による脳内出血。障害手帳失語症4級、右上下肢機能全廃1級。40歳から介護保険適用（介護保険要介護2）。</p> <p>介護者である母の高齢による介護力の低下、腰痛のため施設入所について入所したい施設に聞きに行ったところ、腎臓の持病もあり、引き受けてもらうのは難しいとわかった。</p>	<p>施設内のケアハウスの2人用の部屋なら入居申し込み可能。</p>
<p>その他</p>	<p>ハローワークから障害者職業センターへ紹介され、職業評価を行ってから紹介で来られた方。脳腫瘍手術後の後遺症としててんかん治療しか行っていない。両目の視野狭窄があるのに、バイクに乗っている。病院で高次脳機能障害と診断されていない。家族は目的を持って生活をして早く仕事を見つけてほしいと言う。</p>	<p>当施設の就労支援B型で体験をして、通所になる。生活が昼夜逆転しているので生活を立て直すことから家族とともに支援していった。高次脳機能障害と言われていないことでてんかんにかかっている病院の先生に、高次脳機能障害の検査を行ってもらったが高次脳機能障害の診断書は書けないと言われ、書くことのできる精神科をこちらが紹介した。また、発達障害の疑いもあるので、療育センターで検査をしてもらう。精神科の先生に当施設利用の様子を伝えて年金が取得できた。</p> <p>B型から就労移行へ移りその後一般就労が出来た。定着支援は1年ぐらい続けた。</p>
	<p>B型に通所にあたり交通費の一部を負担してもらえるところがあるらしい。</p>	<p>利用者の一部負担もしてもらえないか、役場には口頭で伝えたが、「そうですか」で済んでしまった。</p>
	<p>福祉サービス受給者証、福祉医療費受給者証の再更新の手続きにあたり、市の窓口が住所地より遠い場所になっていて、管轄へ行くよう指示される。</p>	<p>より近いセンターの窓口をお願いし手続きをしている。</p>
	<p>4度目の脳梗塞後、脳外科にて高次脳機能障害と診断され、県の支援拠点機関（2ヶ所）で相談しました。入院も。しかし、家族（私達）もまだまだ障害のことに関して、何が大変なのか、どういう事なのかの理解がありませんでした。もちろん当人も。相談対応してくれるケースワーカーや病院の先生、看護師からの説明もなんとなく他人事のような対応で、結局本人が「もう出る！！」ということで、退院しました。今は、病識がないからとか感情のコントロールがきかないからとか、家族が病気（障害）に対して理解してきたので、分かるようになりました</p>	<p>現在は他院にて、高次脳のリハビリ（週1回）通所中。</p>

<p>が、当時は本当に訳がわからなくて、家族も本人も疲弊してしまいました。今では、他の病院にかかり、高次脳のリハビリテーションを受けさせてもらって、だいぶ落ち着きましたが、当時の病院でも、今の病院のように親身になってくれていたら、もっと安心してリハビリを受け、家族も落ち着いていられたのと思います。病院によって対応が違うのは仕方ないにしても、支援拠点としてうたっているのであれば、もっと同等の対応（障害に対しての説明や、家族の大変さなど、家族会の方との面会とか）をして欲しかったです。正直、今でも前の病院には、不信感でいっぱいです。県の支援拠点という事自体。県は何を根拠にそこを指定したのかわからないくらいです。</p>	
<p>障害者雇用で、1日4時間のパート勤務に就いた。しかし3年後、支援者が定年退職後、うつとなり、休職しながらも勤務を続けるが4年で退職する。</p>	<p>障害者就業・生活支援センターでは、仕事をやめればこちらでは支援できないと言われた。</p>

表 3-1 今後要望するサービス 支援拠点機関

【移動支援を拡充してほしい】

入院中のヘルパー利用や移動支援の利用(行動援護や重度訪問介護が利用できない方が多い)

作業能力はあるが移動が難しい場合もある。都市部になると交通の便が発達している分、送迎を行っていない施設が多い。地方でも送迎を行っている施設は限られている。就労継続B型やA型でも送迎があると利用できる可能性が広がるのではないかと思う。

総合支援法のサービスでは、受診の付き添いは認められていないが、単身での受診困難な高次脳機能障害者は多い。受診の付き添い。送迎支援サービスが必要と思われる。

精神科デイケアやショートケアへの通院にも「移動支援」が適用されると、デイケア等を利用できる対象者がさらに増加することが期待される。

ヘルパー(職場や施設への同行):認知り八や復職のために通所や通勤練習をする際、移動支援は市町村により判断が異なるため、同行援護や行動援護(区分3以上)に類するような制度があるとよい。

高次脳デイケアまでは遠く、なかなか通えず、自宅で生活している人への支援。

自宅から病院や施設等までの移動に伴うサービスについて 公共交通機関を利用しての通院が困難な方を対象とした車での送迎サービス。 家族の付き添いだけでは本人の見守りが不十分になりやすい方を対象とした、同伴サービス。(例:タクシー利用料金の補助、その他車による送迎、スタッフの付き添い等。)

日中活動の送迎サービス利用の際、家人の送り出しや迎えが必要なることが多く、家人の仕事の融通がつけにくいことがある。

定期的な通所先に移動支援が利用できませんが、期間制限でもよいので利用できると通所が自立する方が多いと思われる。

高次脳機能障害の方の、通院・通勤の自立に向けた期間限定の移動支援。

移動支援の利用を拡大してほしい。(市町村はなかなか認めてくれない) 子どもの通学のための移動支援利用は、なかなか認めてもらえず、送迎のため親が仕事を継続できず、家族の負担が大きい。小さなきょうだい児が風邪で高熱の時に、親の送迎が困難になり、当事者が学校を休まざるをえないこともあった。 運営しているB型事業所で、退院当初は自力で通うのが難しい方が多い。家族の送迎が難しい方はなかなか通所事業所の利用ができない。移動支援を通所練習に利用できると、通所が可能になる方がいる。 の子どもの場合も同様と考える。

移動の問題では、有償移送のサービスも多くはなく、毎日の利用は難しかったり、金銭的に負担が大きかったりがあるように思います。

ヘルパー(施設入所中):施設入所支援+生活訓練利用中の方の通院練習に対応できる通院等介助などのサービスがあるとよい。入所中であり居宅介護(通院等介助)は利用不可であるため。

自動車運転免許を返納した方が使えるサービスの充実。

移動支援の通学、通所支援の利用があると、通所できる社会資源の範囲が広がる可能性がある。

重度の記憶障害を伴う高次脳機能障害者の場合、通勤が自立するまでかなりの時間を要す場合があるため、移動支援を活用出来るとありがたい。

運転が出来ない方が多いので、就労Bなども送迎があるとよい。(市内、近隣町でも家から事業所の送迎がある就労Bは2か所しかない。)

受傷後、認知機能等の課題があり、自動車の運転が制限される場合が多く、定期受診や生活介護、就労支援に通うにも公共交通機関が整備されていない私たちの地域では通所が難しい。また、認知面においても一人で行動するこ

とが難しい場面が多くみられる。外出時等の付添いが可能であるサービスのニーズが高いと言える。

【在宅サービスの拡充をしてほしい】

ナイトケアや夜間の見守りサービス

重度訪問介護のように、記憶障害や注意障害がある人が在宅で生活する時に、「見守り」のみをしてくれるサービスがあるとよい。

重度訪問介護の対象者が限定されていますが、外出時の対応や自宅での見守りなどのニーズを考えると高次脳機能障害を有する方が利用できることが望ましいと思われます。

市で重い高次脳機能障害の方に重度訪問介護が認められた方がいらっしゃいました。利用対象の枠が広がり、家族が離れられないような重い高次脳機能障害の方も利用できると助かると思います。

同居家族の支援が十分に得られない場合にも、単身者同様に、服薬管理等の訪問支援が受けられるとよい。

訪問給食サービス 重度身体障害者の方が対象であるが、対人関係が苦手ヘルパー支給よりも給食サービスが望ましいと思われる方に対し、訪問給食の対象者枠を拡大してほしい。

【訓練等給付等サービスの拡充をしてほしい】

各種社会保障制度の申請手続き援助。

自立訓練(機能訓練・生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)

居宅介護で生活版ジョブコーチのような支援が当たり前を受けられるとよいです。居宅介護で見守りや確認のみの支援は実際には難しいと思われます。

指示や見守りがあれば一つ一つの作業はこなせてしまう方も多く、なぜ支援が必要なのか理解されにくい。生活版ジョブコーチ支援等も含め、支援に入る為のガイドブックの様なものがあると良いと思う。

夜間も含めた一人暮らしに向けた生活訓練できる場所

公共交通機関を利用する移動や自宅内の家事(料理・掃除・買い物)等について、高次脳機能障害者は実際現場で繰り返すことにより自立度が増していく可能性がある。支給決定時や実際のサービス提供時に、そのような視点で支援していくことが必要である。サービスを提供する事業所の直接担当者への高次脳機能障害の普及・啓発等。高次脳機能障害は中途障害で有り、復職支援をする事が多い。その中で、公務員については障害者職業センターの職業評価や職業準備訓練、ジョブコーチ支援等が受けられず、職場復帰の支援に困難を来すことがある。公務員が復職に向けての評価や訓練、支援等が受けられるような手立てが欲しい。

【社会復帰に向けて評価を受けられるサービスが欲しい】

高次脳機能障害があり、研究・教育等の業種で働いていた方が復職するにあたり、専門分野に関する職業評価を受けられるサービス(複数の希望例あり)

自動車運転を再開できるかを評価してくれるサービスや機関

【継続的にリハビリをしたい】

病院での通院リハビリ(継続的なリハビリを求める声が多い)

継続した脳トレのようなリハビリサービス。リハビリができる通所サービス。

病院退院後も継続的にグループを取り入れた訓練を受けることが、高次脳機能障害の障害認識を高め代償手段を獲得して生活を上げていく上では有効と感じています。退院後は医療制度でのリハを受けにくい現状からは、リハスタッ

フ中心の自立訓練事業所が各地にあるとよいと思われま。

病識がなく回復期のリハビリを受けずに在宅生活となり、発症から2カ月を過ぎたような人が、生活の中でリハビリの必要性を感じても、希望するような医療でのリハビリを受けられないため、そこをカバーできるようなサービスがあるといい。

【継続的な社会参加の場がほしい】

自分から支援を望まず、引きこもり、孤立してしまう方について、継続的に関わる支援があるとよい。

介護保険に該当しない方、該当しても若年で介護保険サービスに馴染まない方等が利用できる制度・サービスがない。引きこもり、家族の抱え込みを防ぐためにも社会参加できるが必要と思われる。

【当事者の会がほしい】

高次脳機能障がい当事者の集まりや家族の集まり。高次脳デイケアまでは遠く、なかなか通えず、自宅で生活している人への支援。(再掲)

特に軽度の当事者から、当事者会はないのか？という問い合わせがあります。

【高次脳機能障害に特化したサービスを受けたい】

高次脳に特化したリハビリを受けられない。送迎も必要。

高次脳機能障害に特化した福祉サービスが少ないが、どうしても他障害の方とうまく行かないケース(特に介護保険二号被保険者等)は一定数存在するため、高次脳機能障害に特化した施設が増えると良いと思う。

高次脳機能障害の特性によっては、身体・知的・精神の各障害者との共同生活は困難なケースが見られる。高次脳機能障害者に特化した共同生活援助も必要ではないかと思う。

高次脳機能障害に特化したヘルパーを派遣できる事業所があればよい。

高次脳機能障害者の認知機能の低下に対応した機能訓練や生活訓練、施設入所支援(介護保険や障害福祉で身近に対応できる場所がもっと必要)

介護保険サービスでも障害福祉サービスでも高次脳機能障害者の為の訓練プログラムを実施している施設や事業所、医療機関が近くにはない。対応できる専門職もない。

【行動障害のある方へのサービスを充実させてほしい】

社会的行動障害のある方の参加できる場

行動障害が激しく精神科病院に入院したケースの退院後の支援(退院後の生活に向けた支援)、障害福祉サービスで日中活動の対応が困難できない...入院中は落ち着いているが長期入院は適当ではない...となると、活動や居場所がないケースがあります。精神科医療の枠でデイケアが合えばいいですが...

行動障害がある場合に精神科デイケアの利用により、日中活動を安定させることができますがデイケアは医療に区分されることもあり、障害者総合支援法とのリンクが弱いように思います。医療と総合支援法両方にまたがるようなサービスがあることが望ましいと考えています。

問題行動がある方に特化した入所先や一時期入所して行動分析できる機関があると助かります。医療機関でも施設でも対応できない方をご家族で対応するのは無理があります。市には強度行動障害の方を施設から地域に戻すために行動分析する集中支援や一般のグループホームに移行するための移行支援の機能を持ったグループホームがありますが、同様なものが高次脳機能障害で問題行動のある人にもあるとよいと思います。

【高次脳機能障害のある児童へのサービスを充実させてほしい】

中途脳損傷の児童が利用できるリハビリテーションサービスの資源・制度。

「1」に記載したような児童に関する制度の拡大。

医療機関でのリハビリが終わった後に、児童が障がい福祉サービスを利用して高次脳機能障がいに関心を当てて訓練を受けることができないので、そういうサービスがあればいい。(成人の生活訓練のようなもの)放課後等デイサービスでは対応が難しいと言われることが多いのが実態。

【高次脳機能障害のある40～60代へのサービスを充実させてほしい】

高齢化が目立つ社会のため、若い世代(40代～60代)が生きづらい社会のため、介護サービスは充実していますが、障害サービスは不足しています。

脳血管障害の方で介護保険対象の方(特に40～60代の方)の施設入所先が介護サービスの範囲内であることから、特養や有料老人ホームなどの選択となる。特に中途障害やまだ働ける年代の方々に関しては、これらの入所施設には抵抗感が強い。障害福祉サービスでの利用も併用できるとより選択肢の幅も広がり、ニーズに応じた支援ができるのではないだろうかと思う。

【休職中の支援を充実させてほしい】

現在休職中の者に対する就労支援の利用制度について明記してほしい。全然関係ないかもですが、これが集まればいろんな対応法が学べるので、ぜひ公開していただきたいなと思いました。

休職中の福祉サービス利用を柔軟に取り扱ってほしい

退院後何らかの形で社会参加できるまでの精神的支援の期間が重要である。退院の時期がある程度決まった時点で、入れる福祉サービス等はないのか。(21)では入院期間が短く対応できない場合)入院中から本人の気持ちを聴き、退院後のサービス利用の情報提供を行うピア的活動の制度化。

休職中の方で、復職期限まで時間がある場合に、生活リズムを維持し職業準備性を高めるための通所先を見つけることが難しい。地域活動支援センターへの通所では、頻度や活動量が少ないことが多い。

【その他特定の状態の方に対応した支援を充実させてほしい】

重度の高次脳機能障害や社会的行動のある方が利用できる障害者グループホーム。

身体に問題がなく、知的にも中度以上の方の短期入所先があるとよいです。

麻痺はあるけれども、身障手帳の対象にはならない方の、身体機能の維持のための運動療法ができるサービスがあればありがたい。特に、若い時は良いが、加齢に伴って麻痺が増大し、そういうメンテナンスの習慣がない場合に、悪化がどんどん進んでしまう恐れがある。

【割引/減税の対象を拡大してほしい】

県は精神保健福祉手帳所持者の公共交通機関料金について、平成29年度より路線バスにおいて割引適用になったが、電車に関しては未だ適用になっていない。注意障害等により自動車や自転車の運転が出来ない方は公共交通機関が主たる移動手段となることも多いため、上記料金割引に関しては適応拡大の検討が必要と思われる。

精神保健福祉手帳所持の方も高速道路割引の適用可。(顔写真がなくても可能としていただきたい)

自動車税・自動車取得税の減免・軽自動車税の免除 精神障害者保健福祉手帳1級の方が対象だが、対象の範囲を拡大してほしい。

【その他制度を見直してほしい】

介護保険サービス優先対象者で要介護認定区分によってサービス量が足りない場合、障害福祉サービスでの上乗せ支給の判断基準が自治体によって差がある。

高次脳障害者への支援については、個々の対応の必要性、症状によって改善が長期になることもある。また、訓練途中で病院への入院治療が必要となることもある。その中で自立訓練を利用する場合、標準利用期間、さらに必要な場合さらに1年の延長は認められているが、市町村によって延長期間が制限されることもある。個々のケースに併せて利用期間を検討できるような仕組みができればと考えている。

遷延性意識障がいのように医療的ケアが必要な人で、18歳を過ぎてから発症した人については、療育手帳が取得できないため、状態像は同じにもかかわらず、いわゆる重症心身障がいの入所の利用が難しい。何とか、入所できる施設を、という家族の希望は多いと思う。療養介護の施設の基準を少し見直すことで、このような方たちの施設利用の可能性が広がるのではないかと考えている。

自死未遂の場合、第2号被保険対象にならずサービス等を利用しようとするが制度上利用できず、自己負担が大きくなる。低酸素の方は特に介護度合いが高くなるので第2号被保険対象の枠を広げていただきたい。

これは質問にあっていない事ですが、障害年金の更新の際、前回と状態が変わらないのに等級が下がる、あるいは不支給となるケースがある。特に就労していると、同じ状態の場合は、安定していると良い印象の評価となってしまうようである。

介護保険優先の方は、計画相談すら支給決定されない場合がある。

身障手帳のように精神保健福祉手帳1級以外でも医療証の適用。

障害者就業・生活支援センター事業：「学生は支援対象者として認められない。」となっているようだ。大学在学中事故により障害者雇用を求める当事者もあり支援対象を柔軟に対応してほしい。

障害者職業センター：公務員の利用について機構の性格上不可である。理解できるがケースによっては柔軟に門戸を広げてほしい。

補装用具の支給 補装具の購入や修理に係る費用の助成対象にアシスト付き電動自転車を追加してほしい。

【支援事業所に対する啓発をしてほしい】

公共交通機関を利用しての移動や自宅内での家事(料理・掃除・買い物)等について、高次脳機能障害者は実際現場で繰り返すことにより自立度が増していく可能性がある。支給決定時や実際のサービス提供時に、そのような視点で支援していくことが必要である。サービスを提供する事業所の直接担当者への高次脳機能障害の普及・啓発等。

(再掲)

拠点機関以外の相談支援体制の充実：単身、就労中の高次脳機能障害者の中には、生活に困窮している方もいる。また仕事も生活もある程度はできるため障害福祉サービス等の利用相談につながらず、ハローワーク担当者も障害があるとは気付かず相談継続していることも少なくない。ファーストコンタクトする関係機関への実際的な障害の周知と早期対応が求められる(役所窓口、ハローワーク、相談支援事業所<委託相談支援事業所等>など)

表 3-2 今後要望するサービス 当事者家族会

	内容
1	移動支援の利用がなかなか認められない(市町村によって差がある)。回復に伴い、繰り返し練習することで、通所や通学が可能となるケースには、数か月を期限としてサービス利用を認めてほしい。事業所利用や、通学の幅が広がり、より本人の回復にもつながると考えられる。
2	高次脳機能障害に特化した作業所に通所するのに、市町村によって交通費や通所費用の負担に差があるのはおかしいと思います。障害者手帳を持っているだけで毎日決まった額のガソリン券やタクシー券が支給される市もあります。また、一人では通所できない方のための送迎サービスは必要不可欠です。
3	公共機関としてのリハビリ施設が東海・中部地方にも欲しい。
4	理学療法士が自宅に訪問し、マッサージ、リハビリを行ってくれている。身体の痛みなどは緩和できるが、言語、表現、心理的サポートの面で言語聴覚士や心理療法士が必要だが地域に資源がない。
5	退院時の病院での心理検査の結果が付いてくる方は稀です。又あったとして経過年数で状態に変化がでてきます。その人のどんなところに困り感があるのか、どの様な支援が必要かを自分で心理検査を行って、支援の方策を立てて支援を行っています。弱小事業所ながら、これも家族会が行っている事業所だから採算度外視で行っています。当事者と支援者の為です。 問題は、公認心理師への専門職加算はありません。しかしとても大事な作業だと思って実施しております。全て事業所の持ち出しです。真に当事者支援に着目して行う事業所には特別加算があるような仕組みが必要です。
6	介護保険優先の原理は全くおかしいです。 現にきちんとした支援で症状が安定し、改善されてきている方が、介護施設では安全のためにと車いすでの行動を強いられ、就労の施設では杖歩行や手摺りを支えとして独歩ができていたのが現状です。介護に抱え込んでるように思えます。 回復してきている方は介護保険ではなく障がい福祉サービスに移行する事が本人の為になると思います。
7	若い高次脳機能障害の方は通える施設があるが、65歳以上の対象はなく、すべてデイケア、デイサービスなど高齢者が多い施設しか(介護保険への移行のため)ない。若くて通っている方は、65歳をこえてもまだ通える。ならば、それ以上でも認知症が発症していないであろう高次脳機能障害の人も通えるようにしてほしい。今の60代はまだまだ若いです。80代と同じ施設で過ごすのは少きついか?と思うこともあります。
8	就労定着支援の今の規定では高次脳機能障害には合わない。月一回面談と決められても事件が起きた時に駆け付けることが多く、安定しているときはいけない方が刺激しないですむ。本人より周りの支援者へ話や様子を聞くことが必要で、本人の状況に合わせた支援が必要だと思うが、今の制度ではそれが難しい。どの障害者にとっても規格通りにはいけないことを理解して制度を見直してほしい。
9	市町村により利用サービスの金額がまちまちで、統一してほしい。もっと町・市役場の人々が勉強して、周りを見て、サービス(金額)を統一してほしい。
10	障害年金等の申請について相談をしたかったが、市や県などの窓口が分からなかった。
11	障害について詳しく知りたかったが、病院のアドバイスがあまりもらえなかった。

12	<p>事故後、退院、通院時ではその後のことをほとんどアドバイスされない。障害者手帳も、歩行障害が残るものの脳挫傷では取得できず精神での取得、それも3級、2級と全てアドバイスではなく1つ1つ試行錯誤しながらのものだった。</p> <p>病院も市役所も社会保険事務所も含めて区分化されて、受傷者には大変不便な制度だと思う。</p>
13	<p>社会的行動障害者の居場所。又それを受け入れてくれる事業所への特別報酬加算が無いと受け入れは困難です。何処の施設からも受け入れを拒否されます。</p>
14	<p>同じく高次脳機能障害に特化したGHも必要だと思う。この障害を理解し、その人に合った支援を考えて支援してくれる環境なら安心して落ち着いていられます。</p>
15	<p>高齢障害者+身体障害+持病があり、介護・通院・透析等の必要な者の施設入所。</p>
16	<p>発症時、生活能力が高く、高次脳機能障害について医師からはっきり告知がなかったこともあり、症状が進行しても病識が持てない。本人・家族への支援窓口、支援体制の整備（家族が相談できるサービス）自律するための支援を親子同席し双方共に理解し決断できる支援。</p>
17	<p>中高年のひきこもり支援課題に対しての取り組みにあてはまることが多いと思う。</p> <p>重層的な連携支援の枠組み、（精神保健福祉センター・保健所・福祉協議会・医療機関・ハローワーク・家族会）受ける窓口はどこでもいい、各担当者が連携し、当事者の実情に応じた支援が提供できるような枠組み。若い内は家族との緊張、対立が強まって相談に向かいやすいが、40代になると落ちつき、本人・家族と共にひきこもって生きることを受け入れがちになる。</p> <p>もやもや病では、長年に渡る変化で、本人も家族も個性・性格と考えがちなため相談もせず、社会人になってからわからないことが増えて困り出す。日常の家庭生活には特に支障はないが、社会に出ると対人、仕事のやり方等に年齢による障害のズレが出て、本人は困るがそれまで患者会くらいしか話したこともなく解決にむけての相談先の準備がない。生き辛いまま日々を送ることになる。</p>

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所における
高次脳機能障害者・児への支援状況に関する調査

研究分担者：今橋久美子 国立障害者リハビリテーションセンター 主任研究官
粉川貴司 東京都心身障害者福祉センター 所長

研究要旨

東京都及び滋賀県内の指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所における高次脳機能障害者・児への支援状況、障害特性や社会資源・制度の現状等による支援の困難さ等について調査、分析を実施した。

研究協力者

森下英志：東京都心身障害者福祉センター
地域支援課長

立石博章：東京都心身障害者福祉センター
地域支援課 高次脳機能障害者支援担当

小西川梨紗：滋賀県高次脳機能障害支援センター
相談支援員

宮川和彦：滋賀県高次脳機能障害支援センター
滋賀県立むれやま荘 所長

コワリック優香：滋賀県立むれやま荘 看護師

A. 研究目的

厚生労働科学研究「高次脳機能障害の障害特性に応じた支援マニュアルの開発のための研究」の一環として、指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所における高次脳機能障害者・児への支援状況、障害特性や社会資源・制度の現状等による支援の困難さ等について調査、分析を行い、高次脳機能障害者・児への相談支援、障害福祉サービス等の提供に資する支援マニュアルを作成するための基礎資料とする。

B. 研究方法

1. 調査対象

東京都及び滋賀県内の指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所

2. 調査方法

東京都：全 62 区市町村の障害福祉主管課に対して、管内の調査対象事業所への調査票等の配布並びに配布事業所数の報告を依頼し、調査への回答については、FAX 又はメールにより、直接各事業所から東京都心身障害者福祉センターへの送付を依頼した。

53 区市町村から、合計 803 事業所に調査票を配布したとの報告を受けた。7 町村は指定特定相談支援事業所等がなく、2 町は配布の協力が得られなかった。

滋賀県：全 15 市町村の合計 111 事業所に調査票を配布した。回答については郵送またはメールでの送信を依頼した。（表 1）

3. 調査期間

東京都：平成 30 年 11 月 7 日から 12 月 7 日まで

滋賀県：令和元年 10 月 15 日から 11 月末

日まで

4. 回収状況

東京都：調査票を配布した 803 事業所のうち、267 事業所から回答を得た（回収率 33.3%）。

滋賀県：調査票を配布した 111 事業所のうち、42 事業所から回答を得た（回収率 37.8%）。（表 1）

倫理的配慮

東京都心身障害者福祉センター及び国立障害者リハビリテーションセンター倫理審査委員会承認済み

C. 研究結果

1. 事業所の基本情報

ア. 相談支援事業の実施状況

東京都では、回答した 267 事業所のうち 262 事業所が特定相談支援を実施しており、150 事業所が障害児相談支援を実施していた（特定相談支援のみ実施は 117 事業所、障害児相談支援のみ実施は 5 事業所、両方実施は 145 事業所）。

滋賀県では、回答した 42 事業所のうち 40 事業所が特定相談支援を実施しており、31 事業所が障害児相談支援を実施していた（特定相談支援のみ実施は 11 事業所、障害児相談支援のみ実施は 2 事業所、両方実施は 29 事業所）。（表 2）

イ. 事業所における相談支援専門員の員数

東京都では、回答した 267 事業所に配置されている相談支援専門員の員数（実人数）は、1 事業所当たり平均 2.6 名であり、最少は 1 名、最多は 12 名であった。

滋賀県では、回答した 42 事業所に配置さ

れている相談支援専門員の員数（実人数）は、1 事業所当たり平均 2.8 名であり、最少は 1 名、最多は 9 名であった。（表 3）

ウ. 相談支援を提供した利用者数

東京都では、無回答及び平成 30 年度新規指定を除いた事業所において、平成 29 年度に相談支援（基本相談支援、計画相談支援及び障害児相談支援）を提供した利用者数（実人数）は、1 事業所当たり平均 127.7 名であった。

滋賀県では、平成 30 年度に相談支援（基本相談支援、計画相談支援及び障害児相談支援）を提供した利用者（実人数）は、1 事業所当たり平均 188.1 名であった。（表 4）

エ. 利用が多い障害種別

事業所において利用が多い障害種別（複数回答（3 つまで））は、東京都では、知的障害と回答した事業所が 211 事業所（80.8%）、発達障害と精神障害がそれぞれ 126 事業所（48.3%）であり、高次脳機能障害と回答したのは 18 事業所（6.9%）であった。

滋賀県では、知的障害と回答した事業所が 38 事業所（90.5%）、発達障害と回答した事業所が 32 事業所（76.2%）、精神障害と回答した事業所が 17 事業所（40.5%）であり、高次脳機能障害と回答した事業所は無かった。（図 1）

オ. 高次脳機能障害者・児への支援について

ア. 相談支援を提供した高次脳機能障害者・児数

指定特定相談支援事業所において 1 年間

に相談支援を提供した高次脳機能障害者数は、1事業所当たり東京都4.6名、滋賀県1.8名であった。そのうち、高次脳機能障害の診断を受けている利用者（以下、「診断あり」）は東京都3.5名、滋賀県1.3名、診断を受けているか明確ではないが、病歴・原疾患等から高次脳機能障害と推測される利用者（以下、「推測例」）は東京都1.1名、滋賀県0.5名であった。

一方、指定障害児相談支援事業所における高次脳機能障害児数については、1事業所当たり東京都0.5名、滋賀県0.3名であり、そのうち診断ありは、東京都0.1名、滋賀県0.1名、推測例は東京都0.4名、滋賀県0.2名であった（表5）。

一方で、各事業所における1年間の高次脳機能障害の利用者数をみると、指定特定相談支援事業所では、利用者数0が約半数、占めた。指定障害児相談支援事業所においても、利用者数0が約9割であった（図2、3）。

4. 障害福祉サービス等の利用に係る計画相談支援、障害児相談支援を提供した高次脳機能障害者・児数

アのうち、指定特定相談支援事業所において1年間に計画相談支援を提供した高次脳機能障害者数は、1事業所当たり東京都2.4名、滋賀県1.7名、指定障害児相談支援事業所の高次脳機能障害児数は、1事業所当たり東京都0.2名、滋賀県0.3名であった（表6）。

ウ. 高次脳機能障害者・児が利用した障害福祉サービス等

イに関して、高次脳機能障害者が利用し

た障害福祉サービス等は、就労系サービス、訪問系サービス、生活介護等が多かった。自立訓練は東京都では27.7%であったが、滋賀県では6.0%にとどまった。

高次脳機能障害児については、放課後等デイサービスの利用が多く、東京都では短期入所、児童発達支援、移動支援を利用していた（図4、5）。

エ. 障害福祉サービス等利用のニーズはあったが、利用につながらなかった高次脳機能障害者・児数

アのうち、各事業所において、障害福祉サービス等の利用ニーズがあったものの、実際の利用につながらなかった数は、高次脳機能障害者が東京都135名、滋賀県3名、高次脳機能障害児が東京都4名、滋賀県0名であった（表7）。

実際の利用につながらなかった具体的サービス種別と利用につながらなかった理由について自由記述を求めたところ、東京都67件（就労系サービス、自立訓練、生活介護等）、滋賀県4件（居宅介護、短期入所、生活介護、施設入所支援）の回答があった。（表8）。

サービス利用につながらなかった理由は、事例によっては複数挙げられている。「利用希望があり見学等を行ったが、その後必要性の認識が変化してしまい、希望がなくなった」といった、本人のサービス利用意向の変化によるもの、「就労移行支援の利用希望があったが、定期的に通所できる状態ではない」といった、本人、家族の障害認識、現状認識に関する要因によるものもあり、「事業所の職員と合わなかった」「他の障害者と一緒に過ごすことに抵抗感を示した」とい

った、事業所職員、他利用者との関係性に関する要因によるもの、「見学先で職員への暴言があった」「本人の問題行動から、利用は困難と言われた」といった、高次脳機能障害に起因する行動への対応困難によるものがあった。

また、サービス内容が本人、家族の希望と合わないという理由によるもの、移動、通所の困難によるもの、事業所の設備・人員体制によるものがあった。

その他、「サービスの併給が認められない」といった、支給要件等によるもの、利用料等の費用負担に関する理由によるものがあった。

サービス種別ごとに利用につながらなかった理由を見ると、就労系サービスでは、「本人、家族の障害認識、現状認識に関する要因」「移動、通所困難」が多く、生活介護では、「サービス内容が、本人、家族の希望と合わない」が比較的多く挙げられた。

「本人のサービス利用意向の変化」は、居宅介護、自立訓練、就労系サービスにおいて見られ、「事業所職員、他利用者との関係性に関する要因」は、自立訓練、就労系サービス、生活介護、短期入所において見られた。

オ. 高次脳機能障害者・児への相談支援提供時の困難

高次脳機能障害者・児への相談支援提供時に困難を感じるものが「ある」と回答した事業所は、東京都 50.2%、滋賀県 75.0%であった。困難を感じる点(複数回答)として、「本人、家族への対応」「制度、社会資源の利用」「関係機関との連携」等があった。(図 6、7)

それぞれの項目に関する自由記述では、

「本人、家族への対応」については、意思疎通、ニーズ把握、本人や家族の障害認識、社会的行動障害への対応、支援の拒否等が挙げられた。「制度、社会資源の利用」では、障害特性に合ったサービスを提供できる事業所の不足や送迎サービスの不足等、「関係機関との連携」では、関係機関における高次脳機能障害への理解度の差による連携の困難、医療機関との情報共有、介護保険対象者に関するケアマネジャー・医療機関との連携に関する記載等があった。

カ. 高次脳機能障害者・児に対して相談支援を提供する際に配慮、工夫している点

相談支援事業所において高次脳機能障害者・児への相談支援に当たって配慮、工夫している点としては、面接の際の、「本人、家族への分かりやすい説明・確認」といった意思疎通に関する配慮や易疲労性への配慮、アセスメントにおいては、「本人、家族の障害認識、現状認識の把握」「医療機関等の専門機関、関係機関からの情報活用」が挙げられた。モニタリングでは、「年単位の回復過程を予測する」といった意見があった。

関係機関との連携については、サービス事業所の高次脳機能障害の理解促進を図る取組のほか、「関係機関の情報共有のための連絡ノート、相談支援カードの利用」といった、連携ツールを活用しているとの記載があった。

キ. 高次脳機能障害者・児への相談支援に関する課題、意見

高次脳機能障害者・児への相談支援に関する課題等としては、「利用できるサービス

事業所の少なさや地域間格差」「サービス事業所等への普及啓発の促進」「家族支援の必要性」等が挙げられたが、一方で、「サービス提供実績がない」「相談支援事業所を対象とした研修があれば参加したい」といった回答も見られた。

D. 考察・結論

1. 東京都及び滋賀県内の指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所を対象として、高次脳機能障害者・児への支援状況に関する調査を実施した。
2. 1年間の相談支援提供者数から、高次脳機能障害者・児への支援実績の少ない事業所が大半であることが確認された。
3. 障害福祉サービス等の利用については、高次脳機能障害者では就労系サービス、訪問系サービス、高次脳機能障害児では放課後等デイサービスの利用が多か

った。一方で、障害福祉サービス等利用のニーズはあったが、実際の利用につながらなかった事例が一定数見られた。

4. 高次脳機能障害者・児への相談支援提供時の困難な点としては、「ニーズ把握」「本人、家族の障害認識」「社会的行動障害への対応」「対応できるサービス事業所の不足」等の回答があり、相談支援を提供する際の配慮や工夫としては、「意思疎通に関する配慮」「医療機関等専門機関の活用」「関係機関の情報共有」等が挙げられた。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・取得状況 なし

表 1 回答事業所数と回収率

	東京都			滋賀県		
	配付 事業所数	回収 事業所数	回収率 (%)	配付 事業所数	回収 事業所数	回収率 (%)
特別区	509	155	30.5	-	-	-
市	286	107	37.4	108	40	37.0
町村	8	5	62.5	3	2	66.7
合計	803	267	33.3	111	42	37.8

表 2 回答事業所の相談支援事業実施状況

東京都					滋賀県				
		障害児相談支援					障害児相談支援		
		実施	非実施	計			実施	非実施	計
特定 相談 支援	実施	145	117	262	特定 相談 支援	実施	29	11	40
	非実施	5	0	5		非実施	2	0	2
	計	150	117	267		計	31	11	42

表 3 相談支援専門員の配置状況

東京都			滋賀県		
1事業所 当たりの員数	最少 配置員数	最多 配置員数	1事業所 当たりの員数	最少 配置員数	最多 配置員数
2.6	1	12	2.8	1	9

表 4 相談支援利用者数

東京都（平成 29 年度）			滋賀県（平成 30 年度）		
障害者	障害児	合計	障害者	障害児	合計
22,532	8,620	31,152	5,781	2,119	7,900
(94.3)	(60.7)	(127.7)	(144.5)	(68.4)	(188.1)

()内は、1事業所当たりの平均利用者数。

障害者は特定相談支援事業所における利用者数、障害児は指定障害児相談支援事業所における利用者数の平均

表5 相談支援を提供した高次脳機能障害者・児数

	東京都			滋賀県		
	診断あり	推測例	合計	診断あり	推測例	合計
障害者	874	274	1,148	52	20	72
	(3.5)	(1.1)	(4.6)	(1.3)	(.5)	(1.8)
障害児	14	51	65	2	6	8
	(.1)	(.4)	(.5)	(.1)	(.2)	(.3)

()内は、1事業所当たりの平均利用者数

表6 計画相談支援等を提供した高次脳機能障害者・児数

	東京都			滋賀県		
	診断あり	推測例	合計	診断あり	推測例	合計
障害者	446	158	604	49	19	68
	(1.8)	(.6)	(2.4)	(1.2)	(.5)	(1.7)
障害児	6	22	28	2	6	8
	(.04)	(.15)	(.2)	(.1)	(.2)	(.3)

()内は、1事業所当たりの平均利用者数

表7 サービス利用のニーズはあったが、利用につながらなかった高次脳機能障害者・児数

	東京都			滋賀県		
	診断あり	推測例	合計	診断あり	推測例	合計
障害者	91	44	135	1	2	3
障害児	3	1	4	0	0	0

表8 サービス利用のニーズはあったが、実際の利用につながらなかったサービス種別

サービス種別	東京都(件)	滋賀県(件)
居宅介護	3	1
短期入所	3	1
生活介護	5	1
施設入所支援	3	1
自立訓練	10	0
就労系サービス	32	0
共同生活援助	2	0
児童発達支援	1	0
放課後等デイサービス	1	0
その他(通いの場など)	7	0
合計	67	4

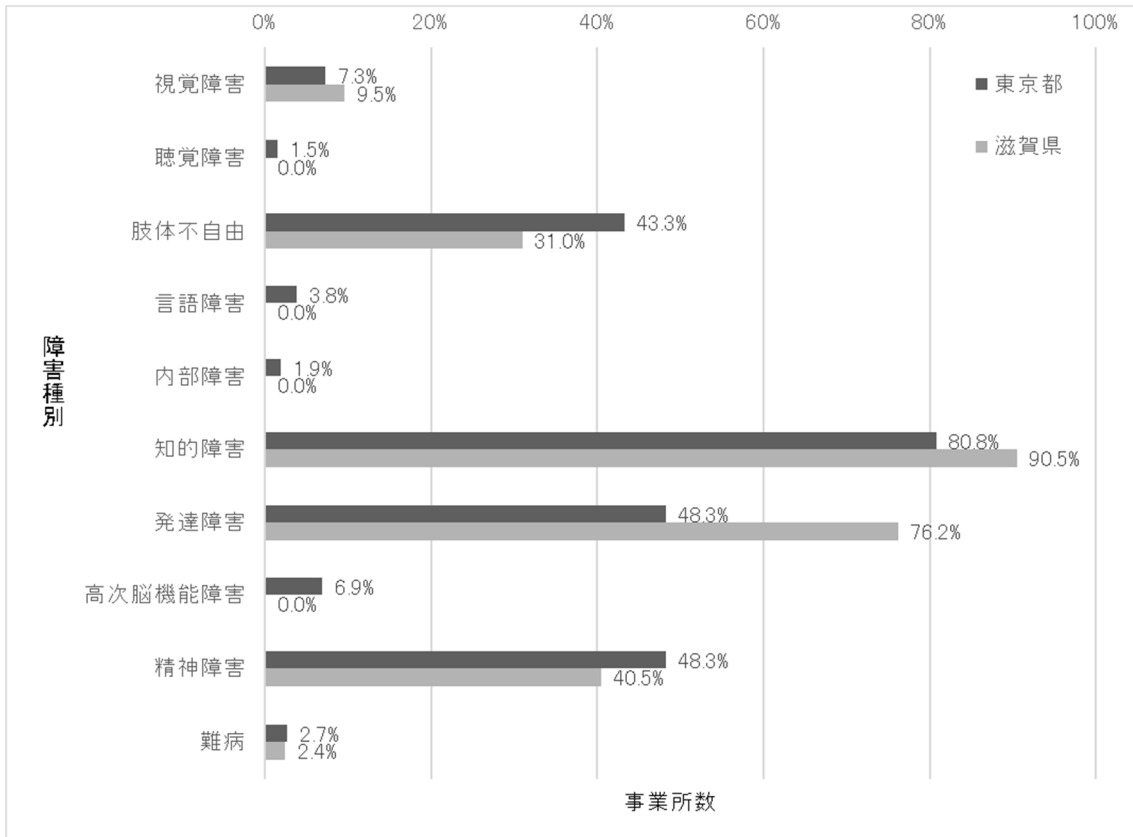


図1 事業所において利用が多い障害種別（上位3種）

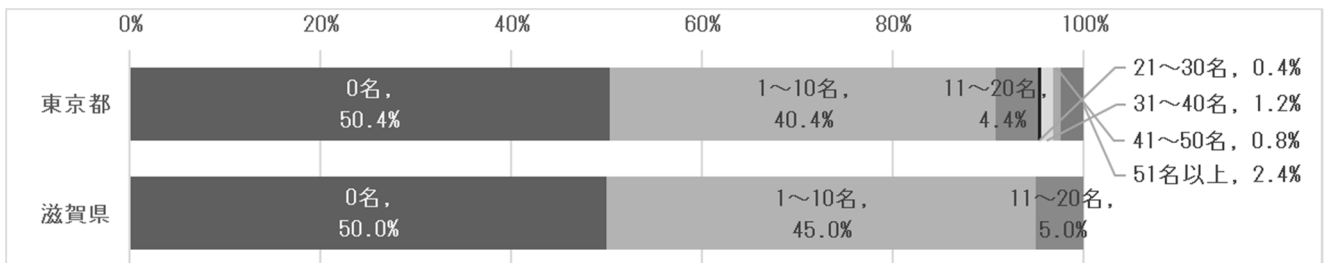


図2 指定特定相談支援事業所において相談支援を提供した高次脳機能障害者数

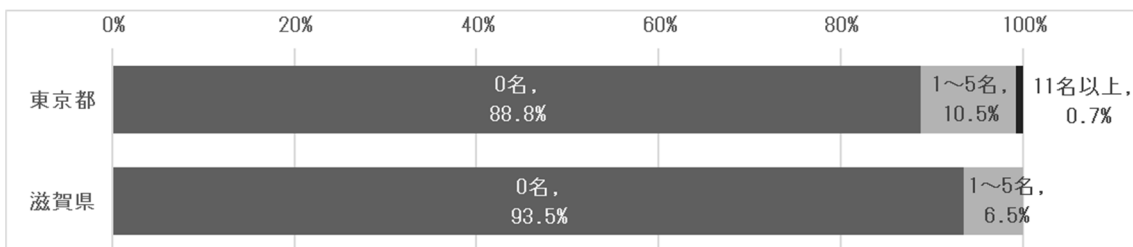


図3 指定障害児相談支援事業所において相談支援を提供した高次脳機能障害児数

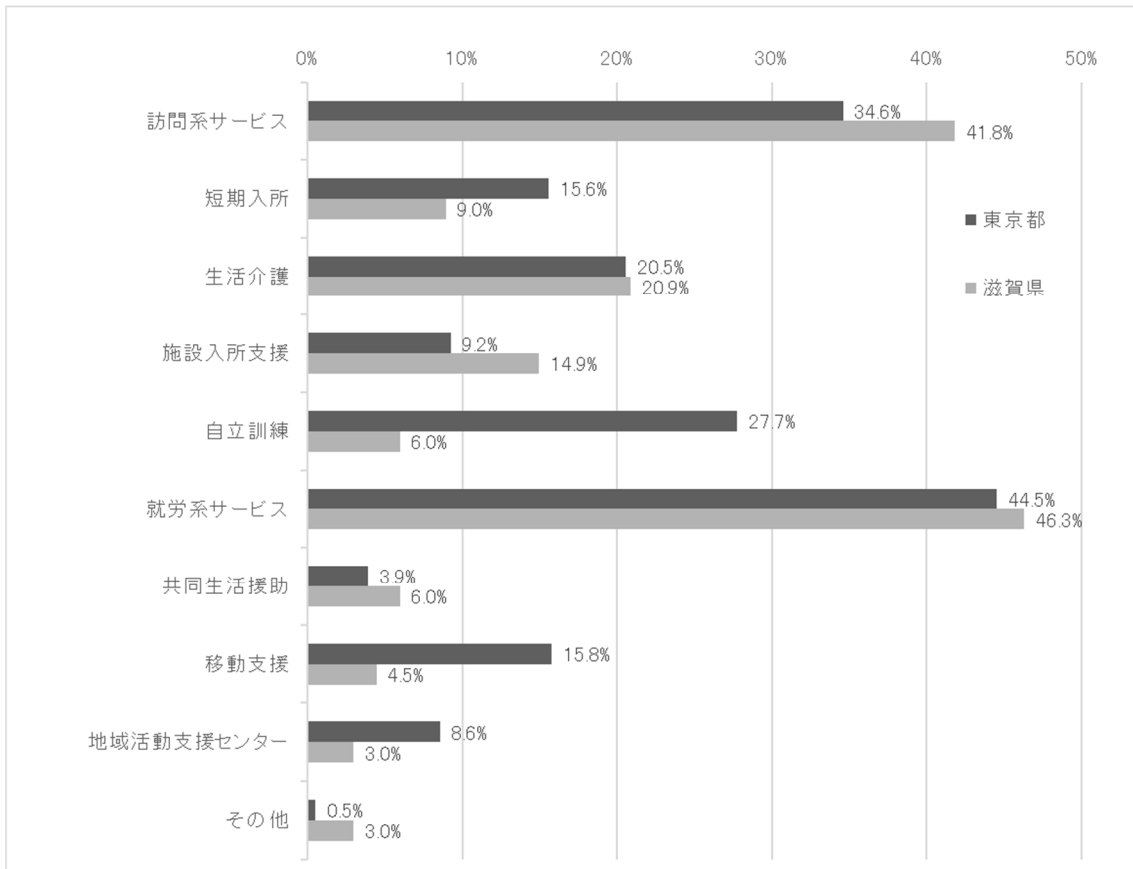


図4 高次脳機能障害者が利用した障害福祉サービス等（複数回答）

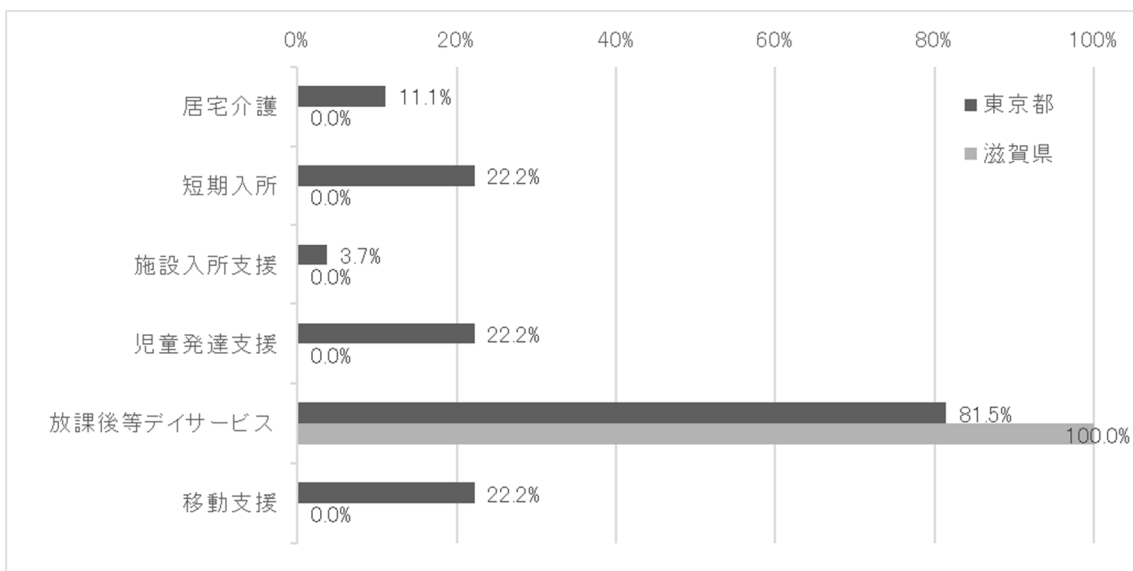


図5 高次脳機能障害児が利用した障害福祉サービス等（複数回答）

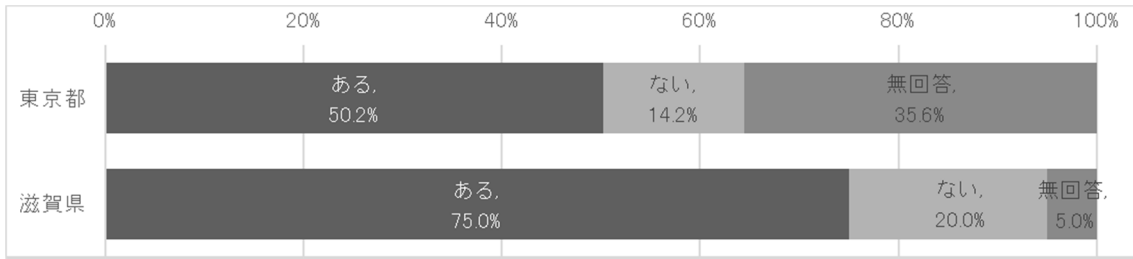


図6 高次脳機能障害者・児への相談支援提供時の困難の有無

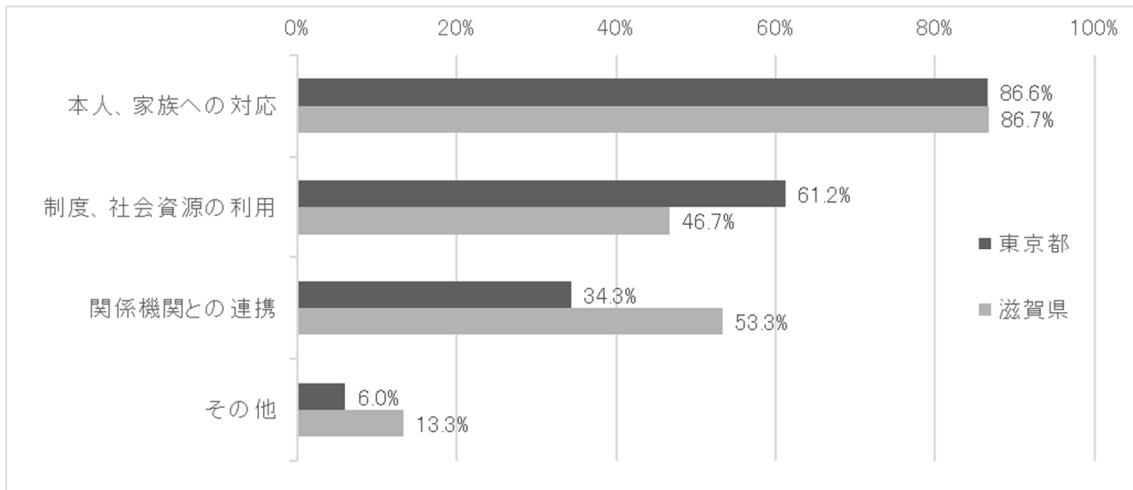


図7 高次脳機能障害者・児への相談支援提供時に困難を感じる点（複数回答）

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

高次脳機能障害の障害特性に応じた支援マニュアルの開発のための研究
- 就労系福祉サービス事業所利用の現状と課題 -

研究分担者：青木 美和子 札幌国際大学人文学部心理学科

研究要旨

札幌市内の就労継続支援 B 型事業所 337 か所、就労継続支援 A 型事業所 141 か所、就労移行支援事業所 51 か所を対象に、高次脳機能障害者が就労系福祉サービス利用時における具体的な問題点を明らかにするために現状の実態調査と分析を実施した。高次脳機能障害者の受け入れの有無、高次脳機能障害者の利用者数及びその属性、原因疾患、手帳所持の有無、作業の内容、作業時の様子、支援方法、支援における問題点について調査を行い、今後の課題などについて検討した。

A．研究目的

高次脳機能障害の支援体制については、支援普及事業開始から 10 年以上経過し、全都道府県に支援拠点機関が設置され制度上の整備は進んだ。しかし障害福祉制度の運用の面においては、高次脳機能障害の障害特性に十分対応しているとは言えない状況である。高次脳機能障害者が各種障害福祉サービス利用時における障害特性に応じた対応について、現状の実態調査及び分析を行い、これまでの高次脳機能障害研究の成果を生かし、実態を踏まえた対応法を提示することは喫緊の課題である。本研究において分担研究者である筆者は、就労系福祉サービス事業所の調査を担当した。平成 30 年度は、支援普及事業開始時から支援拠点機関が設置された札幌市内の就労継続支援 B 型事業所を対象に、令和元年度の研究では、就労継続支援 A 型事業所と就労移行支援事業所を対象に高次脳機能障害者のサービス利用の実態とその課題について明らか

にすることを研究の目的とした。

B．研究方法

1．調査対象

札幌市内の全ての就労継続支援 B 型事業所（337 か所）、就労継続支援 A 型支援事業所（106 か所）と就労移行支援事業所（51 か所）を調査対象にした。

2．調査方法

郵送による質問紙調査。

3．調査期間

就労支援継続支援 B 型事業所は、平成 30 年 12 月、就労継続支援 A 型、就労移行支援事業所は、令和元年 10 月～11 月に調査を実施した。

4．データの回収

収集したデータは、就労継続支援 B 型事業所 141 か所（回収率 41.8%）、継続支援 A

型事業所 51 か所（回収率 48.1%）、就労移行支援事業所 33 か所（回収率 42.3%）であった。

5. 調査内容

高次脳機能障害者の受け入れの有無、高次脳機能障害者の利用者数及びその属性、原因疾患、手帳所持の有無、作業の内容、作業時の様子、支援方法、支援における問題点、今後の課題などについて調査した。なお、現在、高次脳機能障害者の利用者がいない事業所に対しては、利用者がいない理由、今後受け入れの可否、受け入れの条件などについて質問した。

6. 倫理面への配慮

札幌国際大学倫理審査委員会の承認を得て調査を実施した。インフォームドコンセントを徹底し調査の承諾を得た。調査対象機関名および個人情報などに関わるプライバシーの保護ならびに如何なる不利益も与えないように十分に配慮した。

B. 研究結果

1. 高次脳機能障害者の利用状況について

(1) 高次脳機能障害者の利用の有無

高次脳機能障害者の利用者がいる箇所は、回答があった就労継続支援 B 型 141 か所のうち、51 か所（36.2%）、利用者がいないか所は 90 か所（63.8%）で、高次脳機能障害者数は 128 名であった。就労継続支援 A 型事業所では回答があった 51 か所のうち、8 か所（15.7%）に高次脳機能障害者の利用があり、その利用者数は 11 名、利用者がいないか所は 43 か所（84.3%）であった。就労移行支援事業所 33 か所においては、利用者

がいたのは 6 か所（15.7%）、いないか所は 27 か所（81.8%）、高次脳機能障害者は 14 名利用していた。

表 1. 高次脳機能障害者の利用について

	B型		A型		移行	
	件数	%	件数	%	件数	%
利用有	51	36.2%	8	15.7%	6	18.2%
利用無	90	63.8%	43	84.3%	27	81.8%
計	141	100.0%	51	100.0%	33	100.0%

(2) 利用者の属性

利用者の性別と年齢

就労継続支援 B 型の利用者は 20 代もいるが、40 代から 60 代の男性が 78.5% を占めていた。その他の利用者の性別と年齢については、表 2 のとおりである。

表 2. 利用者の性別と年齢（事業者別）

年代	就労継続支援B型		就労継続支援A型		就労移行支援	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
10代	0	0	0	0	0	0
20代	7	4	0	0	0	1
30代	7	6	1	0	1	2
40代	18	6	3	1	2	0
50代	21	4	5	0	3	3
60代	37	2	1	0	0	0
計	90	22	10	1	6	6

（注：年齢性別不明者は除く）

原因疾患

高次脳機能障害者の原因疾患として代表的なものは、脳血管障害、脳外傷などである。就労継続支援 B 型事業所において原因

疾患で多いのは、脳血管障害 45 名(40.9%)、脳外傷 41 名(37.3%)、その他の疾患 18 名(16.4%)であった。就労継続支援 A 型においては、脳血管障害が 7 名(63.6%)と多かった。その他においては、表 3 のとおりである。

表 3 . 原因疾患

	就労継続支援B型		就労継続支援A型		就労移行支援	
	人数	%	人数	%	人数	%
脳外傷	41	37.3	3	27.3	6	42.9
脳血管障害	45	40.9	7	63.6	4	28.6
その他の疾患	18	16.4	1	9.1	4	28.6
その他	3	2.7	0	0	0	0
不明	3	2.7	0	0	0	0
計	110	100	11	100	14	100

手帳の所持について

高次脳機能障害の利用者の多くが手帳を所持している。精神障害者福祉手帳所持者が 84 名、身体障害者手帳所持者が 52 名であった。そのほか、療育手帳所持者が 8 名、不明が 1 名、また、手帳を所持していない方が 6 名いた。表 4 に事業所別に手帳の所持についてまとめた。

表 4 . 手帳の所持について (重複所持あり)

	B型	A型	移行
身体障害	44	2	6
精神福祉	70	9	5
療育	6	0	2
不明	1	0	0
所持なし	5	0	1
計	126	11	14

2 . 利用者の作業内容

高次脳機能障害者の作業内容としては、多くの就労系福祉サービスで行われている作業内容と同様であった。就労継続支援 B 型事業所をみると、折り作業(26 か所) や、ラベル・シール貼り(25 か所)、パソコン入力(20 か所)、箱や部品の組み立て(16 か所)、詰め作業(15 か所)、ポストイング(14 か所)などの比較的軽度な作業が多かった。A 型、移行支援においても同様の傾向がみられた。

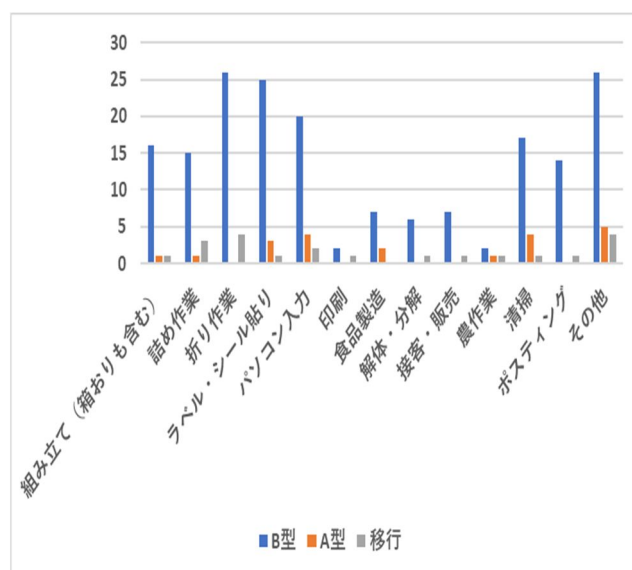


図 1 . 利用者の作業内容

3 . 高次脳機能障害者の作業時の問題点

高次脳機能障害者の作業中の様子について記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害の特性に関わる 23 項目に関してその発生頻度について「よくある」「たまにある」「ほとんどない」の 3 件法で質問をした。就労継続支援 A, B 型事業所を利用する高次脳機能障害者の作業時における問題点としてあげられる頻度が多いのは、「何度も同じことを聞く」「時間がたつと作業の手

順など思い出せない」、「新しいことが覚えられない」などの記憶障害に関する点より、「同時に複数のことに注意を向けられない」、「ミスに気がつかない」などの注意障害に関する問題点がより多くあげられることがわかった。また、「こだわりや自己主張が強い」、「指示がないと動けない」などの社会的行動障害に関する特性も問題点として多くあげられた。

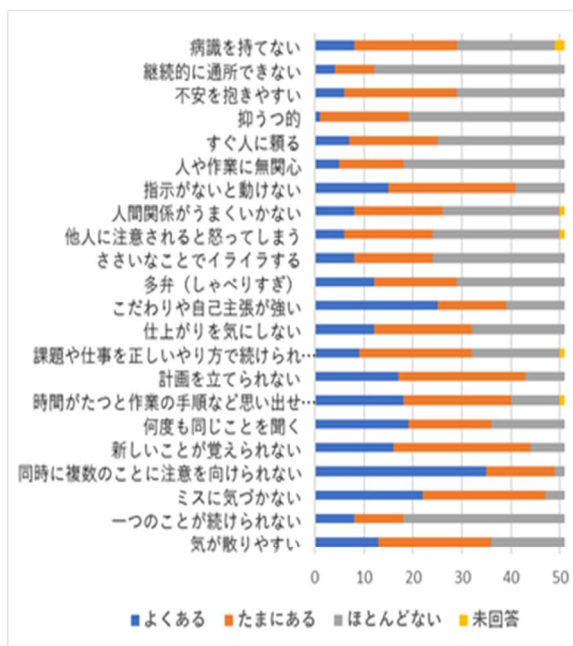


図 2. 高次脳機能障害者の作業時の問題点 (就労継続支援 B 型事業所)

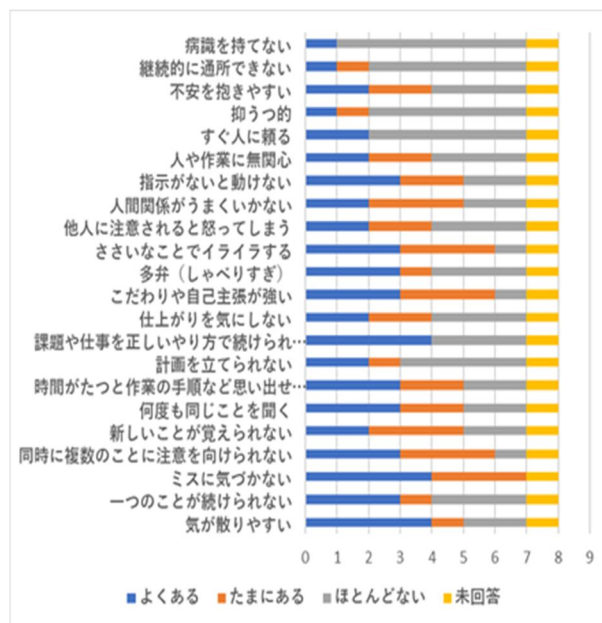


図 3. 高次脳機能障害者の作業時の問題点 (就労継続支援 A 型事業所)

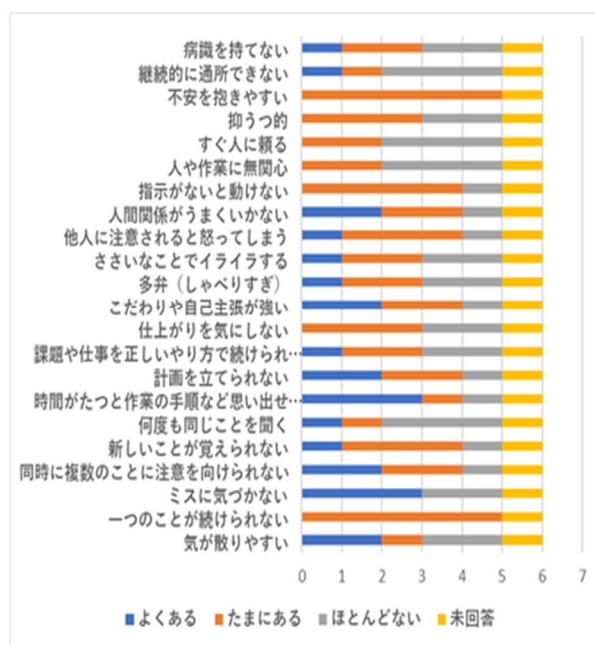


図 4. 高次脳機能障害者の作業時の問題 (就労移行支援事業所)

4. 高次脳機能障害者への配慮や環境調整
作業時に高次脳機能障害者に対してどのような配慮や環境調整をしているかを自由記述してもらった。それぞれの事業所にお

いて高次脳機能障害者への支援の工夫として多いのは、作業の呈示である。高次脳機能障害の特性である記憶障害に対して「作業の繰り返し」、「メモの作成」、「マニュアルの作成」、「手順の視覚化」などを行っていた。また、物理的配慮として「人・モノの固定」などを行い工夫し、注意障害に対しても「細かな声かけ」や、気が散るのを防ぎ作業

に集中するための「個人空間作り」、「事故予防」などの支援の工夫していた。高次脳機能障害の特性である社会的行動障害の一つである対人技能の拙劣に対しては、「対人関係の調整」や「個人空間作り」、「他者からの理解促進」などを行っていた。各事業所が取り組んでいた高次脳機能障害者への配慮や環境調整について表5にまとめた。

表5 . 高次脳機能障害者への配慮や環境調整

	就労継続支援 B 型事業所	就労継続支援 A 型事業所	就労移行支援事業所
作業呈示	繰り返し (12 件) 声かけ (2 件) スモールステップ (5 件) メモの作成 (3 件) 本人の意思尊重 (3 件) モデリング (4 件) 手順の視覚化 (2 件)	マニュアル作成 (1 件) 声かけ (3 件) メモの作成 (2 件)	マニュアル作成 (1 件) スモールステップ (1 件)
物理的 配慮	個人空間作り (6 件) 人・モノの固定 (4 件) 事故予防 (5 件) 作業道具の工夫 (1 件) 集中しやすい環境作り (1 件)	個人空間作り (1 件) 人・モノの固定 (2 件)	個人空間作り (1 件) 人・モノの固定 (1 件)
心理的 配慮	不安軽減 (3 件) 対人関係の調整 (2 件) こだわりの回避 (1 件) 細かな確認 (2 件)	不安軽減 (2 件) 細かな確認 (1 件)	不安軽減 (2 件)
個別配慮	細かな休憩 (2 件) 通所日数の調整 (1 件)	細かな休憩 (1 件)	細かな休憩 (1 件) 通所日数の調整 (1 件)
家族との連 携	家族との連携 (1 件)		
その他	他者からの理解促進 (1 件)	多弁に付き合う (1 件)	モチベーションをアップ (1 件) グループワークで病識を持つ (1 件)

5 . 高次脳機能障害者への支援における困難さ

高次脳機能障害者への支援において困難を感じている点を自由記述してもらった。記述内容を分析すると、～ に分類することができた。

社会的行動障害に関わるもの 記憶障害に関わるもの 障害に対する職員の理解不足 注意障害に関わるもの 職員

の配置 言葉の理解 その他。高次脳機能障害者への支援において困難な点としてあげられた内容を表6に示した。

表5で示したとおり、各事業所は高次脳機能障害者に対してその特性に対して支援の工夫を行っているが、同時に表6を見ると支援の工夫を行ないながらも支援において困難に感じることは多岐に渡る。

表6 . 高次脳機能障害者への支援において困難な点

	就労継続支援 B 型事業所	就労継続支援 A 型事業所	就労移行支援事業所
社会的行動障害に関すること	感情コントロールができない 易怒性 自己主張が強い 他	感情コントロールができない 人間関係が築けない 他者を否定する マイペース 他害 他	感情コントロールができない
記憶障害に関わること	段取りを忘れる 記憶がわかりにくい 他	段取りを忘れる	通所するのを忘れる 仕事目標を忘れる
障害に対する職員の理解不足	知識の不足 障害がパーソナリティの問題か区別つきにくい		知識の不足
注意障害に関わるもの	転導性 確認不足 他	転導性	
職員の配置	目が離せない		
言語理解	言語理解		
その他		できる作業を見つけるのが難しい 意思表示がわかりにくい 意欲はあるが正確性に欠ける 指導が難しい	障害受容の不足

作成したカテゴリーにしたがって高次脳機能障害者への支援において困難な点としてあげられた頻度を図5に示す。

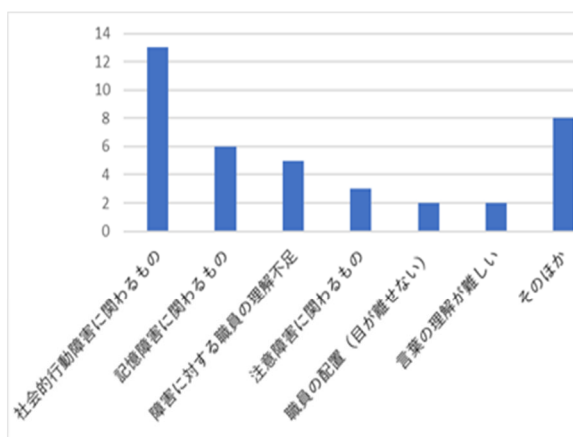


図5. 支援において困難な点 (全事業所)

図5に示したとおり高次脳機能障害者への支援において困難に感じるものは、社会的行動障害に関わるものが多い。

6. 高次脳機能障害者を支援するときに重視すべき点

今回の調査では、高次脳機能障害者の「よりよく働くこと」というQWL (Quality of Working Life) という視点から支援者がどのような姿勢で支援しているかについて中尾 (2017) に基づいて質問項目を作成した。高次脳機能障害者を支援するときに、重視している支援姿勢について、優先度が高い順から3つ選択してもらった。その結果を図6に示す。就労継続支援B型事業所において重視している支援姿勢として、「周りの人々と良い関係が保たれるように支援する」(38か所)という回答が一番多かった。次に「多少失敗しても、そこから成長できるように支援する」(36か所)、「精神的な支援をする」(26か所)という

回答が続いた。就労継続支援A型事業所、就労移行支援事業所も同じ傾向が見られた。就労の場は、個別支援と同時に集団の中でそれぞれが役割を持つことや他者との協働も求められる。「周りの人々と良い関係がもてるように支援すること」が重視されるのはこの理由による。そして、高次脳機能障害の特性に応じた支援以外に心理的な支援も含め、高次脳機能障害者がよりよく働くためにはこのような支援の視点も就労の場では必要とされる。

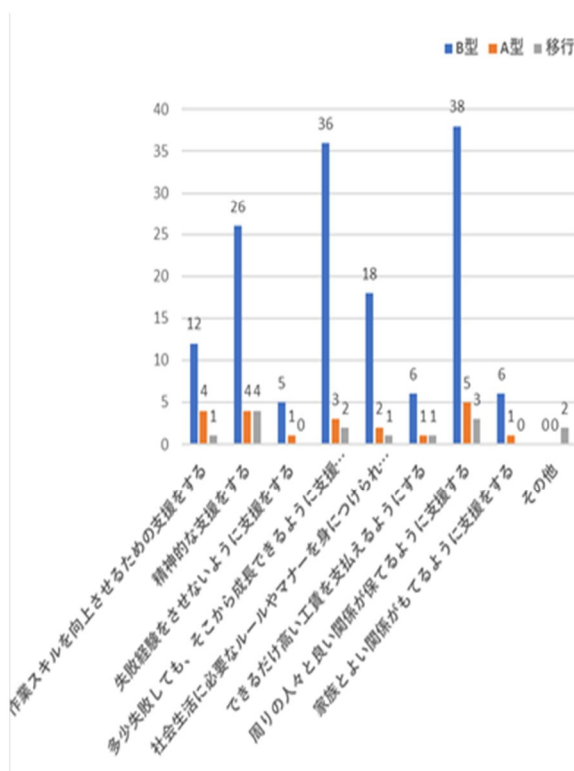


図6. 支援において重視すべき点

7. 高次脳機能障害者の職業生活の質向上に必要な支援

高次脳機能障害者の職業生活の質向上に必要なと思われる支援について、優先度が高い順から3つ選択してもらった。この質問項目も、中尾(2017)の「よりよく働くこ

と」という QWL(Quality of Working Life) という視点のもと支援者が高次脳機能障害者の QWL 向上のために必要だと思うことを問うものである。就労継続支援 B 型事業所において優先度が高いのは、「仕事に対する意欲が向上するように支援する」(32 か所)、「チームの一員として仕事をしていると自覚できるように支援する」(21 か所)、「職場に適応できるように支援する」(17 か所)であった。また、これらと連動するものとして「仕事上の人間関係に満足できるように支

援する」(14 か所)というのも多く選択された。一方で、就労継続支援 A 型事業所においては、「仕事に対する意欲が向上するように支援する」の他に、「物理的に働きやすい環境(作業場休憩場所なども含む)を提供する」、「単調・反復的な仕事、能力や創造性を活かせる仕事など、高次脳機能障害者のそれぞれに合った仕事を提供する」と回答した数が他の項目より多い。表 7 に職業生活の質の向上に必要な支援についてまとめた。

表 7 . 職業生活の質の向上に必要な支援

職業生活の質の向上に必要な支援	B 型	A 型	移行
できる限り自立して仕事ができるように支援する	9	3	0
新しい技術が習得できるように支援する	7	0	1
生産性が向上するように支援する	4	0	1
仕事に対する意欲が向上するように支援する	32	5	1
仕事に誇りが持てるように支援する	11	1	2
仕事上の人間関係に満足できるように支援する	14	0	3
キャリアという視点を入れ、支援する	1	0	0
チームの一員として仕事をしていると自覚できるように支援する	21	1	1
職場に適応できるように支援する	17	2	1
物理的に働きやすい環境(作業場休憩場所なども含む)を提供する	15	4	1
労働日数や時間など勤務体系が柔軟である	10	3	2
単調・反復的な仕事、能力や創造性を活かせる仕事など、高次脳機能障害者のそれぞれに合った仕事を提供する	11	5	2
仕事の選択肢が多く、多様な職種を提供する	2	0	0
工賃を向上させる	4	0	1
仕事に対して客観的、公正な評価をする	1	0	1
障害者の「職業生活の質を高める」という意味を支援者が理解している	2	0	0
その他	1	0	1
計	162	24	18

8. 今後取り組みたい課題や支援技術向上のために必要とされるもの

事業所が高次脳機能障害者に対する支援において取り組みたい課題や支援技術のために必要とされるものについての自由記述では、「高次脳機能障害についての知識、支援・対応方法についての学習の機会」(18か所)、「事業所内におけるさらなる支援・対応の工夫」(13か所)、「地域における支援体制整備」(3か所)との回答が多かった。

表8. 今後取り組みたい課題や支援技術(複数回答)

今後取り組みたい課題	箇所
支援・対応方法についてなどの学習の機会	18
支援・対応方法の工夫	13
地域における支援体制	3
その他	5
特になし	2

9. 事業所に高次脳機能障害者を受け入れ可能になる条件

今回の調査では、利用者がいない理由についての自由記述では、「希望者がいない」という理由が大半を占めていた。

また、利用につながらない理由として他に「作業所の活動内容と本人のできる、あるいは希望する作業のミスマッチ」、「高次脳機能障害者に対応ができない」というものもあげられた。

現時点で高次脳機能障害者の利用がない事業所であっても、その事業所の多くは受け入れの条件を満たし高次脳機能障害者の利用希望者がいれば、受け入れを検討すると答えている(表9)。

表9. 受け入れの可能性について

	B型		A型		移行	
	件数	%	件数	%	件数	%
あり	55	61.1%	32	74.4%	19	70.3%
なし	12	13.3%	4	9.3%	4	14.8%
未回答	23	25.6%	7	16.2%	4	14.8%
計	90	100.0%	43	100.0%	27	100.0%

受け入れが可能になる条件について自由記述にて答えてもらった。就労継続支援B型、A型、移行支援事業所ともに事業者側の準備として「高次脳機能障害に対する理解・情報の取得」が必要であると答えた事業所が多かったが、同時に高次脳機能障害者に対応する「スタッフ体制が整うこと」が受け入れの条件になることがわかった。就労支援の場に高次脳機能障害者の受け入れを進めるためには、事業所に対する高次脳機能障害者への理解や支援方法などを学ぶ機会を作ることが今後の課題となることが明らかになった。その他、就労継続支援B型事業所においては、「社会的行動障害がないことが」(6か所)あげられた。また、「送迎不要なこと」(6か所)、「コミュニケーションが可能なこと」(5か所)、「作業のマッチング」(4か所)などもあげられた。一方で、条件は特になしという事業所は8か所あった。

表 10 . 受け入れが可能になる条件

(複数回答)

受け入れが可能になる条件	B型	A型	移行
高次脳機能障害の知識・情報の取得	8	2	6
社会的行動障害がないこと	8	1	1
スタッフの支援体制が整うこと	6	3	3
送迎が不要なこと	6	1	1
事業所内で介護が不要なこと	1	1	
コミュニケーション・指示理解が可能なこと	5	1	1
作業とのマッチング	4	2	1
就労意欲があること	2	2	2
環境整備が整うこと	2		2
家族や関係機関との相談体制	2	2	
特になし	8		
作業の見直し	1		
パソコン操作が可能	1	2	
作業が正確		1	
集中力がある		1	
継続的に出勤ができる		1	
支援マニュアルが作成できる			1
自己認識ができる			1

D . E . 考察・結論

今回の調査では、札幌市内の就労系福祉サービス事業所において回答があった事業所 522 か所のうち、65 か所、225 名の高次脳機能障害者の利用があることが判明した。直接の比較対象にはならないが、札幌市内の就労系福祉サービス事業所も含む障害福祉サービス提供機関 248 か所を対象にした調査(2009)においては、高次脳機能障害者の利用者がいる施設は 25 施設、86 名であったことを考えると、就労系福祉サービス

事業所を利用する高次脳機能障害者は増えていると考えてよいだろう。

高次脳機能障害者の作業内容についてみると、折り作業やラベル・シール貼り、パソコン入力や組み立て、詰め作業、ポストインなどの軽作業が中心となっていた。

作業時において問題となるのは、高次脳機能障害の代表的な特性でもある注意障害、記憶障害に関わることであるが、それに対しては、それぞれの事業所において、作業提示や環境調整などの工夫や支援が行われ対応していた。しかしながら、これだけの工夫や対策では対応できない高次脳機能障害者への支援の難しさがあることも明らかになった。記憶障害や注意障害に対しては、すでに行っている作業提示や環境調整などの工夫や支援だけでは対応できないことがあること、また、暴力や易怒性、感情のコントロールができない等の社会的行動障害が多く、事業所において支援困難であると感じていることがわかった。社会的行動障害はそれとともに、事業所の高次脳機能障害者の新規受け入れの際にも問題になることが明らかになった。高次脳機能障害の利用者がいない事業所の多くが、今後、高次脳機能障害者を受け入れ可能性がある」と答えたが、その受け入れが可能になる条件として「重い社会的行動障害がないこと」をあげられている。また、すでに高次脳機能障害者への支援を行っている多くの事業所が「他の利用者と良い関係が保てるように支援すること」を支援姿勢として重視するとともに、高次脳機能障害者の職業生活の質を高め、「よりよく働く」ためには「チームの一員として仕事をしていると自覚できるように支援すること」が必要であると答えている。社

会的行動障害は、日常生活や社会生活への適応、特に人間関係に困難をもたらすものであり事業所が重視する支援姿勢や職業生活の質を高める支援を実践するときには大きな障壁となる。高次脳機能障害者の受け皿を広げるためにも、社会的行動障害への対応に苦慮している事業所に対して支援するためにも、そして、高次脳機能障害者が「よりよく働く」ためにも支援困難度が高い社会的行動障害に対する対応法を提示することは急務である。

すでに高次脳機能障害の利用者がいる事業所から今後取り組みたい課題として「支援・対応方法についての学習の機会」の必要性が指摘されるとともに、現在、高次脳機能障害の利用者がいない事業所から「高次脳機能障害の知識・情報の取得」ができれば受け入れ可能になると回答を得た。より効果的・適切な支援をするためにも、高次脳機能障害者の新たな働く場を開拓するためにも、知識、支援技術の普及を目的に学習の機会を提供すること、それと同時に事業所における高次脳機能障害の特性に合わせた支援を定着させるためにも事業所が利用できる高次脳機能障害の特性に応じた支援マニュアルの普及が必要とされていた。

文献

青木美和子・白波瀬総子 2009 高次脳機能障害者に対する地域生活支援に向けて札幌国際大学紀要 第40号 p.1-10
中尾文香 2017 障害者への就労支援のあり方についての研究 - 就労継続支援B型事業所をフィールドとした混合研究法による考察 - 風間書房

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

青木美和子 2019 「高次脳機能障害者のキャリア形成のプロセス」 札幌国際大学紀要第50号 pp.27-36

青木美和子 2020 「札幌市内就労支援事業所における高次脳機能障害者のサービス利用の現状と課題」 札幌国際大学紀要第51号 pp.43-55

2．学会発表

青木美和子 2018 「高次脳機能障害者のキャリア形成のプロセス」日本質的心理学会第15回大会ポスター発表

青木美和子 2018 「高次脳機能障害者の職場定着のプロセス - 参加者が共に主体となるコミュニティ生成」日本福祉心理学会第16回大会ポスター発表

青木美和子 2019 「高次脳機能障害者のキャリア形成のプロセス - コミュニティへの参加過程の分析を通して」日本発達心理学会第30回大会ポスター発表

H．知的財産権の出願・取得状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
総合研究報告書

高次脳機能障害の障害特性に応じた支援マニュアルの開発のための研究

研究分担者：上田 敬太 京都大学大学院医学研究科脳病態生理学（精神医学）講師

研究要旨

高次脳機能障害の支援は、年齢によって就労支援を含むかどうかが大きく異なる。40歳から64歳までのいわゆる介護保険の2号被保険者に対しては、原則介護保険の利用が優先されるが、患者が就労を望む場合、介護保険では対応が難しく、障害者総合支援法の活用が望まれる。本研究では、介護保険のサービス提供者に対して、高次脳機能障害の啓発事業を行い、かつアンケート調査を実施することで、介護保険サービス提供者における問題意識、高次脳機能障害・障害者総合支援法についての知識についての実態を調査した。また、1年次には入所・通所系サービス利用者についての実態調査を行い、2年次には外傷性脳損傷者88名を対象に、生活活動量に影響する症状についての検討を行った。

A．研究目的

高次脳機能障害の支援体制については、支援普及事業開始から10年以上経過し、全都道府県に支援拠点機関が設置され制度上の整備は進んだ。しかし障害福祉制度の運用の面においては、高次脳機能障害の障害特性に十分対応しているとは言えない状況である。高次脳機能障害者が各種障害福祉サービス利用時における障害特性に応じた対応について、現状の実態調査及び分析を行い、これまでの高次脳機能障害研究の成果を生かし、実態を踏まえた対応法を提示することは喫緊の課題である。

本分担研究では、主に入所系支援、や生活訓練・介護における現状の把握を行い、介護保険サービス提供者に対して高次脳機能障害についての啓発活動を行うとともに実態についてなおアンケート調査を行う。また、社会生活、特に日常生活の活動量に影響する後遺症について、抑うつ、アパシー両者の観点から検討を行う。

B．研究方法

京都市に設置されている京都市地域リハビリテーション推進センター（入所・通所施設）における平成29年度の新規相談について、その相談内容、相談者、患者属性などについて検討を行った。

また、平成30年度、令和元年度に行った介護事業担当者セミナーにおいて、高次脳機能障害の啓発事業を行い、同時に介護保険のサービス提供者に対して、実態調査のためのアンケートを行った。

また、障害特性として混同されやすいアパシー、抑うつについて、研究分担者が行っている診療の中で、外傷性脳損傷患者に協力を依頼し、評価尺度として抑うつ状態については Beck Depression Inventory (BDI)-II, アパシーのスケールとして Apathy scale を用い、さらに24時間生活活動記録（総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/english/data/shakai/index.htm>）をあわせ用いることで、日常生活活動に対する両者の影響を検討した。なお、患者を対象とした研究においては、京都

大学医学部医の倫理委員会の承認のもと、研究を行った。

C . 研究結果

平成 29 年度の相談件数計 269 名のうち、79%が 65 歳未満からの相談であった。ただし、79%のうち、33%についてはいわゆる 2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満の特定疾患）であり、制度上介護保険が優先利用となる症例であった。つまり、相談件数のうち、障害者総合支援法に基づくサービスが優先される件数割合は 50.4%すなわち、およそ半数であった。

介護事業者担当セミナーアンケートでは、2 号被保険者に対する社会復帰支援に関して必要と感じているという回答が平成 30 年度では 72%、令和元年度では 63%を占め、若年の被保険者に対する支援の在り方が現場でも問題となっていることが浮き彫りになった。また、現場で必要とされる普及啓発事業として、「高次脳機能障害の理解に役立つ講座や研修機会」については平成 30 年度では 19.7%、令和元年度では 24.8%に登り、「経済面でのサポートなどの制度の知識を学ぶ機会」がそれぞれ 18.5%、37.7%と高率となった。

入所施設利用に関する問題点についての職員アンケートでは、

1 症例の選定における問題点として

身体的な重症度を併せ持つ症例の訓練が難しい

無断外出など施設のハード面での対策を要する症例への対応が難しい

重症外傷性脳損傷例では、訓練期間が不十分であり、通所自体の支援が乏しいため利用しにくい

2 退所後の問題として

独居者では、退所後の支援の調整が非常に難しい

衝動性の強い症例では、退所後の社会参加自体が難しい

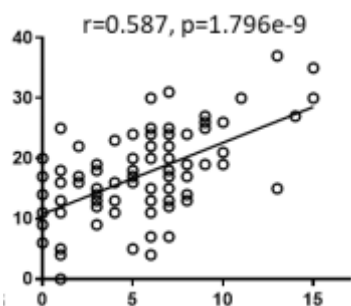
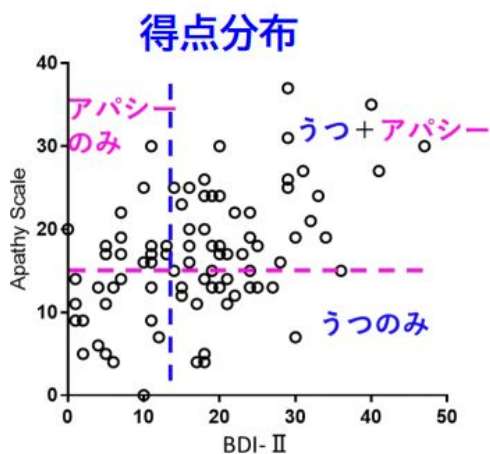
3 施設基準などの問題点として

言語療法の需要に対して言語療法士の配属が少ない

高次脳機能障害の支援については専門資格がないため、人材の育成、専門性の向上が難しい

という意見が得られた。

2 年次に行った、外傷性脳損傷患者 88 名を対象とした抑うつとアパシーの関連についての検討では、まず BDI の項目について、88 名のデータを利用してクラスター解析を行ったところ、大きく 4 つのクラスター、すなわち 身体症状・その他 うつ症状（自己価値の低下）うつ症状(情動関連症状) アパシーに分けることが可能であった。それぞれと Apathy Scale との相関を検討した結果、 とアパシーについては強い相関を認めた(下グラフ:縦軸 apathy scale 横軸 BDI 得点のうち集中困難、疲労感、喜びの喪失、決断力低下、活力喪失、興味喪失を加算したもの)。また、24 時間生活活動記録との関連を検討したところ、BDI では のみとの相関を認めた。また、BDI, Apathy Scale それぞれの cut off 値のみを考慮すると、約 35%の症例で両者の合併があるという診断となったが、上記クラスタリング分析からは、BDI 得点の多くを、BDI 中に占めるアパシー関連項目が占めており、cut off 値のみから単純に考えると診断を誤ってしまう可能性が示唆された。



D. 考察

京都市の地域リハビリテーション推進センター内の高次脳機能障害支援センターへの相談件数のうち、約半数が現行では介護保険が優先される症例であった。一方で、特に2号被保険者については、介護保険のサービス提供者側においても、利用者の社会復帰支援が遅れている認識があり、対策が必要と考えられた。介護保険、障害者総合支援法の二つの制度について知識を十分に得る機会が、介護支援サービス提供者に与えられることが重要であると考えられた。

入所サービス利用については、施設のハード面の問題、専門資格認定を含む人材配置の問題、集団での訓練を含む施設での生活訓練における衝動性の問題が明らかとな

った。

また、後遺症の特性と生活活動についての検討では、抑うつ気分尺度である Beck Depression Inventory (BDI) -II の項目中、アパシー症状をあらわすと考えられる項目のみが生活活動量と相関があることがわかり、特に外傷性脳損傷後遺症ではアパシーが後遺症として重要であることが示唆された。また、アパシーと抑うつ症状を区別する観点を持たない場合には、多くの症例が抑うつ症状を持つという誤った判断をされてしまうことが露呈した。

E. 結論

高次脳機能障害の専門支援センターに対する相談案件の分類からは、40歳から64歳までのいわゆる2号被保険者の相談が無視できないほど多いことが判明した。一方で、本来優先されるサービスである介護保険事業のサービス提供者を対象としたアンケートからは、サービス提供者、特にサービスを立案する介護支援専門員が高次脳機能障害や障害者総合支援法について学ぶ機会が少なく、研修機会を求める声が非常に大きかった。介護保険事業と、障害者総合支援法両者が対象とする患者群に対しては、両方の制度に精通した専門家が、サービス内容について検討することが重要であると考えられた。

また、外傷性脳損傷症例の後遺症特性の検討からは、抑うつとアパシーの一見類似する症状が、実際には峻別すべき症状であること、後遺症特性としてはアパシーのほうがより生活に大きな影響を与えていることが示唆され、診断の重要性についても大きな示唆が得られた。

F . 健康危険情報

特になし

G . 研究発表

1. 論文発表

書籍：

藤井裕子・石井信子・上田敬太 「対人援助職のための心の科学 基礎と応用」 脳科学からの理解 フクロウ出版（岡山）
2019 83-139.

総説：

生方志保・上田敬太 「前頭葉と遂行機能」 脳神経内科 90(5), 525-30, 2019.
生方志保・上田敬太 「TBI 後の社会的行動障害」 臨床精神医学 48(4), 469-75, 2019.

2. 学会発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

上田敬太，生方志浦，村井俊哉 高次脳機

能障害プロフィール入力支援ツール開発の
試み 第 42 回日本高次脳機能障害学会
学術集会 神戸 2018 年 12 月 7 日
生方志浦、上田敬太，藤本岳，植野仙経，
村井俊哉，大石直也 Apathy is not
depression 第 24 回日本神経精神医学会
学術集会 山形 2019 年 10 月 25 日 優
秀演題賞を受賞

H . 知的財産権の出願・取得状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
総合分担研究報告書

高次脳機能障害者の高齢化に伴う問題に対する研究

研究分担者：浦上 裕子 国立障害者リハビリテーション病院リハビリテーション部長

研究要旨

高次脳機能障害者の高齢化に伴う問題と福祉サービスの利用状況を明らかにすることを目的として、当院で入院リハビリテーションを行って自宅退院となった患者（発症時 40～70 歳、調査時点で発症から 1 年以上経過した）を対象として調査を行った。平成 30 年度は外来で同意が得られた患者 50 名とその家族を対象に面接で聞き取り調査を行った。令和元年度は診療録から抽出した患者とその家族にアンケート調査を送付した。送付した 364 名中 100 名から回答があった（回収率 27.5%）。合計 150 名（男 115、女 35 名；50～84 歳；65 歳以上 78 名）を分析した。介護保険認定された 59 名のうちサービスを利用していたのは 47 名であった。一方で障害者手帳を所持していたのは 109 名であった。一般就労中は 20 名（障害者雇用枠の就労に相当、手帳を使わずに就労したものも含む）、障害福祉サービス利用中は 30 名で、訓練系・就労系サービス 19 名（就労移行、継続 A・B、生活訓練に相当）、訪問系サービス 7 名（行動援護、居宅介護に相当）、日中活動系サービス 4 名（短期入所、生活介護に相当）であり、介護保険が使える者は介護保険のサービスを優先していた。障害福祉制度活用により就労している事例も一定数あり、また訓練系・就労系サービス、訪問系および日中活動系サービスの活用により参加の制約を減じている事例もあった。

A．研究目的

- 1) 高齢となった高次脳機能障害者がかかえている現状の問題を明らかにする。
- 2) 利用している障害福祉と介護保険のサービスの内容の実態を明らかにする。

B．研究方法

当院高次脳機能障害専門外来通院中の患者（平成 30 年度年間 3,958 名）の中から、当院で入院リハビリテーションを行い、自宅退院となった患者、発症時 40～70 歳、調査時点で発症から 1 年以上経過した者 364 名（施設入所や ADL 全介助例は除外）を対象として調査を行った。H30 年度は同意が得られた患者と家族に聞き取り調査を行ない、H31(R1 年度)は通院が途切れた患者と家族に対してアンケートを送付した。本研究課

題は国立障害者リハビリテーションセンター倫理審査委員会の承認を得て行った。

C．研究結果（図）

1) 対象：聞き取り調査を行ったのは、52 例（男性 46 名、女性 6 名；年齢 50～84 歳）の疾患は、頭部外傷 24 名（受傷からの年数平均 7.15 年）脳血管障害 24 名（平均 6.56 年）脳炎・脳症 4 名（平均 8.7 年）であった（H30 年度）。アンケート調査は 100 名から回答があった（回収率 27.5%）が、そのうち 2 名は、平成 30 年度に外来で聞き取り調査を行った患者 52 名と重複していた。全体をまとめると、対象は 150 名（聞き取り 50 名・アンケート回収 100 名；男 115、女 35 名；50～84 歳；65 歳以上 78 名）であった。疾患の内訳は、頭部外傷 60 名（受傷か

ら平均 9.6 年), 脳血管障害 80 名(発症から平均 9.3 年), 脳炎・その他(発症から平均 10.0 年)であった。

2) 障害手帳: 調査時点で障害者手帳を所持していたのは 109 名(精神 78 名, 肢体不自由 33 名, 言語機能障害 10 名; 重複あり)であった。一般就労中は 20 名(障害者雇用枠の就労に相当)で、手帳を使わずに就労したのものも含んでいる。障害福祉サービス利用中は 30 名で、訓練系・就労系サービス 19 名(就労移行、継続 A・B、生活訓練に相当)、訪問系サービス 7 名(行動援護、居宅介護に相当)、日中活動系サービス 4 名(短期入所、生活介護に相当)であり、介護保険が使える者は介護保険のサービスを優先していたが、重度の肢体不自由を合併する例は障害福祉サービス(居宅介護)を併用していた。障害福祉制度活用により就労している事例も一定数あり、また訓練系・就労系サービス、訪問系および日中活動系サービスの活用により参加の制約を減じている事例もあった。

短期記憶障害が遷延した例において(46 歳男性、右尾状核出血発症から 1 年経過、知的機能は保たれていたが、即時記憶、近似記憶が重度に障害されていた)認知リハを行うも展望記憶の改善につながらず、手がかりに注意を喚起することで職業訓練に移行できた。自立支援援助、就労定着支援などの障害福祉サービスが、遷延する記憶障害の障害特性に応じた支援を行い、社会復帰につなげることが望ましい。

3) 介護保険

介護保険を申請し、認定された者は 59 名(39.3%)であった(要支援: 1/2 10 名、要介護 1: 14 名、要介護 2: 15 名、要介

護 3: 10 名、要介護 4: 6 名、要介護 5: 4 名)。そのうちサービスを利用していた者は 47 名(認定された者の 79.7%)であった。

4) サービス使わずに在宅生活を送っているものは(再発などで治療中のぞく)50 名で全体の 33.3%を占めていた。問題なく生活できていた者がいる一方、家族が苦勞して障害に対応しながら在宅生活を送っている者や、発動性や記憶障害のためにサービスに移行できない者もいた。

60 歳のヘルペス脳炎患者(発症から 10 年経過)は、特定疾患ではないため 65 歳になるまでは介護保険の適応がない。精神障害者手帳 2 級をもち、障害福祉サービスでの作業系の通所施設の利用を検討していた。10 年間の間で、記銘力低下は残存したが、注意機能や視覚認知が向上し、作業系の通所施設の適応ありと思われたが、単独での移動が困難なこと、体調に波があり、発動性も低下していたことからサービスの利用には至らなかった。

その一方で、家族が障害特性に適切に対応しながら在宅生活を送っている症例もあった。74 歳の両側前頭葉脳挫傷患者(受傷から 10 年経過)では、10 年間の間で知的機能は向上しているものの記銘力低下が進行していた。日中は食事の準備・買い物などはできるが、予期せぬことに対応できない、思い込みやつじつまのあわない言動につながるがあった。友人や娘が、記銘力低下による生活障害に対して支援を行っていた。

5) 重症化・認知症に移行した者は 15 名(10.0%)であった。

前脳基底部損傷(前交通動脈瘤破裂によ

るくも膜下出血)による記憶障害が残存するも、一定の知的機能は保たれていた。しかし、4年間の間で、特徴的な自発性作話が悪化し、認知機能が低下してみえる場合があった。家族の介護負担度が大きくなっていった。

D．考察

公的サービスの利用には優先順位があり、介護保険が優先される場合が多い。高次脳機能障害者の原因疾患・年齢によって、利用する福祉サービスに優先順位がある。特定疾患である脳血管障害では、40歳未満は介護保険の適応にならず、介護給付を受ける場合は、障害支援区分認定を申請する。40歳以上になると、原則介護保険が優先されるが、生活や就労のための訓練を必要とする場合には、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスを申請する。一方で、特定疾患に該当しない外傷性脳損傷、低酸素脳症、脳炎などの疾患では、65歳未満では障害福祉サービスを利用し、65歳以上で、介護保険を申請する。本研究における対象者では、原則介護保険が優先される40歳以上の脳血管障害者は80名、特定疾患に該当しない65歳未満の患者は55名、介護保険が申請できる65歳以上は15名であった。障害者枠での就労や就労継続Bの利用など、高齢になっても就労・参加を継続するためには、介護保険が優先される疾患であっても柔軟な障害福祉サービスの利用が必要である。

一方で、「居宅介護」「行動援護」「移動支援」などのサービスが、記憶障害や社会的行動障害など高次脳機能障害者の障害特性によって生じる「参加の制約」たとえば、「記憶障害のために道順がわからなくなるため

に単独での移動ができない」「発動性や遂行能力が低下しているために自分で行動計画をたてて外出することができない」を減じ、就労や参加の機会の向上をはかることができる。

記憶障害が遷延する場合などは、医学的リハビリテーションの中で行ってきた対応の仕方を引き続き、新設された「自立支援援助、就労定着支援」などの障害福祉サービスの中でも継続し、就労にむけた訓練に導入することが望ましい。

現在はサービスを使わずに生活できているも、高齢化とともに重症化し、介護者も疲弊する傾向にある。活動量を維持する支援のあり方がのぞまれる。

家族の介護負担度が増加した場合として、前脳基底部損傷(前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血)による記憶障害が残存するも、一定の知的機能は保たれていたが、4年間の間で、特徴的な自発性作話が悪化した例、記銘力が低下した例、発動性が低下した例などを経験した。加齢とともに変化する高次脳機能障害の障害特性によって増加する家族の介護負担度にも対応する必要がある。

E．結論

高次脳機能障害者の高齢化に伴って生じる問題に対して、障害特性に応じて柔軟に現在の福祉サービスを利用して対応することが望ましい。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1. 論文発表

浦上裕子 高次脳機能障害者の高齢化に伴う課題に関する研究．高次脳研究（投稿中）

浦上裕子，山本正浩，北條具仁，野口玲子 記憶障害が遷延した右尾状核出血に対するリハビリテーション．高次脳研究（投稿中）

・学会発表

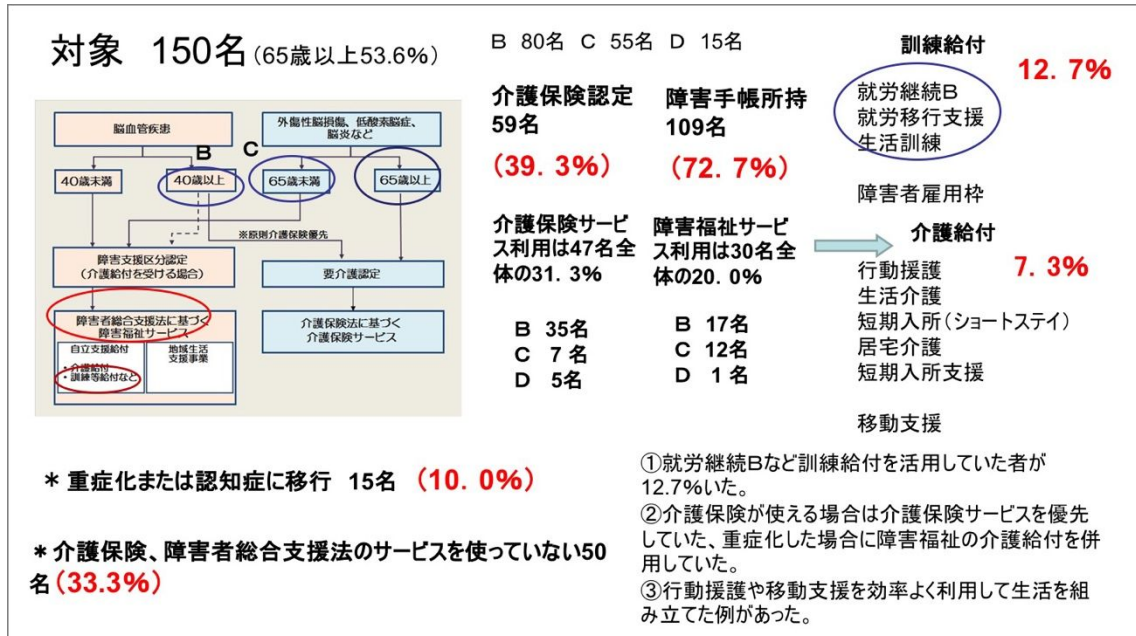
浦上裕子 高次脳機能障害者の高齢化に伴う課題に関する研究．第36回国立障害者リハビリテーションセンター業績発表会（所沢）平成30年12月19日

浦上裕子 高次脳機能障害者の高齢化に伴う課題に関する研究．第56回日本リハビリテーション医学会学術総会（神戸）2019年6月16日

浦上裕子 高次脳機能障害者の高齢化に伴う課題に関する研究．第43回日本高次脳機能障害学会学術総会（仙台）2019年11月28日

H．知的財産権の出願・取得状況
なし

図 1



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
青木美和子	「記憶障害」 「高次脳機能障害」 「失語症」 「作話」	能智正博	「質的心理学辞典」	新曜社	東京	2018	64、103、119、133
藤井裕子 石井信子 上田敬太	脳科学からの理解		対人援助職のための心の科学 基礎と応用	フクロウ出版	岡山	2019	83-139
深津玲子	高次脳機能障害	介護職員関係養成研修テキスト作成委員会	障害の理解・	長寿社会開発センター	東京	2019	369-375
今橋久美子	高次脳機能障害の特徴と生活上の障害	介護職員関係養成研修テキスト作成委員会	障害の理解・	長寿社会開発センター	東京	2019	48-9、168-9、

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
浦上裕子	記憶障害が遷延した右尾状核出血に対するリハビリテーション	高次脳研究	投稿中		
浦上裕子	高次脳機能障害者の高齢化に伴う課題に対する研究	高次脳研究	投稿中		
生方志浦 上田敬太	前頭葉と遂行機能	脳神経内科	90(5)	525-30	2019
生方志浦 上田敬太	TBI後の社会的行動障害	臨床精神医学	48(4)	469-75	2019
青木美和子	高次脳機能障害者のキャリア形成のプロセス	札幌国際大学紀要	50	27-36	2019
青木美和子	札幌市内就労支援事業所における高次脳機能障害者のサービス利用の現状と課題	札幌国際大学紀要	51	43-55	2020

