

令和7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

障害福祉サービス等事業者における  
高次脳機能障害者への支援の  
実態把握及び推進のための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 深津 玲子

令和8年（2026）年 3月

## 目 次

I.	総括研究報告 障害福祉サービス等事業者における 高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究……………	1
	国立障害者リハビリテーションセンター 深津 玲子	
II.	分担研究報告 障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査（自立訓練） ……	9
	名古屋市総合リハビリテーションセンター 稲葉 健太郎	
	高次脳機能障害支援養成研修の都道府県（愛知県）での実施状況と 他県ヒアリングを通して……………	67
	名古屋市総合リハビリテーションセンター 佐野 恭子	
	指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害者への支援状況に関する調査……………	75
	国立障害者リハビリテーションセンター 立石 博章	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表……………	91
IV.	付録 基礎編研修テキスト……………	95
	実践編研修テキスト……………	137



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

障害福祉サービス等事業者における  
高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究  
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 顧問

研究要旨

本研究では、1) 障害福祉サービス等事業所における高次脳機能障害者の利用および支援拠点や医療機関等との連携について、その実態把握を行い、課題を明らかにし、これらの課題解決のための提言を行うこと、2) 今年度より加算対象となったについて、全国での実施状況を調査し、運用上の課題を収集し、認められた問題点の解決に向けた標準テキスト改訂、提言を行う、の2点を目的とした。

研究2年目の今年度は、1) 障害福祉サービス事業における実態調査：①東京都（1004 か所）および滋賀県（100 か所）で相談支援事業所に配布した質問紙調査を集計し、分析、②運営形態や利用実績の異なる自立訓練事業所7法人を対象にヒアリング調査を行い、専門職配置、連携体制、支援プロセス、運営上の課題等について質的分析を実施。2) ③高次脳機能障害支援者養成研修会の実施状況調査：愛知県において令和6、7年度に実施した研修会について、詳細な質的検討を行うとともに、東京都、千葉県、静岡県、大分県でヒアリングを実施。④研修会テキストの改訂：全テキストについて、出典確認と適切な著作権処理、イラスト・用語の統一を行った。

①相談支援事業所調査で、両都県とも支援実績のある事業所が増加し、紹介経路は行政窓口経由が多いが、退院前から地域資源を活用した調整を行う体制構築が必要であることが示唆された。②自立訓練事業所のヒアリング調査では、自立訓練が退院後の生活リズムの再構築、社会参加、就労準備など、医療では対応が困難な領域を担う重要な役割を果たしていることが確認された。一方医療から福祉への連続性の欠如、支給決定プロセスの遅延、介護保険優先による情報不足、相談支援体制のばらつき、専門職確保の困難、報酬制度上の評価不足など、複合的な制度課題が示された。

③高次脳機能障害支援者養成研修会実施状況に関する5都県のヒアリング調査では、集合形式を基本とし、支援コーディネーターがファシリテーターとして参画することで、地域連携強化や施設周知に効果あることが示された。受講者の多くは福祉職で、高次脳機能障害支援の経験が少ない層の増加が確認された。④基礎編講義9編、演習4編、実践編講義9編、演習2編の計24編のテキストについて、図表・参考文献の出典確認を行い、適切な著作権処理を実施し、またイラスト・用語の統一を行った。全改訂テキストについてAI音声および字幕を付けた動画テキストを作成した。

研究分担者

鈴木匡子：東北大学 学術研究員  
渡邊修：東京都立大学 客員教授  
上田敬太：京都光華大学 教授  
青木美和子：札幌国際大学 教授

廣瀬綾奈：帝京平成大学 講師  
鈴木智敦：名古屋市総合リハビリテーションセンター 副センター長  
浦上裕子：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

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 室長  
立石博章：国立障害者リハビリテーションセンター 企画・情報部 高次脳機能障害情報・支援センター 高次脳機能障害支援推進官  
内山量史：一般社団法人日本言語聴覚士協会 言語聴覚士  
研究協力者  
片岡保憲：NPO法人 日本高次脳機能障害友の会 理事長  
小西川梨紗：社会福祉法人グロー滋賀県高次脳機能障害支援センター 相談支援員  
瀧澤学：神奈川県リハビリテーション支援センター 高次脳機能障害支援室 総括主査  
稲葉健太郎：名古屋市総合リハビリテーションセンター 自立支援部長  
小林秀信：国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局 機能訓練専門職  
阿部真市：国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局 主任生活訓練専門職  
山舘圭子：栃内第二病院 臨床心理士  
小島一郎：名古屋市総合リハビリテーションセンター 総合相談部長  
守矢亜由美：東京都心身障害者福祉センター 課長代理

#### A. 研究目的

障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援については、令和4年6月に取りまとめられた社会保障審議会障害者部会報告書において、「その特性に対応できる専門性を持つ人材配置を推進するための方策について検討する必要がある」「本人が医療との関わりを必要とする場合等について、利用者の適切な支援に求められる連携を更に促進する方策等について検討すべきである」との指摘があった。また令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、高次脳機能障害（者）支援体制加算が新設された。これは相談支援事業所に

については、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した相談員を配置することで、自立訓練等通所サービスおよびグループホームについては、高次脳機能障害者が利用者の30%以上であり、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した専門性を有する職員が配置されている場合、評価される。加算要件は、都道府県が実施する支援者養成研修受講であり、研修内容は「高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究（令和2～4年度）（研究代表 深津玲子）」で我々が開発した支援者養成研修カリキュラム及びテキストを標準とすることが定められた。高次脳機能障害支援者養成研修の全国的開催状況調査、研修事業を先行的に実施していた4自治体へのヒアリング調査を実施し、課題を明らかとし、解決のための提言を行うことを目的の一つとした。また障害福祉サービス等事業所における高次脳機能障害者の利用および支援拠点や医療機関等との連携について実態把握を行い、課題解決のための提言を行うことをもう一つの目的とした。

#### B. 研究方法

1) 障害福祉サービス事業所における高次脳機能障害者の利用実態および支援拠点機関等との連携に関する調査

①東京都（1,004か所）、滋賀県（100か所）で都県内の全指定特定相談支援事業所に配布した質問紙調査の集計と分析を実施した。質問内容は相談支援専門員数、利用者数、高次脳機能障害者への支援実施状況、高次脳機能障害者の紹介経路と利用したサービス種類、機関連携上の課題等である。（分担研究報告書 指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害者への支援状況に関する調査 立石博章、今橋久美子）

②運営形態や利用実績の異なる自立訓練事業所7法人（機能訓練2、生活訓練2、機能訓練＋生

活訓練 2、生活訓練＋自立訓練宿泊型 1) を対象にヒアリング調査を行い、専門職配置、連携体制、支援プロセス、運営上の課題等について質的分析を実施した。(分担研究報告書 障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査(自立訓練) 稲葉健太郎、松尾稔、鈴木智敦)

2) 高次脳機能障害支援者養成研修に関する調査および研修テキスト改訂

③愛知県において令和 6、7 年度に実施した研修会について、詳細な質的検討を行うとともに、東京都、千葉県、静岡県、大分県で研修会に関するヒアリングを実施した。(分担研究報告書 高次脳機能障害支援養成研修の都道府県(愛知県)での実施状況と他県ヒアリングを通して 佐野恭子、小島一郎、鈴木智敦)

④「高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究(令和 2～4 年度)(研究代表 深津玲子)」で開発し、現在支援者養成研修の標準内容とされている全テキストについて、出典確認と適切な著作権処理、イラスト・用語の統一を行った。また全改訂テキストについて AI 音声および字幕を付けた動画テキストを作成した。なお各調査に関しては国立障害者リハビリテーションセンター、各分担研究者所属機関において倫理審査委員会の承認を受け実施した。

### C. 研究結果

1) 障害福祉サービス事業所における高次脳機能障害者の利用実態および支援拠点機関等との連携に関する調査

①東京都および滋賀県の指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害者への支援状況に関する調査は回収率 30%。相談支援専門員配置(実人員)は、1 事業所当たり東京都は 2.7 名、滋賀県は 2.8 名だった。相談支援(基本相談支援、計画相談支援)を提供した利用者数は、東京都は 1 事業所当たり平均 83.7 名、滋賀県は平

均 78.2 名であった。相談支援利用者に占める高次脳機能障害者の割合は、東京都は 2.7%、滋賀県は 3.9%であった。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、両都県とも「0 人」が 40%前後で、「1～10 人」が 50%以上である。相談支援事業所への高次脳機能障害者の紹介経路は、両都県とも「市町村相談窓口(障害福祉所管課、基幹相談支援センター、委託相談支援事業所等)」からの紹介が多く、滋賀県では 69.1%にのぼる。東京都では、滋賀県に比べて、「医療機関(14.0%)」、「なし(当事者や家族等から直接)(20.6%)」の割合が多く、行政窓口からの紹介は 45.6%であった。高次脳機能障害支援拠点機関からの紹介は東京都 0.7%、滋賀県 3.6%であった。相談支援事業所で計画相談支援を提供した高次脳機能障害者について、その後利用した障害福祉サービスは、東京都では 40%弱が就労継続支援(B 型)、次いで訪問系サービス、生活介護、移動支援、共同生活援助(グループホーム)であった。滋賀県では 5 割以上が就労継続支援(B 型)、次いで訪問系サービス、生活介護、共同生活援助、移動支援であった。相談支援を提供する際の機関連携上の課題をまとめた表は分担研究報告書を参照されたい。

②自立訓練事業所のヒアリング調査では、自立訓練が退院後の生活リズムの再構築、社会参加、就労準備など、医療では対応が困難な領域を担う重要な役割を果たしていることが確認された。一方医療から福祉への連続性の欠如、訓練等給付の支給決定プロセスの遅延、介護保険優先による情報不足、相談支援体制のばらつき、専門職確保の困難、報酬制度上の評価不足など、複合的な制度課題が示された。また生活訓練を中心に赤字構造が深刻で、専門職配置の経営的負担、人材確保の困難、制度間連携の不十分さなどが示された。

2) 高次脳機能障害支援者養成研修に関する調査および研修テキスト改訂

③調査した各都道府県とも集合形式を基本とし、支援拠点機関のコーディネーターがファシリテーターとして参画することで、地域連携の強化や拠点機能の周知に一定の効果が認められていた。受講者の多くは福祉職で、高次脳機能障害の支援経験が少ない層の増加が確認された。研修会基礎編参加者からは、神経心理学的検査や失語症、注意障害等に関する医学的講義の「専門用語が難しい」との回答が一定数みられた。また、検査体験演習では、評価結果と生活場面における困難との関連が具体的にイメージしにくいとの意見があった。研修会実践編では、障害特性別の対応方法を扱うロールプレイ演習について、「議論や振り返りの時間が十分でない」「事例理解に時間を要し、対応策の検討が十分に深まらない」との指摘がみられた。これらを踏まえ、愛知県では事例の共通化や解説内容の具体化を図った結果、演習理解度の向上が認められた。しかしながら、支援経験の少ない受講者に配慮した用語解説の充実や事前学習の工夫、演習時間の再配分といった課題は引き続き残された。

④研修会テキストの改訂について、研修会参加者の意見を参考に、基礎編演習 01「検査体験」の内容を改め、基礎編講義 02「診断・評価」で学ぶ症状との関連を主とした。基礎編講義 9 編、演習 4 編、実践編講義 9 編、演習 2 編の計 24 編のテキストについて、図表・参考文献の出典確認を行い、適切な著作権処理を実施した。また全テキストのイラスト・用語の統一を行った。これら改訂版テキストについて AI 音声および字幕を付けた動画テキストを作成した。

#### D. 考察

指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害者への支援状況については、平成 29 年に東京都、平成 30 年度に滋賀県について同様の調査を実施している。この前回調査と比較すると、相談支援専門員の配置状況（実人員）は 1 事業所当

たり東京都は 2.7 名（前回 2.6 名）、滋賀県は 2.8 名（前回 2.8 名）とほとんど同じである。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では、東京都、滋賀県とも「0 人」の事業所が前回より減少し、「1～10 人」が増加していた。この結果はより地域の相談支援事業所に利用が広がったことを示すと考える。計画相談支援利用者の割合は、今回の調査では東京都 89.7%、滋賀県 92.4%と都県間に大きな差はなかったが、東京都においては、前回（52.6%）に比べて大幅に増加した。一方、滋賀県においては、前回（94.4%）と同程度であった。相談支援事業所への紹介経路では、東京都は滋賀県に比べて、医療機関からの紹介が多かった。これは東京都において「専門的リハビリテーションの充実事業」を実施し医療と福祉との連携を図ってきたことが要因の一つと考えられる。同事業では、都内 12 の圏域にそれぞれ医療機関を配置し、医療機関を含めた関係機関による症例検討会や連絡会等を実施して、圏域内の支援ネットワークの充実を図っている。この取り組みは今後他県の医療一福祉連携の良い参考となると考える。滋賀県では、市町村相談窓口（障害福祉所管課、基幹相談支援センター、委託相談支援事業所等）からの紹介が約 7 割を占めた。滋賀県では退院後の生活や職業に関する相談について、市町障害担当課相談窓口や圏域における相談窓口に集中させる支援体制を構築していることが要因と考えられる。東京都と比べ人口が少ない自治体については、このような窓口一本化も良い参考となる。令和 8 年度の診療報酬改定で、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件として、「高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報をあらかじめ把握すること。その情報を患者の退院時に、患者又はその家族等に説明の上、提供する」ことなどが盛り込まれた。高次脳機能障害者への相談支援の流れは、自治体の支援体制や社会資源によって異なる。都道府県等の高次脳機能障害者支援センター（高次脳機能障害支援拠点機関）等には、高次脳機能

障害者・家族等が適切な相談窓口・支援機関につながるよう、医療機関への情報提供が期待される。

自立訓練事業所のヒアリング調査では、自立訓練が退院後の生活リズムの再構築、社会参加、就労準備など、医療では対応が困難な領域を担う重要な役割を果たしていることが確認された。一方医療から福祉への連続性の欠如、支給決定プロセスの遅延、介護保険優先による情報不足、相談支援体制のばらつき、専門職確保の困難、報酬制度上の評価不足など、複合的な制度課題が示された。また高次脳機能障害者への支援においては専門職の配置が有効であるものの、それが経営上の大きな制約となっている事業所も多い。

5 都県（愛知県、大分県、静岡県、千葉県、東京都）に対する高次脳機能障害支援者養成研修会実施状況に関する調査では、支援拠点機関のコーディネーターがファシリテーターとして参画することで、地域連携の強化や拠点機能の周知に一定の効果が認められたことから、支援拠点センターとコーディネーターが中心となった研修会運営が重要と考えられる。また受講者に高次脳機能障害支援の経験が少ない福祉職が増加することが見込まれることから、愛知県の取り組みである事例の共通化や解説内容の具体化は他県の参考となる。今後も支援経験の少ない受講者に配慮した用語解説の充実や事前学習の工夫、演習時間の再配分といった課題は引き続き残されている。

今回作成した研修会テキスト改訂版（動画を含む）は令和8年5月に公開予定である。今後全国の自治体を実施する高次脳機能障害支援者養成研修の標準テキストとして活用されることが見込まれる。

## E. 結論

高次脳機能障害者の地域での共生生活を推進するため、障害福祉サービス等事業所における利用実態、医療と福祉の連携体制、事業実績などについて調査し、現在の課題を示した。また令和6年度に新設された高次脳機能障害(者)

支援体制加算に対応した標準的テキスト改訂版を作成した。高次脳機能障害の支援者育成に寄与することを期待している。

### 1) 達成度について

予定通り進捗し、目標を達成した。

### 2) 研究成果の学術的意義について

本研究は、高次脳機能障害者支援の現況と課題を明らかにするために、我が国の様々な地域で多数の事業所対象調査を行い、課題を多角的にとらえ、その知見を支援者の専門性を高める研修会に生かし、社会への還元を目指す試みである。また支援者の専門性を高めるため全国で共通のカリキュラム、テキストを用いて研修会を展開するため、適切な研修内容を専門家で検討、開発している点で学術的意義がある。

### 3) 研究成果の行政的意義について

障害者が住み慣れた場所において必要な支援を受け、社会参加の機会を確保し、地域において他の人々と共生する社会を実現することが、現在の障害福祉の理念である。高次脳機能障害については、障害福祉制度の整備は進んだが、その特性に対応できる専門性を持つ人材を事業所に配置するための方策についてはいまだ未解決である。現場の支援者には未経験あるいは障害特性に関する十分な知識がない者も多く、適切な支援を受けられない地域も多い。一方で先進的事業所には高次脳機能障害者が集中するなど、地域格差も大きいのが現状である。当研究では先行する障害福祉サービス事業所調査を高次脳機能障害者支援の視点で改めて整理し、加えて利用実態調査を行い、課題解決に向け提言する点で、これまでにない独創的研究である。また申請者らが開発した高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストを改訂し、広く普及することで、全国の障害福祉サービス事業所の人

材を養成し、高次脳機能障害者が利用可能な社会資源の増加が期待できる。当研究の成果は高次脳機能障害者支援の施策に活用することが可能であり、障害福祉の理念実現に寄与するものとする。

4) その他特記すべき事項について なし

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

・学会発表

1. 植野仙経、高橋賢人、植野司、上田敬太  
転倒を契機とする認知機能の急激な低下：  
陳旧性脳損傷をもつ高齢者の一例 第49回  
日本高次脳機能学会学術集会 2025年11  
月15日 名古屋
2. 森本健太郎、久良木悠介、植野仙経、村井  
俊哉、上田敬太 高解像度MRIで微細損傷  
が同定されるも、症状との乖離を認めた軽  
度外傷性脳損傷の一例 第49回日本高次脳  
機能学会学術集会 2025年11月15日 名  
古屋
3. 田中かなで、草野佑介、舟木健史、西田野  
百合、田畑阿美、植野司、宮本享、荒川芳  
輝、千原英夫、池口良輔、上田敬太 後大  
脳動脈狭窄を認めた小児もやもや病患者の  
神経認知機能の特徴 第48回日本神経心理  
学会学術総会 2025年9月18日-19日、姫  
路市
4. 英香里、関道子、上田敬太 ジャルゴン様  
の自発話に気づきのある重度失語症の一症  
例 第48回日本神経心理学会学術総会  
2025年9月18日-19日、姫路市
5. 駒木美紗、上田敬太、荒川芳輝、梅田雄嗣、  
丹治正大、峰晴陽平、植野司、草野佑介、  
村井俊哉、田畑阿美 頭蓋咽頭腫および胚  
細胞腫瘍患者の高次脳機能が身体活動に与  
える影響 第48回日本神経心理学会学術総  
会 2025年9月18日-19日、姫路市
6. 田畑阿美、上田敬太、梅田雄嗣、舟木健史、  
植野司、峰晴陽平、丹治正大、菊池隆幸、  
駒木美紗、村井俊哉、荒川芳輝 apathyは  
頭蓋咽頭腫および胚細胞腫瘍患者の神経認  
知、社会認知、社会機能に影響を与える 第  
48回日本神経心理学会学術総会 2025年9  
月18日-19日、姫路市
7. 行田智哉、吉村奈津江、稲垣慧、大橋良浩、  
上田敬太、小金丸聡子 失語症患者の呼称  
課題における脳波を用いたfMRI推定領域の  
抽出の予備的検証 第48回日本神経心理  
学会学術総会 2025年9月18日-19日、姫  
路市
8. 大橋良浩、行田智哉、吉村奈津江、稲垣慧、  
上田敬太、小金丸聡子 脳波に基づく経頭  
蓋直流電気刺激法が失語症の言語機能に及  
ぼす影響の予備的検証 第48回日本神経心  
理学会学術総会 2025年9月18日-19日、  
姫路市
9. 蝦名昂大、上田敬太、植野仙経、高橋賢人、  
村井俊哉 外傷性脳損傷患者における認知  
機能障害および睡眠障害の検討 第48回日  
本神経心理学会学術総会 2025年9月18  
日-19日、姫路市
10. 稲葉健太郎、高次脳機能障害のある方の就  
労支援を考える～医療から支援機関へ繋ぎ  
の現状より～、日本職業リハビリテーショ  
ン学会第52回兵庫大会、神戸市、2025年8  
月23日
11. 今橋久美子、立石博章、守矢亜由美、小西  
川梨紗、深津玲子 指定特定相談支援事業  
所における高次脳機能障害者への支援状況  
に関する調査。第49回日本高次脳機能学会  
学術総会。名古屋、2025/11/14-15
12. 相馬有里、廣瀬綾奈、杉本真美、渡邊さつ  
き、松尾幸治、廣實真弓、後天性脳損傷の  
ための認知コミュニケーションチェックリ  
ストを実施する上での注意点と課題。第49  
回日本高次脳機能学会学術総会。名古屋、

- 2025/11/14-15
13. 廣瀬綾奈, 「子どもの高次脳機能障害の理解と対応 ご本人とご家族を支える支援」, 令和7年度東京都北区高次脳機能障害講演会, 北とぴあ, 2025/8/18
  14. 青木美和子, 北海道高次脳機能障害支援拠点(保健所)における支援及び地域連携体制の現状に関する調査, 日本福祉心理学会第23回大会, 徳島県, 2025/12/20-21
  15. 鈴木匡子, 「高次脳機能障害の診断・評価と、職場との連携」, 第98回日本産業衛生学会, 仙台, 2025/5/16
  16. 鈴木匡子, 「言語聴覚士のための高次脳機能障害学入門」, 第26回日本言語聴覚士学会, 山形, 2025/6/28
  17. 鈴木匡子, 「高次脳機能障害の理解と支援」, 令和7年度愛媛県高次脳機能障害支援拠点機関講習会, 松山, 2025/7/19
  18. 鈴木匡子, 「構成障害と視空間認知障害」, 第49回日本神経心理学会, 姫路, 2025/9/18,
  19. 鈴木匡子, 「高次脳機能障害とは」, 令和7年度高次脳機能障害者地域支援者研修会, 仙台, 2025/9/26
  20. 鈴木匡子, 「注意障害と遂行機能障害」, 第19回山形県高次脳機能障がい者リハビリテーション講習会, 山形, 2025/10/18
  21. 鈴木匡子, 「高次脳機能障害のある方を理解し、支えるために」, 令和7年度広島県高次脳機能障害研修会, 広島, 2025/11/2
  22. 鈴木匡子, 「高次脳機能障害を知る・支える」, 令和7年度宮城県高次脳機能障害支援普及事業 第一回専門研修会, 仙台, 2025/11/8
  23. 鈴木匡子, 「医師に高次脳機能を学んでもらうには」, 第49回日本高次脳機能学会, 名古屋, 2025/11/14
  24. 鈴木匡子, 「高次脳機能障害 一気づく苦しみ・気づかない苦しみ」, あいち高次脳機能障害リハビリテーション講習会, 名古屋, 2025/11/16
  25. 渡邊修: 脳損傷者に対する職業リハビリテーション 第83回 日本リハビリテーション医学会関東地方会 東京慈恵会医科大学 2025年9月23 教育講演
  26. 渡邊修: 高次脳機能障害者支援法の制定に向けて 第49回日本高次脳機能学会学術総会 カレントスピーチ2 日本高次脳機能学会 2025年11月15日 名古屋
  27. 渡邊修: 高次脳機能障害者に対する診断・治療の現状と課題 シンポジウム 高次脳機能障害者を地域で支える リハビリテーション・ケア合同研究大会 大阪 2025年11月21日 大阪
  28. 渡邊修: 地域で支える高次脳機能障害-支援ネットワークの構築と展望- 基調講演 全国障害者リハビリテーション研修集会 2025名古屋 2025年11月27日

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）  
分担研究報告書

障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の  
実態把握及び推進のための研究

「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査（自立訓練）」

研究分担者 鈴木 智敦：名古屋市総合リハビリテーションセンター 副センター長  
研究協力者 ◎稲葉 健太郎：名古屋市総合リハビリテーションセンター 自立支援部長  
松尾 稔：名古屋市総合リハビリテーションセンター 生活支援課長

研究要旨

本研究は、高次脳機能障害者に対する自立訓練事業の支援実態と制度的課題を明らかにし、今後の支援体制の在り方について検討することを目的とした。令和6年度に実施された全国調査では、高次脳機能障害者の利用実績に事業所間で大きな偏りが認められ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理師等の専門職（以下、「専門職」という。）配置や医療・相談支援との連携が支援の質に影響している可能性が示唆された一方、その背景要因は十分に解明されていなかった。そこで本研究では、利用実績の割合や運営形態の異なる7法人を対象に、対面またはオンラインによるヒアリング調査を実施し、専門職配置、医療・福祉・相談支援との連携、支援プロセス、運営上の工夫や課題について質的分析を行った。その結果、自立訓練事業は生活再構築と社会参加の基盤形成において重要な役割を果たしているものの、医療から福祉への移行における連続性の欠如、病床回転率上昇と支給決定プロセスの乖離、介護保険偏重による情報不足、相談支援体制の未整備といった複合的な制度課題が明らかとなった。また、専門職配置や共通評価指標の活用、事業所によるアウトリーチ型支援は有効である一方、現行報酬制度では十分に評価されていない実態も示された。今後は、医療・福祉・相談支援が早期から関与する多機関連携体制の構築、専門職配置を促進する報酬制度の見直し、評価指標の整備、退所後の地域資源拡充を通じて、高次脳機能障害者が切れ目なく地域生活へ移行できる支援システムの構築が求められる。

A. 研究目的

1. 背景

障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援については、令和4年6月に取りまとめられた社会保障審議会障害者部会報告書<sup>1)</sup>において、「その特性に対応できる専門性を持つ人材配置をすすめるための方策について検討する必要がある」「本人が医療との関わりを必要とする場合等について、利用者の適切な支援に求められる連携を更に促進する方策等について検討すべきである」との指摘がある。

そのため、令和6年度に「障害福祉サービス

利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」を実施した。この調査においては、中部地区および全国障害者自立訓練事業所協議会の会員を含む385事業所を対象に行い、72法人105事業所から回答を得た。分析の結果、高次脳機能障害者の利用実績には偏りが見られ、実績を有しない事業所が全体の41%を占めた。利用実績の多い事業所では、専門職の配置や評価体制、連携の充実が確認され、これらが支援の質向上に寄与していることが示唆された。一方で、行政手続きの煩雑さや、医療機関・行政機関における高次脳機能障害への理解不足が、支援の円滑な実施を妨げる要因として指摘された。さらに、利用開始までの期間が長期化する

事例もみられ、早期支援体制の構築が求められる。今後は、高次脳機能障害に関する専門的人材の配置を進めるとともに、関係機関の認知向上、利用手続きの簡素化、相談支援専門員の役割強化および制度整備が、自立訓練の効果的な運用に不可欠であると結論づけられた。

## 2. 目的

しかしながら、これらの課題については、詳細な背景要因が十分に把握されておらず、課題解決に向けた具体的な提言には至っていないのが現状である。

そこで本研究では、さらなる詳細な実態の把握および課題解決のための方策を検討することを目的として、ヒアリング調査を実施することとした。

本ヒアリング調査においては、令和6年度の調査で明らかになった傾向の背景要因を明確化するとともに、高次脳機能障害者支援において専門職の配置、連携、支援プロセス等が充実している事業所を対象に、「好事例」や「成功要因」を抽出し、他事業所における支援の参考となる取組を整理する。さらに、行政、医療機関、相談支援専門員等との連携上の課題や、体制的・制度的な障壁を明らかにし、今後の改善方策を検討することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 調査方法

対面またはオンラインによるヒアリング調

査で実施した。

### 2. 調査対象

令和6年度に実施した「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」において回答のあった76法人について、単独事業・複数事業などの運営形態別に分類し、機能訓練2法人、生活訓練2法人、機能訓練＋生活訓練2法人、生活訓練＋自立訓練宿泊型2法人の合計8法人を抽出した。なお、1法人については調査協力が得られず、7法人から回答を得た。（表1）

### 3. 調査期間

2025年12月1日～2026年1月31日

### 4. 調査項目

本ヒアリング調査では、一般病院や高次脳機能障害支援拠点機関、相談支援機関等との連携の実際、専門職配置の有効性と課題、さらに運営上の工夫や人材確保、事業の意義と課題を把握するため、基本的な概要・自立訓練の職員体制・自立訓練の利用者の状況・活動の内容を確認したうえで、連携の取り組み・連携上の課題・運営について・自立訓練事業・その他の各項目について、ヒアリング調査を実施した。（表2）

### 5. 倫理的配慮および利益相反（COI）

本研究は名古屋市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション事業団倫理審査委員会及び利益相反委員会の承認を受けて実施した（課題番号：2025003）。

表1 調査対象

	単独事業・複数事業の事業種別	抽出数 /法人数	抽出事業所名/法人名（高次脳機能障害者の割合）
単 独 事 業	機能訓練	2/13	・新潟県障害者リハビリテーションセンター／社会福祉法人 豊潤舎（機能訓練 85.7%） ・障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター／社会福祉法人 善仁会（機能訓練 64.0%）
	共生型機能訓練	0/1	
	基準該当機能訓練	0/0	
	生活訓練	2/26	・広島県立総合リハビリテーションセンター あけぼの／社会福祉法人 広島県福祉事業団（生活訓練 100%） ・ワークセンター大きな木／特定非営利活動法人 えんしゅう生活支援 net（生活訓練 53.8%）

共生型生活訓練	0/0	
基準該当生活訓練	0/0	
宿泊型自立訓練	0/2	
その他	0/0	
小計	4/42	

複数事業	機能訓練＋生活訓練	2/18	<ul style="list-style-type: none"> <li>千葉県千葉リハビリテーションセンター 更生園／社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団（機能訓練 86.8%＋生活訓練 100%）</li> <li>高知ハビリテリングセンター／社会福祉法人 ファミーム高知（機能訓練 66.7%＋生活訓練 37.5%）</li> </ul>
	機能訓練＋機能訓練	0/1	
	生活訓練＋宿泊型自立訓練	1/9	<ul style="list-style-type: none"> <li>さわや家／医療法人 好生会（宿泊型自立訓練 7.1%＋生活訓練 7.1%）</li> </ul>
	共生型機能訓練＋共生型生活訓練	0/1	
	小計	3/29	
	その他（厚生労働省）	0/1	
	小計	0/1	
合計	7/72		

※高次脳機能障害者の割合：R6/4/1 時点

表 2 調査項目の詳細

(1) 基本的な概要	①法人名 ②事業所名（機能訓練、生活訓練、宿泊型自立訓練） ③開所年／現事業の開始年
(2) 自立訓練の職員体制 （※令和7年10月1日現在）	④機能訓練または宿泊型自立訓練 ア．機能訓練または宿泊型自立訓練の職員数 基準上の必要職員数、常勤換算の従業員数 イ．機能訓練または宿泊型自立訓練の医療職の職員数 医師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士もしくは公認心理師、言語聴覚士、看護師の人数 ⑤生活訓練 ア．生活訓練の職員数 基準上の必要職員数、常勤換算の従業員数 イ．生活訓練の医療職の職員数 医師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士もしくは公認心理師、言語聴覚士、看護師の人数
(3) 自立訓練の利用者の状況 （※令和7年10月1日現在）	⑥定員数 ⑦契約者数 ⑧全体的な利用者の状況、特徴 ⑨紹介元 高次脳機能障害支援拠点機関、一般病院（精神科を除く）、診療所、精神科病院、介護保険施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、特定相談支援事業所、基幹相談支援センター、障害者支援施設、障害福祉サービス事業所、就労関係機関、学校・教育関係機関、家族、市町村等行政機関、その他
(4) 活動の内容	⑩活動の特色（理念） ⑪具体的な支援の内容 ⑫SIM の活用
(5) 連携の取り組み	⑬一般病院（精神科を除く）との連携で取り組んでいること ⑭高次脳機能障害支援拠点機関との連携で取り組んでいること ⑮相談支援機関との連携で取り組んでいること ⑯その他の連携で取り組んでいること ⑰専門職が配置することでの有効性について
(6) 連携上の課題	⑱一般病院（精神科を除く）との連携の課題 ⑲高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題 ⑳相談支援機関との連携の課題 ㉑その他の連携の課題 ㉒専門職が配置することでの課題について
(7) 運営について	㉓運営に係る経費 ㉔運営収支 ㉕人材確保／人材育成 ㉖利用者の確保

	㉗運営（事業継続のための取り組み）
(8) 自立訓練事業 について	㉘この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割） ㉙この事業の課題点 ㉚この事業への施策提言
(9) その他	㉛その他伝えたいこと

## C. ヒアリング調査結果

### 1. 新潟県障害者リハビリテーションセンター

#### (1) 基本的な概要

##### ア. 法人名

社会福祉法人 豊潤舎

##### イ. 事業所名

新潟県障害者リハビリテーションセンター

##### ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2005年 現事業の開始年：2012年

##### エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練 単体事業

##### オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援

#### (2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表3 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	2.8	人
常勤換算の従業員数	4.5	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0.8	人
作業療法士	0.2	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0.1	人
看護師	0.1	人

#### (3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

##### ア. 定員数／契約者数

定員数：20人 契約者数：20人

##### イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・中途障害者で身体障害、高次脳機能障害を抱えた方が社会復帰を目指してリハビリをしている。利用者は、40～50代が約8割（平均年齢は46.9歳）、男性が8割以上、障害の原因は脳血管疾患が74%、脳挫傷が10%で脳損傷の方が8割以上となっている。

##### ウ. 紹介元

表4 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	1	人
一般病院（精神科を除く）	10	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	3	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	1	人
基幹相談支援センター	1	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	1	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	2	人
家族	0	人
市町村等行政機関	0	人
その他	1	人

#### (4) 活動の内容

##### ア. 活動の特色（理念）

- ・新潟県障害者リハビリテーションセンターの自立訓練（機能訓練）は、「その人らしさ」を大切にし、尊厳をもって生活できることを基本理念として実施している。
- ・身体機能の回復や訓練の成果を生活場面に結び付けることを重視し、単なる機能改善にとどまらず、利用者一人ひとりが自らの障害特性を理解し、自己実現に向けてあらゆる可能性を探りながら、主体的に生活できるよう支援している。
- ・また、専門職が相互に連携しながら専門性を発揮し、知識・技術の研鑽を重ねることで、より質の高い支援の提供を目指している。リハビリテーションセンターとしての役割を踏まえ、医療・福祉・就労等の関係機関と連携し、地域での安定した生活や社会参加につながる支援を行うことを重要な役割と考えている。

##### イ. 具体的な支援の内容

- ・自立訓練（機能訓練）では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の専門職が関与し、身体機能および高次脳機能への個別リハビリテーションに加え、生活期における社会参加や就労を見据えた支援を行っている。

- ・訓練は、パソコン作業、手工芸、一般教養、スポーツ・レクリエーション、グループワーク等を組み合わせ、「活動」や「社会参加」を意識した日課として構造化している。これにより、生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人場面への適応など、地域生活に必要な力の獲得を図っている。
- ・また、公共交通機関の利用練習や自動車運転再開支援、各種制度利用に関する助言など、実生活に直結する課題にも取り組み、訓練室内にとどまらない支援を重視している。本人への直接支援に加え、家族や関係機関と情報共有を行い、利用終了後の生活や社会参加につながる支援体制づくりを行っている。

#### ウ．SIMの活用

- ・当センターでは、身体機能面に比べて変化を捉えにくい「社会生活力」を可視化し、支援の質を高めることを目的として、SIMを活用している。
- ・利用開始時および終了時に加え、定期的な評価を行い、理学療法士・作業療法士を中心に結果を整理し、チーム内で共有している。これにより、利用者の生活機能や社会参加の状況を客観的に把握し、支援の焦点や優先順位を明確にした支援方針の検討につなげている。
- ・SIMは、専門職間の共通理解を促進するツールとして有効であるだけでなく、評価結果を本人や家族と共有することで、利用者自身が自らの障害特性や生活上の課題に気づき、自己実現に向けた目標を整理するための支援にも活用できると考えている。
- ・また、支援の成果をデータとして示すことで、外部機関に対して自立訓練（機能訓練）が担う生活期リハビリテーションの役割を説明する際の根拠としても位置付けている。

#### (5)連携の取り組み

##### ア．一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・一般病院（回復期リハビリテーション病棟等）とは、退院後の生活や社会参加を見据えた支援について情報共有を行い、必要に応じて見学・体験利用を受け入れている。一般病院との連携では、利用希望者に対し1～2泊の「体験利用」を実施している。これは事業者側にとってコストがかかる取り組みだが、病院での治療と自立訓練の内容の違いを利用者と病院双方に理解してもらい、利用開始後のギャップを埋める上で極めて有効な手段となっている。
- ・また、回復期リハ病棟を有する病院を訪問し、医療相談員やリハビリテーション専門職に対して、自立訓練（機能訓練）の対象者像や制度の位置づけ、利用に至るまでの手続きの流れ等について説明を行っている。
- ・医療機関でのリハビリ終了後も、就労や社会参加に課題を残すケースが多いことから、医学的リハの「延長」ではなく、生活期における社会リハビリテーションとしての自立訓練（機能訓練）の役割を伝え、適切な支援につなぐことを意識している。こうした取り組みを通じて、退院前後の段階から相談を受け、生活環境や通所手段、利用開始時期を調整し、円滑な地域生活への移行を支援している。

##### イ．高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・高次脳機能障害支援拠点機関とは、主に精神保健福祉センターや高次脳機能障害相談支援センターのコーディネーターと連携し、当事者のつどいや家族のつどいを開催することで、当事者同士・家族同士が経験や思いを共有できる場づくりに取り組んでいる。
- ・あわせて、高次脳機能障害に対する理解促進を目的に、医療・福祉関係者等を対象とした研修会や勉強会を開催し、地域における高次脳機能障害支援の啓発活動にも取り組んでいる。これらの取り組みを通じて、本人・家族への支援にとどまらず、地域全体の支援力向上を意識した連携を行っている。

#### ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・相談支援専門員とは、利用者の個別支援会議等の場において情報共有を行い、利用者の状況や意向を踏まえた支援内容の検討を行っている。
- ・また、当センターが実施する見学説明会や、基幹相談支援センターが主催する相談連絡会議等の機会を通じて、自立訓練（機能訓練）の対象者像や支援内容、利用までの流れについて情報提供を行っている。これらの取り組みにより、相談支援専門員が支援の選択肢として自立訓練（機能訓練）を適切に検討できるよう、制度理解の促進と連携強化を図っている。

#### エ. その他の連携状況

- ・職業リハビリテーションも自立訓練（機能訓練）の重要な要素と捉え、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労継続支援事業所等の就労支援機関と情報交換を行っている。
- ・また、居宅介護支援事業所や介護老人保健施設等の介護保険サービス事業所に対しても情報提供を行い、自立訓練（機能訓練）が必要な方に適切にサービスが届くよう、連携に取り組んでいる。

#### オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の専門職が配置されていることで、身体機能や高次脳機能だけでなく、生活場面や社会参加を含めた総合的な評価と支援が可能となっている。
- ・専門職がSIM等の評価を用いて利用者の状態を可視化し、チーム内で共有することで、支援の目的や焦点が明確になり、生活支援員を含めた職員間の共通理解が深まっている。
- ・また、専門職が関与することで、本人や家族、関係機関に対して支援内容や経過を具体的に説明でき、医療から福祉、就労へとつな

がる生活期リハビリテーションの質の向上につながっている。

#### (6)連携上の課題

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院に対して、自立訓練（機能訓練）の対象者像や制度の位置づけ、利用までの流れについて説明を行っているが、医療機関によって理解の深さや認識に差があることが課題である。
- ・特に、介護保険第2号被保険者で特定疾病に該当する患者については、介護保険サービスが優先的に検討されやすく、自立訓練（機能訓練）の利用が十分に検討されないまま支援が進むケースがみられる。
- ・また、障害福祉サービスの利用にあたっては、申請や手続きに一定の時間や手間を要することから、医療機関側にとって障害福祉サービスへつなぐことが負担となり、結果として支援につながりにくい状況が生じていると考えられる。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・高次脳機能障害支援拠点機関とは、情報共有や啓発活動を通じた連携を行っているが、拠点機関に配置されているコーディネーターが限られていることから、マンパワーの面で十分な対応が難しい状況がある。そのため、個別ケースへの継続的な関与や、地域全体への支援展開については一定の制約が生じており、人的体制の充実が今後の課題と考えられる。

##### ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・相談支援専門員との情報共有や説明の機会は設けているものの、相談支援専門員の経験や障害福祉サービスに対する理解度には差がある。そのため、自立訓練（機能訓練）について、身体機能の改善を目的としたリハビリテーションを行うサービスと捉えられ、生活期における社会参加や就労を見据えたリハビリ

テーションの内容が十分に理解されていないケースがみられる。

- ・「機能訓練」という名称が、身体機能の回復訓練のみを行う場所という誤解を生みやすく、支援内容が正しく伝わらない一因となっている。結果として、自立訓練（機能訓練）が支援の選択肢として適切に検討されにくい状況が生じている。

#### エ. その他の連携の課題

- ・就労支援機関や介護保険サービス事業所等と連携を行っているが、制度の違いにより支援の方向性について十分なすり合わせが難しい場合がある。
- ・また、利用者の障害の程度や状況の幅が大きく、就労を重視する支援や生活の安定を優先する支援など、柔軟な支援体制の構築が求められる。
- ・一方で、こうした多様な支援ニーズに対応するために連携の幅を広げていくには、一定の時間や労力を要する点が課題となっている。

#### オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・専門職を配置することで、質の高い評価や支援が可能となる一方、専門職の確保には経営的な負担が生じるため、配置人数には一定の制約が生じている。
- ・また、専門職が担う役割が多岐にわたることから、支援、評価、関係機関との連携、説明等の業務が集中しやすく、業務負担の調整が課題となっている。

### (7) 運営について

#### ア. 運営に係る経費

- ・人件費を中心とした固定的な経費の割合が高い。

#### イ. 運営収支

- ・指定管理者として事業を運営しているが、指定管理料がなければ運営収支は赤字となる構造である。自立訓練（機能訓練）をはじめとする専門性の高い支援を安定的に提供するた

めには、指定管理料による財政的支援が不可欠となっている。

#### ウ. 人材確保／人材育成

- ・若年層の人材確保が難しく、人材不足が課題となっている。事業所内研修および外部研修を取り入れて人材育成に取り組んでいるが、研修の効果が十分に現場実践へと結びつく体系的な仕組みづくりについては、今後の課題と感じている。
- ・また、専門職の採用も大きな課題で、ST（言語聴覚士）などの専門職を追加で配置しても、事業所としての直接的な経営上のメリット（加算など）が明確でないことである。これにより、質の高い支援を提供するために専門職を増やしたくても、経営判断として増員に踏み切るインセンティブが働きにくいという課題に繋がっている。

#### エ. 利用者の確保

- ・見学説明会の実施や医療機関への訪問等を通じて利用者確保に努めているが、事業運営が安定する水準での利用者数を継続的に確保することには、常に難しさを感じている。制度の理解不足等により、自立訓練（機能訓練）が選択肢として検討されにくいことも影響していると考えている。

#### オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・職員の採用が困難な状況にあることから、職場環境の改善を重視し、職員が安心して意見を出し合える心理的安全性の高い職場づくりを意識している。
- ・また、支援の質を維持・向上させることが事業継続の前提であると考え、利用者一人ひとりの状況に応じた丁寧な支援をチーム全体で共有し、実践する体制づくりに取り組んでいる。

### (8) 自立訓練事業について

- ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・自立訓練（機能訓練）は、回復期リハビリテーション終了後の生活期において、就労や社会参加に向けた「生活基盤の再構築」を支える重要な役割を担っている。医療機関では提供が難しい、生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人関係への適応、社会的役割の再獲得といった支援を、制度として継続的に提供できる点が大きな利点である。
- ・また、一般就労や復職に限らず、福祉的就労や地域生活への移行など、利用者一人ひとりの状況に応じた多様な社会参加の形を支援できることから、壮年期に障害を負った方の「その人らしい生活」を支える生活期リハビリテーションとして、社会的意義の高い事業であると考えている。

#### イ. この事業の課題点

- ・自立訓練（機能訓練）は、生活期における重要な支援である一方、その役割や対象者像が医療機関や相談支援機関等に十分に理解されておらず、支援の選択肢として検討されにくい現状がある。
- ・また、介護保険優先の原則や制度間の違いにより、生活期リハビリテーションとしての自立訓練が活用されにくいケースもみられる。
- ・また、介護保険の手続きは迅速である一方、障害福祉サービスである自立訓練の利用開始までに時間がかかり、利用機会を逃す一因となっている。このため、診断書があれば暫定的にでも利用を開始できるような制度設計の見直しの必要性があると考えている。
- ・さらに、専門職配置に伴う経営的・人的な制約や、他機関との連携に要する時間的・労力的負担など、事業を継続的に運営していく上での課題も抱えている。

#### ウ. この事業への施策提言

- ・自立訓練（機能訓練）が生活期リハビリテーションとして十分に機能するためには、医療・介護・障害福祉の各分野において、本事業の役割や対象者像についての理解を一層深

める必要がある。特に、回復期リハビリテーション終了後の支援の選択肢として、自立訓練（機能訓練）が適切に検討されるよう、医療機関や相談支援機関への情報提供や啓発の仕組みづくりが求められる。

- ・あわせて、専門職配置を前提とした事業運営が継続可能となるよう、評価・加算の在り方や人材確保に関する支援策の検討、制度間連携を促進する仕組みの整備が重要であると考ええる。

具体的には、以下のことが考えられる

#### ○医療機関への周知徹底

- ・医師が自立訓練事業の内容や利用ルートを正しく理解し、退院する患者（特に65歳未満）に的確な情報提供ができるよう、急性期病院の医師（脳神経外科や脳神経内科）が、退院後に受けられる具体的な支援の流れや機関を示したフロー図入りのリーフレットを作成することは、有効であると考えられる。

#### ○障害福祉サービスの加算制度の見直し

- ・高次脳機能障害体制加算の傾斜配分：現行の高次脳機能障害体制加算について、事業所における高次脳機能障害者の利用割合に応じて加算額を変動させる「傾斜配分」を導入する。利用者が8割を超えるような専門性の高い事業所には手厚く、割合が低い事業所にも一定の加算を付けることで、より多くの事業所が支援に取り組む動機付けとする。
- ・専門職配置加算の創設：人材確保と専門性の向上を促すため、言語聴覚士（ST）や作業療法士（OT）などの専門職の配置を直接評価する「専門職配置加算」を創設する。専門職を1名配置した場合、2名配置した場合、複数の専門職種を配置した場合などで段階的に加算額を設定することで、事業所が専門職の採用・増員に踏み切る経営的なメリットを明確にする。

#### ○利用手続きの迅速化

- ・介護保険サービスに比べて手続きに時間がかかるという不利な状況を改善するため、診断

書等があれば暫定的に利用を開始できるなど、利用開始までのプロセスを迅速化する制度設計が求められる。

(9)その他

- ・自立訓練（機能訓練）は、生活期における社会参加や就労を支える重要な制度であるが、十分に認知されているとは言い難い。今後も関係機関との連携を通じ、制度の理解促進に取り組んでいきたい。
- ・運営上の大きな課題として、入所施設の低稼働率が挙げられる。施設入所の定員は30名だが、実際の入所者は十数名にとどまっている。これは、退院後の利用者の多くが集団生活を避け、可能な限り通所での利用を希望するためである（現在、利用者の6割以上が通所）。また、行政の窓口でも入所の必要性を厳しく問われる傾向があり、手続きの面でも通所が選ばれやすいところも課題となっており、行政の正しい自立訓練への理解が求められる。

2. 障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

社会福祉法人 善仁会

イ. 事業所名

障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：1995年 現事業の開始年：2011年

エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練 単体事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

生活介護、短期入所、施設入所支援、居宅介護、計画相談支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表5 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	4	人
常勤換算の従業員数	5	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	1	人
作業療法士	0	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0.1	人
看護師	1	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：20人 契約者数：26人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・脳血管障害が基礎疾患にあり、片麻痺や高次脳機能障害のある方が多い。

ウ. 紹介元

表6 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	12	人
診療所	0	人
精神科病院	1	人

介護保険施設	5	人
居宅介護支援事業所	1	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	5	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	1	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	1	人
市町村等行政機関	0	人
その他	0	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・宮崎県内にて自立訓練（機能訓練）を実施しているのは、当事業所が1カ所であり、入所・通所でリハビリを実施している（他は共生型）。
- ・特に入所では、日常生活の支援も含めたりハビリを実施している。

イ. 具体的な支援の内容

- ・リハビリは個別支援と集団訓練を実施している。
- ・特に、個別訓練では、身体機能面のリハビリから社会生活訓練を実施している。（買物訓練・公共交通利用訓練等）社会復帰に向けた支援として住居の選定や環境調整（市営住宅の抽選に付き添うなど）、職場との障害面の共有なども実施している。
- ・就労移行とのつながりはほとんどない。就労継続B型か直接就労（コルディアール農園）の例がある。

ウ. SIMの活用

- ・現在SIMは未活用。
- ・SIMに対応した自立訓練のプログラムが準備できていない。

(5) 連携の取り組み

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・入所相談があった際には、病院への訪問を行い対象者の状況確認を実施。
- ・見学依頼があった際に対応している。

- ・潤和会の他、日向や都城の顔見知りのワーカーがいてそこから紹介がある。生活保護の人や若くて就労できそうなケースが相談であがってくる。

#### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・年に1回、高次脳機能障害支援連絡会議に参加している。
- ・宮崎県が支援拠点機関として指定している「宮崎県身体障害者相談センター」とは、高次脳機能障害者通所教室で関わっている。

#### ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・当施設に相談支援事業所があり、入所依頼があった際には病院への調査に同行してもらい対応している。
- ・相談支援事業所が参加する研修等に参加して、顔の見える関係を構築している。
- ・セルフプランであることはほとんどない。

#### エ. その他の連携状況

- ・宮崎県で実施している高次脳機能障害通所教室に支援スタッフとして、作業療法士が参加している。
- ・高次脳機能障害支援者養成研修を法人で委託を受け宮崎県内で実施している。

#### オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・病院と専門職とのやり取りが直接可能。
- ・高次脳機能の評価ができるほうがいい。
- ・リハビリ内容や評価の説明が可能。「注意障害がある」ことについて医師と運転についてやり取りをする事例が先日あった。家族にも説明がしやすい。

#### (6)連携上の課題

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・固定した医療機関からの受け入れが多く、その他の医療機関とのやり取りが少ない。営業をしなければいけない。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・高次脳機能障害支援拠点機関である宮崎大学医学部（附属病院）とのやり取りがほとんどないため、紹介はほぼない。

##### ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・利用者のやり取りをする事業所が固定化している。
- ・相談支援から機能訓練に紹介されることはない。

##### エ. その他の連携の課題

- ・機能訓練の定員がいっぱいで受け入れを待っていただくケースがある。（その際は市町村や相談支援事業所と協議を行い、介護保険の事業所を経由していただくケースがある）

##### オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・OTは集団訓練をもっと行いたいと考えているが訓練を行う時間がない。

#### (7)運営について

##### ア. 運営に係る経費

- ・生活介護があるか運営できていると考えている。

##### イ. 運営収支

- ・入所は令和6年度ほぼ100%。

##### ウ. 人材確保／人材育成

- ・高次脳機能障害支援者養成研修への講師派遣や受講生としての参加。

##### エ. 利用者の確保

- ・病院からの紹介がほとんどで、待機者あり。

##### オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・施設としては生活介護との事業実施で自立訓練が成り立っている。

#### (8)自立訓練事業について

##### ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・宮崎県に事業所が一カ所しかなく、若年層の受け皿としての役割があると思う。

##### イ. この事業の課題点

- ・施設として利用者の受け入れはあるものの退所先が少なく、利用者の循環に課題がある。
- ・自立訓練の支給決定期間について、脊損との期間の差の整合性があるのか。

ウ．この事業への施策提言

(特になし)

### 3. 広島県立総合リハビリテーションセンター あけぼの

#### (1) 基本的な概要

##### ア. 法人名

社会福祉法人 広島県福祉事業団

##### イ. 事業所名

広島県立総合リハビリテーションセンター  
あけぼの

##### ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：1968年 現事業の開始年：2003年

##### エ. 自立訓練の事業種別

生活訓練 単体事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス  
療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支  
援、就労移行支援、児童発達支援、放課後等  
デイサービス、医療型障害児入所支援、計画  
相談支援、障害児相談支援、保育所等訪問支  
援

#### (2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現 在）

表7 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	4	人
常勤換算の従業員数	4	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	1	人
理学療法士	0	人
作業療法士	1	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	1	人

#### (3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日 現在）

##### ア. 定員数／契約者数

定員数：24人 契約者数：17人

##### イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・高次脳機能障害者 100%、脳血管疾患 82%、交通事故 6%、その他 12%。
- ・重度の高次脳機能障害者が多く、病院内にある高次脳機能病棟に入院して、医療的リハビ

リテーションを受け、退院後も外来で作業・言語訓練を継続的に行いながら、あけぼので生活訓練を行うという方法をとることで、医療と福祉が一体となり、地域移行や就労等に向けた専門的な支援を提供していることが特徴。

- ・聞き取り日時点では待機者0名。原因の推測としては、GHが増えてきているためGHに直接入所される割合が多くなってきたのではないかと考えている。入所者の退所先はほぼGH。そもそも帰宅できるようなケースではない場合が多い。自宅に戻るのは稀。

##### ウ. 紹介元

表8 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	16	人
一般病院（精神科を除く）	1	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	0	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	0	人
市町村等行政機関	0	人
その他	0	人

#### (4) 活動の内容

##### ア. 活動の特色（理念）

- ・理念：1日も早い自立と社会復帰を願って、質の高い信頼される支援サービスの提供に努めます。

##### イ. 具体的な支援の内容

- ・生活面：メモリーノートの活用、スケジュール管理、コミュニケーションの練習、学習会、身体機能訓練、生活の自立に向けた訓練。
- ・社会復帰：外出訓練、職業訓練、就労に向けた職場訪問、面接・ビジネスマナー等、退所後の住まいの調整、職場やグループホームでの実習。

- ・訓練時間は9時～15時だが、15時からリハビリテーションセンターの外来リハを受けるケースもある。維持期リハとして実施している。医療と福祉両方のリハが受けられるのが利用者にとってメリットになっていると感じている。

#### ウ. SIMの活用

- ・SIM評価により、点数化されることで、客観的な評価が可能となった。また、社会復帰への課題が明確となり、支援内容の絞り込みができた。

#### (5)連携の取り組み

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・県内の回復期病院への定期的な訪問の実施。
- ・国土交通省の自動車事故被害者支援体制整備事業のネットワーク構築支援事業により、福山リハビリテーション病院と連携をしている。福山リハのMSWだけでなく、OTからも患者の情報提供があり、あけぼのでの訓練を見据えた情報提供を受けている。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・同一センター内の高次脳機能センターとの合同カンファレンスや、情報共有を行っている。また、高次脳機能センターのスタッフと一緒に病院訪問をしている。
- ・施設の職員だけで訪問を行ってもメリットが伝わりにくい印象があるため高次脳支援センターの職員と一緒に訪問を行っている。高次脳支援センターの職員が同行すると話を聞いてもらえるようになる理由としては、高次脳機能病床への転院についての情報も確認できることが大きいのではないかと推測している。

##### ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・訪問しているが、具体的な連携には至っていない。

##### エ. その他の連携状況

- ・就労支援機関との連携（障害者就業・生活支援センター、能開校、ハローワーク等）。

##### オ. 専門職を配置することでの有効性について

- ・病院部門の訓練状況を理解しており、施設での訓練の継続性や新たな取り組みに力を発揮している。
- ・また、支援員は法人内の介護部門や知的障害者部門へ人事異動があり、人材を育てても抜かれるため、一定の水準の者が常に不足している状態である。OT等の専門職は長期間の経験を有しており、支援員の育成においても有効である。

#### (6)連携上の課題

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・福山リハ以外の病院との連携が課題。特に、人口や病院の多い広島市との連携が必要。
- ・広島市リハはセンター内の病院部門との連携が難しく、てんかんがある人等の医療度が高い方の受入れが難しいようである。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・県内の拠点機関の活動の差が大きく、その差を小さくすることは私達では困難。
- ・県は、複数の医療機関を拠点病院としているが、山間部などの病院はそもそも医療従事者不足などの問題も発生している。拠点病院それぞれの取り組みで濃淡がある状況がある。

##### ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・相談支援機関自体、高次脳機能障害者を受け入れている事業所を把握していないことが問題と感じる。
- ・尾道市の基幹に高次脳機能障害を受け入れている事業所についてどれだけ把握しているか確認をしたことがあるが「わからない」という返答だった。地域として高次脳機能障害の人がどのようなサービスに繋がっているか実態が把握できていない実情あり。そのため埋もれているケースも相当数ある印象を持つ。

もしかすると二次医療機関にきている可能性があるかもしれない。

#### エ. その他の連携の課題 (特になし)

#### オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・ 特にありません。
- ・ この調査票に記載してある配置職員については、医師も含めて兼務はしておらず施設付きの職員となっている。心理やSTはリハビリテーションセンターのほうで外来リハビリを受けることで関わってもらっている。評価などを実施してもらっている。
- ・ OTはもう一名ほしいと思っている。

#### (7) 運営について

#### ア. 運営に係る経費

- ・ 障害支援区分が低く、経費を収入でまかないきれない。
- ・ 広島県では障害支援区分がつかない場合が多く、身体障害が軽度のケースなどが特にそのような傾向がある。

#### イ. 運営収支

- ・ ▲5,142万円（令和6年度決算額）。
- ・ 職員数を30名から20名に減らしたがそれでも赤字になっている。

#### ウ. 人材確保／人材育成

- ・ 福祉業界に就職する若い人が減少しているとともに、退職者も増えている。人材育成しても、人事異動により、核となる人材の定着や確保が困難であり、将来的には、事業の継続が難しくなる恐れがある。
- ・ 給料も多いわけではないため人が集まりにくい。結果的に職員のクオリティ低下に繋がっている。訓練を任せられるような人材が育たない。
- ・ また、時間をかけて育てた職員ほど異動になる場合が多い。高次脳機能障害支援センターのCoとして送り出す場合もあるが、病院のMSWに異動となることも多い。結果優秀な人材

が残ることがない。Coから施設に戻ってくるケースはある。

#### エ. 利用者の確保

- ・ 同じリハビリテーションセンター内からの入所がほぼ100%である。
- ・ 以前は外部の病院からも受け入れていたが、主治医が相談に乗ってくれないなど問題があった。現在は外部から受け入れる場合は必ずリハビリテーションセンターの高次脳機能病床に転院をしてもらってから受け入れるという方針に変更している。

#### オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・ 聖域なき支出削減（職員を30%削減等）。
- ・ 現在の職員数は非正規も併せて20名。以前までは30名いたが経営難であるため削減した。

#### (8) 自立訓練事業について

#### ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・ 困っている方が多く、定員100%の入所でも赤字となるため、事業を行う事業者が限られることから役割は大きい。

#### イ. この事業の課題点

- ・ 自治体からの補助金なしにはできない事業だが、広島県の補助金はゼロである。
- ・ 指定管理だが指定管理料は0。結果職員数の減少、職員のクオリティの低下などに繋がっている。設備も老朽化しており課題が山積している状況。

#### ウ. この事業への施策提言

- ・ 高次脳機能障害者支援体制加算や、施設入所支援の基本報酬の増額。
- ・ 満床でも赤字になるという仕組みになってしまっている。社会的意義はあるが行政の支援がない限り現在の構造上では継続が困難である。

#### (9) その他

- ・ 高次脳機能障害支援者養成研修について、職員は派遣するが主催は県が行うよう伝えてい

る。県が丸投げしようとするため。丸投げするのであれば職員も出さないと言って交渉を継続している状況あり。全体的に県の関わりが薄い。

#### 4. ワークセンター大きな木

##### (1) 基本的な概要

###### ア. 法人名

特定非営利活動法人 えんしゅう生活支援 net

###### イ. 事業所名

ワークセンター大きな木

###### ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2011年 現事業の開始年：2011年

###### エ. 自立訓練の事業種別

生活訓練 単体事業

###### オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

就労移行支援、就労継続支援B型、就労定着支援

##### (2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表9 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	2.1	人
常勤換算の従業員数	2.6	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	1	人
臨床心理士もしくは公認心理師	1	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

##### (3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

###### ア. 定員数／契約者数

定員数：8人 契約者数：9人

###### イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・障害種別は問わず受け入れをしている。高次脳機能障害の方が多いが、精神、発達障害の方の割合も増えてきている。知的障害と高次脳機能障害を重複、精神障害と高次脳機能障害を重複している方も利用がある。病院退院後すぐに利用する方は少なく、発症・受傷から2～3年経過している人もいる。

###### ウ. 紹介元

表10 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	2	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	1	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	3	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	1	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	1	人
市町村等行政機関	0	人
その他	1	人

##### (4) 活動の内容

###### ア. 活動の特色（理念）

- ・障害の有無にかかわらず市民が相互に人格と個性を尊重し、広く公益に寄与することを目的とします。基本理念「地域におけるノーマライゼーションの実現」

###### イ. 具体的な支援の内容

- ・就労移行支援と一体化して多機能型事業所として運用している。
- ・利用者の8割は高次脳機能障害者であり、午前中(9:30-11:30)は個別訓練を利用者に合わせた課題を提供しており、午後(12:30-14:30)は集団訓練で学習プログラムや外出プログラム、コミュニケーションプログラムなどを実施している。

###### ウ. SIMの活用

- ・評価の実施は、2名が同一者を評価し平均値を採用している。除外項目が個別で異なるため、割合で他者比較を行えるようにしている。
- ・取り組みの見える化として意義がある。
- ・今後、事業所間での共有、比較ができると良い。この評価(点)であれば、これくらいのことができるイメージできるようになるとよい。
- ・課題は、評価については本人に伝えていないこと。利用者の状況、項目により聞き取りでの評価となることで職員によってばらつきが

出てしまう。聞き取りのあり方やチェック項目で評価を実施するなど標準化できるとよい。

- ・個別計画訓練支援加算を算定しているが、十分な活用ができているとは言えず形骸化してしまっている。

#### (5)連携の取り組み

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・信頼関係作りの一環として、利用から3か月、半年後に情報提供書を作成して送付している。連携加算など、報酬上のメリットがあるとよい。
- ・病院内の勉強会で講師として講義をする機会がある。スタッフの半数が作業療法士であり、作業療法士協会員としてつながりがあること、スタッフに大学院生がいることで個人や病院とのネットワークを持っていることで連携をしている。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・2022年から当事業所も支援拠点機関であり、県内8か所の支援拠点機関があるが、県主催による支援者会議が年2回、ネットワーク会議が2回行われており、支援拠点機関同士の連携は取りやすい環境となっている。

##### ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・特にないですが、すでに連携の取れている事業所がいくつかあり、利用相談が入り、相談支援機関が関わっていない場合、連携している事業所に紹介、計画相談を依頼している。サービス利用者のすべてに相談支援機関（計画相談）が関わっている。

##### エ. その他の連携状況

- ・リハ学生（専門学校等）への講義、民生委員向けの講義、ジョブコーチ養成研修での講義、書籍の執筆、関連学会での発表やワークショップの開催、支援コーディネーターとして月1回の家族会・相談会に参加。

##### オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・医療と福祉の情報共有が容易。医学的根拠に基づいたアプローチと企業等への説明ができること。同じ専門職であれば法人のコンセプトにズレがなく運営しやすい。

#### (6)連携上の課題

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・大手病院になると情報提供書が主治医まで期日に届きにくい。
- ・内科や精神科など薬を処方されるだけのクリニックになると関わりが希薄で連携が取りにくくなる。
- ・病院から福祉サービスの紹介もなく社会復帰されてしまうことがあり、退職や休職になってから福祉サービスの利用となってしまうことがある。病院は社会復帰や復職に対するリスクヘッジが低いと感じることがある。退院後の切れ目のない支援が必要と感じる。
- ・病院側の意見も聞く必要性を感じる。また、病院が福祉サービスを知らないこともあり、取り組みを伝え、知ってもらう必要がある。病院が自立訓練の存在を知らない。知ってもらうために紹介資料、社会復帰までのフローチャートなどがあるとよい。
- ・医療と福祉の役割を理解しつつ、知識・技術の共有が必要。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・特に問題は感じていない。
- ・大きな木が静岡県西部の高次脳機能障害支援拠点機関となっている。

##### ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・知的障害を主に対象としている相談支援機関においては、高次脳機能障害の理解が乏しく、支援の方向性のコンセンサスが得られにくいこともある。

##### エ. その他の連携の課題

（特になし）

##### オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・処遇の問題で賃金とやりがいのバランスで人材が就職先を選択していると思うが、有資格者に対し、給与は高く設定しなければ、福祉での就労を選択しない。医療と福祉の給与格差を改善する必要がある。現状では、より高いサービスの質を提供しようとする、より多くの専門職を配置することになり、事業運営を圧迫することになる。

#### (7) 運営について

##### ア. 運営に係る経費

- ・人件費率が最も高い。全体の7割程度。
- ・開設当初より、専門職の配置を基準としていたため感覚的な負担は少ない、量より質を重視している。

##### イ. 運営収支

- ・拡大するためには収支が厳しい。
- ・ぎりぎりの人員で実施しているので、質を保ちつつ拡大することはかなり難しい。

##### ウ. 人材確保／人材育成

- ・理事が大学教員であり、作業療法士養成校での講義を実施している。養成校より実習生をほぼ1年中受けており、人材教育・育成に力を入れている。
- ・人材確保において、専門職は集まりにくい。やりがいと賃金で選択になるが、処遇が見合わなければ人材が集まらない状況。処遇改善のため、単価を上げる必要がある。

##### エ. 利用者の確保

- ・強力な連携病院はないため、現在のところ待ちの姿勢となっている。病院での難渋ケースが当事業所に送られてくる傾向がある。

##### オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・医療機関含む紹介元になりうる他機関とのネットワーク強化。

#### (8) 自立訓練事業について

- ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・生活習慣を整えるなど職業準備性ピラミッドの下3層の強化。病院から退院後のサービス利用が有効と思われる。短期間でもその後のフォローアップにつなげることができる福祉サービスの入り口的な存在である。
- ・以前は、復職者の支援に自立訓練を利用していた。現在は就労移行支援も利用できるようになり、働くためのベース作りをしている。就労目的で就労移行支援から利用して見立ての違いや利用者の方針転換により自立訓練に切り替える方もいる。自立訓練は、就労目的だが生活面の課題がある方の受け皿の役割を担っている。

##### イ. この事業の課題点

- ・自立訓練の効果検証をして行く必要がある。
- ・サービスにアクセスできない埋もれない人を作るための取り組み、仕組み作りが必要。
- ・期間、期限があることは重要。事業所の収益に限界を招くが、期限があることで利用者が次のステップに進むきっかけになる。

##### ウ. この事業への施策提言

- ・医療と福祉のシームレスな連携システムの構築が必要。そのために、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士の配置ができると医療から福祉への連携がスムーズになる。
- ・作業療法士等の専門職を配置することでサービスの質を上げることに繋がるため、配置するための報酬単価を上げる必要がある。

#### (9) その他

- ・個別訓練計画支援加算の要件に社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師に加え、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士も加えてほしい。

5. 千葉県千葉リハビリテーションセンター  
更生園

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団

イ. 事業所名

更生園

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：1991年 現事業の開始年：2009年

エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練、生活訓練 複数事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス  
療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支  
援、就労移行支援、児童発達支援、医療型児  
童発達支援、放課後等デイサービス、医療型  
障害児入所支援、就労定着支援、計画相談支  
援、障害児相談支援、保育所等訪問支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現  
在）

表 11 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	6	人
常勤換算の従業員数	3.9	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	1	人
理学療法士	2	人
作業療法士	3	人
臨床心理士もしくは公認心理師	1	人
言語聴覚士	2	人
看護師	2	人

表 12 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	4	人
常勤換算の従業員数	1.7	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	1	人
理学療法士	2	人
作業療法士	3	人
臨床心理士もしくは公認心理師	1	人
言語聴覚士	2	人
看護師	2	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日  
現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：46人 契約者数：39人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・高次脳機能障害のある方の割合はおよそ9割。
- ・平均年齢はおよそ45歳、男性利用者の割合が85%。
- ・視覚障害・聴覚障害の方はいないが、肢体不自由や高次脳機能障害の方で重複した障害のある方はいる。

ウ. 紹介元

表 13 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	1	人
一般病院（精神科を除く）	32	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	2	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	2	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	1	人
家族	1	人
市町村等行政機関	0	人
その他	0	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・就労・地域社会参加を目的に、外出機会／外出訓練を多くする、自立訓練から就労移行支援の事業変更を目標に、コース制も導入して、段階的に自己管理スキルや就労準備性が高まる支援を行っている。

イ. 具体的な支援の内容

- ・プログラムのバリエーションが多い（利用者にとって多くの経験となり、評価や訓練の幅もでき、ストレングスの助長や課題の抽出にもつながる、一方で全体のプログラム管理や記録評価等が不十分となる）。

ウ. SIMの活用

- ・初期評価（1ヶ月）、その後モニタリング標準期間に合わせた3ヶ月毎のSIM評価を行っている。評価することについては定着してきたが、評価の標準化やより分かりやすい評価基準の作成など、課題もある。
- ・いまだに初期評価が異様に高いデータがある事は課題。評価をつける職員の育成が足りない事が原因かもしれない。
- ・現在の課題を見つけるためのアセスメントの道具としても使えると思う。

#### (5) 連携の取り組み

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・県内や東京・茨城・埼玉等の回復期リハ病院と連携している。日常的な相談、紹介いただいた入院中利用者家族への訪問面接、病院訪問等による広報活動、見学の受入れ、千葉県回復期リハ連携の会への参加。
- ・回復期リハ病院の連携会のような場で、職員が講義、勉強会のような形で自立訓練の説明を行うこともしている。回復期リハ病院にアンケートをした時は、ほとんど自立訓練の存在を知らない。
- ・ソーシャルワーカーが結構変わるため、定期的に訪問しないと連携は取れていかない。病院内でソーシャルワーカーがちゃんと引き継ぎはしてないのではという疑いを持つため、広報も重要だと感じる。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・月1回の情報共有会議の開催。
- ・高次脳支援状況（グループ等）の確認、更生園運営状況について（空き状況や紹介いただいた利用者の状況報告）。
- ・地域移行の時に高次脳機能障害支援センターに入ってもらい、茨城のセンターとも連携した事があった。出口の部分でも重要だと感じる。

##### ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・できるだけセルフプランの方を少なくする。

- ・回復期リハ入院中に相談支援専門員を選定していただく。
- ・相談支援専門員には個別支援会議に出席していただき、地域移行に向けて連携している。

##### エ. その他の連携状況

- ・県内機能訓練事業所の連絡会を実施していたが、事業所数が減り消滅。
- ・大学との交流（利用者とのボッチャ、大学への訪問）。
- ・介護保険分野からも一定数の利用につながっているため連携について検討する。

##### オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・専門職の利用者への検査評価分析は特に高次脳機能障害支援（目に見えない、支援の組立てが難しい、個別の障害特性）には根拠となり、有効でもある。
- ・健康・内服・食事・身体運動障害・家事動作・運転・就労・家屋改修・障害受容・失語・コミュニケーション・高次脳機能障害など、アセスメントが必要な対象が幅広く、各専門職のアドバイスや支援が必要である。
- ・セラピストがいるという事で、利用者本人にも説得、説明をしやすい。

#### (6) 連携上の課題

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・障害福祉サービスにつなげる支援をあまり行っていない病院も多く、受入に向けた相談や情報提供、手続きが進めにくい。そのため入園コーディネーターが介入し連絡調整をていねいに行う必要がある。
- ・病院のMSWは頻繁に変わるため、障害福祉／自立訓練サービスについては継続して広報を行っていく必要がある。
- ・更生園はコーディネーターが独立している。病棟から相談があるときは病棟のソーシャルワーカーからこちらのコーディネーターに連絡が入る仕組みとなっている。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・千葉リハ高次脳機能障害支援センターとの連携を行っている。支援センターにおいても、相談支援や生活支援、就労支援を行っており、働くためのグループも運営している。センター外来や医療施設でも支援を行っており、競合している部分もあり、全体でのよりよいサービス提供についての連携が必要である。
- ・外の就労支援とも重なる事もあるため、重なっている部分は整理が必要。

#### ウ．相談支援機関との連携の課題

- ・支援地域が県内（または県外）広範囲に及ぶため、日常的な連携の難しさはある。
- ・相談支援専門員については、回復期リハ入院中の選定となることも多く、中にはセルフプランとなる方もいる。
- ・高次脳機能障害の対応に慣れてきた相談支援も増えてきた印象。養成研修を昨年からはじめて、相談支援事業所の人たちが参加している。基礎となる研修をもうちょっとちゃんとやるべきだ。学ぶ機会はやはり必要と感じる。

#### エ．その他の連携の課題

- ・連携先が多岐に渡り、地域も広いため、効率的効果的な連携が求められる。
- ・サービス事業の目的、支援の効果や結果についても、支援機関に繰り返し発信していく必要がある。

#### オ．専門職が配置することでの課題について（特になし）

#### (7) 運営について

##### ア．運営に係る経費

- ・事業収入+指定管理料収入
- ・人件費（加配）、水道光熱費（高騰）などの支出増となっている。
- ・一方で稼働率が目標値を下回っており、事業収入は伸び悩んでいる。
- ・人によって課題が異なる事、支援プログラムの種類など幅広い。夜勤、施設入所の単価が

安すぎる。特に高次脳機能障害の方は夜間のメモリーノートの確認など、様々な支援で行っているのである程度夜勤もしっかりやらないといけない。

##### イ．運営収支

- ・障害者支援施設単体では赤字。
- ・法人全体の収支は均衡（令和7年度）。
- ・売り上げを上げているのは小児と回復。重症化で一番重い障害区分で取っているため、介護も負担かかって職員が辞めてしまう。ずっと欠員の状況。

##### ウ．人材確保／人材育成

- ・更生園は夜勤専従1名以外は職員充足している。
- ・法人全体としては、介護福祉士・保育士が採用困難職種となっており、欠員状態が継続している。
- ・今新しくセンターを建てている。完成すると介護の方の手が大きくなると思うので、介護全体の採用困難になっており、これからまた厳しくなる可能性。

##### エ．利用者の確保

- ・センター内での連携、総合相談部との情報共有会議（月1回）、高次脳回診同行。
- ・センター外での連携、回復期リハ病院を中心に、広報PR目的の訪問、利用希望者へのアセスメントやサービス内容説明、地域支援機関（相談・就労・介護保険）へのサービス事業説明、見学受入れ。
- ・相談の件数など、待機的なところを見るとある程度充足のような形になるが、受け入れまでに時間かかる事もある。本当は支援がしっかり終了して出るのがベストだが、いきなりグループホームが空いたからすぐ入所してほしいという事もあり、出入りの管理が難しい。

##### オ．運営（事業継続のための取り組み）

- ・入口としては、回復期リハ病院との連携が必須。医療リハの段階から、社会参加や復職に

向けた、プランニングも必要。サービス事業は医療と地域をつなぐ役割として重要かつ不可欠であるため、支援効果についてアピールし、リハ支援の枠組みの中に位置づけられるようにする。

- ・ワーカーが異動などがあると受け入れが2週に1人かもしれないというようなところで、事情的にもすぐに受け入れられない場合がある。ニーズがないわけではないと思う。ただ、離院離棟など落ち着いてからでないとい入所できない。年齢など状態にもよるが、回復リハの段階で生活期、就労を見据えてプランニングする必要がある。

#### (8) 自立訓練事業について

ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・医療リハで獲得したADLを社会の中でさまざまな経験を通して活用し、できることを増やし活動範囲を広げて、自立した社会参加を目指す。同年代の方とのグループワークや共同生活・活動を通して共感し、自己の障害について気づきを深め、コミュニケーションが向上するなど、ピア的効果も大きい。

イ. この事業の課題点

- ・一連のリハプロセスの中で、サービスの役割を理解して、つなぐ役割の人が少ない。医療側のMSW・リハ医・リハ職などへの更なる周知も必要。地域では高次脳機能障害支援等を通して理解も深まりつつあるが、地位特性や物理的な距離もあり、基幹や拠点、中核との連携も必要。

ウ. この事業への施策提言

- ・一連のリハプロセスの中に組み込まれていくことが必要。医療リハ⇒自立訓練⇒就労移行支援⇒復職・新規就労の流れが大きくなるとよい（介護保険の利用に流れる前のジャッジ）、特に若年者については生活リハ／職業リハも見据えた、長期間のリハプランも必要。

ただし、入院～入所、訓練継続が負担とならないような配慮も必要。

## 6. 高知ハビリテーリングセンター

### (1) 基本的な概要

#### ア. 法人名

社会福祉法人 ファミーユ高知

#### イ. 事業所名

高知ハビリテーリングセンター

#### ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2008年

現事業の開始年：2010年

#### エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練、生活訓練 複数事業

#### オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、共同生活援助、就労定着支援

### (2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表 14 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	3.5	人
常勤換算の従業員数	5.7	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	1.8	人
作業療法士	1.7	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0.1	人

表 15 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	1.2	人
常勤換算の従業員数	1.4	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	1.4	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

### (3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

#### ア. 定員数／契約者数

定員数：26人 契約者数：30人

### イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・【機能訓練】50代を中心とした脳血管疾患による片麻痺の方が利用者の約7割を占め、そのほとんどの方が高次脳機能障害を有する。
- ・【生活訓練】20～50代の知的・精神・発達障害の方が7割を占める。昨年度から身体機能障害を伴わない高次脳機能障害者の支援に舵を切り、徐々に利用者が増えている。

#### ウ. 紹介元

表 16 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	23	人
診療所	0	人
精神科病院	1	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	0	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	1	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	2	人
家族	1	人
市町村等行政機関	1	人
その他	1	人

### (4) 活動の内容

#### ア. 活動の特色（理念）

- ・障害があっても自分らしい生活を送ることができるよう、適切な支援提供する使命がある。
- ・利用者を主体として自律に向けたトレーニングが、快適に受けられる場所でなければならない。
- ・すべてのスタッフが支援者として常に先駆的な精神で臨み、誇りと責任をもって明るく働ける職場でなければならない。

#### イ. 具体的な支援の内容

- ・訓練プログラムは1日4時間（50分×4コマ）、利用者の障害特性や課題に合わせて主にセラピストがオーダーメイドでプログラムを立案し提供。
- ・機能訓練では入所半年程度を目途に身体機能の個別訓練を提供するが、その他は自主トレ

ーニング中心。コミュニケーションスキル向上や高次脳機能障害の回復を目的としたグループ訓練も行う。その他、地域移行の為の外出訓練、家屋訪問、公共交通機関利用、自動車運転再開、復職、余暇等の支援も実施。

#### ウ. SIM の活用

- ・昨年度から機能訓練は入所直後と退所直前の2回のみSIMを実施し、その結果を法人のホームページで公表している。データを活用した分析や、プログラムへの反映などの活用はできていない。生活訓練は実施していない（作業療法士を2名配置しているが、個別計画訓練支援加算の対象外）。

#### (5) 連携の取り組み

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・機能訓練利用者の約6割が回復期病院からの紹介であるため、年に1回は高知県下の全回復期病院へ営業している。その際に紹介があったケースの帰結を報告している。また、病院職員に向けた見学を案内し、年に1~2病院の見学を受けている。
- ・2019年に稼働率が50%まで低下したことを機に、県内の回復期病院へのローラー作戦的な営業活動を展開している。
- ・過去には重度利用者を断るイメージがあったが、事業所の機能変更を丁寧に説明し関係を修復。現在は重度利用者も段階的に受け入れている。
- ・ケース検討会への参加や医師との地道な関係構築が現在の高い稼働率に繋がっている。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・主に困難ケースの支援に関して、訪問によるフォローを依頼している。また、地域移行の際に拠点の関わりが必要となるケースに関して、当センター在籍時に連携を開始している。

##### ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・サビ管を中心に、日頃からの電話連絡は密に行うことを心掛けている。相談支援専門員の

モニタリングには積極的に参加し、当センターの個別支援計画書との整合性を図る。地域移行の際にはお互いの役割分担を明確にし、分業と協働を意識して関わる。

##### エ. その他の連携状況

- ・年間100ケースの新規相談のうち、実際に利用に繋がるのは2割程度であるが、残り8割のケースに関してもケースをアセスメントし、対象と思われる施設名を伝える等の提案は心掛けている。
- ・退所と入所の管理をスムーズに行うため、週1回の「ベッドコントロール会議」で関係者が集まり、見学者情報や利用者の回復状況を共有し、空きベッドを効率的に埋める調整を行っている。

##### オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・最初のアセスメントを誤ると、その後のあらゆる支援にズレが生じるため、専門職を手厚く配置することは客観的な評価や根拠に基づくプログラムの選択等にとって重要な役割を担う。また、医療機関を含めた外部機関との折衝・交渉に長けている点も強みであると考ええる。
- ・利用開始時からセラピストが関わり評価を行うことで回復の見立てが可能になる。
- ・セラピストが関わることで、地域移行に向け、早期から地域サービスと連携が取ることが出来る。

#### (6) 連携上の課題

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・障害福祉サービス全般に言えることだが、手帳の取得・障害支援区分認定・支給決定の申請～認定までに数か月を要することが医療機関から不評である。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・拠点からの新規オーダーは無く、自立訓練のアピール不足が課題。

#### ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・他の障害福祉サービスに比べモニタリング等の頻度が多い自立訓練は敬遠されがちで、連携をしたことのない相談支援事業所も多い。

#### エ. その他の連携の課題

- ・医療では障害者病棟、教育機関では比較的学力が高い特別支援学校や、一般高等学校（特別支援学級相当）、専門学校、若者サポートステーション、障害者職業センターなど、自立訓練相当の方がいると思われる機関との繋がりが少ないため、アウトリーチが課題。
- ・障害者病棟や精神科病院には、脳外傷やアルコール性が原因でありながら診断・支援に至っていない潜在的な高次脳機能障害者がいる可能性があり、今後のアプローチ対象として検討している。

#### オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・人件費が高い。社会生活リハが医療リハ寄りになるリスクがあるため、指導者が必要。

#### (7) 運営について

##### ア. 運営に係る経費

- ・人件費：2,700万円
- ・サービス活動費、活動外費用：1,900万円
- ・借入金返済等：350万円

※2025年10月

※障害者支援施設、共同生活援助、就労継続支援B型、法人本部、同法人の別事業所1か所（就労継続支援A型、B型）の経費の合計

- ・専門職の高い人件費が経営を圧迫している。
- ・現行の加算制度では、基準以上の専門職配置や質の高い支援を提供するためのコストが十分に評価されていない。

##### イ. 運営収支

- ・資金収支差額：-250万円

※2025年10月

※障害者支援施設、共同生活援助、就労継続支援B型、法人本部の収支の合計

#### ウ. 人材確保／人材育成

- ・福祉や介護未経験であるが、一定期間の講習を受講した異業種からの転職者を積極的に採用し教育する。外国人技能実習等の制度活用実績はない。障害者雇用は数名在籍。

#### エ. 利用者の確保

- ・週に1回、ベッドコントロールの会を開催し、入所・自立訓練併用利用者の計画的な入退所に努め、年間稼働率100%を目指して取り組んでいる。2024年度実績は施設入所85%、機能訓練100%、生活訓練110%であった。

#### オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・同一敷地内で相談支援事業所、放課後等デイサービス、就労移行・定着事業を運営していたが、核となる職員の離職や利用者の減少があり、事業の廃止・休止によるダウンサイジングを図ってきた。

#### (8) 自立訓練事業について

ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・高知県の障害福祉サービスの中では地域移行を目的とした重要な事業であると評価されていると思います。様々な障害特性をもつ方の障害受容を含む自己理解が促進され、一定期間能力の向上等にチャレンジする機会があること。また、同年代の中でピアの効果を得ながら、今後の住まいや就労についての意思決定ができる場として重要であると思います。

#### イ. この事業の課題点

- ・支援を手厚くしようと思えば思うほど経営が苦しくなる。

#### ウ. この事業への施策提言

- ・生活介護の常勤看護職員等配置加算のように、自立訓練に手厚くセラピストを配置した際の加算がほしい。
- ・生活訓練の個別計画訓練支援加算の専門職にセラピストを加えてほしい。

## 7. さわや家

### (1) 基本的な概要

#### ア. 法人名

医療法人 好生会

#### イ. 事業所名

さわや家

#### ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2004年

現事業の開始年：2004年

#### エ. 自立訓練の事業種別

宿泊型自立訓練、生活訓練 複数事業

#### オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

短期入所、就労継続支援B型、共同生活援助、自立生活援助、計画相談支援

### (2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表 17 自立訓練（宿泊型自立訓練）の職員体制

宿泊型自立訓練の職員数		
基準上の必要職員数	3	人
常勤換算の従業員数	5.7	人
宿泊型自立訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	2	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

表 18 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	1.9	人
常勤換算の従業員数	5.7	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	2	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

### (3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

#### ア. 定員数／契約者数

定員数：20人 契約者数：14人

#### イ. 全体的な利用者の状況、特徴

・精神障害をお持ちの方が主。精神障害の合併症として高次脳機能障害を有する方の支援をさせていただいた経緯有。

・年齢層は18歳～50歳台、平均/中央値としては41歳程度。男女比率は1：1。基本的にADL自立されている方を迎え入れている。

#### ウ. 紹介元

表 19 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	0	人
診療所	0	人
精神科病院	9	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	4	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	0	人
市町村等行政機関	1	人
その他	0	人

### (4) 活動の内容

#### ア. 活動の特色（理念）

・中東遠圏域～中部圏域を中心に広く精神障害を有する利用者の受入を行っている。当施設での宿泊型自立訓練を経て単身生活（退所後の帰結先の4割）やグループホーム（1/4割）といった自身にあった生活拠点を獲得することを目標に支援している。

・現在は、入院から利用＜在宅から利用となっている。20数年同じところでやっているのので、特定相談支援事業所には、自分たちの機能については理解されていると考えている。

#### イ. 具体的な支援の内容

・宿泊型自立訓練を通して全般的なセルフケア、生活能力（服薬管理、金銭管理）の獲得をはかる。その他、社会資源の活用や適切な援助希求、感情コントロールの方法など座学や支援者とのかかわりを通じて確保頂いている。

#### ウ. SIMの活用

- ・個別支援計画とリンクさせる形で活用。毎月の担当職員との面談にて振り返りを行い、その結果を職員会議にて確認、協議している。

#### (5) 連携の取り組み

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・特別行っていない。
- ・ただし、併設する病院の作業療法部門が近隣の一般病院と定期的な情報交換会を行っているため、情報を得ることがある。
- ・精神科とのつながりがメインであるため、内科に受診付添することや運転免許について確認をとるために同行することはあるが、精神科医以外の Dr とのつながりはほとんどない。
- ・1 事例高次脳の方を受けたときは、受け入れ前に話しを聞かせてもらったがそれ以降はなかった。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・特別行っていない。
- ・中東遠圏域の高次脳機能障害の拠点機関は精神障害者メインの事業所であるので、高次脳機能障害に関する支援がものすごく突出しているわけではないと考えているため。
- ・浜松の拠点へ相談するには距離が遠く、よほどのことがないと相談しないと思う。

##### ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・法人内で相談支援部門を有することと、自立支援協議会や事業所提携などで近隣事業所との連携を図っている。
- ・相談支援事業所が遠方であってもモニタリングで必ず来てくれることを条件に利用を受け入れている。それもあって相談支援は事業所に来所し、地元へ帰ることを前提に支援してもらっている。支援の方針決定やグループホーム探し等対応してくれている。
- ・精神科の入院が複数回になる利用者さんもあり、在宅時から相談支援がついていることも多い。

##### エ. その他の連携状況

(特になし)

#### オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・職員の大半を占める精神保健福祉士とは異なる視点（機能分析的なとらえ方など？）の導入が可能である点は、作業療法士をメンバーに配置するメリットととらえている。
- ・作業療法士として、環境整備（物の配置や彩光、金銭管理の資料の見せ方）など一日の長があると考えている。個人の資質も関係あるだろうが、学会や勉強会も参加しているものも違ううえに、利用者の抱える課題に対応するヒントを学会や研修会で拾ってくるができる。

#### (6) 連携上の課題

##### ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・当事業所で高次脳機能を有する方を受け入れた際は、ほとんど一般病院としての治療や関わりが“完了”している状態でした。そのため、ご本人の受傷経緯や脳機能障害の程度、その他支援のポイントなど情報を得難い段階にあった。
- ・精神科の前の本人の身体科の病院情報はこちらからつつつケア会議で出してくれた。精神科が情報提供としてもらっている身体科の情報はもらえたが、たまたま受け入れた方の状態が軽かったのでよかったものの、もっと重い状態の方が来た場合はもう少し医療情報があった方が何か起きたときに対応しやすいのではと感じている。こちらが「支援者です」と言って病院が情報を出してくれるのではなく、よほど本人が診察で医師に言ってくれない限りは情報がとれないのではないかな。

##### イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・前項の様な状態であったこと、障害の程度が軽かったこと等から、当事者本人の生活環境の整備や支援が当施設の関わりを中心でした。結果として、支援拠点機関のご助言を求めるに至らなかったようだ。ただし、これま

で関わりがなかったことや、物理的に距離が離れていることも当施設にとっては連携するにあたってのハードルの高さと感じている。

#### ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・この点は特設課題として認識していないが、より脳機能の障害が重い方を受け入れる際にはどこに相談したものか、既存のネットワークでは不足かもしれない。

#### エ. その他の連携の課題 (特になし)

#### オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・職種間の“知識の溝”、ではないか。精神障害に関しては利用者支援を通じてどのように伝えればチーム内で情報を共有できるかを経験的に分かっていると思う。一方、高次脳機能障害となるとその点で難しさを感じるのでは、と予想する
- ・作業療法士がどれだけ高次脳機能障害のことを分かっているか、と言えば資格があるといってもきちんと他者に伝わるだけの知識があるわけではないと感じている。
- ・心理職について以前は配置していたが病院部門に異動となった。自立訓練で心理職が配置されていると取得できる加算はあまりなく、診療報酬で経営に貢献した方が法人としてメリットがあるという判断だった。心理職がいればもちろん助かるが。

#### (7) 運営について

##### ア. 運営に係る経費

- ・当法人において、福祉部門における看護師や作業療法士は手当の面から高コストなのがネックです。加えて、高次脳機能障害を有する方が当施設の支援を求めることは稀であり、迎え入れの準備までマンパワーを割けないのが現状です。
- ・高次脳機能障害の方をメインで受け入れていく方向性ではない中で、新たに専門職を配置する方向性にはならない。高次脳機能障害支援加算対象の30%まで持っていかう

と6人以上になるがそこまでは振り切れないし、新たに知識がある方を雇い入れることにはならない。

#### イ. 運営収支

- ・他の精神障害と同等の対応であれば受け入れ可能、収支としても採算がとれると考えている。

#### ウ. 人材確保／人材育成

- ・あくまで教育機関で学んだレベルの知識の使いまわし、といった現状。
- ・本人の興味・関心の範囲で研修へ送り出すが、精神科関連の研修に送り出す方が多い。

#### エ. 利用者の確保

- ・特別のアクションは行っていない。
- ・「精神的な気分の波などがあるが、原因として高次脳機能障害を持っている」方が紹介されていると考えているが、こちらから高次脳機能障害の方を受けているような特別のアクションはしていない。
- ・一般的な事業所の広報については、部屋の空き情報を市町村福祉課や特定相談支援事業所へ案内している。自立支援協議会で入院患者さん向けに施設見学会を行っている。

#### オ. 運営（事業継続のための取り組み） (特になし)

#### (8) 自立訓練事業について

##### ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・かつては長期入院者の地域移行の足掛かりとして機能していたが、現在においては親亡き後に残されることを見越した当事者の自立への意欲喚起やスキルアップに比重が移ってきているように感じている。

##### イ. この事業の課題点

- ・精神科にかかる宿泊型自立訓練は静岡県内で4か所存在しますが、恐らく社会のニーズを満たすには数が足りないと思われる。“入れっぱなし”に出来るグループホームとの競合であ

ったり、2年というサイクルで入退所の支援を行う“手間”であったり、と運営にあたっては報酬の低さも相まってコストパフォーマンスがイマイチなのが受け皿の少なさの原因と考えている。

- ・当事業所の概ね1.5年程度の利用期間であるため、期間の2年は妥当だと考えている。
- ・宿泊して訓練ができることにメリットがあるが、お金がもらえないのに通ってまで自立訓練にくることにメリットを感じることは難しいのではないかと。自法人内でも就労B型をお勧めしてそこで生活リズムを整えたりお金の管理について一緒に練習をしたりする取り組みをしている。

#### ウ. この事業への施策提言

- ・地域に新たな自立の場を生み出す“退所支援”については、今以上の報酬としての評価をしていただければと考えます。再入院での支援終了や自宅といった既存の生活環境へ戻るのではない関わり（単身生活への移行支援）は社会的な意義を認めてもらえると良いなと感じている。
- ・終了して出るときのケースワークや準備に含めてそこにコストがかかっている。グループホームには地域に移すと加算があるが、宿泊型自立訓練にはない。有期限のサービスなので退所支援が含まれていることはわかるが。

#### (9)その他

- ・自立訓練が終了したときに生活力が向上しているときに報酬があるといいなと感じた。

#### D. ヒアリング結果の比較

以下の表 20 にある 7 法人へのヒアリングから得られた情報を共通項目ごとに整理し、法人間比較表を作成した上で、質的に分析を行った。

比較分析から、自立訓練事業は高次脳機能障害者の生活期支援において極めて重要な役割を果たしていることが再確認された。一方で、その社会的意義に比して、制度的・財政的な評価が十分

でないことが、事業継続を困難にしている実態も明らかとなった。

特に、専門職配置の効果が十分に報酬体系に反映されていない点、医療から福祉への移行における制度間の不整合、相談支援との連携不足は、今後の制度設計において重点的に検討すべき課題である。

詳細は、以下の通りである。

表 20 法人名・事業所名・略称

法人名	事業所名	略称
社会福祉法人豊潤舎	新潟県障害者リハビリテーションセンター	新潟リハ
社会福祉法人善仁会	障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター	宮崎リハ
社会福祉法人広島県福祉事業団	広島県立総合リハビリテーションセンターあけぼの	広島リハ
特定非営利活動法人えんしゅう生活支援 net	ワークセンター大きな木	大きな木
社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団	千葉県千葉リハビリテーションセンター更生園	千葉リハ
社会福祉法人ファミリーユ高知	高知ハビリテーリングセンター	高知ハビリ
医療法人好生会	さわや家	さわや家

#### 1. 事業所の概要・種別・規模

7 法人の自立訓練事業所は、設置主体や運営形態によって、地域における役割に大きな違いがみられた。

広島リハや千葉リハのように、医療機関と同一敷地または同一法人内に位置づけられ、医療リハビリテーションとの連続性を強く意識した「医療一体型」の事業所が存在する一方、新潟リハや高

知ハビリのように、生活期における社会参加・就労を見据えた「生活期リハビリテーションの拠点」としての役割を明確に打ち出している事業所も確認された。

また、宮崎リハのように、県内で自立訓練（機能訓練）を実施している数少ない事業所として、事実上の「地域の受け皿」となっている事例もみられた。（表 21）

表 21 事業所の概要・種別・規模の比較

事業所	開所年/現事業開始	自立訓練種別	定員	契約	自立訓練事業所の特色	法人が指定を受けているサービス
新潟リハ	2005/ 2012	機能訓練 (単体)	20	20	・身体機能の回復・生活期における社会参加・就労を見据えた支援	生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援
宮崎リハ	1995 / 2011	機能訓練 (単体)	20	26	・宮崎県内で唯一の自立訓練の受け皿 (入所+通所) ・就労移行とのつながりはない	生活介護、短期入所、施設入所支援、居宅介護、計画相談支援
広島リハ	1968 / 2003	生活訓練 (単体)	24	17	・高次脳機能障害者支援専門 ・医療 (病棟・外来) と福祉 (生活訓練) 一体となり地域移行や就労に向けた支援を実施	療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、児童発達支援、放課後等デイサービス、医療型障害児入所支援、計画相談支援、障害児相談支援、保育所等訪問支援
大きな木	2011 / 2011	生活訓練 (単体)	8	9	・障害種別は問わないが高次脳機能障害の方を主に支援 ・就労移行支援と一体化して多機能型事業所として運用	就労移行支援、就労継続支援 B 型、就労定着支援
千葉リハ	1991 / 2009	機能訓練+生活訓練	46	39	・医療専門職を多く配置 ・自立訓練から就労移行支援に	療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、児童発

		(複数)			移行することを目標に、コース制も導入し、段階的に自己管理スキルや就労準備性が高まる支援を実施	達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、医療型障害児入所支援、就労定着支援、計画相談支援、障害児相談支援、保育所等訪問支援
高知ハビリ	2008 / 2010	機能訓練＋生活訓練(複数)	26	30	・セラピストがオーダーメイドプログラムを立案し提供 ・身体機能障害を伴わない高次脳機能障害者の生活訓練も実施	生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、共同生活援助、就労定着支援、計画相談支援
さわや家	2004 / 2004	宿泊型自立訓練＋生活訓練(複数)	20	14	・静岡県中東園域～中部圏域を中心に精神障害者の受け入れ、支援を実施 ・宿泊型自立訓練で単身生活/グループホームへの移行を支援	短期入所、就労継続支援B型、共同生活援助、自立生活援助、計画相談支援

## 2. 職員体制 (常勤換算・医療専門職)

全事業所に共通して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理職などの専門職が何らかの形で

関与していたが、その配置状況には大きな差があった。一方、医師を配置している事業所は限られていた。(表 22)

表 22 職員体制 (常勤換算・医療専門職) の比較

事業所	常勤換算 (対基準)	医師	PT	OT	ST	心理	看護
新潟リハ	機能 4.5 (基準 2.8)	0	0.8	0.2	0.1	0	0.1
宮崎リハ	機能 5.0 (基準 4.0)	0	1	0	0.1	0	1
広島リハ	生活 4.0 (基準 4.0)	1	0	1	0	0	1
大きな木	生活 2.6 (基準 2.1)	0	0	1	0	1	0
千葉リハ	機能 3.9 (基準 6.0)	1	2	3	2	1	2
	生活 1.7 (基準 4.0)	1	2	3	2	1	2
高知ハビリ	機能 5.7 (基準 3.5)	0	1.8	1.7	0	0	0.1
	生活 1.4 (基準 1.2)	0	0	1.4	0	0	0
さわや家	宿泊 5.7 (基準 3.0)	0	0	2	0	0	0
	生活 5.7 (基準 1.9)	0	0	2	0	0	0

## 3. 利用者像と紹介元の傾向

利用者像については、高次脳機能障害者が利用者の大半を占める事業所(新潟リハ、宮崎リハ、広島リハ、千葉リハ)と、身体障害や精神障害、発達障害等との重複障害を含め幅広く受け入れている事業所(大きな木、高知ハビリ、さわや家)

に大別された。

また、紹介元については、回復期リハビリテーション病院からの紹介が中心となっている事業所が多い一方で、高次脳機能障害支援拠点機関からの紹介が大半を占める事業所もあり、地域の支援体制によって利用の流れが大きく異なることが示唆された。(表 23)

表 23 利用者像と紹介元の傾向の比較

事業所	主な利用者像・特徴	紹介元 (対象者数) の特徴
新潟リハ	・身体障害者、高次脳機能障害者が主 ・中途障害者、年齢 40～50 代が約 8 割 ・男性の割合 8 割超 ・脳損傷者 8 割以上 (脳血管疾患 74%、脳挫傷 10%)	・一般病院からの照会が中心 ・一般病院 10、居宅介護支援事業所 3、学校 2 など
宮崎リハ	・身体障害者 (片麻痺の方が多く)、高次脳機能障害者が主 ・脳血管疾患が主	・一般病院からの照会が多い ・一般病院 12、介護保険施設 5、特定相談支援事業所 5 など
広島リハ	・高次脳機能障害者 100% ・脳血管疾患 82%、交通事故 6%、その他 12%	・高次脳機能障害支援拠点機関が中心 ・高次脳機能障害支援拠点機関 16、一般病院 1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度障害者が多い</li> </ul>	
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高次脳機能障害者が多いが精神障害や発達障害者も増加傾向</li> <li>・重複障害の利用者もいる</li> <li>・退院直後の利用者は少なく、発症・受傷から2～3年経過している方もいる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介元は分散</li> <li>・特定相談支援事業所3、一般病院2など</li> </ul>
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高次脳機能障害者約9割</li> <li>・年齢平均約45歳</li> <li>・男性の割合85%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病院からの照会が多い</li> <li>・一般病院32、介護保険施設2、特定相談支援事業所2など</li> </ul>
高知ハビリ	<p>機能訓練：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高次脳機能障害者が主</li> <li>・年齢50代が中心</li> <li>・脳血管疾患（片麻痺）の割合7割</li> </ul> <p>生活訓練：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・知的障害・精神障害・発達障害の割合7割</li> <li>・身体機能障害を伴わない高次脳機能障害者増加傾向</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病院からの照会が多い</li> <li>・一般病院23、学校・教育機関関係2など</li> </ul>
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者が主</li> <li>・精神障害の合併症としての高次脳機能障害者の利用あり</li> <li>・平均年齢41歳程度</li> <li>・男女の割合差はない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院からの紹介が主</li> <li>・精神科病院9、特定相談支援事業所4など</li> </ul>

#### 4. 支援内容・プログラムの特徴

多くの事業所において、身体機能訓練や高次脳機能訓練に加え、公共交通機関の利用訓練、買い物訓練、住環境調整、就労準備支援など、実生活に直結した支援が重視されていた。

特に、医療リハビリテーションでは十分に扱われにくい「生活リズムの再構築」「対人関係への適応」「社会的役割の再獲得」といった側面が、自立訓練事業の中核的な支援内容となっていた。（表24）

表 24 支援内容・プログラムの特徴の比較

事業所	支援内容・プログラムの特徴
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体機能および高次脳機能への個別リハビリテーション実施</li> <li>・パソコン作業、手工芸、一般教養、スポーツ・レクリエーション、グループワーク等を組み合わせ、「活動」や「社会参加」を意識した日課として構造化</li> <li>・生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人場面への適応など、地域生活に必要な力の獲得を図る</li> <li>・公共交通機関の利用練習や自動車運転再開支援、各種制度利用に関する助言</li> <li>・家族や関係機関と情報共有を行い、利用終了後の生活や社会参加につながる支援体制づくり</li> </ul>
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援と集団訓練を実施</li> <li>・個別訓練では、身体機能面のリハビリから社会生活訓練を実施</li> <li>・買い物訓練・公共交通利用訓練等</li> <li>・社会復帰に向けた支援として住居の選定や環境調整（市営住宅の抽選に付き添うなど）</li> <li>・職場との障害面の共有など実施</li> </ul>
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活面：メモリーノートの活用、スケジュール管理、コミュニケーションの練習、学習会、身体機能訓練、生活の自立に向けた訓練</li> <li>・社会復帰：外出訓練、職業訓練、就労に向けた職場訪問、面接・ビジネスマナー等、退所後の住まいの調整、職場やグループホームでの実習</li> </ul>
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別訓練を利用者に合わせた課題を提供</li> <li>・集団訓練で学習プログラムや外出プログラム、コミュニケーションプログラムなどを実施</li> </ul>
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労・地域社会参加を目的に外出機会/外出訓練が多い</li> <li>・プログラムのバリエーションが多い</li> </ul>
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訓練プログラムは、利用者の障害特性や課題に合わせて主にセラピストがオーダーメイドでプログラムを立案し提供</li> <li>・機能訓練では入所半年程度を目途に身体機能の個別訓練を提供するが、その他は自主トレーニング中心</li> <li>・コミュニケーションスキル向上や高次脳機能障害の回復を目的としたグループ訓練実施</li> <li>・地域移行為の外出訓練、家屋訪問、公共交通機関利用、自動車運転再開、復職、余暇等の支援</li> </ul>
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> <li>・宿泊型自立訓練を通して全般的なセルフケア、生活能力（服薬管理、金銭管理）の獲得をはかる</li> <li>・社会資源の活用や適切な援助希求、感情コントロールの方法など座学や支援者とのかかわりを通じて実</li> </ul>

	施
--	---

## 5. SIMの活用状況

SIM（社会生活力評価指標）については、評価・モニタリングツールとして積極的に活用している事業所が複数確認された。

SIMを用いることで、社会生活力の変化を可視

化し、支援の焦点化や専門職間の共通理解を促進する効果が報告されていた。一方で、評価の標準化や、評価結果を本人にどのようにフィードバックするかといった運用面での課題も多く指摘された。（表 25）

表 25 事 SIM の活用状況の比較

事業所	活用の有無 あり：○ なし：×	目的・使い方	課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用開始時/利用終了時に加え定期的実施</li> <li>・社会生活力を可視化し、結果をチームで共有することにより支援方針の検討に利用</li> <li>・本人家族とも共有することで、利用者自身が障害特性や生活上の課題に気づき、自己実現に向けた目標を整理するために活用</li> <li>・外部機関に対して生活期リハビリテーションの役割を説明する際の根拠として使用</li> </ul>	
宮崎リハ	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在 SIM は未活用。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SIM に対応した自立訓練のプログラムが準備できていない。</li> </ul>
広島リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点数化することで客観的な評価が可能</li> <li>・社会復帰への課題が明確となり、支援内容の絞り込みができる</li> </ul>	
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・取り組みの見える化として意義がある</li> <li>・事業所間での共有や比較ができるとよい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価について本人に伝えていない</li> <li>・職員間で評価にばらつきがある</li> <li>・十分な活用はできているとは言えず形骸化している</li> </ul>
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期評価時（1ヶ月）と3ヶ月毎に実施</li> <li>・現在の課題を見つけるためのアセスメントの道具として使えそう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価の標準化や評価基準作成</li> <li>・評価者の評価の質</li> </ul>
高知ハビリ	○（機能訓練のみ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入所直後と退所直前の2回実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データを活用した分析やプログラムへの反映はできていない</li> </ul>
さわや家	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画と連動させて実施</li> <li>・利用者と担当職員との毎月の振り返り面談で活用し、さらに、職員会議で確認・協議に使用</li> </ul>	

## 6. 一般病院との連携状況と課題の比較

一般病院との連携については、回復期病院への訪問、見学・体験利用の受け入れ、情報提供書の送付など、各事業所が工夫を凝らしていた。

しかし、障害福祉サービスの手続きに時間を要する点や、介護保険サービスが優先的に検討されやすい制度構造により、自立訓練につながりにくいケースが少なくないことが共通課題として挙げられた。（表 26）

表 26 一般病院との連携状況と課題の比較

事業所	連携の有無 あり：○ なし：×	一般病院（精神科を除く）との連携状況	一般病院（精神科を除く）との連携上の課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院前後の段階から相談を受け入れ</li> <li>・見学や1～2泊の体験利用を受け入れ</li> <li>・病院訪問し、自立訓練について病院側に説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関によって自立訓練（機能訓練）についての理解の深さや認識に差がある</li> <li>・介護保険第2号被保険者で特定疾病に該当する患者については、介護保険サービスが</li> </ul>

			<p>優先的に検討されやすい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉サービスの利用にあたっては、申請や手続きに一定の時間や手間を要するため、医療機関側にとって負担となる</li> </ul>
宮崎リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入所相談を受け、病院訪問を実施</li> <li>・見学受け入れ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・固定した医療機関からの受け入れが多く、その他の医療機関とのやり取りが少ない</li> </ul>
広島リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県内の回復期病院への定期的な訪問の実施</li> <li>・国土交通省の自動車事故被害者支援体制整備事業のネットワーク構築支援事業により、福山リハビリテーション病院と連携をしております、病院側から患者の情報提供がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福山リハ以外の病院との連携が課題</li> <li>・特に、人口や病院の多い広島市との連携が必要</li> </ul>
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・信頼関係作りの一環として、利用から3か月、半年後に情報提供書を作成して送付している</li> <li>・院内の勉強会で講師として講義をする機会がある</li> <li>・スタッフの半数が作業療法士であり、作業療法士協会会員としてつながりがあること、スタッフに大学院生がいることで個人や病院とのネットワークを持っていることで連携をしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大手病院になると情報提供書が主治医まで期日に届きにくい</li> <li>・内科や精神科など薬を処方されるだけのクリニックになると関わりが希薄で連携が取りにくい</li> <li>・病院から福祉サービスの紹介もなく社会復帰され、退職や休職になってから福祉サービスの利用となってしまうことがあるため、退院後の切れ目のない支援が必要</li> <li>・病院側に福祉サービスを知ってもらうための紹介資料、社会復帰までのフローチャートなどあるとよい</li> <li>・医療と福祉の役割を理解しつつ、知識・技術の共有が必要</li> <li>・連携加算など、報酬上のメリットがあるとよい</li> </ul>
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県内や東京・茨城・埼玉等の回復期リハ病院と連携している</li> <li>・日常的な相談、紹介いただいた入院中利用者家族への訪問面接、病院訪問等による広報活動、見学の受け入れ、千葉県回復期リハ連携の会への参加</li> <li>・回復期リハ病院の連携会のような場で、勉強会のような形で自立訓練の説明を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉サービスにつなげる支援をあまり行っていない病院も多く、受入に向けた相談や情報提供、手続きが進めにくい</li> <li>・病院のMSWは頻繁に変わるため、障害福祉／自立訓練サービスについては継続して広報を行っていく必要がある</li> </ul>
高知ハビリ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練利用者の約6割が回復期病院からの紹介であるため、年に1回は高知県下の全回復期病院へ営業している</li> <li>・紹介があったケースの帰結を報告している</li> <li>・病院職員に向けた見学を案内し、年に1~2病院の見学を受けている</li> <li>・県内の回復期病院へのローラー作戦的な営業活動を展開している</li> <li>・過去には重度利用者を断るイメージがあったが、事業所の機能変更を丁寧に説明し関係を修復している</li> <li>・重度利用者も段階的に受け入れている</li> <li>・ケース検討会への参加や医師との地道な関係構築を行っている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉サービス全般に言えることだが、手帳の取得・障害支援区分認定・支給決定の申請～認定までに数か月を要することが医療機関から不評である</li> </ul>
さわや家	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別行っていませんが、併設する病院の作業療法部門が隣りの一般病院と定期的な情報交換会を行っているため、情報を得ることがある</li> <li>・精神科とのつながりがメインであるため、内科に受診付添することや運転免許について確認をとるために同行することはあるが、精神科医以外のDrとのつながりはほとんどない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所で高次脳機能を有する方を受け入れた際は、ほとんど一般病院としての治療や関わりが“完了”している状態だったため、ご本人の受傷経緯や脳機能障害の程度、その他支援のポイントなど情報を得難い段階だった</li> <li>・身体科の病院情報は、よほど本人が診察で医師に言ってくれない限りは情報がとれない</li> </ul>

7. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況と課題の比較

多くの事業所で高次脳機能障害支援拠点機関との連携が行われ、研修会の開催、合同カンファレンス、困難ケース支援や地域移行支援などに一

定の効果が認められた。一方で、コーディネーターや医療人材の不足、拠点機関間・地域間の活動格差、役割の競合、拠点からの紹介不足といった課題が共通している。さらに、距離的制約や拠点の専門性の違いにより連携が進まない事業所もあり、体制整備と役割整理が求められる。(表 27)

表 27 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況と課題の比較

事業所	連携の有無 あり：○ なし：×	高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況	高次脳機能障害支援拠点機関との連携上の課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>主に精神保健福祉センターや高次脳機能障害相談支援センターのコーディネーターと連携し、当事者のつどいや家族のつどいを開催</li> <li>医療・福祉関係者等を対象とした研修会や勉強会を開催</li> <li>地域における高次脳機能障害支援の啓発活動にも取り組み、地域全体の支援力向上を意識した連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>拠点機関に配置されているコーディネーターが限られていることから、個別ケースへの継続的な関与や、地域全体への支援展開については一定の制約が生じており、人的体制の充実が今後の課題</li> </ul>
宮崎リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>年に1回、高次脳機能障害支援連絡会議に参加</li> <li>自法人「宮崎県身体障害者相談センター」開催の高次脳機能障害者通所教室に関わっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自法人以外の支援拠点機関(宮崎大学医学部附属病院)とのやりとりがほとんどないため、紹介はほぼない</li> </ul>
広島リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>同一センター内の高次脳機能センターとの合同カンファレンスや情報共有を行っている</li> <li>施設の職員だけで訪問を行っても真剣に話を聞いてもらえない印象があるため高次脳支援センターの職員と一緒に病院訪問を行っている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>県内の拠点機関の活動の差が大きく、その差を小さくすることは私達では困難</li> <li>県は、複数の医療機関を拠点病院としているが、山間部などの病院はそもそも医療従事者不足などの問題も発生しているため、拠点病院それぞれの取り組みで濃淡がある</li> </ul>
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>2022年から当事業所も支援拠点機関であり、県内8か所の支援拠点機関があるが、県主催による支援者会議が年2回、ネットワーク会議が2回行われており、支援拠点機関同士の連携は取りやすい環境となっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に問題は感じていない</li> </ul>
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>月1回の情報共有会議の開催</li> <li>高次脳支援状況(グループ等)の確認、更生園運営状況について報告(空き状況や紹介いただいた利用者の状況報告)</li> <li>地域移行の時に高次脳センターに入ってもらい、茨城のセンターとも連携した事がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>千葉リハ高次脳機能障害センターでの支援、センター外来や医療施設での支援もあり、競合している部分もあるため、よりよいサービス提供についての連携が必要</li> <li>外部の就労支援とも重なる事もあるため、重なっている部分は整理が必要</li> </ul>
高知ハピリ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>主に困難ケースの支援に関して、訪問によるフォローを依頼している</li> <li>地域移行の際に拠点の関わりが必要となるケースに関して、当センター在籍時に連携を開始している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>拠点からの新規オーダーは無く、自立訓練のアピール不足が課題</li> </ul>
さわや家	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>中東遠圏域の高次脳機能障害の拠点機関は精神障害者メインの事業所であるので、高次脳機能障害に関する支援について、特別連携は行っていない</li> <li>浜松の拠点へ相談するには距離が遠く、よほどのことがないと相談しない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害の程度が軽かったこと等から、当事者本人の生活環境の整備や支援について支援拠点機関のご助言を求めるに至らなかった</li> <li>これまで関わりがなかったことや、物理的に距離が離れていることも当施設にとっては連携するにあたってのハードルの高さを感じる</li> </ul>

## 8. 相談支援機関との連携状況と課題の比較

各事業所の多くでは相談支援機関との連携が行われており、個別支援会議への参加や情報共有、地域移行に向けた協働が進められている。一方で、相談支援専門員の経験や高次脳機能障害および自立訓練（機能訓練）に対する理解不足、連携先

の固定化、広域支援による日常的な連携の困難さが共通の課題として挙げられた。特に、高次脳機能障害に対する理解の不足や相談支援専門員の経験・理解度の差により、自立訓練の役割や意義が十分に共有されていないことが、円滑な連携を妨げる要因となっている。（表 28）

表 28 相談支援機関との連携状況と課題の比較

事業所	連携の有無 あり：○ なし：×	相談支援機関との連携状況	相談支援機関との連携上の課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の個別支援会議等の場において情報共有を行い、利用者の状況や意向を踏まえた支援内容を検討</li> <li>見学説明会や相談連絡会議等の機会を通じて、自立訓練の対象者像や支援内容、利用までの流れについて情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談支援専門員の経験や障害福祉サービスに対する理解度に差があり、自立訓練（機能訓練）の生活期リハビリテーションの内容が十分に理解されていない</li> <li>「機能訓練」という名称が、身体機能の回復訓練のみを行う場所という誤解を生みやすい</li> </ul>
宮崎リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>自法人内の相談支援事業所からの入所相談時は、病院への調査に同行</li> <li>相談支援事業所が参加する研修等に参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>連携する事業所が固定化している</li> <li>相談支援から機能訓練に紹介されることはない</li> </ul>
広島リハ	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問しているが、具体的な連携には至っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談支援機関自体、高次脳機能障害者を受け入れている事業所を把握していない</li> <li>地域として高次脳機能障害の人がどのようなサービスに繋がっているか実態が把握できていない実情あり</li> </ul>
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>すでに連携の取れている事業所がいくつかあり、利用相談が入り、相談支援機関が関わっていない場合、連携している事業所に紹介、計画相談を依頼</li> <li>サービス利用者のすべてに相談支援機関（計画相談）が関わっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>知的障害を主に対象としている相談支援機関においては、高次脳機能障害の理解が乏しく、支援の方向性のコンセンサスが得られにくいこともある</li> </ul>
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>できるだけセルフプランの方を少なくする</li> <li>回復期リハ入院中に相談支援専門員を選定</li> <li>相談支援専門員には個別支援会議に出席を求め、地域移行に向けて連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援地域が県内（または県外）広範囲に及ぶため、日常的な連携の難しさはある</li> <li>相談支援専門員については、回復期リハ入院中の選定となることも多く、中にはセルフプランとなる方もいる</li> <li>養成研修を昨年からはじめて、相談支援事業所の人たちが参加しているが、基礎となる研修がもっと必要</li> </ul>
高知ハビリ	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>サビ管を中心に、日頃からの電話連絡は密に行うことを心掛けている</li> <li>相談支援専門員のモニタリングには積極的に参加し、当センターの個別支援計画書との整合性を図る</li> <li>地域移行の際にはお互いの役割分担を明確にし、分業と協働を意識して関わる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>他の障害福祉サービスに比べモニタリング等の頻度が多い自立訓練は敬遠されがちで、連携をしたことのない相談支援事業所も多い</li> </ul>
さわや家	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人内で相談支援部門を有することと、自立支援協議会や事業所提携などで近隣事業所との連携を図っている</li> <li>相談支援事業所が遠方であってもモニタリングで必ず来てくれることを条件に利用を受け入れ、支援の方針決定やグループホーム探し等対応してくれている</li> <li>精神科の入院が複数回になる利用者さんもあり、在宅時から相談支援がついていること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳機能の障害が重い方を受け入れる際にはどこに相談したものか、既存のネットワークでは不足かもしれない</li> </ul>

	も多い	
--	-----	--

## 9. その他の連携状況と課題の比較

各事業所では、就労支援機関、介護保険事業所、教育・医療機関、大学や地域団体など多様な機関と連携が行われている。一方で、制度の違いによ

る支援方針のすり合わせの難しさ、連携先の多さや地域の広さによる効率性の課題、アウトリーチ不足などが共通して挙げられた。連携の深化には、継続的な情報発信と時間・労力の確保が求められている。(表 29)

表 29 その他の連携状況と課題の比較

事業所	その他の連携	その他の連携上の課題
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労継続支援事業所等の就労支援機関と情報交換</li> <li>居宅介護支援事業所や介護老人保健施設等の介護保険サービス事業所に対しても情報提供を行い連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>就労支援機関や介護保険サービス事業所等は、制度の違いにより支援の方向性について十分なすり合わせが難しい</li> <li>生活期における社会参加から就労までの多様な支援ニーズに対応するために連携の幅を広げていくには、一定の時間や労力を要する</li> </ul>
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>宮崎県で実施している高次脳機能障害通所教室に支援スタッフとして、作業療法士が参加</li> <li>高次脳機能障害支援者養成研修を自法人で委託を受け宮崎県内で実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能訓練の定員超過の場合、市町村や相談支援事業所と協議を行い、介護保険の事業所を経由していただくケースがある</li> </ul>
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>就労支援機関との連携（障害者就業・生活支援センター、能開校、ハローワーク等）</li> </ul>	(特になし)
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハ学生（専門学校等）への講義、民生委員向けの講義、ジョブコーチ養成研修での講義、書籍の執筆、関連学会での発表やワークショップの開催、支援コーディネーターとして月1回の家族会・相談会に参加</li> </ul>	(特になし)
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>県内機能訓練事業所の連絡会を実施していたが、事業所数が減り消滅</li> <li>大学との交流（利用者とのポッチャ、大学への訪問）</li> <li>介護保険分野からも一定数の利用につながっているため連携について検討する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>連携先が多岐に渡り、地域も広いと、効果的な連携が求められる</li> <li>サービス事業の目的、支援の効果や結果についても、支援機関に繰り返し発信していく必要がある</li> </ul>
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間100ケースの新規相談のうち、実際に利用に繋がるのは2割程度であるが、残り8割のケースに関してもケースをアセスメントし、対象と思われる施設名を伝える等の提案は心掛けている</li> <li>退所と入所の管理をスムーズに行うため、週1回の「ベッドコントロール会議」で関係者が集まり、見学者情報や利用者の回復状況を共有し、空きベッドを効率的に埋める調整を行っている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療では障害者病棟、教育機関では比較的学力が高い特別支援学校や、一般高等学校（特別支援学級相当）、専門学校、若者サポートステーション、障害者職業センターなど、自立訓練相当の方がいると思われる機関との繋がりが少ないため、アウトリーチが課題</li> <li>障害者病棟や精神科病院には、脳外傷やアルコール性が原因でありながら診断・支援に至っていない潜在的な高次脳機能障害者がいる可能性があり、今後のアプローチ対象として検討している</li> </ul>
さわや家	(特になし)	(特になし)

## 10. 専門職が配置することでの有効性と課題の比較

各事業所に共通して、専門職の配置は高次脳機能障害を含む多面的な評価を可能にし、支援の可視化やチーム内の共通理解、医療・福祉・就労を

つなぐ説明力の向上に寄与している。一方で、人件費や採用難、加算など経営上のメリットの乏しさ、業務集中や医療寄りになり過ぎるリスク、職種間の知識差といった課題が指摘され、持続可能な配置体制と役割分担の工夫が求められている。(表 30)

表 30 専門職が配置することでの有効性と課題の比較

事業所	専門職が配置することでの有効性	専門職が配置することでの課題
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体機能や高次脳機能だけでなく、生活場面や社会参加を含めた総合的な評価と支援が可能</li> <li>専門職が SIM 等の評価を用いて利用者の状態を可視化し、チーム内で共有することで、支援の目的や焦点が明確になり、生活支援員を含めた職員間の共通理解が深まる</li> <li>本人や家族、関係機関に対して支援内容や経過を具体的に説明でき、医療から福祉、就労へとつながる生活期リハビリテーションの質の向上につながる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職の確保には経営的な負担が生じるため、配置人数には一定の制約が生じている</li> <li>専門職が担う役割が多岐にわたることから、支援、評価、関係機関との連携、説明等の業務が集中しやすく、業務負担の調整が課題</li> <li>専門職の採用も大きな課題で、ST などの専門職を追加で配置しても、事業所としての直接的な経営上のメリット（加算など）が明確でないため、経営判断として増員に踏み切れない</li> </ul>
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院と専門職とのやり取りが直接可能</li> <li>高次脳機能の評価ができるほうがいい</li> <li>リハビリ内容や評価の説明を医師や家族にも説明がしやすい（車の運転など）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>作業療法士による集団訓練を行う時間が少ない</li> </ul>
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院部門の訓練状況を理解しており、施設での訓練の継続性や新たな取り組みに力を発揮している</li> <li>専門職以外の支援員は法人内の他部門への異動があるが、OT 等の専門職は長期間の経験を有しており、支援員の育成においても有効である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>配置職員については、医師も含めて兼務はしておらず施設付きの職員となっている。心理や ST はリハビリテーションセンターのほうで外来リハビリを受けることで関わってもらっている。評価などを実施してもらっている。</li> <li>OT はもう一名ほしいと思っている。</li> </ul>
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療と福祉の情報共有が容易</li> <li>医学的根拠に基づいたアプローチと企業等への説明ができること</li> <li>同じ専門職であれば法人のコンセプトにズレがなく運営しやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>有資格者に対し、給与は高く設定しなければ、福祉での就労を選択しない</li> <li>医療と福祉の給与格差を改善する必要がある</li> <li>より高いサービスの質を提供しようとすると、より多くの専門職を配置することになり、事業運営を圧迫することになる</li> </ul>
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職の利用者への検査評価分析は、特に高次脳機能障害支援（目に見えない、支援の組立てが難しい、個別の障害特性）には根拠となり、有効でもある</li> <li>健康・内服・食事・身体運動障害・家事動作・運転・就労・家屋改修・障害受容・失語・コミュニケーション・高次脳など、アセスメントが必要な対象が幅広く、各専門職のアドバイスや支援が必要である</li> <li>セラピストがいるという事で、利用者本人にも説得、説明をしやすい</li> </ul>	<p>(特になし)</p>
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>最初のアセスメントを誤ると、その後のあらゆる支援にズレが生じるため、専門職を手厚く配置することは客観的な評価や根拠に基づくプログラムの選択等にとって重要な役割を担う</li> <li>医療機関を含めた外部機関との折衝・交渉に長けている点も強みであるとする</li> <li>利用開始時からセラピストが関わり評価を行うことで回復の見立てが可能になる</li> <li>セラピストが関わることで、地域移行に向け、早期から地域サービスと連携が取ることができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人件費が高い</li> <li>社会生活リハが医療リハ寄りになるリスクがあるため、指導者が必要</li> </ul>
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員の大半を占める精神保健福祉士とは異なる視点（機能分析的なとらえ方など？）の導入が可能である点は、作業療法士をメンバーに配置するメリット</li> <li>作業療法士として、環境整備（物の配置や彩光、金銭管理の資料の見せ方）など一日の長がある</li> <li>個人の資質も関係あるだろうが、学会や勉強会も参加しているものも違ううえに、利用者の抱える課題に対応するヒントを学会や研修会で拾ってくるができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職種間の“知識の溝”がある</li> <li>作業療法士がどれだけ高次脳機能障害のことを分かっているか、と言えば資格があるといってもきちんと他者に伝わるだけの知識があるわけではないと感じている</li> <li>自立訓練で心理職が配置されていると取得できる加算はあまりなく、診療報酬で経営に貢献した方が法人としてメリットがある</li> </ul>

### 1 1. 運営状況と経営課題

多くの事業所において、人件費比率が高く、稼働率が高くても赤字となる構造的な課題が指摘

された。特に、専門職配置を前提とした高次脳機能障害支援では、支援の質を高めるほど経営が厳しくなるといふジレンマが共通してみられた。

(表 31)

表 31 運営状況と経営課題の比較

事業所	運営に関わる経費・収支	人材確保／人材育成	利用者確保	事業継続のための取り組み
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>人件費を中心とした固定的な経費の割合が高い</li> <li>指定管理料がなければ運営収支は赤字となる構造である</li> <li>自立訓練（機能訓練）をはじめとする専門性の高い支援を安定的に提供するためには、指定管理料による財政的支援が不可欠</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>若年層の人材確保が難しく、人材不足が課題</li> <li>事業所内研修および外部研修を取り入れて人材育成に取り組んでいるが、研修の効果が十分に現場実践へと結びつく体系的な仕組みづくりについては、今後の課題</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>見学説明会の実施や医療機関への訪問等を通じて利用者確保に努めているが、事業運営が安定する水準での利用者数を継続的に確保することには、常に難しい</li> <li>制度の理解不足等により、自立訓練（機能訓練）が選択肢として検討されにくい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員の採用が困難な状況にあることから、職場環境の改善を重視し、職員が安心して意見を出し合える心理的安全性の高い職場づくりを意識</li> <li>支援の質を維持・向上することが事業継続につながるため、利用者一人ひとりの状況に応じた丁寧な支援をチーム全体で共有し、実践する体制づくりを実施</li> </ul>
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活介護があるから運営できていると考えている。</li> <li>入所は令和6年度ほぼ100%。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高次脳機能障害支援者養成研修への講師派遣や受講生としての参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院からの紹介がほとんどで、待機者あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設としては生活介護との事業実施で自立訓練が成り立っている</li> </ul>
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害支援区分が低く、経費を収入でまかないきれない</li> <li>職員数を30名から20名に減らしたがそれでも赤字になっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉業界に就職する若い人が減少しているとともに、退職者も増えている</li> <li>給料も多いわけではないため人が集まりにくく、職員のクオリティ低下に繋がり、訓練を任せられるような人材が育たない</li> <li>優秀な人材は他部署に異動になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同じリハビリテーションセンター内からの入所がほぼ100%である</li> <li>外部から受け入れる場合は必ずリハビリテーションセンターの高次脳機能病床に転院をしてもらってから受け入れるという方針</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>聖域なき支出削減（職員を30%削減等）</li> </ul>
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> <li>人件費率が最も高く、全体の7割程度</li> <li>開設当初より、専門職の配置を基準としていたため感覚的な負担は少ない、量より質を重視</li> <li>拡大するためには収支が厳しい</li> <li>ぎりぎりの人員で実施しているので、質を保ちつつ拡大することはかなり難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>理事が、作業療法士養成校での講義を実施しているため、養成校より実習生をほぼ1年中受けており、人材教育・育成に力を入れている</li> <li>人材確保において、専門職は集まりにくい</li> <li>処遇が見合わなければ人材が集まらない状況のため、処遇改善のため、単価を上げる必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強力な連携病院はないため、現在のところ待ちの姿勢となっている</li> <li>病院での難渋ケースが当事業所に送られてくる傾向がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関含む紹介元になりうる他機関とのネットワーク強化</li> </ul>
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業収入+指定管理料収入</li> <li>人件費（加配）、水道光熱費（高騰）などの支出増となっている</li> <li>稼働率が目標値を下回</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>更生園は夜勤専従1名以外は職員充足している</li> <li>法人全体としては、介護福祉士・保育士が採用困難職種となってお</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>センター内での連携、総合相談部との情報共有会議（月1回）、高次脳回診同行</li> <li>センター外での連携、回復期リハ病院を中心</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入口としては、回復期リハ病院との連携が必須</li> <li>回復リハの段階で生活期、就労を見据えてプランニングする必要がある。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>っており、事業収入は伸び悩んでいる、障害者支援施設単体では赤字</li> <li>夜勤、施設入所の単価が安すぎる</li> <li>法人全体の収支は均衡（令和7年度）</li> <li>売り上げを上げているのは小児と回復</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>り、欠員状態が継続している</li> <li>重症化で一番重い障害区分で取っているため、介護も負担かかって職員が辞めてしまい、ずっと欠員の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>に、広報PR 目的の訪問、利用希望者へのアセスメントやサービス内容説明、地域支援機関（相談・就労・介護保険）へのサービス事業説明、見学受入れ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス事業は医療と地域をつなぐ役割として重要かつ不可欠であるため、支援効果についてアピールし、リハ支援の枠組みの中に位置づけられるようにする</li> </ul>
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職の高い人件費が経営を圧迫している</li> <li>現行の加算制度では、基準以上の専門職配置や質の高い支援を提供するためのコストが十分に評価されていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉や介護未経験であるが、一定期間の講習を受講した異業種からの転職者を積極的に採用し教育</li> <li>外国人技能実習等の制度活用実績はない</li> <li>障害者雇用は数名在籍</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>週に1回、ベッドコントロールの会を開催し、入所・自立訓練併用利用者の計画的な入退所に努め、年間稼働率100%を目指している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同一敷地内で相談支援事業所、放課後等デイサービス、就労移行・定着事業を運営していたが、核となる職員の離職や利用者の減少があり、事業の廃止・休止によるダウンサイジングを図ってきた</li> </ul>
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉部門における看護師や作業療法士は手当の面から高コストなのがネック</li> <li>高次脳機能障害の方をメインで受け入れていく方向性ではない中で、新たに専門職を配置する方向性にはならない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>あくまで教育機関で学んだレベルの知識の使いまわしといった現状</li> <li>本人の興味・関心の範囲で研修へ送り出すが、精神科関連の研修に送り出す方が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高次脳機能障害の方を受け入れるための特別なアクションはしていない。</li> <li>一般的な事業所の広報については、部屋の空き情報を市町村福祉課や特定相談支援事業所へ案内したり、自立支援協議会で入院患者さん向けに施設見学会を行っている</li> </ul>	(特になし)

## 1.2. 自立訓練事業の利点（社会において自立訓練事業が果たしている役割）

7 法人から回答のあった自立訓練事業の利点は、「生活期リハビリテーションとして多様な社

会参加や『その人らしい生活』を支える役割」「就労支援体系の中での調整・受け皿機能」「地域移行や意思決定を支える重要な社会資源」の大きく3つの観点に分類され、以下のような意見が挙げられた。（表 32）

表 32 自立訓練事業の利点の分類

<p>① 生活期リハビリテーションとして多様な社会参加・「その人らしい生活」を支える役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立訓練（機能訓練）は、回復期リハビリテーション終了後の生活期において、就労や社会参加に向けた「生活基盤の再構築」を支える重要な役割を担っている。医療機関では提供が難しい、生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人関係への適応、社会的役割の再獲得といった支援を、制度として継続的に提供できる点が大きな利点である。</li> <li>一般就労や復職に限らず、福祉的就労や地域生活への移行など、利用者一人ひとりの状況に応じた多様な社会参加の形を支援できることから、壮年期に障害を負った方の「その人らしい生活」を支える生活期リハビリテーションとして、社会的意義の高い事業であると考えている。</li> <li>医療リハで獲得したADLを社会の中でさまざまな経験を通して活用し、できることを増やし活動範囲を広げて、自立した社会参加を目指す。同年代の方とのグループワークや共同生活・活動を通して共感し、自己の障害について気づきを深め、コミュニケーションが向上するなど、ピア的効果も大きい。</li> </ul>
--

② 就労支援体系の中での調整・受け皿機能
・以前は、復職者の支援に自立訓練を利用していた。現在は就労移行支援も利用できるようになり、働くためのベース作りをしている。就労目的で就労移行支援から利用して見立ての違いや利用者の方針転換により自立訓練に切り替える方もいる。自立訓練は、就労目的だが生活面の課題がある方の受け皿の役割を担っている。
・生活習慣を整えるなど職業準備性ピラミッドの下3層の強化。病院から退院後のサービス利用が有効と思われる。短期間でもその後のフォローアップにつなげることができる福祉サービスの入り口的な存在である。
③ 地域移行・意思決定を支える重要な社会資源
・高知県の障害福祉サービスの中では地域移行を目的とした重要な事業であると評価されていると思います。様々な障害特性をもつ方の障害受容を含む自己理解が促進され、一定期間能力の向上等にチャレンジする機会があること。また、同年代の中でピアの効果を得ながら、今後の住まいや就労についての意思決定ができる場として重要であると思います。
・かつては長期入院者の地域移行の足掛かりとして機能していましたが、現在においては親亡き後に残されることを見越した当事者の自立への意欲喚起やスキルアップに比重が移ってきているように感じます。
・宮崎県に事業所が一カ所しかなく、若年層の受け皿としての役割があると考えます。
・困っている方が多く、定員100%の入所でも赤字となるため、事業を行う事業者が限られることから役割は大きい。

### 1.3. 自立訓練事業の課題点

7法人から回答のあった自立訓練事業の課題点は、「制度理解・認知不足に関する課題（医療・行政・関係機関）」「制度間の壁・利用手続きの遅

さに関する課題「経営・財政・人材確保に関する構造的課題」「利用者の流れ・稼働率・退所先に関する課題」「効果検証・成果評価が不十分である点の課題」「その他の課題」の大きく6つの観点に分類され、以下のような意見が挙げられた。(表33)

表 33 自立訓練事業の課題点の分類

① 制度理解・認知不足に関する課題（医療・行政・関係機関）
・自立訓練（機能訓練）は、生活期における重要な支援である一方、その役割や対象者像が医療機関や相談支援機関等に十分に理解されておらず、支援の選択肢として検討されにくい現状がある。
・一連のリハプロセスの中で、サービスの役割を理解して、つなぐ役割の人が少ない。医療側のMSW・リハ医・リハ職などへの更なる周知も必要。地域では高次脳支援等を通して理解も深まりつつあるが、地位特性や物理的な距離もあり、基幹や拠点、中核との連携も必要。
・自立訓練（機能訓練）は、生活期における社会参加や就労を支える重要な制度であるが、十分に認知されているとは言い難い。今後も関係機関との連携を通じ、制度の理解促進に取り組んでいきたい。
・行政の窓口でも入所の必要性を厳しく問われる傾向があり、手続きの面でも通所が選ばれやすいところも課題となっており、行政の正しい自立訓練への理解が求められる。
② 制度間の壁・利用手続きの遅さに関する課題
・介護保険優先の原則や制度間の違いにより、生活期リハビリテーションとしての自立訓練が活用さ

れにくいケースもみられる。
・介護保険の手続きは迅速である一方、障害福祉サービスである自立訓練の利用開始までに時間がかかり、利用機会を逃す一因となっている。このため、診断書があれば暫定的にでも利用を開始できるような制度設計の見直しの必要性があると考えている。
・自立訓練の支給決定期間について、脊損との期間の差の整合性があるのか。
<b>③ 経営・財政・人材確保に関する構造的課題</b>
・専門職配置に伴う経営的・人的な制約や、他機関との連携に要する時間的・労力的負担など、事業を継続的に運営していく上での課題も抱えている。
・自治体からの補助金なしにはできない事業だが、広島県の補助金はゼロである。
・指定管理だが指定管理料は0。結果職員数の減少、職員のクオリティの低下などに繋がっている。設備も老朽化しており課題が山積している状況。
・支援を手厚くしようと思えば思うほど経営が苦しくなる。
・個別訓練計画支援加算の要件に社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師に加え、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士も加えてほしい。
<b>④ 利用者の流れ・稼働率・退所先に関する課題</b>
・施設として利用者の受け入れはあるものの退所先が少なく、利用者の循環に課題がある。
・運営上の大きな課題として、入所施設の低稼働率が挙げられる。施設入所の定員は30名だが、実際の入所者は十数名にとどまっている。これは、退院後の利用者の多くが集団生活を避け、可能な限り通所での利用を希望するためである（現在、利用者の6割以上が通所）。
・サービスにアクセスできない埋もれない人を作るための取り組み、仕組み作りが必要。
<b>⑤ 効果検証・成果評価が不十分である点の課題</b>
・自立訓練の効果検証をして行く必要がある。
・自立訓練が終了したときに生活力が向上しているときに報酬があるといいなと感じた。
<b>⑥ その他の課題</b>
・宿泊して訓練ができることにメリットがあるが、お金がもらえないのに通ってまで自立訓練にくることにメリットを感じることは難しいのではないかと。自法人内でも就労B型をお勧めしてそこで生活リズムを整えたりお金の管理について一緒に練習をしたりする取り組みをしている。
・高次脳機能障害支援者養成研修について、職員は派遣するが主催は県が行うよう伝えている。県が丸投げしようとするため。丸投げするのであれば職員も出さないと行って交渉を継続している状況あり。全体的に県の関わりが薄い。
・精神科にかかる宿泊型自立訓練は静岡県内で4か所存在しますが、恐らく社会のニーズを満たすには数が足りないと思われます。“入れっぱなし”に出来るグループホームとの競合であったり、2年というサイクルで入退所の支援を行う“手間”であったり、と運営にあたっては報酬の低さも相まってコストパフォーマンスがイマイチなのが受け皿の少なさの原因と考えます。

#### 1 4. 自立訓練事業への施策提言

7 法人から回答のあった自立訓練事業への施策提言は、「自立訓練（機能訓練）の位置づけ明確化と理解促進」「医療機関への周知・情報提供の強

化」「利用手続きの迅速化と制度運用の柔軟化」「専門職配置を評価する報酬・加算制度の拡充」「医療・福祉・職業リハのシームレスな連携体制構築」「事業の持続可能性確保に向けた財政的支援」「退所支援・地域移行支援の評価強化」の大き

く7つの観点に分類され、以下のような意見が挙げられた。(表34)

表34 自立訓練事業への施策提言の分類

<p><b>【施策提言①】 自立訓練（機能訓練）の位置づけ明確化と理解促進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立訓練（機能訓練）が生活期リハビリテーションとして十分に機能するためには、医療・介護・障害福祉の各分野において、本事業の役割や対象者像についての理解を一層深める必要がある。特に、回復期リハビリテーション終了後の支援の選択肢として、自立訓練（機能訓練）が適切に検討されるよう、医療機関や相談支援機関への情報提供や啓発の仕組みづくりが求められる。</li> </ul>
<p><b>【施策提言②】 医療機関への周知・情報提供の強化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師が自立訓練事業の内容や利用ルートを正しく理解し、退院する患者（特に65歳未満）に的確な情報提供ができるよう、急性期病院の医師（脳神経外科や脳神経内科）が、退院後に受けられる具体的な支援の流れや機関を示したフロー図入りのリーフレットを作成することは、有効であると考えられる。</li> </ul>
<p><b>【施策提言③】 利用手続きの迅速化と制度運用の柔軟化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険サービスに比べて手続きに時間がかかるという不利な状況を改善するため、診断書等があれば暫定的に利用を開始できるなど、利用開始までのプロセスを迅速化する制度設計が求められる。</li> </ul>
<p><b>【施策提言④】 専門職配置を評価する報酬・加算制度の拡充</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高次脳機能障害体制加算の傾斜配分：現行の高次脳機能障害体制加算について、事業所における高次脳機能障害者の利用割合に応じて加算額を変動させる「傾斜配分」を導入する。利用者が8割を超えるような専門性の高い事業所には手厚く、割合が低い事業所にも一定の加算を付けることで、より多くの事業所が支援に取り組む動機付けとする。</li> <li>専門職配置加算の創設：人材確保と専門性の向上を促すため、言語聴覚士（ST）や作業療法士（OT）などの専門職の配置を直接評価する「専門職配置加算」を創設する。専門職を1名配置した場合、2名配置した場合、複数の専門職種を配置した場合などで段階的に加算額を設定することで、事業所が専門職の採用・増員に踏み切る経営的なメリットを明確にする。</li> <li>高次脳機能障害者支援体制加算や、施設入所支援の基本報酬の増額。</li> <li>生活介護の常勤看護職員等配置加算のように、自立訓練に手厚くセラピストを配置した際の加算がほしい。</li> <li>生活訓練の個別計画訓練支援加算の専門職にセラピストを加えてほしい。</li> <li>作業療法士等の専門職を配置することでサービスの質を上げることにつながるため、配置するための報酬単価を上げる必要がある</li> </ul>
<p><b>【施策提言⑤】 医療・福祉・職業リハのシームレスな連携体制構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療と福祉のシームレスな連携システムの構築が必要。そのために、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士の配置ができると医療から福祉への連携がスムーズになる。</li> <li>一連のリハプロセスの中に組み込まれていくことが必要。医療リハ⇒自立訓練⇒就労移行支援⇒復職・新規就労の流れが大きくなるとよい（介護保険の利用に流れる前のジャッジ）、特に若年者については生活リハ／職業リハも見据えた、長期間のリハプランも必要。ただし、入院～入所、訓練継続が負担とならないような配慮も必要。</li> </ul>
<p><b>【施策提言⑥】 事業の持続可能性確保に向けた財政的支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>あわせて、専門職配置を前提とした事業運営が継続可能となるよう、評価・加算の在り方や人材確</li> </ul>

保に関する支援策の検討、制度間連携を促進する仕組みの整備が重要であると考える。
・満床でも赤字になるという仕組みになってしまっている。社会的意義はあるが行政の支援がない限り現在の構造上では継続が困難である。
<b>【施策提言⑦】 退所支援・地域移行支援の評価強化</b>
・地域に新たな自立の場を生み出す“退所支援“については、今以上の報酬としての評価をしていただければと考えます。再入院での支援終了や自宅といった既存の生活環境へ戻るのではない関わり（単身生活への意向支援）は社会的な意義を認めてもらえると良いなと感じています。
・終了して出るときのケースワークや準備を含めてそこにコストがかかっている。グループホームには地域にうつすと加算があるが、宿泊型自立訓練にはない。有期限のサービスなので退所支援が含まれていることはわかるが。

## E. 考察：自立訓練事業の現状と高次脳機能障害支援における制度的課題

本研究では、全国7か所の自立訓練事業所（機能訓練・生活訓練）を対象に、運営体制および高次脳機能障害者支援の実態を比較分析した。その結果、自立訓練事業が生活再構築と社会参加の基盤形成において重要な役割を果たしている一方で、医療・福祉連携、専門職配置、評価手法、地域資源、報酬制度といった複合的な制度課題が明らかとなった。

### 1. 医療から福祉への移行における「連続性」の重要性

同一法人内に医療部門を有する事業所では、回復期から生活期への移行が比較的円滑に行われ、診療情報や評価結果を踏まえた切れ目のない支援が実践されていた。一方、他法人の医療機関との連携においては、情報共有が難しく、自立訓練事業所が医療機関へ積極的に働きかけていく必要があり、多くの事業所で課題として認識されていた。課題は大きく分けて、以下の4点である。

#### (1) 医療機関の病床回転率上昇の影響

厚生労働科学研究(2024)「障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究：障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」において、自立訓練における高次脳機能障害者の主な紹介元は医療機関であった<sup>2)</sup>。そして、

その多くの高次脳機能障害者は、回復期リハビリテーション病棟を有する病院（以下、「回復期リハ病院」という。）を経て、自立訓練事業所につながってきている。

しかしながら、回復期リハ病院においては病床回転率が上昇し、在院日数の短縮、すなわち早期退院の傾向が認められる<sup>3) 4)</sup>。本現象は、診療報酬制度を中心とした政策的誘導と医療提供体制の構造変化の結果であると考えられる。中でも、診療報酬制度の影響が大きい。回復期リハビリテーション病棟入院料では、疾患別の算定上限日数が設定されるとともに、実績指数、重症度割合、在宅復帰率といった成果指標が評価に組み込まれている。近年の改定では、FIM利得に基づく実績指数の比重が高まり、短期間で機能改善を達成し退院につなげる運営が高く評価される仕組みとなっている。このことが、病床回転率の上昇を制度的に促進している。

その結果、機能改善が見込めなくなると、早期に退院となる傾向が強まっている。一方、障害福祉サービスである自立訓練については、その利用開始までに1か月を超えることも少なくない。そのため、スムーズに自立訓練につながらないことが指摘されている。

#### (2) 医療機関における介護保険偏重と障害福祉サービス情報提供の課題

回復期リハ病院の多くの退院患者は高齢者で

あり、退院後は介護保険サービスを利用するケースが大半を占めている。そのため、退院時に関わる医師やセラピスト、医療ソーシャルワーカー（MSW）の多くは、介護保険サービスの知識は有しているものの、障害福祉サービスに関わる機会が少なく、十分な知識を有しているとは言い難い。その結果、自立訓練について、高次脳機能障害者本人や家族に十分な情報が届いていない可能性が高い。

### (3) 障害福祉サービスにおける支給決定プロセス上の課題

障害福祉サービスにおける支給決定は、本人または家族が市町村に申請し、市町村が心身の状況や生活状況、意向等を調査・評価したうえで、必要なサービス量を決定する流れである。具体的には、申請後に認定調査や医師意見書、障害者手帳等に基づく障害支援区分の認定が行われ、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画案を踏まえて、市町村が支給決定を行い、受給者証を交付する。その後、本人が事業所と契約し、決定された内容に基づいてサービス利用を開始する。

この結果、支給決定までに数か月を要することもあり、在院日数が短縮化する病院の退院ペースと合わない状況が生じている。障害福祉サービスでは、原則として市町村の支給決定と受給者証の交付後に利用を開始する仕組みであり、介護保険のように申請後すぐに暫定利用し、後から遡って給付される制度は設けられていない。実務上は、緊急時等に障害支援区分が未確定のまま暫定的な支給決定が行われることもあるが、これは行政運用上の対応であり、申請日以前に遡って給付することは原則として認められていない。このため、介護保険のような暫定支給・遡及適用の仕組みの導入が求められる。

しかしながら、こうした制度改正は短期的には困難であることから、一部の自立訓練事業所では、国土交通省「自動車事故被害者支援体制等整備事業（社会復帰促進事業）」を活用し、病院退院前から相談等を行い、退院後も一定期間、相談支援等を行う「退院後フォローアップ支援」<sup>5)</sup>の実践が

進められている。

高次脳機能障害は外見上分かりにくく、生活期において課題が顕在化しやすい特性を有することから、医療から福祉への移行支援の質が、その後の地域生活の安定に大きく影響する（中島ら、2014）<sup>6)</sup>との指摘もある。現行制度の見直しとともに、新たな連携システムの構築が不可欠であることが示唆される。

### (4) 相談支援体制の課題

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定においては、高次脳機能障害支援体制加算が創設され、加えて、相談支援事業所における医療を含めた多機関連携を促進するため、計画相談における入院時情報連携加算や医療・保育・教育機関等連携加算、集中支援加算の拡充等が図られた。また、令和5年度の障害者総合福祉推進事業において、医療と福祉の連携に関する実態把握や連携促進のための調査研究が実施された。

さらに、厚生労働省は「医療機関と相談支援事業所の連携に関する一層の取組促進について（令和6年6月12日）」<sup>7)</sup>において、医療機関と相談支援事業所の連携は、障害児者の生活面に配慮した医療の提供と、医療の視点も踏まえた総合的なケアマネジメントの実施の両面で重要であり、本人の生活や治療に対する希望を尊重しつつ支援していくためには、より一層の連携強化が必要である旨を通知している。

しかしながら、本調査においても高次脳機能障害や制度に精通した相談支援専門員が十分に配置されているとは言い難く、自立訓練の利用開始時点で相談支援専門員がいないケースも多い。そのため、高次脳機能障害者が病院から自立訓練事業所を利用する際に、計画相談が十分に機能していない可能性が高い。

今後、こうした施策の動きの中で、病院から自立訓練への移行時に相談支援が実効的に機能していくことが望まれるが、それが実現していくかについては、引き続き検証が必要である。

## 2. 専門職配置の効果と報酬体系の限界

すべての事業所において、専門職配置の有効性が共通して認識されていた。専門職が関与することで、障害特性に即した評価・訓練、医学的根拠に基づく説明、医療機関・家族・企業との信頼関係の構築が可能となり、支援の質が高まっていた。

一方で、専門職配置は人件費率の上昇を招き、現行の障害福祉サービス報酬体系のもとでは経営上の大きな制約となっている事業所も少なかつた。これは、生活期における専門性を要する支援モデルが、制度上十分に評価されていない構造的問題を示している。高次脳機能障害者支援においては、多職種連携による包括的支援が推奨されており（厚生労働省，2006）<sup>8)</sup>、これを実装可能とする報酬上の評価が求められる。令和6年度障害福祉サービス報酬改定において高次脳機能障害者支援体制加算が創設されたものの、本調査では、多くの事業所が依然として十分とは捉えておらず、今後、さらなる報酬上の見直しを行っていく必要がある。

## 3. 施設入所支援を併設した自立訓練の課題

入院から直接、施設入所支援として受け入れを行っている事業所においては、退所と入所の管理が難しいとの指摘があった。特に、施設入所支援の中でも自立訓練のような有期限のサービスでは、利用者数が多いほど、自宅やグループホーム等への居住設定を計画的に進める必要がある。そのため、事業所によっては、週1回の「ベッドコントロール会議」を開催し、関係者が集まって見学者情報や利用者の回復状況を共有し、空きベッドを効率的に活用するための調整を行う等の工夫がみられた。一方で、賃貸アパートやグループホーム等の受け入れ側の都合により、移行が円滑に進まない場合も少なくない。その結果、常に一定の空床を維持する必要性が生じ、空床状態が恒常化しやすくなる等、有期限サービスである自立訓練における運営上の難しさが浮き彫りとなった。

## 4. 自立訓練における高次脳機能障害者の利用

### (1) 高次脳機能障害者の受け入れ

厚生労働科学研究(2024)「障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究：障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」においては、高次脳機能障害者の利用実績がない事業所が多く、利用実績がない(0%)が43/105事業所41.0%を締めていた。一方、利用実績のある62事業所においては、高次脳機能障害者の利用実績30%未満が15事業所24.2%に対して、利用実績30%以上が47事業所75.8%となっており、高次脳機能障害者が利用する自立訓練事業所には、偏りが見られていた<sup>2)</sup>。本ヒアリング調査においても高次脳機能障害者の利用が少ない事業所にもヒアリングを依頼したが、なかなか協力が得られず、依頼を受けた事業所も今後、積極的に受け入れを検討していることはなかった。そのため、今後、高次脳機能障害者を受け入れが拡大していくための何らかの対応を検討していく必要がある。

### (2) 高次脳機能障害者支援養成研修の位置づけと内容

高次脳機能障害者支援養成研修の内容は、厚生労働科学研究(2020・2021)「高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究」<sup>9)</sup>において、医療から福祉まで幅広い支援者を対象に開発されたものであるが、当時は高次脳機能障害者支援体制加算の創設が想定されていなかった。その後、令和6年度に同加算が創設されたことにより、研修受講と制度上の位置づけが明確になった。一方、現状では日中活動系サービスで加算を取得できる事業所が限られていることから、加算の対象範囲の見直しや現場ニーズに即した形で、研修内容のブラッシュアップが求められる。近年、分野別研修が整理され、「児童」「就労支援」等の専門コース別研修が新設されている流れを踏まえると、今後、専門コースの一つとして「自立訓練」を位

置くことも検討課題となり得る。

#### 5. SIM (Social Independence Measure : 社会生活の自立度評価指標) の活用可能性と共通評価指標の課題

SIM を活用している事業所では、支援内容の可視化や多職種間の共通理解の促進といった効果が認められた。評価結果を基に支援方針を共有することで、支援の一貫性や説明責任が高まる可能性が示された点は重要である。

しかし、評価のばらつき、本人へのフィードバックの難しさ、制度上の位置づけの曖昧さといった課題も明らかとなった。SIM は医療領域での評価を福祉領域の支援へ橋渡しするツールとなり得るが、そのためには評価方法の標準化と、個別支援計画との連動が必要である。共通評価指標としての活用が限定的にとどまらないためにも、さらなるブラッシュアップが必要と考えられる。

#### 6. 出口資源不足と事業の循環性

多くの事業所において、グループホーム、就労系障害福祉サービス等の受け皿といった「出口資源」の不足が共通課題として挙げられた。とりわけ重度の高次脳機能障害者では、適切な移行先が見つからず、利用期間の長期化やサービスの停滞が生じやすい状況が確認された。

これは、自立訓練事業が本来担う「次のステップへの橋渡し機能」が、地域資源の不足により十分に発揮されていない可能性を示している。地域生活移行や就労移行を支える社会資源の整備に加え、退所・移行支援の取り組み自体を制度的に評価する仕組みの必要性が示唆される。

#### 7. 高次脳機能障害支援における自立訓練事業の中核的意義

比較分析の結果、自立訓練事業は、①退院後の生活再構築の場、②職業準備性の基盤形成、③重度例における地域移行の中核、④若年障害者の社会復帰資源として、他に代替しがたい役割を担っていることが明らかとなった。

すなわち、自立訓練事業は高次脳機能障害者の社会参加を支える基盤的インフラであるにもか

かわらず、その重要性に比して制度的評価は十分とは言えず、ニーズの高さと制度的支援の乖離が事業の持続性を脅かしている現状が浮き彫りとなった。

#### F. まとめ：今後の課題と研究展望

本研究を通じて、自立訓練事業が高次脳機能障害者の地域生活移行と社会参加において中核的な役割を果たしている一方で、制度的・構造的な課題を多く抱えていることが明らかとなった。これらを踏まえ、今後に向けて以下の提言と課題が示唆される。

##### 1. 医療・福祉・相談支援等の他機関をつなぐシームレスな連携システムの構築

###### (1) 制度上の課題と課題解決に向けた取り組み

医療から自立訓練への移行における連携上の課題は、制度、運用、専門性、情報共有といった複数の側面にまたがって存在している。特に、病床回転率の上昇と障害福祉サービスにおける支給決定プロセスとの乖離、介護保険制度が優先されることによる情報不足、さらには相談支援体制の未整備は、移行期支援を進める上で大きな障壁となっている。

今後は、医療・福祉・相談支援が早期から関与する多機関連携体制を構築するとともに、制度的な運用の見直しを検討することで、高次脳機能障害者が切れ目なく生活期支援へと移行できる仕組みを整備していくことが求められる。

具体的には、介護保険サービスと比較して手続きに時間を要するという障害福祉サービスの不利な状況を改善するため、診断書等の提出をもって暫定的にサービス利用を開始できる仕組み等、利用開始までのプロセスを迅速化する制度設計が有効であると考えられる。

###### (2) アウトリーチの必要性

現状において、医療機関が主体的に自立訓練等の障害福祉サービスへつなげていくことは容易

ではない。また、相談支援事業所が回復期リハビリテーション病院の退院前から関与することについても、現行の専門性や人員体制を踏まえると、実践上の困難が大きいと言わざるを得ない。

こうした状況を踏まえると、自立訓練事業所が医療機関を訪問し、情報提供や支援内容の説明を行うといったアウトリーチの取り組みが重要となる。あわせて、国土交通省の「自動車事故被害者支援体制等整備事業（社会復帰促進事業）」<sup>5)</sup>にみられる退院後フォローアップ体制の構築等、自立訓練事業所を起点とした協働モデルの実践は、有効な示唆を与えるものである。今後は、これらの取り組みの効果を検証しつつ、さらなる施策化を進めていく必要がある。

### (3) 医療機関側の認識

医療機関が障害福祉サービスをどの程度理解しているのか、また退院後支援に関してどのような課題意識を有しているのかについては、本研究では十分に検討することができなかった。医療から福祉への円滑な移行を実現するためには、医療機関側の認識や実践の実態を把握する調査が不可欠である。

具体的な対応策としては、医師が自立訓練事業の内容や利用ルートを正確に理解し、退院する患者、特に65歳未満の患者に対して適切な情報提供が行えるようにすることが重要である。その一方策として、急性期病院の医師（脳神経外科や脳神経内科）が、退院後に受けられる支援の流れや関係機関を明示したフロー図入りのリーフレットを作成・活用することは、有効な取り組みであると考えられる。

### (4) 潜在的なニーズの発掘

障害者病棟や精神科病院等、現時点では十分な連携が図られていない領域においても、頭部外傷等を原因としながら診断や支援につながっていない潜在的な高次脳機能障害者が存在している可能性がある。これらの領域は、今後新たなアプローチ対象として検討していく必要がある。

さらに、地域障害者職業センター、大学、一般

校等、従来は接点の少なかった機関との連携も、新たなニーズの掘り起こしにつながる可能性を有している。今後は、こうした関係機関を対象とした実態調査等を行い、連携の可能性を検討していくことが求められる。

## 2. 自立訓練の課題とその解決

### (1) 専門資源の乏しい地域における支援実態の解明

総合リハビリテーションセンターや自立訓練事業所が存在しない地域において、高次脳機能障害者がどのような資源を活用し、いかに地域生活を維持しているのかについては、十分な実態把握がなされていない。代替的に機能している支援構造を明らかにすることは、今後の制度設計に重要な示唆を与えると考えられる。

その際、当事者の「気づきにくさ」という障害特性、回復期病棟における在院日数短縮を促す診療報酬構造、相談支援事業所の不足と医療連携の困難さといった構造的要因を踏まえ、潜在的ニーズを掘り起こす調査手法が求められる。

### (2) 障害福祉サービスの加算制度の見直し

#### ア. 高次脳機能障害支援体制加算の改定

現行の高次脳機能障害支援体制加算は、「利用者数の3割以上」を占める事業所に対して一律41単位が加算される仕組みとなっている<sup>10)</sup>。一方で、高次脳機能障害者への支援においては専門職の配置が有効であるものの、それが経営上の大きな制約となっている事業所も多い。

このため、5割以上、7割以上といったように、対象割合の上昇に応じて加算単位を引き上げる仕組みも有効と考えられる。他方、現状では「利用者数の3割以上」に該当する事業所は限られていることから、2割以上、1割以上についても対象範囲を拡大し、より多くの事業所が高次脳機能障害者支援に取り組むよう促していくことが望ましい。

#### イ. 専門職配置加算の創設

人材確保と専門性の向上を促すため、言語聴覚

士（ST）や作業療法士（OT）等の専門職の配置を直接評価する「専門職配置加算」を創設する。専門職を1名配置した場合、2名配置した場合、複数の専門職種を配置した場合等で段階的に加算額を設定することで、事業所が専門職の採用・増員に踏み切る経営的なメリットを明確にする方法も考えられる。

### (3) 専門職配置を前提とした報酬体系および加算の拡充

自立訓練（生活訓練）における個別計画訓練支援加算については、現行では、個別訓練実施計画の作成を社会福祉士、精神保健福祉士または公認心理師である従業者が行うこととされている。しかし、作業療法士等の専門職配置の効果が示されていることから、作業療法士等の専門職についても、個別訓練実施計画の作成に従事できるよう、制度の見直しが望まれる。

### 3. SIM等を活用した共通評価指標の整備と支援効果検証の制度化

評価のばらつき、本人へのフィードバックの難しさ、制度上の位置づけの曖昧さといった課題が指摘されている。令和7・8年度の厚生労働科学研究「自立訓練をより効果的に提供するための研究」においては、「SIMにおいて効果のみられる項目と提供するプログラム等の支援内容との関連性を明らかにする」「SIMによる評価マニュアルの改訂版作成および活用方策の検討」が予定されており、本ヒアリング調査で得られた意見も踏まえながら、改良を進めていく必要がある。

### 4. 自立訓練終了後の資源の拡充と退所・移行支援の制度的評価

多くの事業所において、グループホームや就労系障害福祉サービス等の「出口資源」の不足が共通課題として挙げられた。とりわけ重度の高次脳機能障害者では、適切な移行先が見つからず、利用期間の長期化やサービス停滞が生じやすい状況が確認された。

そのため、先に述べたとおり、高次脳機能障害支援体制加算については、自立訓練以外の地域の

受け皿となり得る各種サービスにおいても対象範囲を拡大し、2割以上、1割以上といった段階的基準を設けることで、より多くの事業所が高次脳機能障害者支援に取り組むよう促していくことが望ましい。

### 5. 高次脳機能障害に関する地域理解の促進と専門人材育成の強化

#### (1) 高次脳機能障害支援養成研修の再設計とフォローアップ

厚生労働科学研究（2020・2021）「高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究」<sup>9)</sup>で開発され、令和6年度から高次脳機能障害支援体制加算要件として行われている高次脳機能障害支援養成研修は、医療から福祉までを横断する人材育成の基盤として重要であるが、令和6年度の支援体制加算創設後、受講者が相談支援領域に偏在している現状がみられる。研修の動向を踏まえつつ、必要に応じて現場ニーズに即した内容への再設計が求められる。

また、支援経験の乏しい受講者に対しては、基礎研修修了後のフォローアップとして、病院訪問やケア会議参加等実践的要素を組み込んだ研修の充実が必要である。

#### (2) 高次脳機能障害支援養成研修修了者配置事業所の可視化

研修修了者を配置する事業所を地域に公開する仕組みを整備することは、当事者・家族・医療機関・相談支援事業所が適切な資源を選択する上で有効である。支援の質の担保とアクセス向上の観点から、国レベルでの通知や制度化を検討する余地がある。

本研究は、自立訓練事業の意義と課題を明らかにするとともに、地域間格差、医療機関側の認識、人材育成のあり方等、多くの未解明の論点を提示した。今後は、医療・福祉・相談支援を横断した多角的調査と実践研究を通じて、高次脳機能障害者が地域で継続的に社会参加できる支援システ

ム構築に向けたエビデンスを蓄積していく必要がある。

#### G. 健康危険情報

なし

#### H. 研究発表

- ・論文発表  
なし
- ・学会発表  
なし

#### I. 知的財産権の出願・取得状況

なし

#### <引用・参考文献（案）>

- 1) 厚生労働省 (2022) : 障害者総合支援法改正法施行後 3 年の見直しについて～社会保障審議会 障害者部会報告書～ (令和 4 年 6 月)
- 2) 厚生労働省 (2024) : 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査 (自立訓練)』報告書」, 厚生労働科学研究
- 3) 厚生労働省 (2022) : 令和 4 年度診療報酬改定の概要 (回復期リハビリテーション病棟関係)」
- 4) 寛淳夫, 回復期リハビリテーション (2021. 4) : 実態調査報告「2020 年度 全国実態調査について」, P19-24
- 5) 国土交通省自動車事故被害者支援体制等整備事業 社会復帰促進事業 : 令和 5 年度自動車事故による高次脳機能障害者の方に向けた「社会復帰促進事業」好事例集  
<https://www.mlit.go.jp/jidosha/content/001878934.pdf>
- 6) 中島八十一・寺島彰 (編) (2014) : 高次脳機能障害ハンドブック, 医学書院
- 7) 厚生労働省 (2024) : 医療機関と相談支援事業所の連携に関する一層の取組促進について (令和 6 年 6 月 12 日)
- 8) 厚生労働省 (2006) : 高次脳機能障害支援モデル事業報告書
- 9) 厚生労働省 (2020・2021) : 高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究, 厚生労働科学研究
- 10) 厚生労働省 (2023) : 障害福祉サービス等報酬改定の概要

<資料>

資料1 調査票「資料1 障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査」

資料1

障害福祉サービス事業者における高次脳機能障害者の支援の実態把握及び推進のための研究  
「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査（自立訓練）」調査票

No	質問項目	回答	
<b>(1) 基本的な概要</b>			
①	法人名		
②	事業所名	機能訓練	
		生活訓練	
		宿泊型生活訓練	
③	開所年／現事業の開始年		年
<b>(2) 自立訓練の職員体制</b>		<b>(※令和7年10月1日現在)</b>	
④	ア. 機能訓練または宿泊型生活訓練の職員数	基準上の必要職員数	人
		常勤換算の従業員数	人
	イ. 機能訓練または宿泊型生活訓練の医療職の職員数	医師	人
		理学療法士	人
		作業療法士	人
		臨床心理士もしくは公認心理師	人
		言語聴覚士	人
		看護師	人
⑤	ア. 生活訓練の職員数	基準上の必要職員数	人
		常勤換算の従業員数	人
	イ. 生活訓練の医療職の職員数	医師	人
		理学療法士	人
		作業療法士	人
		臨床心理士もしくは公認心理師	人
		言語聴覚士	人
		看護師	人
<b>(3) 自立訓練の利用者の状況</b>		<b>(※令和7年10月1日現在)</b>	
⑥	定員数	人	
⑦	契約者数	人	

⑧	全体的な利用者の状況、 特徴		
⑨	紹介元	高次脳機能障害支援拠点機関	人
		一般病院（精神科を除く）	人
		診療所	人
		精神科病院	人
		介護保険施設	人
		居宅介護支援事業所	人
		地域包括支援センター	人
		特定相談支援事業所	人
		基幹相談支援センター	人
		障害者支援施設	人
		障害福祉サービス事業所	人
		就労関係機関	人
		学校・教育関係機関	人
		家族	人
市町村等行政機関	人		
	その他（詳細 ）	人	
<b>(4) 活動の内容</b>			
⑩	活動の特色（理念）		
⑪	具体的な支援の内容		
⑫	SIM の活用		
<b>(5) 連携の取り組み</b>			
⑬	一般病院（精神科を除く）との連携で取り組んでいること		

⑭	高次脳機能障害支援拠点機関との連携で取り組んでいること	
⑮	相談支援機関との連携で取り組んでいること	
⑯	その他の連携で取り組んでいること	
⑰	専門職が配置することでの有効性について	
<b>(6) 連携上の課題</b>		
⑱	一般病院（精神科を除く）との連携の課題	
⑲	高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題	
⑳	相談支援機関との連携の課題	
㉑	その他の連携の課題	
㉒	専門職が配置することでの課題について	
<b>(7) 運営について</b>		
㉓	運営に係る経費	

㉔	運営収支	
㉕	人材確保／人材育成	
㉖	利用者の確保	
㉗	運営（事業継続のための 取り組み）	
<b>(8) 自立訓練事業について</b>		
㉘	この事業の利点（社会に おいてこの事業が果たして いる役割）	
㉙	この事業の課題点	
㉚	この事業への施策提言	
<b>(9) その他</b>		
㉛	その他伝えたいこと	
(a)	調査実施日	
(b)	回答者名	(所属／役職名： )
(c)	調査者名	

障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査（自立訓練）  
研究協力に関する説明書（法人向け）

1. 研究の目的

本研究は、障害福祉サービスのうち「自立訓練（機能訓練・生活訓練）」事業の運営実態や支援の工夫、課題、利用者のサービス利用プロセス等を把握し、今後の制度設計および支援の質の向上に資する知見を得ることを目的としています。

2. 調査の方法

本研究では、障害福祉サービス事業を運営する法人・事業所を対象に、ヒアリング調査を実施します。調査では、事業運営上の取り組みや支援の工夫、課題、関係機関との連携等についてお伺いします。ヒアリングは原則として対面またはオンラインで行い、所要時間は60～90分程度を予定しています。記録の正確を期すため、許可を得て録音させていただきます。

3. 研究への協力について

本調査への協力は任意です。協力の有無や途中辞退によって、法人や関係者が不利益を受けることは一切ありません。また、質問への回答は可能な範囲で構いません。回答を控えることも自由です。

4. 個人情報・機密情報の保護

ヒアリング内容は研究目的のみに使用し、法人名・事業所名は使用しますが、ヒアリングの回答者の個人名が特定される形での公表は行いません。分析の際には、匿名化を行います。録音データは文字データ化後、一定期間の保管を経て、安全に削除します。研究に関するデータはパスワードで保護された環境下で厳重に管理します。

5. 調査結果の公表について

得られた結果は、報告書・学会発表・論文等で公表を行いますが、ヒアリングの回答者の個人が特定される形での情報は一切公表しません。

6. 研究の実施責任者・研究窓口

- 1) 研究代表者：鈴木 智敦（所属：社会福祉法人名古屋総合リハビリテーション事業団 副理事長）
- 2) 研究窓口：稲葉 健太郎（所属：社会福祉法人名古屋総合リハビリテーション事業団 自立支援部長）

連絡先：〒467-8622 名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1-2

E-mail：inaba.k@nagoya-rehab.or.jp TEL：052-835-4193

7. 問い合わせ窓口

本研究の内容や個人情報の取り扱いについてご質問やご不明な点がありましたら、上記の研究窓口までお問い合わせください。



研究協力報告書

障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究  
＜高次脳機能障害支援養成研修の都道府県（愛知県）での実施状況と  
他県ヒアリングを通して＞

研究分担者 鈴木 智敦：名古屋市総合リハビリテーションセンター 副センター長

研究協力者 小島 一郎：名古屋市総合リハビリテーションセンター 総合相談部長

◎佐野 恭子：名古屋市総合リハビリテーションセンター 高次脳機能障害者支援課長

研究要旨

本研究は、2020～2022年度の厚生労働科学研究により開発された「高次脳機能障害支援養成研修（基礎編・実践編）」が2024年度より全国展開されたことを踏まえ、都道府県における研修運営の実態と課題を明らかにすることを目的とした。愛知県における2024・2025年度の研修を対象に、アンケートおよび運営記録を用いた後方視的調査を行うとともに、先行して実施している4都道府県へのヒアリング調査を実施した。

各都道府県とも集合形式を基本とし、支援拠点機関のコーディネーターがファシリテーターとして参画することで、地域連携の強化や拠点機能の周知に一定の効果が認められた。一方、受講者の多くは福祉職であり、高次脳機能障害の支援経験が少ない層の増加が確認された。特に基礎編では、神経心理学的検査や失語症、注意障害等に関する医学的講義において「専門用語が難しい」との回答が一定数みられた。また、検査体験演習では、評価結果と生活場面における困難との関連が具体的にイメージしにくいとの意見があった。実践編では、障害特性別の対応方法を扱うロールプレイ演習について、「議論や振り返りの時間が十分でない」「事例理解に時間を要し、対応策の検討が十分に深まらない」との指摘がみられた。

これらを踏まえ、愛知県では事例の共通化や解説内容の具体化を図った結果、演習理解度の向上が認められた。しかしながら、支援経験の少ない受講者に配慮した用語解説の充実や事前学習の工夫、演習時間の再配分といった課題は引き続き残されている。

今後は、障害特性別の具体的な対応方法の内容をさらに精査し、医療情報と福祉情報のバランスを調整するとともに、フォローアップ研修を含む継続的な学習体制の構築が求められる。これらの知見は、今後の各都道府県における研修内容の均てん化および質の向上に向けた検討資料となるものと考えられる。

A. 研究目的

高次脳機能障害の特性に応じた支援ができる専門性を持つ人材を養成・確保するため、2020～2022年度（R2～R4）の厚生労働科学研究補助金において「高次脳機能障害の特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究」（深津玲子他）が実施された。

2024年度より、上記成果は「高次脳機能障害支援養成研修（基礎編・実践編）」（以下養成研修）として、その研修の受講が、一部の障害福祉サー

ビスの報酬の加算要件に位置付けられ、全国各都道府県において養成研修が実施されることとなった。

しかしながら、各都道府県においてこの標準カリキュラムに沿った養成研修を実施するにあたり、受講する対象者像やその支援経験、また、養成研修を実施する側の人材等を含めた運営体制等々について、十分に整理されていない状況であった。

そのため、愛知県での2024年度の実施、それ

を踏まえた 2025 年度の取組みでの工夫、気づき等について調査する。あわせて、すでに高次脳機能障害支援養成研修（基礎編・実践編）を実施している都道府県へのヒアリングを行い地域の実情を含めた養成研修の研修内容や運営方法等の差異について調査する。

## B. 研究方法

愛知県で実施した 2024 年度及び 2025 年度に実施した高次脳機能障害支援養成研修（基礎編・実践編）を対象として、研修終了後に研修内容及び方法等を研修終了後に回収されたアンケート結果および運営記録を用いて、後方視的に調査

した。また、すでに高次脳機能障害支援養成研修（基礎編・実践編）を実施している都道府県の中から、調査協力の得られた全国 4 都道府県に対して、対面またはオンラインによるヒアリング調査を行った。

## C. 調査結果及び考察

### 1. 運営面と受講者像

#### (1) 愛知県での運営体制

2024 年度及び 2025 年度における愛知県での運営体制は、表 1 の通りであった。2024 年度から 2025 年度で変更した点は、会場規模の拡大、テキスト、外部講師及びファシリテーターの増員であった。

表 1 愛知県での運営体制

	2024 年度	2025 年度	変更点	
運営方式	委託	委託		
日数	基礎・実践 2 日ずつ	基礎・実践 2 日ずつ		
会場	有料	有料	★	会場規模拡大
定員（応募）	63 人（160 人）	60 人（201 人）		（）申込者数
	経験年数・人数で選定	経験年数・人数で選定		
受講者所属*	相談 <sup>*1</sup> ：日中 <sup>*2</sup> ＝5：3	相談：日中＝6：4		
講義	対面（基礎・実践 2 科目ずつオンデマンド事前学習）	同左		
演習	対面	対面		
テキスト	基礎のみ白黒 実践：カラー	基礎・実践：カラー	★	
講義講師	基礎 6 名 実践 7 名 （うち外部 2 名）	基礎 6 名 実践 7 名 （うち外部 2 名）	★	外部講師および FT 増員
演習講師	基礎 4 名 実践 2 名	基礎 4 名 実践 3 名 （うち外部 1 名）		
FT <sup>*3</sup>	9 人（うち外部 3 人）	10 人（うち外部 5 人）		
修了者リスト	R7 に作成予定	作成予定		FT7:1→6:1 へ

\*1 相談：相談支援事業所

\*2 日中：就労移行支援、就労継続 A・B、共同生活援助、生活介護、施設入所支援

\*3 FT：ファシリテーター

#### (2) 全国 4 都道府県の運営の特徴

・千葉…基礎編・実践編の演習をまとめて 3 日で実施（2025 年度は 2 クール実施）。講義はオンデマンド事前学習でレポート提出。ファシリテーター（以下、FT とする）は県内の支援拠点機関スタッフから輩出。

・静岡…県作業療法士会が受託。参加費徴収。102 名参加。参加者の 9 割が相談支援専門員。地域格差を最小限にするため、受講者は圏域ごとに定員を割り振った。講義は e-ラーニング使用（講義後のテストあり）。FT は 2 グループに 1 名配置、県内支援拠点機関のコーディネーター

が主に担当。支援ネットワーク会議への参加を応募要項に記載することも検討。

- ・大分…2024年度は集合形式をとりつつ、講義部分は動画を見たところ、受講者の参加態度に課題があったため、2025年度は対面での講義に変更し、オンデマンドでの事前学習も実施せず。FTは2グループに1名配置、支援拠点機関の属する法人職員のみで担当。
- ・岐阜…FTは1グループに1名、圏域コーディネーターを配置し、関係性構築を図った。講師は支援拠点機関のコーディネーターが単独で担当したが、今後は地域のコーディネーターで分担していく方向性。

### (3) 考察

各都道府県において、集合形式で実施し、支援拠点機関のコーディネーターが中心となってファシリテーターとして参画することにより、コーディネーター間の連携強化や支援拠点機関の周知・広報につながっている。一方で、フォローアップ研修等の必要性は認識されているものの、実施の可否については現時点では未定である。

今後、回を重ねるにつれて、参加者に占める相談支援専門員の割合が高まる可能性があり、高次脳機能障害者支援の経験が少ない受講者の増加も見込まれる。そのため、参加者像の変化に応じて、研修内容や方法の見直し、工夫等が求められる可能性が高い。

また、ファシリテーターは受講者の参加状況を把握しながら、将来的な地域連携を見据えた人材の発掘・育成という役割も担うことができる。この観点から、1グループにつき1名以上の配置が理想的である（相談支援専門員向け研修では、1グループ6名に対してファシリテーター1名の配置が推奨されている）。さらに、基幹相談支援センターの相談員や圏域・地域アドバイザー等、基幹的相談支援を担う受講者に対し、翌年度のファシリテーターや講師としての参画を依頼していくことは、有効な方策であると考えられる。

## 2. 講義・演習内容

### (1) 受講者アンケート結果のクロス集計

受講者に対してこれまでの高次脳機能障害者の支援経験人数を調査した。支援経験の人数による養成研修受講の影響について、支援経験多群（4人以上：「4～9人」「10人以上」）と支援経験少群（3人以下：「1人」「2～3人」）に分けてクロス集計した。2024年度の結果を踏まえ2025年度の研修を工夫した。

#### ◆2024年度基礎

- ・支援経験が少ないほど対面開催のメリットを享受している可能性がある。
- ・診断評価、失語症など医学的内容の方が印象に残りやすい。
- ・自立訓練の演習も印象に残りやすい。
- ・支援経験少群では、専門用語の難しさを感じている。支援経験に関わらず、具体的な事例を求める声が多い。
- ・支援経験少群では、約半数強が支援拠点機関の存在を知らなかった。
- ・支援経験少群に対する支援拠点の役割明示、フォローアップの必要性

#### ◆2024年度実践

- ・認知症・発達障害との違いについては、高次脳機能障害の支援経験問わず関心が高い。
- ・演習 01「障害特性の理解と対応方法」は時間数に対し、印象に残りづらい。
- ・実践研修ではより実践的なポイントや事例を求める声が多い
- ・支援経験少群は、基礎・実践ともに「時間が短い」＝情報負荷が高い可能性
- ・基礎研修の内容は活かされている。

### (2) 2025年度に変更・工夫したこと

#### 【講義】

- ・大きな変更はないが、国リハテキストをベースに、一部地域性を反映するなどの追加的改訂をした。

- ・参加者の85%が高次脳支援経験人数は10人未満であることを鑑みて、全体に理解がしやすいよう、各講師が専門用語や説明に配慮しつつ講義した。どの講義も受講者の理解度は上がっていた。

#### 【演習】

- ・グループ分けについて、事業所の所在地が近い圏域の出身者を固めるパターンと逆のパターンを基礎、実践で変更して実施。様々な事例や社会資源情報を知られるということで、非近隣エリアでのグループ分けの方が活発な意見交換がされた印象。一方、近隣エリアでのグループ化は、研修終了後のネットワーク化への工夫がしやすい。
- ・基礎の演習01「診断・評価体験」について、2024年度受講者から難しいという意見が多かったが、年代平均やカットオフ値等の案内を提示し、ほぼ個人ワークにした。
- ・基礎の演習03「自立訓練の実際」については、グループでの議論の的を絞った。また、演習01～04で利用する事例を共通にして、イメージ化、理解促進を狙った。しかし反面、多くの事例を紹介しづらくなるため、実践経験の豊富な医師から演習内で事例を紹介してもらうことで補完した。
- ・実践の演習01「障害特性の理解と対応方法(ロールプレイ)」についても、演習2と共通事例とし、取り組み易くした。

#### (3) 2025年度受講者アンケート結果

2024年度の受講者数は支援経験多(4人以上)群と支援経験少(3人以下)群が1:1だったのに対し、2025年度では1:2と変化しており、今後も支援経験の少ない受講者が徐々に増えていく可能性がある。

それゆえ単純比較しづらいが、興味や理解度等について概ね傾向は変わらなかった。2024年度と比較して講義以上に演習の理解度は全般に向上していた。大半が福祉職である受講者にとって、比較的学习機会の少ない医療的情報は、理解が難しいものの、感想としては好評で理解度

が上がったと自己認識されていた。

#### (4) 他県での研修内容

- ・千葉…地域の支援体制、当事者・家族からのメッセージ等を盛り込むため、一部講義を追加したり、時間を拡大するなど、計140分追加して受講者の理解促進を図った。特に当事者インタビューは好評だった。一部演習では事前の事例読込や設定を事務局で明確化するにことよって効率的に実施しつつ、ポイントを絞って理解を促した。
- ・静岡…基礎・実践で講義を2つ計70分追加したり、演習で家族会による講義を含めるなどし、地域の実情反映させた。
- ・大分…講師判断でシラバスに沿って内容変更したり、地域事情を反映させた講義も一部あり。内容的には難しかったという意見や、ボリュームが多すぎるといった意見が聞かれた。
- ・岐阜…地域の支援体制について、講義に含めたり資料を配布することで啓発の機会とした。配布されたパッケージ資料の内容と国リハの指導者養成研修の講義内容にズレがあり、困惑したが、事前の打ち合わせで調整した。今後も各種制度変更等があり得るが、パッケージ資料の更新がされるのか疑問に感じている。

#### (5) 考察

愛知県を含め、各県においては、会場や講師の確保、募集要項の設定など、研修運営そのものについて試行錯誤を重ねている状況にあり、十分な余力があるとは言い難いと考えられた。一方で、講義内容については、地域の実情に応じた内容を追加したり、講師構成を工夫したりするなど、各県において主体的な取り組みがなされていた。とりわけ、高次脳機能障害支援の初学者にも理解しやすいよう、動画の活用や当事者・家族会の登壇は有効であると考えられる。

また、集合形式で講義を実施しない場合には

テキスト配布は必ずしも必要ではないとも考えられるが、研修内容の情報量の多さを踏まえると、事後学習や研修修了者の所属法人内での活用を目的として、当面はカラーによるテキスト配布を継続したい。

さらに、「障害特性別の対応方法の実践」に関する内容をより充実させるため、基礎演習 01 および 03 に組み入れることも一案であると考えている（表 2）。

参加者の大半が福祉職である現状を踏まえると、医療情報と福祉情報の比率を調整し、地域の

事業所が支援実践において必要とする科目を重点化することが望ましいのではないかと。また、演習での議論に十分な時間を確保できるよう、全体の設定時間や内容構成の整理も必要であると考えられる。

加えて、支援経験が少ない群においては、2024 年度および 2025 年度のいずれにおいても、支援拠点機関の存在を知らなかった者が 50%以上を占めており、広報・啓発のさらなる充実の必要性が示唆された。

表 2 シラバス変更案

	講義名	到達目標	内容
現行	演習 01「障害特性の理解;診断・評価体験」	高次脳機能障害の診断に用いられる評価を体験し理解する。	下位検査を体験し、検査上の異常について理解する。
案	同上	高次脳機能障害の診断に用いられる評価を体験し、 <u>障害特性ごとの対応方法について理解する。</u>	下位検査を体験し、検査結果を通して障害特性を理解する。 <u>また社会生活上予想される障害特性毎の対応方法について、演習を通して理解する。</u>
現行	演習 03「生活訓練の実際」	具体的な事例を通して、生活訓練における支援の実際を理解する。	生活課題のある就労を目指す事例を通して、生活訓練における「目標設定」「計画立案」「訓練項目及び内容」「調整項目及び内容」「他機関との連携」等の要点を理解する。
案	演習 03「 <u>自立訓練の実際</u> 」	具体的な事例を通して、 <u>自立訓練における支援の実際</u> を理解する。	生活課題のある就労を目指す事例を通して、「 <u>自立訓練を通して見られる生活および就労上あらわれる課題のアセスメント</u> 」「 <u>適切な支援方法や方向性</u> の見立て」「 <u>社会参加に向けた調整</u> 」等の要点を理解する。

D. まとめ（2026 年度の愛知県版の実施イメージ）

- ・運営面では、引き続き講義も含めて基本的に集合形式で実施し、支援拠点機関の広報や地域の支援者との関係強化につなげる。
- ・内容面では、支援の具体的なイメージが持てて、様々な障害福祉サービスにおいて汎用性のある内容を目指す。動画を使用したり、当事者もしくは家族の講義により、障害像の理解促進を図り、演習の内容・難易度に引き続き配慮す

る。応募要項に内容面の記載を追記したり、参考資料・文献や研修案内に記載することで、集合での研修参加時にスムーズに内容理解ができるよう事前の自主学習を促す。

- ・基礎編→【障害特性別の対応方法の実践】に関する内容を追加するため、演習 01 や 03 に組み入れる。
- ・実践編→他研修（ミニセミナー等）で実施している講義 02「小児期における支援」・03C「コミュニケーション支援」・03E「自動車運転再開

支援」はオンデマンド事前学習に変更し、講義02B「長期経過とフォローアップ」・03A「チームアプローチの重要」・03B「家族(きょうだい)支援・当事者家族会の活動」を対面に変更する。

- ・フォローアップ研修・・・2024年度・2025年度の研修修了者に対して定期的にフォローアップ研修を実施し、実践場面での困りごとに対して、事例検討や質疑応答などでスキルアップを図り、支援拠点機関との連携を深める。より実践に近い支援イメージのため、地域の医療機関職員も含めた症例検討会を同時開催。
- ・また、修了者の所属する事業所をリスト化して、既存の支援機関マップに追加する形で作成する。

#### E. 今後に向けて

各都道府県において、高次脳機能障害支援養成研修(基礎編・実践編)が動き始めた。各都道府県、その地域の実情に応じて創意工夫も行われ、必要に応じて追加の研修も盛り込まれている。しかしながら、これらの工夫がされているような内容や追加している研修が基礎研修や実践研修において、本来、含まれているべき内容でなければならないことも考えられる。また、高次脳機能障害者支援法が成立したことにより、制度的な講義や地域展開・ネットワークづくり等その機能や役割、影響による内容を含める必要がある。特に、地域展開・ネットワークづくりについては、高次脳機能障害の特性や支援方法の理解に留まらず、いかにそれらを踏まえた仕組みを地域に定着させられるかを受講者が主体的に検討していく姿勢を促すことが求められる。

また、基礎編と実践編における受講者像の違いや、基礎編修了から実践編受講までの期間が明確に示されていないため、その運用は都道府県ごとに異なっていると考えられる。これらの差異は、研修の難易度や内容にも影響を及ぼしている可能性がある。

さらには、研修実施から2年間ではあるが、相談支援事業所と他の日中サービスの事業所の受

講者数の差は、愛知県で5対3から6対4へ、静岡県では9対1となっている。住み慣れた地域に必要なサービスを受けるためには、日中サービス事業者の受講、理解が必要不可欠であるが、制度上のインセンティブ等も関係していると考えられるが、早めに検証し対策を講じる必要がある。

そのためには、全国各都道府県での実施状況やアンケート内容、講義や演習内容の工夫を含めた情報交換等の機会、早い段階での内容を含めた実態把握と検証(PDCA)が必要であり、厚生労働科学研究費補助金や障害者総合福祉推進事業などの実施・継続が重要と考える。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

- ・論文発表  
なし
- ・学会発表  
なし

#### 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）  
分担研究報告書

指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害者への支援状況に関する調査

研究分担者 立石博章：国立障害者リハビリテーションセンター  
高次脳機能障害情報・支援センター 高次脳機能障害支援推進官  
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 室長

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を対象として、事業所における高次脳機能障害者への支援状況等（①相談支援専門員数、②利用者数、③高次脳機能障害者への支援実施状況、④高次脳機能障害者の紹介経路と利用したサービス種類、⑤機関連携上の課題等）について調査を行った。

研究協力者

富山貴仁：東京都心身障害者福祉センター  
所長

守矢亜由美：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課長代理

北川弘：滋賀県立むれやま荘 所長

小西川梨紗：滋賀県立むれやま荘  
公認心理師・臨床心理士

A. 研究目的

2024年度障害福祉サービス等報酬改定において、相談支援、通所サービス及び共同生活援助事業所（グループホーム）での高次脳機能障害者への支援を評価する加算が新設された。

本研究では、上記のうち相談支援に着目し、指定特定相談支援事業所が高次脳機能障害者の相談支援を受け、サービス利用につながるまでの医療、福祉及び支援拠点機関等の機関連携について2都県（東京都、滋賀県）で調査し、支援体制整備の状況を把握することを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査対象

東京都及び滋賀県内の全指定特定相談支援事業所

2. 調査方法

東京都：全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周知並びに調査配付事業所数の報告を依頼した。

滋賀県：県内の調査対象事業所に調査依頼書を郵送配付した。

両自治体とも、調査への回答についてはオンラインフォームによる送信とした。

3. 調査対象期間

2023年度の利用状況を前回調査時（東京都は2017年度、滋賀県は2018年度）の利用状況と比較した。

4. 回収状況

東京都：調査票を配布した1,004事業所のうち、276事業所から回答を得た（回収率

27.5%)。

滋賀県：調査票を配布した100事業所のうち、30事業所から回答を得た（回収率30.0%）。

#### 倫理的配慮

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. 事業所における相談支援専門員の員数

相談支援専門員の配置状況（実人員）は、1事業所当たり東京都は2.7名（前回2.6名）、滋賀県は2.8名（前回2.8名）だった。

#### イ. 相談支援を提供した利用者数

東京都では、2023年度に相談支援（基本相談支援、計画相談支援）を提供した利用者数（実人数）は、1事業所当たり平均83.7名（前回94.3名）であった。

滋賀県では、同年度に相談支援（基本相談支援、計画相談支援）を提供した利用者（実人数）は、1事業所当たり平均78.2名（前回144.5名）であった。

#### 2. 高次脳機能障害者への支援について

##### ア. 相談支援利用者に占める高次脳機能障害者の割合

相談支援（基本相談支援及び計画相談支援）利用者に占める高次脳機能障害者の割合は、東京都では2.7%であり、前回調査（5.1%）より減少した。滋賀県においては3.9%であり、前回（1.2%）より増加が見られた（表1）。

#### イ. 高次脳機能障害の診断の有無

事業所において相談支援を提供した高次脳機能障害者の診断の有無をみると、東京都においては、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」）の割合が83.6%と前回（76.1%）より増加し、診断を受けているか明確でないが、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」）が16.4%と前回（23.9%）より減少した（図1-1）。

一方滋賀県においては、「診断あり」の割合が67.4%と東京都より少なく、前回（72.2%）に比して減少し、「推測例」が32.6%と前回より増加した（図1-2）。

#### ウ. 指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害の利用者数

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をみると、今回の調査では、両都県とも「0人」が40%前後で前回より減少し、「1～10人」が50%以上であり前回より増加が見られた（図2-1, 2-2）。

#### エ. 障害福祉サービス等の利用に係る計画相談支援を提供した高次脳機能障害者数

相談支援利用者のうち、具体的な障害福祉サービス等の利用に係る計画相談支援利用者の割合は、今回の調査では東京都89.7%、滋賀県92.4%と都県間に大きな差はなかったが、東京都においては、前回（52.6%）に比べて大幅に増加した（表2）。一方、滋賀県においては、前回（94.4%）と同程度であった。

ホ. 高次脳機能障害者の障害福祉サービス等の利用状況

エの計画相談支援を提供した高次脳機能障害者について、実際に利用したサービスを聞いた（直近の最大10名まで）。介護保険サービスを併給している場合は、当該サービス種別についても回答を求めた。

東京都においては、40%弱が就労継続支援（B型）を利用しており、次いで訪問系サービス、生活介護、移動支援、共同生活援助（グループホーム）の利用が多かった（図3-1）。

前回調査時との比較では、共同生活援助、就労継続支援（B型）利用者の割合が特に増えた。一方で、自立訓練は機能訓練、生活訓練とも利用者の割合が特に減少し、短期入所、生活介護も減少が見られた。介護保険サービスの併用者は18.8%であり、前回（6.7%）より大幅に増えたが、特に訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの増加が顕著だった。

滋賀県においては5割以上が就労継続支援（B型）を利用しており、次いで訪問系サービス、生活介護、共同生活援助、移動支援の利用割合が多かった。一方で、就労移行支援、地域活動支援センターの利用はなかった。介護保険サービスの併用者は16.4%と前回（13.4%）より微増したが、訪問介護、訪問看護の利用はあるものの、東京都とは異なり、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護の利用はなかった（図3-2）。

前回調査時との比較では、自立訓練（機能訓練）、就労継続支援（A型）・（B型）、共同

生活援助、移動支援の利用割合が増加し、訪問系サービスの利用が減少した。

カ. 指定特定相談支援事業所への紹介経路  
ホにおいて、実際にサービスを利用した高次脳機能障害者について、指定特定相談支援事業所への紹介経路を聞いたところ、東京都、滋賀県とも「市町村相談窓口（障害福祉所管課、基幹相談支援センター、委託相談支援事業所等）」からの紹介が多く、滋賀県では約7割を占めた。東京都では、滋賀県に比べて、「医療機関」、「なし（当事者や家族等から直接）」の割合が多かった。両都県とも「高次脳機能障害支援拠点機関」からの紹介は少なかった（図4）。

また、両都県とも「その他」が2割弱であったが、いくつかの事業所への個別の聞き取りによれば、この中にはサービス事業所や他の指定特定相談支援事業所からの紹介が含まれていた。

キ. 相談支援を提供する際の関係機関との連携の課題

高次脳機能障害者に相談支援を提供する際の関係機関との連携の課題について、医療機関、相談機関（高次脳機能障害支援拠点機関、行政の相談窓口・機関（委託含む））、その他の機関に分けて、課題の具体的な内容の記載を求めた。

各機関との連携の課題についていくつかの項目に分類し、具体的内容の主な記載例を下記にまとめた。

a) 医療機関との連携の課題

<p>&lt;医療機関からの支援のつなぎ&gt;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関から地域の関係機関につながらず、地域生活において課題が深刻化してから関わりが始まる</li> <li>・家族に対して、高次脳機能障害についての説明や相談先の情報提供がない</li> <li>・退院直前に連絡が来ることがあり、十分なアセスメントができない状態で支援が始まる</li> <li>・退院時に介護保険サービスの利用が優先され、障害福祉サービスにつながりにくい</li> </ul>
<p>&lt;支援における協働、情報共有&gt;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門的医療機関、診断可能な医療機関が少ない</li> <li>・診断を依頼できる医師が少ない</li> <li>・身体障害が重い場合、高次脳機能障害に目が向けられない</li> <li>・退院後、継続的にかかれる医療機関が少ない</li> <li>・高次脳機能障害の症状への対応、日常生活の留意点等へのアドバイスが継続的に得られる場が少ない</li> <li>・医療機関の福祉制度や相談支援（事業所）への理解が十分でない</li> <li>・医療と福祉で、支援目標や評価の視点が異なると感じる</li> <li>・精神科訪問看護を利用する場合など診療科が複数に亘ることがある</li> </ul>

b) 他の相談機関との連携の課題

<p>&lt;行政の相談窓口（障害福祉課等）との連携&gt;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントや支援経過の引継ぎが不十分な場合がある</li> <li>・支給決定に当たり、高次脳機能障害の特徴が理解されていないと感ずることがある</li> <li>・高次脳機能障害に対応する社会資源や自治体独自のサービスについて、情報提供してほしい</li> </ul>
<p>&lt;専門的相談機関（高次脳機能障害支援拠点機関、自治体の専門相談機関等）との連携&gt;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・役割や活用方法が分からない</li> <li>・どこに相談すればよいか分からない</li> <li>・地域の専門的相談機関が少ない</li> <li>・支援困難な事例について相談しているが、課題の共有にとどまることが多い</li> <li>・各分野の相談機関はあるが、当事者家族の課題に総合的に対応する相談機関が増えてほしい</li> </ul>
<p>&lt;高次脳機能障害に特徴的な支援&gt;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険2号被保険者も多いが、ケアマネジャーと互いの分野のサービスについての理解が不足している</li> <li>・退院後、障害福祉サービス受給に必要な諸手続きに時間が掛かり、介護保険サービスにつながる</li> </ul>

- ・複数の機関において、本人の障害状況の把握、情報共有が必要になる
- ・疲弊している家族をフォローする機関が必要
- ・社会的行動障害による行動のために、支援者が続かないことがある
- ・受傷してからの期間が長いと相談できる窓口が少なくなり、相談支援担当者が孤立しやすい

c) その他の機関との連携の課題

<p>&lt;サービス提供事業所等&gt;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高次脳機能障害者に適したサービスを提供する事業所が少ない</li> <li>・失語に対応するサービスを提供する機関が分からない</li> <li>・高次脳機能障害について、障害福祉サービス事業所や介護保険サービス事業所の理解が十分でないことが多い</li> <li>・高次脳機能障害への理解が不十分で、障害特性を説明しても、サービス提供を断られることが多い</li> <li>・関係機関によって高次脳機能障害に関する知識や理解の差が大きく、必要とされる具体的な支援、対応方法の共有に時間を要する</li> </ul>
<p>&lt;家族を含めた支援&gt;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一世帯でさまざまな課題があるケースが増えており、どの機関が中心となって世帯単位で支援していくかが課題</li> <li>・親なきあとの支援の連携先が課題</li> <li>・ピアサポート等の機会が少なく、当事者家族が孤立しやすい</li> </ul>

D. 考察

○ 指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害者支援について

- ・ 事業所において相談支援を利用した高次脳機能障害者数は、前回調査において東京都、滋賀県とも年間「0人」が半数を占めていたが、今回の調査では「1～10人」がそれぞれ10%以上増加し、半数以上となった。このことから、高次脳機能障害者に対応する指定特定相談支援事業所のすそ野が広がったと考えられる。
- ・ 滋賀県では高次脳機能障害の相談支援利用者のうち、サービス利用に係る計画相談利用者の割合は92.4%であり、前回

(94.4%)と差がなかった。一方東京都においては89.7%であり、前回(52.6%)から大幅な増加を示した。前回はサービス利用を伴わない(結びつかない)相談が多かったことを意味しており、相談は受理したものの他の指定特定相談支援事業所や相談支援機関を紹介していたケースも考えられるが、大幅な増加の要因は不明である。

- ・ 高次脳機能障害の診断の有無については、東京都では前回より減少、滋賀県では前回より増加を示したが、大きな変化はなかった。東京都においては滋賀県よりも高次脳機能障害と診断された利用者が

多かったが、医療機関からの紹介が多いことも要因であると考えられる。

2024年度の障害福祉サービス等報酬改定において、高次脳機能障害支援体制加算が創設されたが、高次脳機能障害と診断されている利用者へのサービスに関する加算であるため、今後は診断ありが増加する可能性がある。

○ 高次脳機能障害者の障害福祉サービス等の利用について

- ・ 東京都、滋賀県とも就労継続支援 B 型の利用が増加した。東京都の前回調査では、「利用のニーズはあったが利用につながらなかったサービス」の設問において、回答の約半数が就労系サービスを挙げていた。今回の調査で就労継続支援 B 型の利用が増えた要因として、高次脳機能障害に対応できる事業所が増加したことが推測できる。
- ・ 共同生活援助についても、東京都、滋賀県共に利用が増加した。厚生労働省の社会福祉施設等調査によれば、2023年度の共同生活援助事業所数は、東京都 992 事業所、滋賀県 213 事業所であり、前回調査時（東京都 457、滋賀県 138）と比べると大幅に増加している。事業所の整備が進んだことで、潜在的にニーズがあった共同生活援助の利用が増加した可能性が考えられる。
- ・ 東京都においては、自立訓練（機能訓練）・（生活訓練）とも利用が減少し、介護保険の訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用（併給）が増えた。一方滋賀県では、自立訓練（機能訓練）の利用が増加し、通所リハビリテーシ

ンが減少した。

それぞれの増減理由は明確でないものの、類似するサービスであることから、これらの利用が互いに切り替わった可能性もある。

○ 指定特定相談支援事業所への紹介経路について

- ・ 東京都では滋賀県に比べて、医療機関からの紹介が多かった。これは、東京都において「専門的リハビリテーションの充実事業」を実施していることが要因の一つと考えられる。同事業では、都内 12 の圏域にそれぞれ医療機関を配置し（図 5）、医療機関を含めた関係機関による症例検討会や連絡会等を実施して、圏域内の支援ネットワークの充実を図っていることから、医療機関の相談支援事業所への直接的な連携が比較的容易であることが推察される。
- ・ 滋賀県では、市町村相談窓口（障害福祉所管課、基幹相談支援センター、委託相談支援事業所等）からの紹介が約 7 割を占めた。滋賀県では、図 6 のように、退院後の生活や職業に関する相談について、市町障害担当課相談窓口や圏域における相談窓口に集中させる支援体制を構築していることが要因と考えられる。
- ・ 2026年度の診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件として、「高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報をあらかじめ把握すること。その情報を患者の退院時に、患者又はその家族等に説明の上、提供する」ことなどが盛り込まれた（図 7）。高次脳機能障害者への相談支援

の流れは、前述のように都道府県の支援体制や社会資源によって異なる。都道府県等の高次脳機能障害者支援センター（高次脳機能障害支援拠点機関）等には、高次脳機能障害者・家族等が適切な相談窓口・支援機関につながるよう、医療機関への情報提供が期待される。

○ 相談支援を提供する際の関係機関との連携の課題について

- ・ 医療機関との連携の課題として、家族に対する説明や相談先の情報提供がないことや障害福祉サービスにつながりにくいといった、「医療機関からの支援のつなぎ」に関する課題が挙げられた。前述の診療報酬改定は、課題解決に向けた端緒になり得るものであり、都道府県の高次脳機能障害に関する社会資源をまとめてウェブサイトに掲載したり、「支援マップ」を作成したりするなど、医療機関の情報把握が容易になるような取組が有効であると考えられる。

大阪府では、医療機関に従事する医療職（医師、看護師、セラピスト等）を対象として、「高次脳機能障がい医療機関等職員研修会」を実施している。2023年度は「高次脳機能障がいのある方の入院中のかかわりと退院後の支援」をテーマとして、退院後に向けた支援の連携や自立訓練の利用、支援拠点機関の役割などについて情報提供が行われた。また、福井県では、医療機関、支援機関の「多職種事例検討会」を実施し、地域支援ネットワークの構築を図っている。

このような取組は、「医療機関からの支援のつなぎ」のほか、福祉制度への理解が

十分でない、医療と福祉で支援目標や評価の視点が異なるといった、「支援における協働、情報共有」に関する課題解決に資するものである。2026年度から実施される「高次脳機能障害者支援体制構築促進事業」（地域生活支援促進事業）では、事業内容として、医療機関及び医療従事者等への研修等の実施等による専門的な医療機関の確保が規定されており、今後は同事業を活用した取組も有効と考えられる。

○ 他の相談機関との連携の課題

- ・ 行政の相談窓口との連携では、「高次脳機能障害に対応する社会資源や自治体独自のサービスについて情報提供してほしい」、専門的相談機関との連携では、「役割や活用方法が分からない」「どこに相談すればよいか分からない」との意見があった。各都道府県で「高次脳機能障害支援養成研修」が始まったが、指定特定相談支援事業所の相談支援専門員の受講が多く見込まれるため、実践研修の講義「地域の支援体制」等の科目において、都道府県における高次脳機能障害者への相談支援の仕組みや社会資源について伝達するとともに、支援拠点機関（高次脳機能障害者支援センター）と連携した支援のイメージ作り等を行うことも必要であろう。
- ・ 高次脳機能障害に特徴的な支援では、複数の機関における情報共有の必要性が挙げられた。東京都においては介護保険サービスとの併給者が大幅に増加しているが、ケアマネジャー等介護保険関係者への高次脳機能障害に関する啓発や連携が重要である。

○ その他の機関との連携の課題

- ・ サービスの利用状況の調査結果において、東京都、滋賀県とも就労継続支援B型や共同生活援助の利用が大幅に増加するなど、高次脳機能障害に対応できる事業所の広がりが増えた一方で、「サービス事業所の高次脳機能障害への理解が十分でないことが多い」「必要とされる具体的な支援、対応方法の共有に時間を要する」といった課題が挙げられた。高次脳機能障害支援養成研修の受講者について、本研究の鈴木らの報告では、「相談支援事業所と他の日中サービスの受講者数の差は、愛知県で5対3から6対4へ、静岡県では9対1となっており、「住み慣れた地域で必要なサービスを受けるためには、日中サービス事業者の受講、理解が不可欠であり」、「制度上のインセンティブ等も関係していると考えられるが、早めに検証し対策を講じる必要がある。」と指摘しており、更なる理解と受入れの促進に向けた検討が必要である。
- ・ 家族を含めた支援では、「同一世帯でさまざまな課題があるケースが増えており、どの機関が中心となって世帯単位で支援していくかが課題」、「親なきあとの支援の連携先が課題」との指摘があった。福祉サービス利用の有無に関わらず、見守りを含め緩やかに支援を継続していくことが必要な世帯がある。市町村により支援体制の仕組みは異なるが、障害福祉分野では委託相談支援事業所や基幹相談支援センター、高齢分野では地域包括支援センターと連携した支援が考えられる。

また、サービスの利用状況調査におい

て、2018年に創設された自立生活援助の利用者はわずか(滋賀県はなし)にとどまっていたが、同サービスは、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行うものである。2024年10月～12月の月平均利用者数は全国で1,196名(社会保障審議会障害者部会資料(第147回:2025年6月26日))と利用が伸び悩んでいる状況だが、単身又は同居家族の支援が望めない高次脳機能障害者の居宅生活継続のために活用できる可能性を有したサービスであり、今後の利用の広がりに向けた検討が必要である。

「ピアサポート等の機会が少なく、当事者家族が孤立しやすい」との課題について、これまでも“当事者家族の集い”や“患者・家族サロン”等の事業を実施してきた都道府県・支援拠点機関があり、そのような事業の情報をより周知する必要がある。2026年度からの高次脳機能障害者支援体制構築促進事業では、高次脳機能障害者及びその家族等に対する支援として、お互いに支え合うための取組が行えるような研修等の実施や交流の場の提供等が盛り込まれており、同事業の活用による家族支援の取組の促進が期待される。

E. 結論

- ・ 東京都及び滋賀県内の指定特定相談支援事業所を対象として、高次脳機能障害者への支援状況に関する調査を実施した。
- ・ 相談支援利用者に占める高次脳機能障害者の割合は少数であるが、高次脳機能障害者の利用があった相談支援事業所は前回調査より増加していることから、対

応する事業所のすそ野は広がってきたと考えられる。

- 高次脳機能障害者が利用する障害福祉サービス等については、東京都、滋賀県とも就労継続支援 B 型と訪問系サービスが多かった。前回調査との比較では、両都県とも就労継続支援 B 型及び共同生活援助の利用が大きく増加した。東京都では、自立訓練（機能訓練、生活訓練）の利用が減少し、介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの併給が増加した。
- 指定特定相談支援事業所への紹介経路については、両都県とも市町村相談窓口が多かったが、東京都では医療機関からの紹介及び当事者や家族等からの直接の相談も多く、相談支援体制による相違が見られた。
- 関係機関との連携の課題については、「医療機関からの支援のつなぎ」、「支援における医療機関との協働、情報共有」、「行政の相談窓口（障害福祉課等）との連携」、「支援拠点機関等の専門的相談機関との連携」、「介護保険、障害福祉サービス事業所等との連携」、「家族を含めた支援の課題」等が挙げられた。
- 高次脳機能障害支援養成研修が多くの都道府県で開始された。今後は、研修修了者が配置される相談支援事業所、サービス事業所の増加と支援の質の確保及び修了者の地域支援ネットワークへの参画による地域連携の促進が重要である。2026年4月の高次脳機能障害者支援法の施行を踏まえ、関係機関の連携による切れ目のない支援の実現のために、各地域で高次脳機能障害者支援センターを中心とし

た相談支援体制をいかに整備していくかが重要な課題である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

今橋久美子ほか(2025) 指定特定相談支援事業所における高次脳機能障害者への支援状況に関する調査. 第 49 回日本高次脳機能学会学術総会

H. 知的財産権の出願・取得状況 なし

文献

- 1) 今橋久美子ほか(2021) 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における高次脳機能障害者・児への支援状況調査. 高次脳機能研究, 41(4), 421-425
- 2) 厚生労働省(2018) 平成 29 年度年度社会福祉施設等調査. 厚生労働省ウェブサイト  
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/17/index.html>)
- 3) 厚生労働省(2019) 平成 30 年度社会福祉施設等調査. 厚生労働省ウェブサイト  
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/18/index.html>)
- 4) 厚生労働省(2024) 令和 5 年度社会福祉施設等調査. 厚生労働省ウェブサイト  
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/23/index.html>)
- 5) 厚生労働省(2025) 社会保障審議会障害者部会(第 147 回)資料. 厚生労働省ウェブサイト  
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage>)

- \_59173.html)
- 6)厚生労働省(2026)令和8年度診療報酬改定資料「4. 包括期・慢性期入院医療」. 厚生労働省ウェブサイト ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_71068.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_71068.html))
- 7)東京都心身障害者福祉センター(2025)高次脳機能障害の理解と支援の充実をめざして2025年版
- 8)滋賀県高次脳機能障害支援センター(2024)滋賀県高次脳機能障害支援者ガイドブック
- 9)鈴木智敦ほか(2026)高次脳機能障害支援養成研修の都道府県(愛知県)での実施状況と他県ヒアリングを通して. 厚生労働科学研究「障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究」報告書

表1 相談支援利用者に占める高次脳機能障害者の割合

	東京都			滋賀県		
	相談支援利用者	うち高次脳機能障害者	割合 (%)	相談支援利用者	うち高次脳機能障害者	割合 (%)
今回 (2023年度)	23,092	614	2.7%	2,347	92	3.9%
前回 (東京都2017年度、滋賀県2018年度)	22,532	1,148	5.1%	5,781	72	1.2%

図1-1 高次脳機能障害の診断の有無 (東京都)

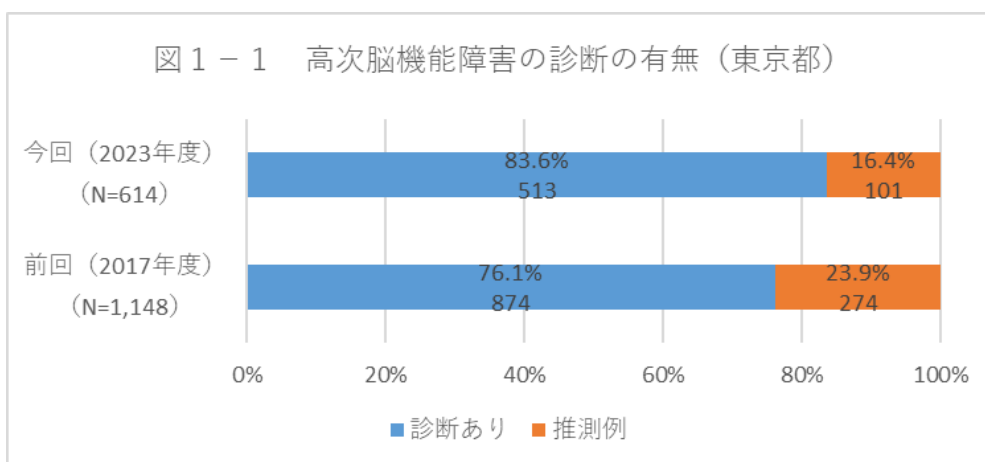
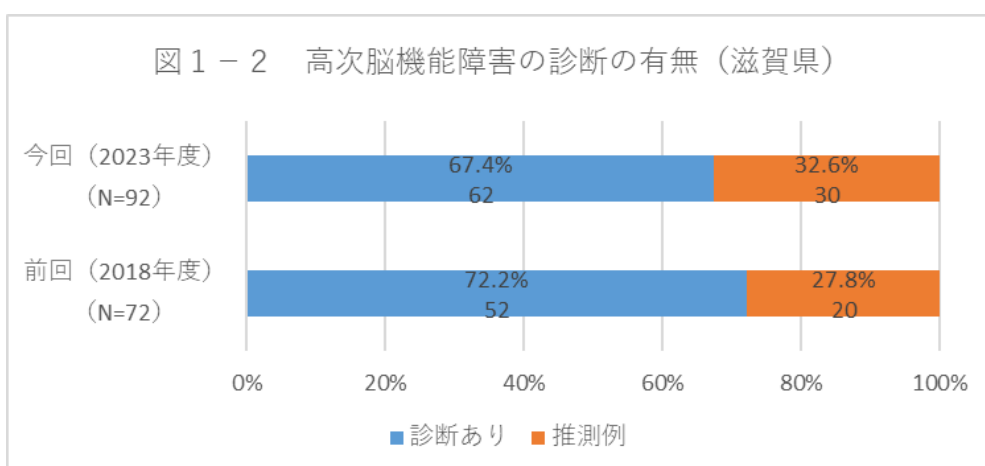
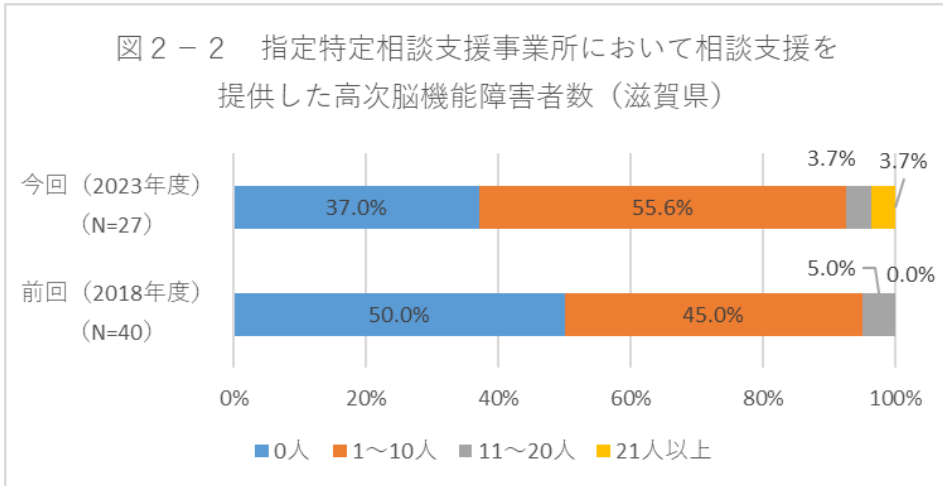
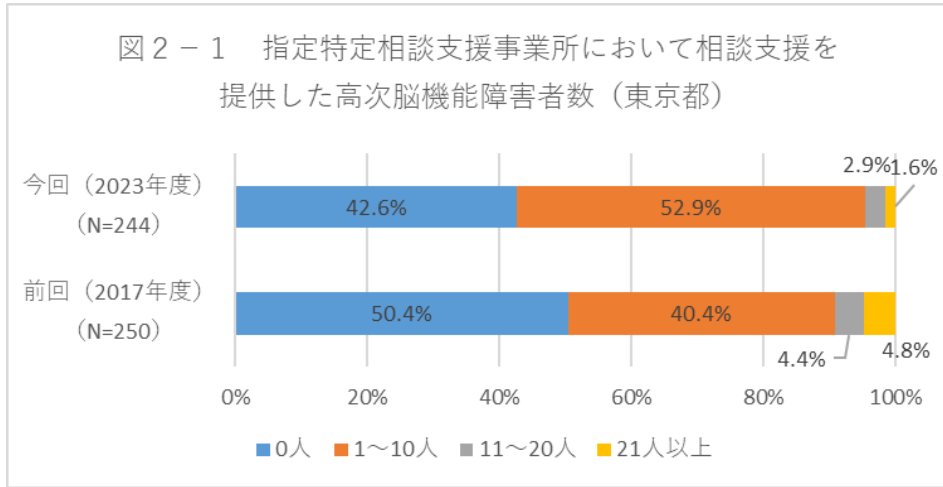


図1-2 高次脳機能障害の診断の有無 (滋賀県)





※Nは事業所数

表 2 相談支援利用者のうちサービス利用に係る計画相談利用者の割合

	東京都			滋賀県		
	相談支援利用者数	計画相談支援利用者数	計画相談利用者の割合	相談支援利用者数	計画相談支援利用者数	計画相談利用者の割合
今回 (2023年度)	614	551	89.7%	92	85	92.4%
前回 (東京都 2017年度、滋賀県 2018年度)	1,148	604	52.6%	72	68	94.4%

図3-1 高次脳機能障害者の障害福祉サービス等の利用状況  
(東京都)

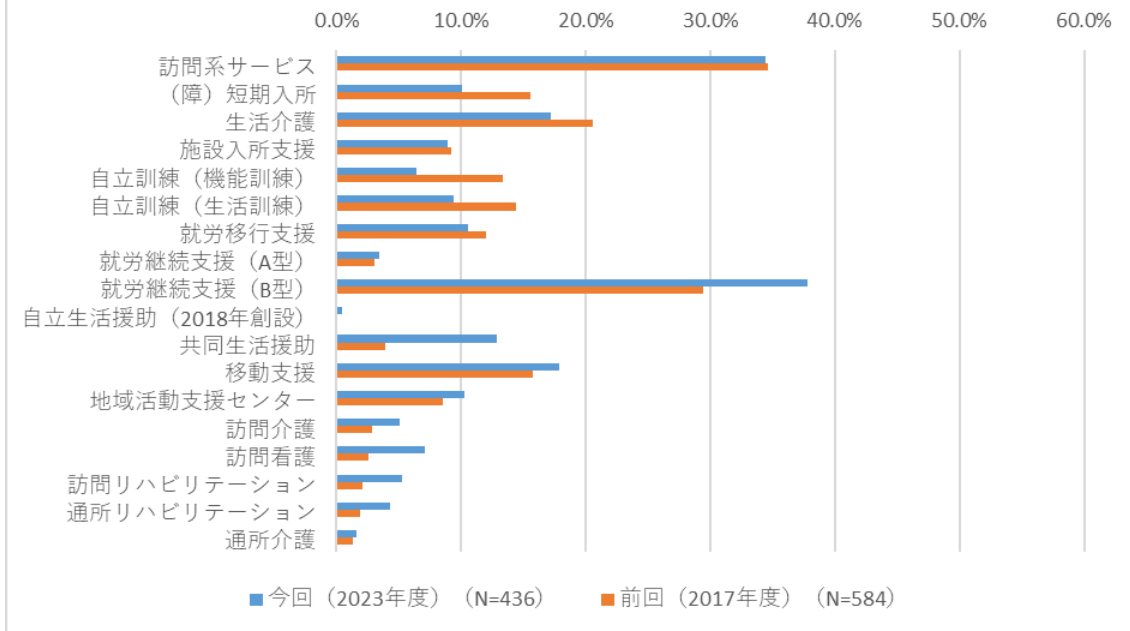
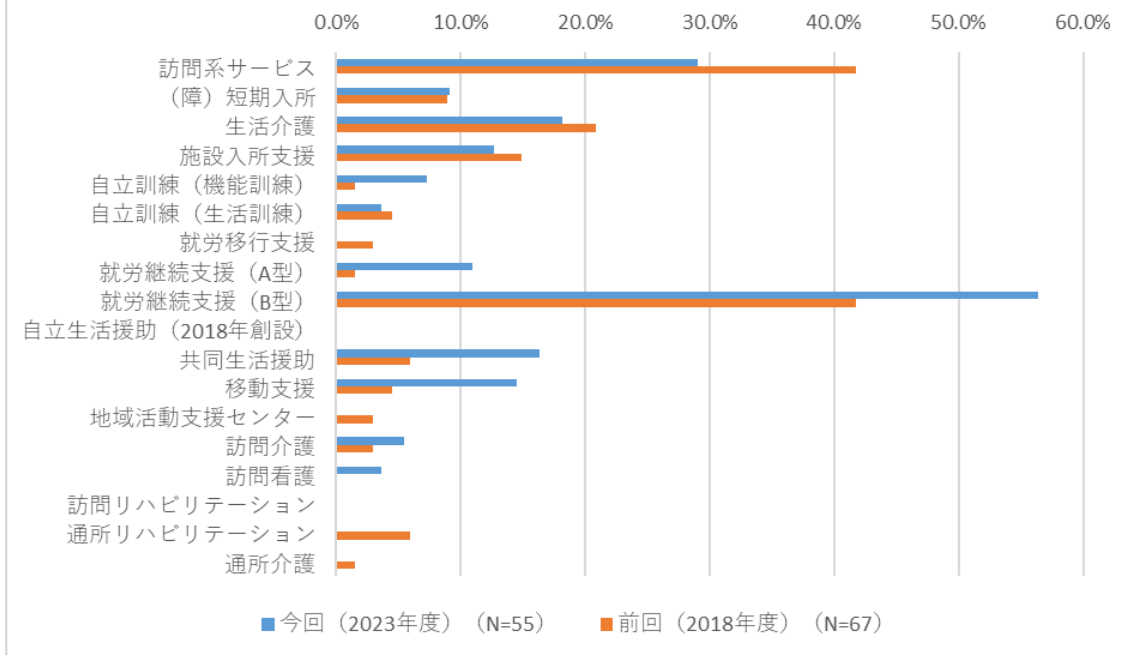


図3-2 高次脳機能障害者の障害福祉サービス等の利用状況  
(滋賀県)



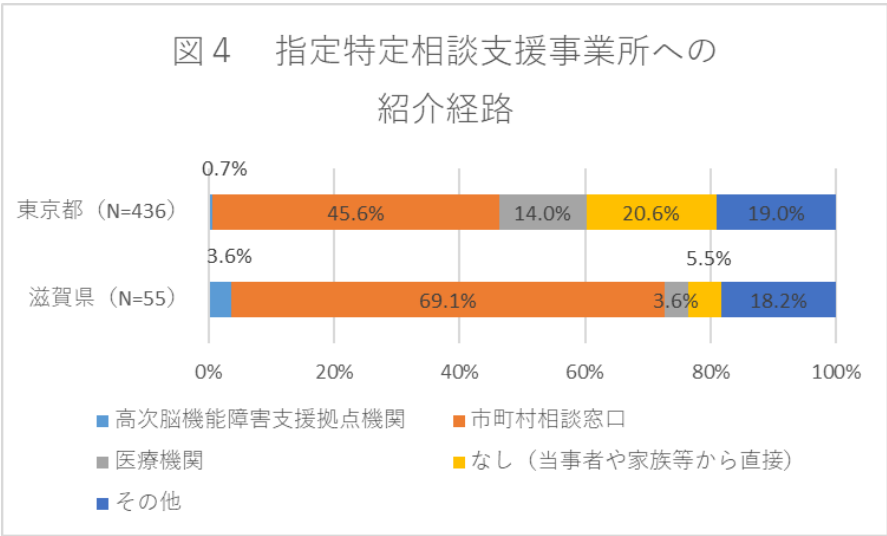
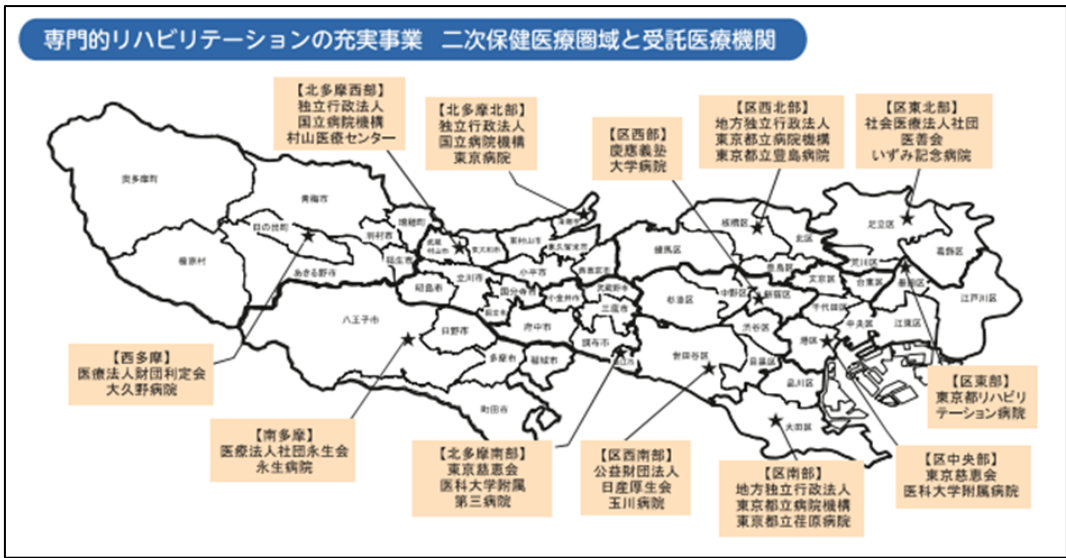
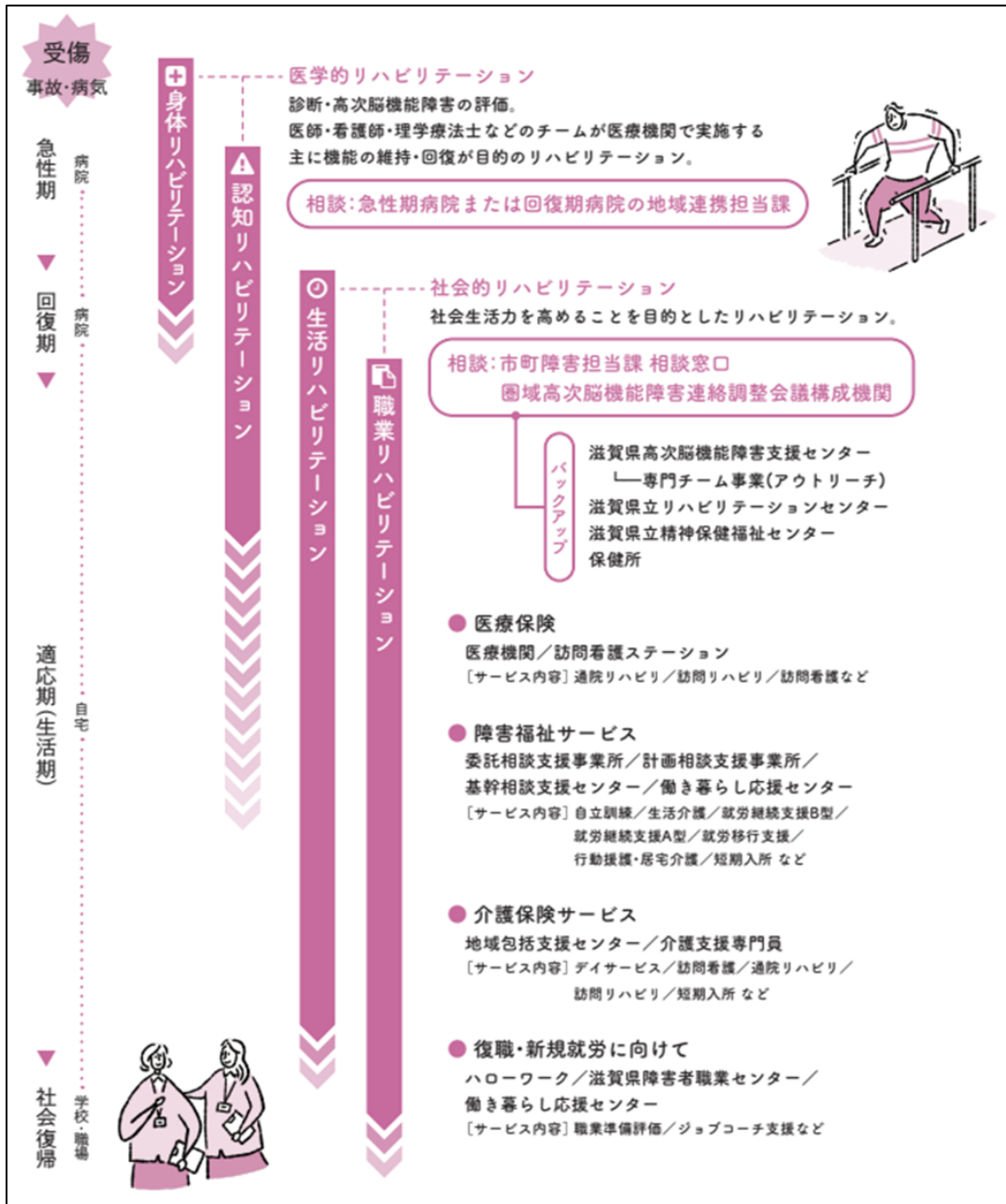


図5 東京都における高次脳機能障害支援体制（二次保健医療圏域）



引用：高次脳機能障害の理解と支援の充実をめざして 2025年版. 東京都心身障害者福祉センター

図6 受傷・発症後の相談の流れ（滋賀県）



引用：滋賀県高次脳機能障害支援者ガイドブック，滋賀県高次脳機能障害連絡調整会議 滋賀県高次脳機能障害支援センター

図7 令和8年度診療報酬改定資料「回復期リハビリテーション病棟での高次脳機能障害者への退院支援」


**回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援**

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料等において、高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握するとともに、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて利用予定の機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。


**改定後**

【回復期リハビリテーション病棟入院料】  
【算定要件】


- 当該保険医療機関において、次のうち高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握する。
  - ・ 高次脳機能障害者支援センター
  - ・ 他の保険医療機関
  - ・ 障害者総合的支援法に基づく障害福祉サービス等を提供する事業所・施設（生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等）
  - ・ 児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者
- 上記の情報を「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者（入院期間の上限が180日の患者）の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供する。
- 退院後に他の保険医療機関でのリハビリテーション、介護保険によるリハビリテーション又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者については、
  - ・ 当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関・事業所・施設に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。



高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供する事業所等の情報を把握



高次脳機能障害の患者の退院時に情報提供



必要に応じて、利用予定先に実施計画書等を提供

引用：令和8年度診療報酬改定資料「4. 包括期・慢性期入院医療」. 厚生労働省ウェブサイト<[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_71068.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_71068.html)>

## 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
浦上裕子	高次脳機能障害者に対する包括的訓練プログラム	種村純 種村留美	高次脳機能障害リハビリテーションの掟	中外医学社	東京	2025年	p. 305-312
廣瀬綾奈	第5章各領域の第5章 各領域の評価・診断 の実際：小児. 2言 語・認知系.	深浦順一, 植田恵	言語聴覚療法 評価・診断学 第2版	医学書院	東京	2026年	197-213
廣瀬綾奈	第5章指導と支援 各 論7小児失語症と後 天性高次脳機能障害	下嶋哲也, 岩崎淳也, 重森知奈	言語発達障害 学 第4版	医学書院	東京	2026年	267-280

## 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
深津玲子	高次脳機能障害支援者養成に関する研修の概要	Journal of Clinical Rehabilitation	34(14)	1438-1444, 2025	2025
内山量史	失語症・コミュニケーション障害	Journal of Clinical Rehabilitation	34(14)	1454-1459	2025
今橋久美子	制度利用・地域連携	Journal of Clinical Rehabilitation	34(14)	1460-1466	2025
今橋久美子	障害福祉サービスとリハビリテーション 共同生活援助(グループホーム)	Journal of Clinical Rehabilitation	34(9)	973-977	2025
Kikuchi H, Osawa S, Kakinuma K, Ota s, Katsuse K, Ukishiro K, Jin K, Endo H, Nakasato N, Suzuki K	Impact of aphasia on verbal memory: insights from the Selective Anesthesia for Functional Evaluation	Journal of Neurosurgery	143(5)	1194-1201 <a href="https://doi.org/10.3171/2025.2.JNS242534">https://doi.org/10.3171/2025.2.JNS242534</a>	2025

Kikuchi H, Osawa S, Kakinuma K, Ota S, Katsuse K, Ukishiro K, Jin K, Endo H, Nakasato N, Suzuki K.	Verbal memory localized in non-language-dominant hemisphere: atypical lateralization revealed by material-specific memory evaluation using super-selective Wada test.	NMC Case Report Journal	12	65-71	2025
Katsuse K, Kakinuma K, Kawakami N, Ota S, Ogawa N, Kawamura A, Iseki C, Hamada M, Toda T, Matsuda M, Kanno S, Suzuki K.	Distinct cerebral perfusion patterns and linguistic profiles in Alzheimer's disease-related primary progressive aphasia.	Neurological Sciences	46	3071-3083	2025
Katsuse K, Kubota A, Kakinuma K, Ota S, Kanno S, Kakumoto T, Shirota Y, Hamada M, Tada T, Suzuki K	Case of pure agraphia in kana and romaji without sensorimotor deficits after a small infarct of the posterior limb of the internal capsule	Neurology	104(7)	NA	2025
Kakinuma K, Osawa S, Kikuchi H, Katsuse K, Ishida M, Ukishiro K, Jin K, Kyano S, Mugikura S, Endo H, Nakasato N, Matsuda M, Suzuki K	Recurring utterances induced by local anesthetic administration to the left frontal lobe	Cortex	183	15-20	2025
Katsuse K, Kakinuma K, Kawakami N, Ota S, Kawamura A, Ogawa N, Iaseki C, Hamada M, Toda T, Kanno S, Matsuda M, Suzuki K	Oral applause sign in progressive supranuclear palsy	Cortex	183	391-397	2025

Ota S, Suzuki M, Takasaki A, Kawakami N, Morihara K, Kakinuma K, Matsubara S, Katsuse K, Iseki C, Kanno S, Ikeda M, Suzuki K	Dysgraphia in Japanese patients with primary progressive aphasia	Brain and Language	271	NA	2025
Katsuse K., Yashita D., Kakinuma K, Hamada M, Toda T, Suzuki K	Left inferior temporal hemorrhage due to cerebral amyloid angiopathy mimicking semantic dementia	Neurological Sciences	46	5523-5527	2025
Katsuse, K., Kakinuma, K., Niimi, Y., Iseki, C., Kawakami, N., Ota, S., Kawamura A, Ogawa N, Yano S, Kakumoto T, Tako H, Hamada M, Kannno S, Toda T., Suzuki, K	Lecanemab for posterior cortical atrophy: Two contrasting cases.	The Clinical Neuropsychologist	NA	1-23	2025
Chihara H, Funaki T, Kusano Y, Hidaka Y, Mineharu Y, Okawa M, Sasagasako T, Sawada M, Kikuchi T, Tanaka K, Nishida N, Tabata A, Ueda K, Ueno T, Arakawa Y	Recovery of intrinsic cognitive weakness in successive processing after bypass surgery for pediatric moyamoya disease.	Stroke:Vascular and Interventional Neurology	5(5) <a href="https://doi.org/10.1161/SVIN.125.001768">https://doi.org/10.1161/SVIN.125.001768</a>	NA	2025
西田野百合, 橋本竜作, 村井俊哉, 山脇理恵, 草野佑介, 田中かなで, 池口良輔, 上田敬太	学齢期用聴覚性言語学習検査の作成とその有用性に関する予備的研究	高次脳研究	45巻4号	202-209	2025
Yasugi R, Maki T, Shima A, Shimotake A, Tanaka K, Ueda K, Murai T, Sawamoto N, Ikeda A, Takahashi R, Matsumoto R	Dystypia following left lenticulostriate artery cerebral infarction: A case report with MR Tractography and SPECT analysis	J Stroke Cerebrovasc Dis.	34(8) <a href="https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2025.108389">https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2025.108389</a>	NA	2025

Kusano Y, Funaki T, Ueda K, Ueno T, Tanaka K, Nishida N, Tabata A, Fushimi Y, Mitsumoto K, Kikuchi T, Ikeguchi R, Liang N, Inadomi H, Miyamoto S, Arakawa Y	Lower prefrontal blood flow associated with intraindividual weakness in successive processing: a neurocognitive study of pediatric moyamoya disease	J Neurosurg Pediatr.	35(6) <a href="https://doi.org/10.3171/2024.11.PEDS24495">https://doi.org/10.3171/2024.11.PEDS24495</a>	581-590	2025
Tabata A, Ueda K, Umeda K, Funaki T, Ueno T, Mineharu Y, Tanji M, Kikuchi T, Komaki M, Miyamoto S, Murai T, Arakawa Y	Cognitive and social functions of craniopharyngioma and germ cell tumor differ in patients with and without apathy	PCN Rep.	4(1) <a href="https://doi.org/10.1002/pcn5.70068">https://doi.org/10.1002/pcn5.70068</a>	NA	2025
廣瀬綾奈	小児への支援	Journal of Clinical Rehabilitation	34(14)	1467-1473	2025
渡邊修	高次脳機能障害者に対する地域リハビリテーション医療	言語聴覚研究	21(4)	441-452	2024
渡邊修	頭部外傷による高次脳機能障害の評価と社会復帰における課題-医療の立場から	賠償科学	52	17-23	2024
渡邊修	自動車運転と脳機能解剖	日本安全運転医療学会誌	5(1)	39-46	2025
渡邊修	医学的リハビリテーション	Journal of Clinical Rehabilitation	34(14)	1445-1453	2025

# 基礎編研修テキスト

講義00

## 高次脳機能障害支援者 基礎研修とは

1

### 高次脳機能障害支援者基礎研修の 研修対象と目標

研修対象

すべての障害福祉サービスの  
新人・若手職員

目標

- 障害福祉サービスの対象となる高次脳機能障害について知る
- 高次脳機能障害の障害特性を理解し、日常的な支援での対応方法を習得する

2

### 基礎研修講義のナビゲーション

- 障害の定義  
講義01：高次脳機能障害とは
- 障害特性の理解  
講義02：高次脳機能障害の診断・評価  
講義03：病院で行うリハビリテーション
- 障害特性に応じた支援  
講義04：失語症とコミュニケーション支援  
講義05：制度利用  
講義06：相談支援  
講義07：自立訓練－機能訓練・生活訓練における支援の取り組み－  
講義08：復職・就労移行支援－障害福祉施策及び障害者雇用施策における取り組み－  
講義09：生活と支援の実際－就労継続B型事業所の例から－

3

### 基礎研修演習のナビゲーション

- 障害特性の理解  
演習01：障害特性の理解－症状のみかた－
- 障害特性に応じた支援  
演習02：障害特性に応じた支援－相談支援 事例を通じたアセスメントA－  
演習03：自立訓練の実際  
演習04：復職・就労移行支援－グループワーク：事例検討－

4

講義01

## 高次脳機能障害とは

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

5

1

### 小児の高次脳機能障害について

★ 小児期発症の高次脳機能障害も支援の対象

- 小児では主に小学生に多い。
- 主な原因は、外傷性脳損傷、脳血管障害、脳炎・脳症、脳腫瘍術後、低酸素脳症などが原因となる。

詳しくは実践編講義02A「小児期における支援」で

2

### 高次脳機能障害とは

脳には、息をする・食べる・寝るなどの指令を出す動物全般に共通する機能と、思い出す・考える・伝えるなど人間で特に発達している機能がある。

前者は、生命維持に関わる基本的なはたらき、後者は、生死に直接関わらなくても人として社会で生きていくために重要なはたらきで、高次脳機能と呼ばれている。

頭のけがや脳の病気によって、高次脳機能に関わる部分が傷ついたとき、**注意障害**、**記憶障害**、**遂行機能障害**、**社会的行動障害**などの症状が表れることがある。

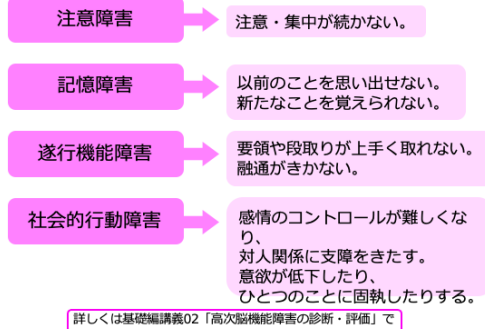
3

これらの症状により「日常生活または社会生活に制約がある状態」が高次脳機能障害である。

原因や損傷の状況によって、ひとりひとり症状の表れ方が異なるのは、この障害の特徴である。

高次脳機能障害は、麻痺や歩行障害のように外から見える障害ではないため、「以前と何か変わった」と思いながら何年も経過し、専門の医療機関を訪れて、ようやく診断される方も少なくない。

4



5

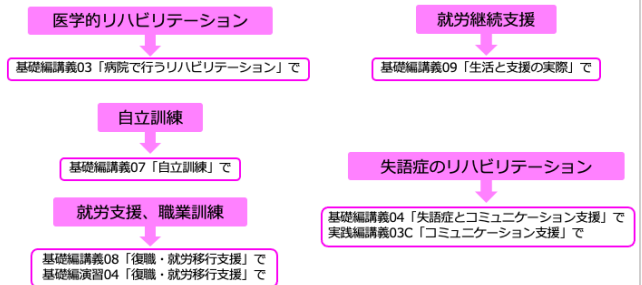
### 高次脳機能障害の原因疾患

- 脳血管障害
- 頭部外傷
- 脳腫瘍術後
- 脳炎
- 低酸素脳症（喘息発作、蘇生後など）
- 脱髄性疾患（多発性硬化症など）

いつ発症したか特定できる後天性脳損傷

6

### 高次脳機能障害に対するリハビリテーション



7

### 国による高次脳機能障害支援事業の経緯

～平成12年度	平成13～17年度	平成18～24年度	平成25年度～
<b>身体障害者手帳</b> 肢体障害 視覚障害 聴覚障害 身体不自由 内部障害	<b>高次脳機能障害支援モデル事業</b> 実態調査： ・原因・症状・訓練・生活支援等の状況調査 支援の枠組作り： ・診断基準作成 平成16年度 診断書により福祉サービス利用可能 ・標準的リハビリプログラム作成 （医療・福祉） 試行的実践： ・事例収集 ・分析・評価 ！ 参議院での議論を経て厚生労働大臣がモデル事業の手続要求	<b>高次脳機能障害支援普及事業</b> 一般事業化と普及啓発： ・障害者自立支援法（障害者総合支援法）78条 都道府県の地域生活支援事業（特に専門性の高い相談支援に係る事業）として高次脳機能障害支援普及事業が明記（令和8年度から高次脳機能障害者支援事業） ・内閣府 障害者施策推進本部 <b>重点施策実施5か年計画</b> （平成20～24年度） 高次脳機能障害支援拠点構築の設置、地域支援ネットワーク構築および支援技術の確立と普及が明記 ・精神障害者保健福祉手帳 障害等級判定基準 平成23年度 高次脳機能障害が明記 ・国民年金・厚生年金保険障害認定基準 平成25年度 高次脳機能障害が明記 ・高次脳機能障害者支援法 令和7年度公布 令和8年度施行	<b>高次脳機能障害者支援事業</b> 第8次医療計画 第7期障害者総合計画 第9期介護保険事業計画 高次脳機能障害者支援法公布

8

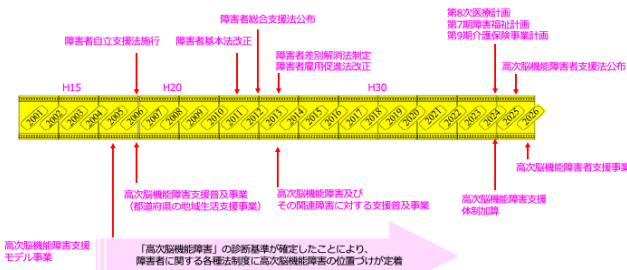
### 高次脳機能障害の診断基準

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

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。
- III. 除外項目
  1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（1-2）を欠く者は除外する。
  2. 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
  3. 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。
- IV. 診断
  1. I～IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
  2. 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後にいて行う。
  3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

9

### 高次脳機能障害者支援の経緯



10

### 全国の相談支援体制の整備状況 平成18年度

高次脳機能障害支援拠点機関数  
平成18（2006）年4月1日時点  
12都道府県・政令指定都市に13か所

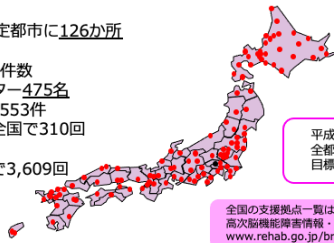


11

## 全国の相談支援体制の整備状況 令和7年度

高次脳機能障害支援拠点機関数  
令和7年4月1日時点  
47都道府県・政令指定都市に126か所

令和6年度 相談支援件数  
支援コーディネーター475名  
相談支援件数 91,553件  
研修会・講習会 全国で310回  
参加者20,701名  
ケース会議 全国で3,609回  
参加者20,678名



平成22年度  
全都道府県設置  
目標達成

全国の支援拠点一覧は  
高次脳機能障害情報・支援センターサイト参照  
[www.rehab.go.jp/brain/\\_fukyu/soudan/](http://www.rehab.go.jp/brain/_fukyu/soudan/)

12

## 高次脳機能障害者支援法概要（令和7年法律第96号、令和7年12月24日公布）

### 趣旨・目的

- 高次脳機能障害とは、疾病の発症又は事故による受傷による脳の器質的病変に起因すると認められる記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害、失語、失行、失認その他の認知機能の障害として政令で定めるものをいい、その患者数は全国で約23万人と推計される。
- 高次脳機能障害は外形上判断しづらく、その特性の理解も進んでいない等の理由で、患者と家族は適切な支援を受けることができず、日常生活や社会生活に困難を抱えているとの指摘がある。
- このような現状を踏まえ、高次脳機能障害への理解を促進するとともに、高次脳機能障害者の自立及び社会参加のための生活全般にわたる支援を、どの地域でも、あらゆる段階（医療・リハビリ→生活支援→社会参加支援）で、切れ目なく受けられるようにするための立法措置を講ずる必要がある。

### 基本理念

- (1) 自立と社会参加の機会が確保され、また、尊厳を保ちつつ他者と共生することが妨げられないこと。
- (2) 社会的障壁の除去に資すること。
- (3) 個々の事情に応じ、また、関係者の連携の下に、あらゆる段階で切れ目ない支援が行われること。
- (4) 居住する地域にかかわらず等しく適切な支援を受けられること。

出典：厚生労働省：高次脳機能障害者支援法について 概要資料  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67482.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67482.html)

13

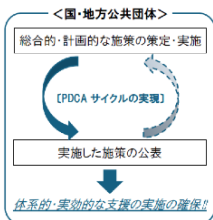
### 具体的施策

#### (1) 高次脳機能障害者及び家族等への支援策

- ・ 地域での生活支援
- ・ 教育的支援
- ・ 就労の支援
- ・ 権利利益の擁護（差別、いじめ、虐待等の防止）
- ・ 司法手続における配慮（意思疎通手段確保への配慮）
- ・ 高次脳機能障害者の家族等への支援
- ・ 相談体制の整備
- ・ 情報の共有の促進

#### (2) その他の支援策

- ・ 国民に対する普及及び啓発
- ・ 医療従事者等への知識の普及及び啓発
- ・ 地方公共団体及び民間団体への支援
- ・ 専門人材の確保
- ・ 調査研究等



出典：厚生労働省：高次脳機能障害者支援法について 概要資料  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67482.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67482.html)

14

### 地域支援体制

#### (1) 高次脳機能障害者支援センターの設置

都道府県は、地域の高次脳機能障害者支援業務をセンターに行わせ、又は自ら行うことができる。

#### (2) 専門的な医療機関の確保等

都道府県は、専門的な診断、治療、リハビリ等を行う医療機関の確保に努めるとともに、国及び地方公共団体は、医療機関間の相互協力の推進及び医療機関への情報提供等を行う。

#### (3) 高次脳機能障害者支援地域協議会の設置

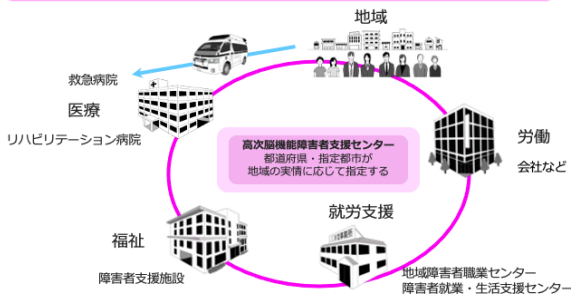
都道府県は、支援体制の整備を図るため、患者と家族、学識経験者、医療（リハビリを含む）保健・福祉・教育・労働等の関係機関や民間団体等から構成される地域協議会を置くよう努めなければならない。



出典：厚生労働省：高次脳機能障害者支援法について 概要資料 ※ 令和8年4月1日から施行  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67482.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67482.html) ※ 施行後3年を目途に見直しを検討

15

## 高次脳機能障害支援の体制 医療-福祉-労働-地域の連携



16

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

17

### 講義02

## 高次脳機能障害の診断・評価

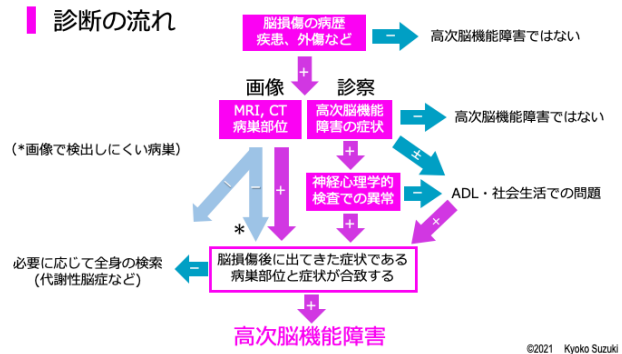
1

1. 診断の流れ
2. 症状の成り立ち  
脳の機能  
階層性
3. 症状の診かた
4. 神経心理学的評価

2

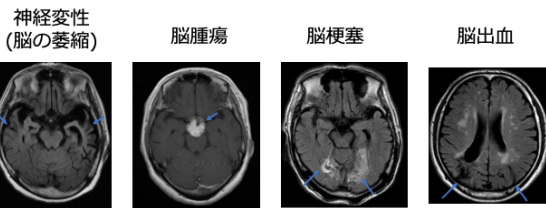
1. 診断の流れ
2. 症状の成り立ち  
脳の機能  
階層性
3. 症状の診かた
4. 神経心理学的評価

3



4

高次脳機能障害の原因は様々  
MRI, CTなどで確認する必要がある



行政的な高次脳機能障害の診断基準では、進行性である神経変性疾患が原因の患者は含まれない

5

1. 診断の流れ
2. 症状の成り立ち  
脳の機能  
階層性
3. 症状の診かた
4. 神経心理学的評価

6

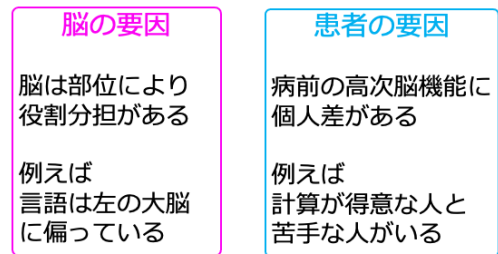
高次脳機能障害にはいろいろな症状がある

脳損傷で複雑な脳の機能が障害されること

脳梗塞	言語	失語
脳出血	行為	失行
脳炎	視空間認知	構成障害
脳腫瘍	記憶	健忘
脳外傷	注意	注意障害
⋮	遂行機能	遂行機能障害
⋮		⋮

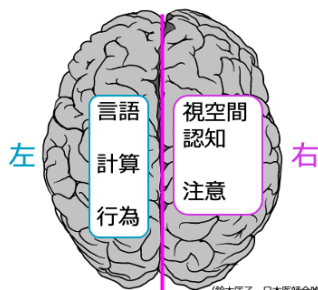
7

高次脳機能障害の症状が多彩である理由



8

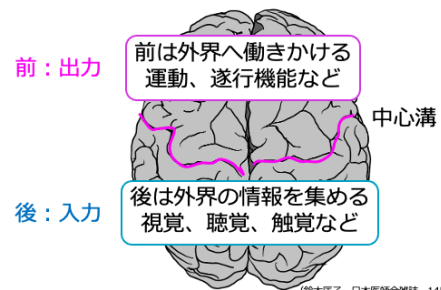
大脳は左右、前後で働きが違う



(鈴木匡子、日本医師会雑誌 145; 1179-1182, 2016より改変)

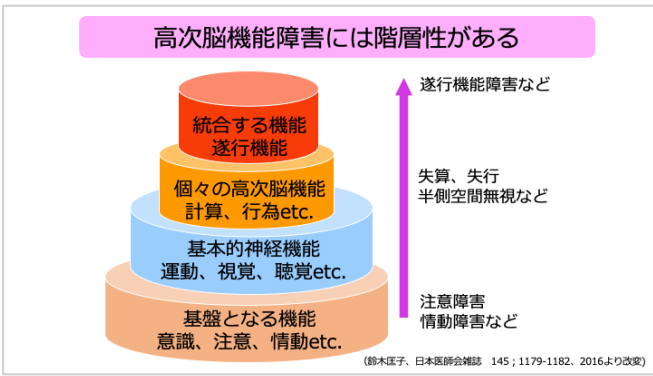
9

大脳は左右、前後で働きが違う



(鈴木匡子、日本医師会雑誌 145; 1179-1182, 2016より改変)

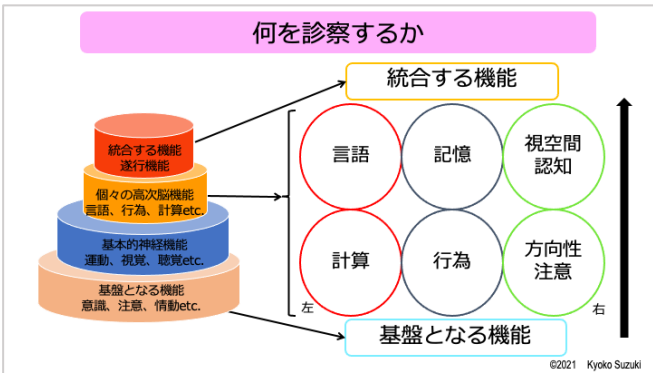
10



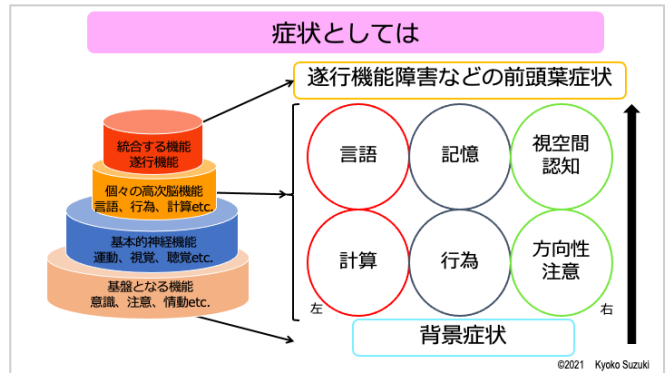
11

1. 診断の流れ
2. 症状の成り立ち  
脳の機能  
階層性
3. 症状の診かた
4. 神経心理学的評価

12



13



14

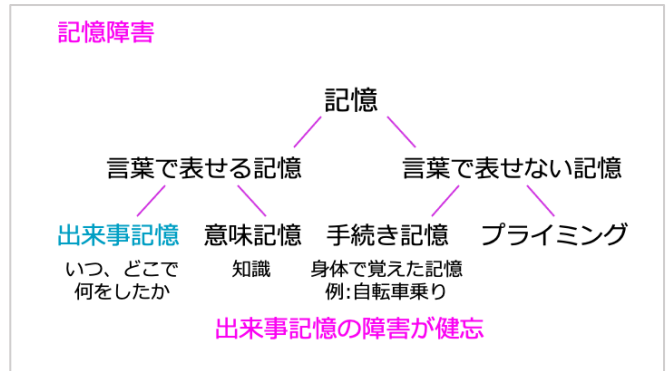
### 基盤となる機能の障害

**全般的注意障害**  
周囲の状況・刺激を適切に認識し、必要に応じて反応することができない状態

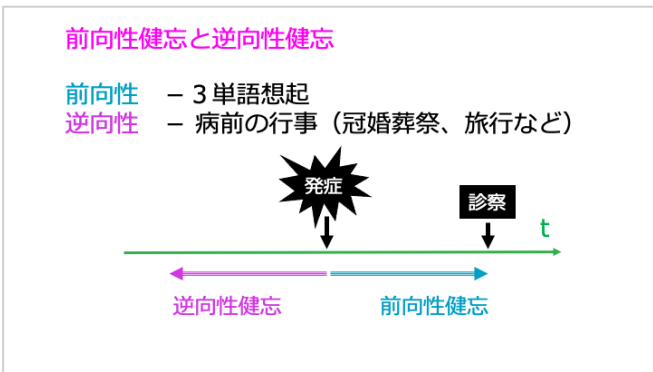
- ・見当識が不十分 (いつ、どこ、誰)
- ・ぼんやりしている
- ・聞き逃し、問い返しが多い
- ・受け答えまで時間がかかる
- ・集中力が続かない
- ・作業を続けるとミスが増える

(順唱/逆唱などによる評価は演習で)

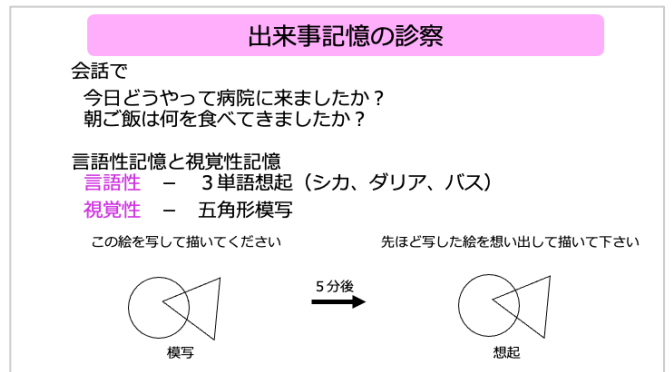
15



16



17



18

### 想い出す方法は2種類

**想起:** 自ら想い出す 3単語  
ヒントで想い出す

**再認:** 選択肢から選ぶ

ブタ、シカ、カバ  
ツバキ、スマレ、ダリア  
バス、クルマ、フネ

19

### 失語症

言葉が想い出せない  
言葉が上手く話せない  
言葉を聞いても理解できない



たとえば  
(これは何ですかと聞かれて)  
「…えーっと。何て言いましたっけ？  
私も昔飼ってました…」

ものの名前が想い出せないのは、  
健忘ではなく、言葉の障害

20

### 失語症 日常生活では

発話の障害: 言いたいことが言えない  
言葉が探せない  
言い間違い  
明瞭に発音できない

理解の障害: 言われたことが分からない  
単語の意味が分からない  
長い文は分からない  
正確な内容が分からない

自分の話が相手に通じていないことに気づかない場合もある  
理解障害があり、発話障害が目立たない場合は、認知症に間違え  
られることがある

21

### 左半側空間無視

左空間にあるものに気づきにくく、  
それに対して反応しない状態

22

### 左半側空間無視 日常生活では

声をかけられると、右側を探す  
左側から声がけすると、気づきにくい  
車椅子の左側のブレーキをかけ忘れる  
左側にあるおかずが気づかず、残す  
横書きの文章の左端を探せない  
顔の左側のひげをそり残す  
左肩をぶつけやすい  
左袖を通さない

全般性注意も悪いことが多い  
左側に気づきにくいことが分からないことが多い

23

「人の絵を描いてください」

向かって左側に気付かない  
**左半側空間無視**  
大きさのバランスがとれない  
紙からはみ出しそうな大きさ  
**視空間認知障害**



©2021 Kyoko Suzuki

24

### 統合する機能の障害

遂行機能障害      計画・実行・確認

行為制御の障害      行動の切替・選択

25

### 遂行機能障害

計画・実行・確認と修正

様々な作業を順序よく行うことができない

【例 クッキーを焼く】

準備するものを考える

→必要なものを買う

→材料を計量し

→順番に混ぜて

→型抜きして

→オーブンを温めて

→オーブンで焼く

→焼けたら取り出してさます

どの工程で間違っても、  
工程の順番を誤っても、  
美味しいクッキーは焼けない

26

### 行為制御の障害

慣れ親しんだ行為を抑制し、切り替えることができない

赤 青 黄 青 赤 緑

1. 文字を読んでください (慣れ親しんだ行為)
2. 文字の色を答えてください

前頭葉損傷で行為の制御が障害されると、文字を読んでしまい、色名を答えることが難しい  
慣れ親しんだ行為を変更できない

27

1. 診断の流れ
2. 症状の成り立ち  
脳機能  
階層性
3. 症状の診かた
4. 神経心理学的評価

28

### 神経心理学的検査

よく使われるスクリーニング検査  
ミニメンタルステート検査(MMSE)  
改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)  
主に全般的注意、言語機能、記憶などが関連

高次脳機能障害の診断は検査の点数だけで決めるものではない

点数が下がっている場合 → どの機能が低下しているかを考える  
点数が正常範囲でも高次脳機能障害は否定できない  
→ 病前より低下しているか、適切な検査を施行したか

たとえば、IQが90(マニュアルでは正常範囲)の場合  
病前の推定IQ130の人 → 明らかに低下  
病前の推定IQ90の人 → 低下なし  
ただし、遂行機能障害などは知能指数にはあまり反映されない

29

### 神経心理学的検査

最も大切なのは、その患者に適した検査であること

病巣、症状から予想される機能障害を検討できる検査を選ぶ  
適切な難易度の検査を選ぶ 難しすぎず、易しすぎない

よく使われる検査

【全体的な知能】	WAIS-IV	ウェクスラー成人知能検査
【記憶】	WMS-R	ウェクスラー記憶検査
【言語】	標準失語症検査、WAB	失語症検査
【視空間認知】		高次視覚検査
【半側空間無視】	BIT	行動性無視検査 日本版
【遂行機能障害】	BADS	遂行機能障害症候群の行動評価

30

### 高次脳機能の診断・評価 これだけは忘れずに！

- ✓ 脳への損傷の有無の医師による医学的確認  
どこに、どんな脳損傷があるか、損傷部位と症状が対応するか
- ✓ 高次脳機能障害の症状は一人一人異なる  
どんな高次脳機能障害の症状があるか
- ✓ 高次脳機能障害は検査の点数だけでは決まらない  
脳損傷前と比べて、どのように変わったか

31

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

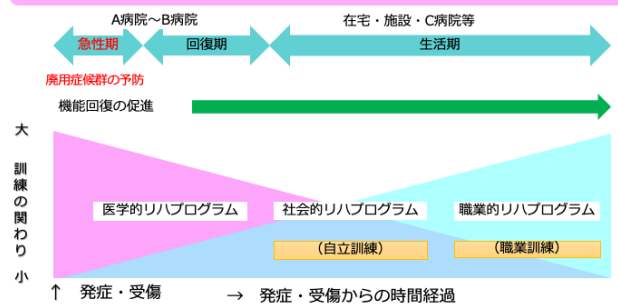
32

### 講義03

## 病院で行うリハビリテーション 医学的リハビリテーション

1

急性期～回復期～生活期のリハビリテーションの流れのイメージ  
出典：国立障害者リハビリテーションセンター高次脳機能障害情報・支援センター HPより抜粋



2

### 包括的リハビリテーションのためのチームアプローチ

カンファランス：情報共有・目標設定

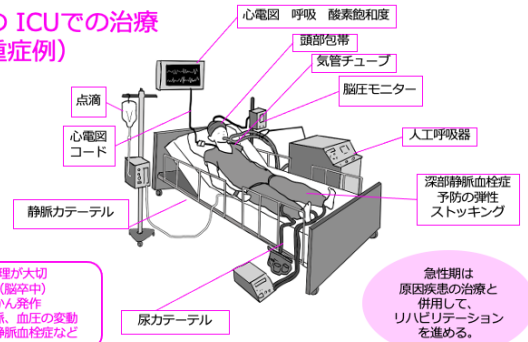
～専門職の主な役割～



医師 (Dr)	医学的管理と、チーム全体のマネジメント等
看護師 (Ns)	日常生活のサポート、健康管理、ADL指導等
理学療法士 (PT)	身体機能の回復促進等
作業療法士 (OT)	ADL、余暇、作業能力の回復促進等
言語聴覚士 (ST)	コミュニケーション能力、嚥下能力の回復促進等
公認心理師	心理的サポート、高次脳機能評価等
義肢装具士 (PO)	義足、義具の採型、採寸、作成等
管理栄養士	食生活指導、栄養指導等
薬剤師	服薬内容の調整、指導等
ソーシャルワーカー(MSW)	社会資源の活用、心理社会的問題への介入等

3

### 急性期の ICUでの治療 (重症例)



- リスク管理が大切
- ・ 再発 (脳卒中)
  - ・ てんかん発作
  - ・ 不整脈、血圧の変動
  - ・ 深部静脈血栓症など

急性期は原因疾患の治療と併用して、リハビリテーションを進める。

4

### 廃用症候群

- 筋力低下、筋萎縮
- 関節拘縮
- 認知機能低下
- 沈下性肺炎
- 骨粗鬆症
- 便秘
- 心臓機能低下
- 深部静脈血栓症
- 褥瘡



#### 急性期リハビリテーション

- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められる。
- 脳卒中急性期リハビリテーションは、血圧、脈拍、呼吸、経皮的動脈血酸素飽和度、意識、体温などのバイタル徴候に配慮して行うように勧められる。

(日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン2021)



5

### リハビリテーション (運動療法) 中止基準

出典：リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン (案) 本文抜粋 日本リハビリテーション医学会HP

#### 積極的に実施しない場合

- 安静時脈拍 40/分以下または120/分以上
- 安静時拡張期血圧70mmHg以下または200mmHg以上
- 安静時拡張期血圧120以上
- 労作性狭心症
- 心筋梗塞直後で循環動態が不安定
- 著しい不整脈
- 心房細動があり、著しい徐脈または頻脈
- リハ実施前にすでに動悸、息切れ、胸痛がある
- 安静時胸痛
- 座位でめまい、冷や汗、嘔気などがある
- 安静時体温が38度以上
- 安静時酸素飽和度90%以下

#### 途中で中止する場合

- 中等度以上の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心症、頭痛、強い疲労感などが出現した場合
- 脈拍数 140/分をこえた場合
- 運動時収縮期血圧 40mmHg以上または拡張期血圧 20mmHg以上、上昇した場合
- 頻呼吸 (30回/分以上)、息切れが出現した場合
- 運動により不整脈が増加した場合
- 徐脈が出現した場合
- 意識状態の悪化



6

### 回復期リハビリテーション

- 回復期脳卒中患者に対して、日常生活動作 (ADL) を向上させるために、もしくは在宅復帰率を高めるために、多職種連携に基づいた包括的なリハビリテーション診療を行うことが勧められる。
- 回復期において、訓練時間を長くすることは妥当である。
- 歩行障害が軽度の患者に対して、有酸素運動や筋力増強訓練を行うことが勧められる。

(日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン2021)

回復期機能 = 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。(厚生労働省)

#### 回復期病棟の1日スケジュール例 1単位=20分、最大9単位=3時間のリハビリテーション

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
身支度	身支度	身支度	身支度	身支度	身支度	身支度	身支度	身支度	身支度	身支度
病棟	整容訓練 OT	更衣訓練 OT	立位訓練 PT	嚥下訓練 ST	ADL訓練 OT	高次脳機能評価 OT ST	入浴	入浴	入浴	入浴
訓練室									歩行訓練 PT	言語訓練 ST

7

### 回復期リハビリテーション病棟入院料 (主な施設基準) 抜粋

回復期病棟全体の約75.2%が該当 (令和6年度) 令和6年度診療報酬改定 厚生労働省

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5
医師	専任1名以上				
看護職員	専任1名以上				
リハ専門職 (専従)	13対1以上 (7割以上が看護師)	PT≧3, OT≧2, ST≧1	15対1以上 (4割以上が看護師)	PT≧2, OT≧1	
社会福祉士	専任常勤1名以上				
管理栄養士	専任1名				
休日リハビリテーション	専任1名の配置が望ましい				
重症者割合	4割以上		3割以上		
重症者退院時評価 (0~19点)	3割以上が4点以上改善		3割以上が3点以上改善		
自宅等退院率	40以上		35以上		
実績指数	40以上		35以上		

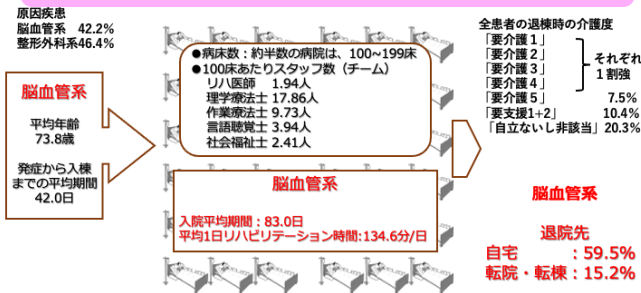
病棟入院期間  
脳血管障害、頭部外傷：150日  
高次脳機能障害を伴う重症例：180日

実績指数：1日あたりのFIM得点の増加を表す指数

8

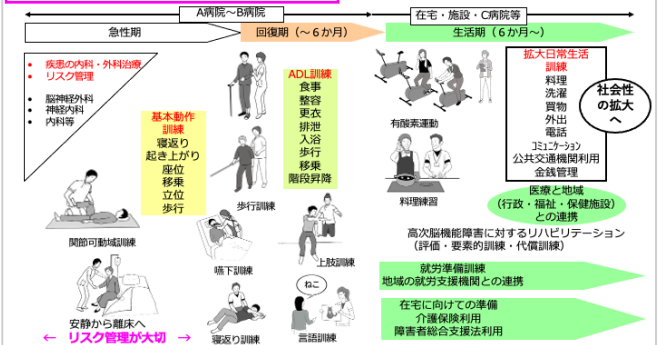
### 回復期リハビリテーション病棟の現状 (令和6年)

出典：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 (2025年2月 回復期リハビリテーション病棟協会)



9

### 急性期~回復期~生活期のリハビリテーションの流れ



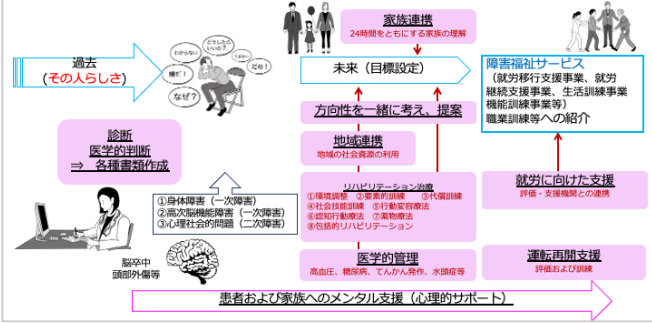
10

## 疾患に対する医学的管理 (日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン 2021)

- 脳梗塞再発予防
    - 非心源性脳梗塞の再発予防には、抗血小板薬の投与が勧められる。
    - 非弁膜症性心房細動を伴う脳梗塞患者の再発予防には、直接阻害型経口抗凝固薬 (DOAC)、フルファンリンによる抗凝固療法を行うよう勧められる。
  - 脳出血再発予防
    - 慢性期では、130/80 mmHg 未満を降圧目標とする。
  - てんかん発作
    - 急性期に症候性発作に対し投与が開始された抗てんかん薬は、その後の発作の有無や脳波異常を評価しながら、漸減中止を検討することが妥当である。
  - くも膜下出血再発予防
    - 脳動脈瘤の定期的チェック
- 全身管理**  
 高血圧  
 糖尿病  
 高脂血症  
 肥満
- 心臓疾患を含む全身管理
  - 運動療法・・・有酸素運動
  - 食事療法

11

## 高次脳機能障害者に対する医学的リハビリテーション



12

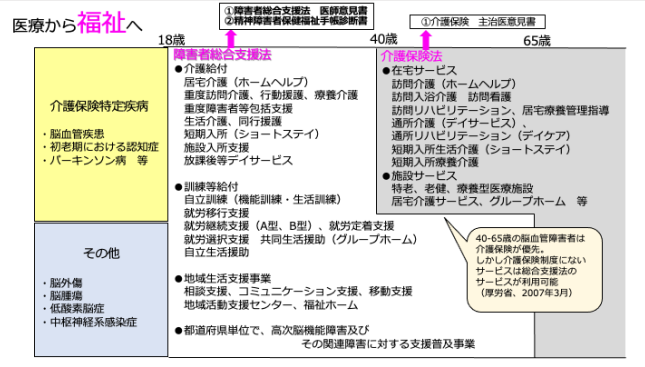
## 医療福祉連携

- 急性期病院や回復期病院の医療・福祉スタッフは、高次脳機能障害の診断が下りた場合には、退院後に高次脳機能障害者が利用できる支援・サービスの制度や地域の相談窓口の情報を伝えることが望ましい。
- 具体的には、退院後に利用できる医療保険、介護保険、障害福祉等の様々なサービスの選択肢の中から、各患者にとって最適な組合せを検討し、各制度の利用申請手続きや関係機関との連絡・調整を行う。



出典：厚生労働省 令和6年度障害者総合福祉推進事業  
 高次脳機能障害者への支援の手引き 令和7年3月策定

13



14

## 高次脳機能障害者にとっての精神障害者保健福祉手帳のメリット

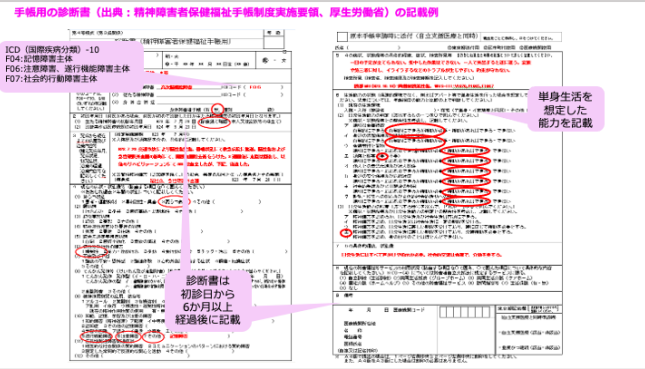
- 主な3点
- ① 障害者雇用の適応
  - ② 障害者職業能力開発校など職業訓練施設の利用
  - ③ 地域保健福祉施設の利用

その他のメリット例 (杉並区、HP 2025年10月)

- 【税金の控除等】
  - 住民税・住民税・所得税・自動車税
  - 【公共料金の減免・料金の割引等】
    - 放送受信料、携帯電話料金、施設入所費(都立公園等、都立美術館等)
    - 【交通機関の割引】
      - 精神障害者鉄道乗車証・精神障害者路線バス運賃の割引
      - 精神障害者旅客鉄道株式会社等の割引 (東京都福祉局ホームページ)
- 【介護サービス】
  - 居宅介護 (ホームヘルプサービス)
  - 行動援護
  - 【住まい】
    - 営繕住宅 (障害者・高齢者世帯向け) の申し込み
    - 都営住宅の申し込み

記載できる医師とは  
 「高次脳機能障害の診断・治療に従事し、精神科医のほか、リハビリテーション科医、神経内科医、脳外科医等でも可能」

15



16

## 障害者総合支援法 医師意見書の記載例

介護保険と異なり、一次判定の結果に、医師意見書の一部が反映される。

高次脳機能障害の詳細をチェックする

一人暮らしのため、家事の援助が必要。QOLの改善が期待できる。

厚生労働省・医師意見書記録の手引き 2021年2月改定 <https://www.mhlw.go.jp/content/000736750.pdf> 2025/10/10

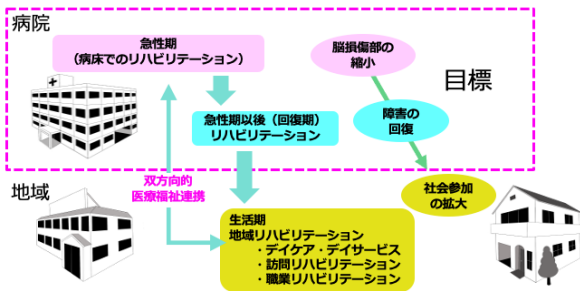
17



18

## リハビリテーションの各ステージと連携モデルの紹介

英国リハビリテーション協会、英国王立医学会のモデルを改変



19

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

20

講義04

## 失語症とコミュニケーション支援

1

### 失語症とは

高次脳機能障害の1つ。  
言語機能の脳の言語に関係する中枢が損傷されることにより、それまで自由に使っていた、「聞く」「話す」「読む」「書く」ということばの機能が低下する状態。

#### 【イメージ】

周囲の人が全く知らないことばを話し、  
見たことがない文字が使われている。  
異国に、1人で置かれた状態。

2

### 失語症に関する質問 1 ○か×か

1. 強いストレスや精神的ショックを受けると失語症になることがある。
2. 失語症の原因としては脳卒中など脳の損傷によるものが最も多い。

3

### 失語症に関する質問 2 ○か×か

1. 失語症になると全く話すことができなくなる。
2. 失語症のある人は舌などの麻痺によりスラスラ話せない。

4

### 失語症に関する質問 3 ○か×か

1. 失語症のある人がうまく話せない場合、「あいうえお」の50音表を指さしてもらおうとよい。
2. 失語症のある人は、漢字のほうがひらがなやカタカナより理解しやすい。

5

### 失語症に関する質問 4 ○か×か

こちらの言うことが失語症のある人に十分理解されない時には

1. 大きな声で伝えるとわかりやすくなる。
2. キーワードを文字で書いて示すとわかりやすくなる。

6

失語症に関する質問 5  
○か×か

1. 失語症の症状には、それが何であるか、どんなものかわかっていてもその名前を正しく言えないことがある。
2. 話すことが難しい場合には、「何が食べたいですか」という質問より、「はい」か「いいえ」で答えられる質問のほうが答えやすい。

7

失語症に関する質問 6  
○か×か

1. 失語症は外から見えやすく、わかりやすい障害である。
2. 失語症のある人の言っていることがこちらにわからないときは、わかったように相づちをうってあげたほうがよい。

8

失語症ではことばの様式が  
いずれも障害される

	表出	理解
音声	話す	聞く
文字	書く	読む

出典：一般社団法人日本語聴覚士協会 令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

9

失語症の症状 聞く側面

- ✓ 耳は聞こえている。聴力の問題ではない。
- ✓ 聞いて理解することが難しい。
- ✓ 複雑な内容や長い文、また話すスピードが早いと理解は特に難しい。
- ✓ 復唱はできても意味を理解していない場合がある。

10

失語症の症状 話す側面

- ✓ わかっていても言いたいことばが出てこないことがある（喚語障害）。
- ✓ 言い間違えて別のことばを言う（みかん⇒リンゴ、みたん）
- ✓ 意味が相手に伝わらない発話になる。
- ✓ 流暢・非流暢 滑らかな話し方、たどたどしい話し方

11

失語症の症状 読む側面

- ✓ 文字は見えていても意味が理解できない。
- ✓ 一般には漢字が仮名より理解しやすい場合が多い。
- ✓ 声に出して読むことが難しくなる。
- ✓ 音読ができて、意味は理解できない場合がある。

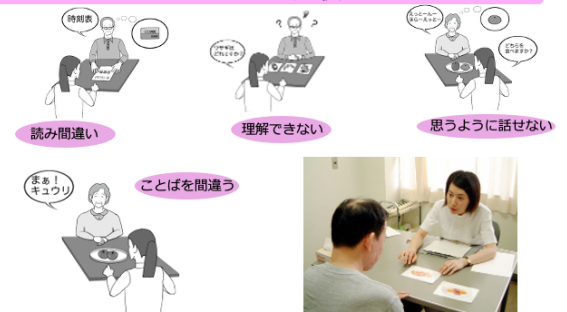
12

失語症の症状 書く側面

- ✓ 書こうとする文字が思い出せない。
- ✓ 文字を書き誤ることがある。
- ✓ 一般には仮名が漢字より難しい。
- ✓ 文法の問題もあり、文章を書くことは特に難しい。

13

ことばの症状



出典：一般社団法人日本語聴覚士協会 令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

14

## 代表的な失語症のタイプ

- ✓ ブローカ失語  
聞いて理解する能力に比べ話す能力の障害が重い。  
運動麻痺を伴うことが多い。
- ✓ ウェルニッケ失語  
話す能力に比べ聞いて理解する能力の障害が重い。

出典：一般社団法人日本語聴覚士協会 令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

15

## 失語症の重症度

障害の程度は人によってさまざまである

軽 度	日常会話のやり取りはおおよそ可能。 時に聞き誤りや、うまく話せないことがある。
中等度	簡単な日常会話のやり取りは可能。 適切な推測、答えやすい方法の工夫、文字やジェスチャーの使用なども有効。
重 度	本人から何かを伝えることは困難で、やりとりの場面は限られる。

出典：一般社団法人日本語聴覚士協会 令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

16

## 失語症に合併しやすい症状

- ✓ 気分の変化が激しくなることがある。
- ✓ 疲れやすい、集中力が低下する、などが見られる。
- ✓ 同時に複数のことの処理（マルチタスク）が難しいことがある。

17

## 失語症のリハビリテーション

発症後、病院など医療機関での入院中の言語聴覚療法。  
退院後、自宅に帰り、地域でのリハビリテーション。

しかし、言語機能が100%回復するのは難しい。

18

## 失語症の特徴

- ✓ 言語機能の障害がある。
- ✓ 脳の損傷部位によって症状・重症度が異なる。
- ✓ 運動麻痺を伴うことが多い。
- ✓ 心理的問題を抱えることが多い。
- ✓ 本人だけでなく家族にも心理面での負担がある。
- ✓ 社会保障面での問題がある。

出典：一般社団法人日本語聴覚士協会 令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

19

## 発症前と同様に保たれる能力

- ✓ 知的機能
- ✓ 状況の判断
- ✓ 社会的礼節や場面に応じた対応
- ✓ 時間や場所、できごとの記憶

➡ 失語症のある人とのやり取りに活用できる

20

## 会話の基本

- ✓ 本人の意向を確認する。
- ✓ 本人の人格を尊重し、対等の立場で話をする。
- ✓ 落ち着いた雰囲気です話をする。
- ✓ 本人を不安な気持ちにさせない。

出典：一般社団法人日本語聴覚士協会 令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

21

## 全般的な留意点

- ✓ 本人のわずかな変化に注意する。会話に役立つ情報が含まれている。
- ✓ 適切な距離をとり、表情を見ながらゆっくり話しかける。
- ✓ 本人のはっきりしない反応をうやむやにしない。はっきりしない反応の中に本当に伝えたい内容があることも多いので、確認をする。
- ✓ 本人が話している間は最後まで待つ。

22

### 事例：翌日の医師の診察について 施設職員が説明する場面

明日、8月10日（火）は午後1時から医師の診察があります。  
受診の前に検尿と血液検査をしますので2階の処置室に12時半までにいらしてください。  
尿を提出して採血が終わったら今度は1階の診察室に行っていただきます。  
やっていただくことがたくさんありますので、昼食は11時半からになります。

23

### 理解面を補う（話し方）

- 明確に、ゆっくりと話す
- × 早口や不明瞭な話し方
- 簡潔に、使い慣れていることばで話す
- × 長々話す、難しいことばを使う
- 文節ごとに間を取る

良い例：

「明日、診察が、あります。1時からです。・・・」

24

### 理解面を補う（他のことばへの言い換え）

例：

言語聴覚士A：「生年月日はいつですか？」

失語症のある人：「せいねんがどうしたって・・・」

言語聴覚士A：「生まれた日、お誕生日、  
誕生日はいつですか？」

25

### 理解面を補う（同じことばの繰り返し）

一度で伝わっていないと思われる場合、同じことばを繰り返してみる。

例：

言語聴覚士A：「もうご飯は食べましたか？」

失語症のある人：「・・・？」

言語聴覚士A：「もうご飯は食べましたか？」

26

### 理解面を補う（視覚提示）

- 要点を筆記しながら、絵や図も加えながら話す。
- 実物を指さしたり、意図して大きな身振りをする。

27

### 理解面を補う視覚提示の例

明日の予定

8月10日（火） 午後1時 診察

11時30分 昼食

12時30分 ➡ 2階 処置室  
検尿と採血

13時（午後1時） ➡ 1階 診察室  
診察

28

### 理解面を補う（話題を変える時の留意点）

- 会話の途中で、急に話題が変わると混乱することがある。
- 話題が変わることをわかりやすく前置きしてから話題を変える。

例：「ここから別の話です」

「話は変わりますが」

29

### 表出面を補う（YES/NO質問）

- 1) お昼に何を食べましたか。
  - 2) 相撲は好きですか。
  - 3) リハビリはもう終わりましたか。
  - 4) いつ病院に行きますか。
  - 5) 外は雨が降っていますか。
- がついている質問のように、はい—いいえで答える質問を使う。

30

## 表出面を補う (YES/NO質問)

例：伝えたいスポーツが何であるかを引き出すためにカテゴリーを狭めていく。

言語聴覚士A                      失語症のある人

それは外でやりますか？      ▶ いやあ。

それはボールを使いますか？ ▶ はい。

ラケットを使いますか？      ▶ うん。

それは卓球ですか？           ▶ そうそう。

31

## 表出面を補う (選択質問)

- 文字で選択肢を提示する。      例：寿司・焼肉
  - 実物や写真あるいは図などを提示する。
- ※ 質問の意味が理解されていることを確認する。
- ※ 適切な選択肢の数とする。
- ※ 選択肢は読みながら視覚的に提示する。

32

## 失語症のコミュニケーション支援について

1. 相手の話や声は聞こえていても、話の内容が理解できないことがある。
2. 聞いてもらいながら実物や文字など視覚的情報も併用すると理解されやすい。
3. 話すことが難しい場合には実物や絵、漢字などを指さしてもらおうとよい。
4. 話すことが難しい場合には「何が食べたいか」という質問より「はい」「いいえ」で答えられる質問のほうが答えやすい。
5. 失語症のある人の言っていることがごちらに伝わらない場合に、わかったように相槌をうつのは避け、わからないことを伝え、わかる努力を続ける。
6. 失語症があっても発症前のその人らしさは変わらない。
7. 失語症があっても記憶や周囲の状況の理解は保たれている。
8. 失語症があってもカレンダーや地図は理解できる。

33

## 他のコミュニケーションの問題への応用

- ▶ 認知コミュニケーション障害  
(Cognitive Communication Disorders)
- ▶ 認知症
- ▶ 他の高次脳機能障害

34

## 参考文献

- 1) 藤田郁代監修：標準言語聴覚障害学 失語症学 第3版.医学書院,2021
- 2) 一般社団法人日本言語聴覚士協会：令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト.2025
- 3) 深浦順一編集主幹：図解 言語聴覚療法技術ガイド 第2版.文光堂,2022
- 4) 本田哲三編：高次脳機能障害のリハビリテーション 実践的アプローチ 第3版.医学書院,2016
- 5) NPO法人全国失語症友の会連合会：失語症の人の生活のしづらさに関する調査. 2013.  
<https://www.japc.info/img/file64.pdf>, (参照2024.9.10)
- 6) NPO法人言語障害者の社会参加を支援するパートナーの会 和音編：三訂 失語症の人と話す中.中央法規出版,2024
- 7) 竹中啓介,吉野眞理子：失語のある人との会話における対話者の会話態度と会話技術を評価するための観察評定尺度の開発および信頼性と妥当性の検討. コミュニケーション障害学.35;55-63, 2018

35

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

36

## 講義05

## 制度利用

障害者手帳と総合支援法サービスを中心に

1

## 支援に関連する制度

- 経済：
- 自動車保険
  - 労災保険
  - 医療保険
  - 障害年金
  - 雇用保険
  - 医療費助成
- 在宅生活：
- 障害福祉サービス等
  - 介護保険サービス
- 全般：
- 障害者手帳
- 就労：
- ハローワーク
  - 地域障害者職業センター
  - 障害者就業・生活支援センター

2

## 在宅生活・就労に関連する制度

- ・地域障害者職業センター  
職業相談・職業評価・職業リハビリテーション計画  
各都道府県に1～2カ所
- ・障害者就業・生活支援センター  
就業面と生活面の一体的な相談・支援、関係機関との連絡調整  
各圏域に1カ所程度（全国に約340カ所）
- ・障害福祉サービス等  
介護・訓練等  
各市町村に複数
- ・障害者手帳  
身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の3種類

3

## 相談や計画に関するサービス

こんなとき

自分に合ったサービスを知りたい。  
近所にどのようなサービスがあるのかを知りたい。  
サービスの利用方法を具体的に知りたい。

指定特定相談支援事業者は、下記を行っている。

- ・計画相談支援（市町村の福祉の窓口にも事業所リストがある）
- ・サービス等利用計画の作成
- ・サービス等の利用状況のモニタリングおよび必要に応じた見直し

4

## 在宅生活を支援するサービス

こんなとき

自宅で入浴、排せつ、食事や家事の援助をしてほしい。

- ・**居宅介護（ホームヘルプ）**：ホームヘルパーが自宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談や助言等、生活全般にわたる援助をする。

こんなとき

家族等、いつも介護している人が数日間出かける。

- ・**短期入所（ショートステイ）**：障害者支援施設や児童福祉施設等で、入浴、排せつ、食事のほか、必要な介護を短期間行う。

5

## 昼間の生活を支援するサービス

こんなとき

夜は自宅で過ごしたいが、日中は施設に通って、いろいろな活動をしたい。また、入浴、排せつ、食事などの援助をしてほしい。

生活介護（デイサービス）事業所が下記を行っている。

- ・創作的活動、生産活動の機会の提供
- ・身体機能や生活能力の向上のために必要な援助
- ・入浴、排せつ、食事等の介助
- ・調理、洗濯、掃除等の家事
- ・生活等に関する相談、助言
- ・その他、日常生活上の支援

6

## 訓練のためのサービス①

こんなとき

家庭や仕事に復帰する前に、生活リズムや対応方法を身につけたい。

自立訓練事業所が、自立した社会生活を送るために必要な、移動、日常生活、コミュニケーション、職業準備の訓練の機会を提供している。

	機能訓練	生活訓練
サービス内容	理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション	入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練
	生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援	
人員基準	看護職員 1人以上 PT、OT 又は ST 1人以上 生活支援員 1人以上	生活支援員 1人以上

7

## 訓練のためのサービス②

こんなとき

仕事を探したい、自分に合う仕事を知りたい。

就労移行支援事業所が、下記を行っている。

- ・就労に必要な知識や能力を高める訓練
- ・求職活動に関する支援
- ・利用者の適性に合った職場の開拓
- ・就職後における職場への定着のために必要な相談や支援

8

## サービス利用例①

【Aさん】

- ・すぐに仕事に戻るの難しそう。
- ・妻が働いている間、自宅に一人では不安。
- ・施設に自分一人で通う自信がない。送迎してほしい。

指定特定相談支援事業者に相談

- ➡ 生活介護（送迎有）で、自信がついた。
- ➡ 自立訓練（通所）で、できることを増やす。

9

## サービス利用例②

【Bさん】

- ・在学中に病気になり、長く自宅療養していた。
- ・やる気が起きず、1日中家にいることが多い。
- ・知らない人とうまく話せるか不安。

指定特定相談支援事業者に相談

- ➡ 自立訓練で、生活リズムができ、人と交流する自信が  
ついた。料理が楽しい。
- ➡ 就労継続支援B型事業所で、お菓子作りを開始。

10

### サービス利用例③

【Cさん】

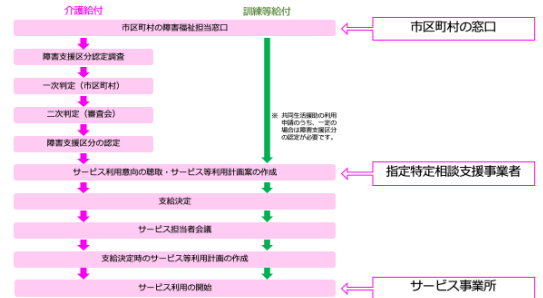
- ・仕事を探しているが、見つからない。
- ・自分に合う仕事を知りたい。

指定特定相談支援事業者に相談

- ➡ **就労移行支援**で、さまざまな作業や職場体験を経て、助言を受けながら就職活動。
- ➡ 実習先の会社で一般就労。

11

### 障害福祉サービス等の利用方法



12

### 障害福祉サービス等に関する情報



出典：障害福祉サービス等情報検索Webサイト <https://www.wam.go.jp/sfkoheyout/COP000100E0000.do>

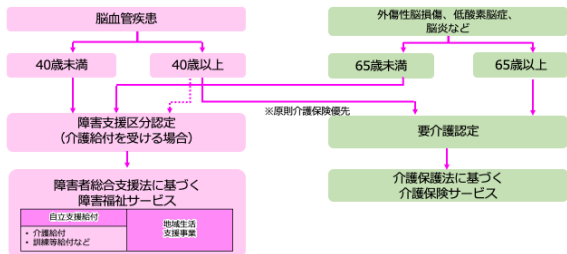
13

### 障害福祉サービス等の対象

- ・身体障害者手帳の交付を受けている方
- ・療育手帳の交付を受けている方
- ・障害者更生相談所、児童相談所で知的障害が確認できる方
- ・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方
- ・精神障害を事由とする年金や特別障害給付金を受けている方
- ・自立支援医療（精神通院医療）を受給している方
- ・**医師の診断書で精神の障害が確認できる方**
- ・難病等のある方（障害者総合支援法対象疾病）

14

### 障害福祉サービス等と介護保険サービスの対象



出典：高次脳機能障害情報・支援センターWebサイト [https://www.rehab.go.jp/brain\\_fukyu/how05/](https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/how05/)

15

### 高次脳機能障害の原因疾患・年齢と福祉サービス

- ・65歳以上（第1号被保険者）および40～64歳（第2号被保険者）で、原因が脳血管障害の場合は、介護保険サービス（ホームヘルプやショートステイ等）の利用が優先される。
- ・介護保険にない障害福祉サービス（同行援護、行動援護、自立訓練、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援等）は、65歳以上であっても必要に応じて併用できる。
- ・40～64歳で、原因が、脳外傷や脳炎・脳症など老化に起因しない原因の場合は介護保険の対象にならない。例えば、45歳で交通事故に遭い高次脳機能障害になった場合は、障害福祉サービス等の適用になる。
- ・40歳未満は、原因に関わらず障害福祉サービス等の適用になる。

16

### 障害者手帳を取得することで受けられるサービス

【全国一律に行われているサービス】

- ・公共料金等の割引：NHK受信料の減免
- ・税金の控除・減免：所得税、住民税の控除、相続税の控除、自動車税・自動車取得税の軽減
- ・その他：生活福祉資金の貸付、**障害者雇用率へのカウント**、障害者職場適応訓練の実施

【地域・事業者によって行われていることがあるサービス】

- ・公共料金等の割引：鉄道、バス、タクシー等の運賃割引、携帯電話料金の割引、上下水道料金の割引、心身障害者医療費助成、公共施設の入場料等の割引
- ・手当の支給等：福祉手当、通所交通費の助成、軽自動車税の減免
- ・その他：公営住宅の優先入居等

17

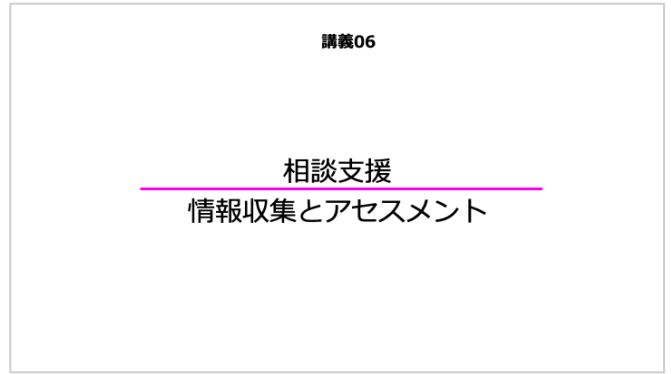
### 高次脳機能障害は障害者手帳の対象

- ・高次脳機能障害によって日常生活や社会生活に制約があると診断されれば「器質性精神障害」として、**精神障害者保健福祉手帳の申請対象**になる。
- ・申請時に必要な診断書を記載するのは、原則として精神保健指定医または精神科医となっているが、てんかんの患者について内科医が主治医となっている場合のように、**精神科以外の医師であっても**、精神障害の診断治療に従事していれば診断書を記載できる。
- ・高次脳機能障害の診断または治療に従事しているリハビリテーション医や神経内科医、脳神経外科医のほか、**内科医、小児科医等**も診断書を記載することが可能である。

18



19

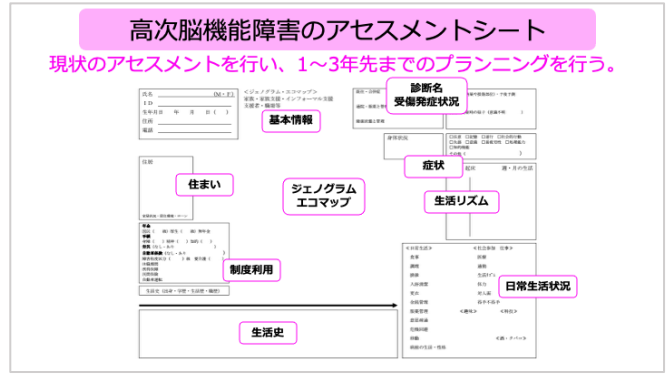


1

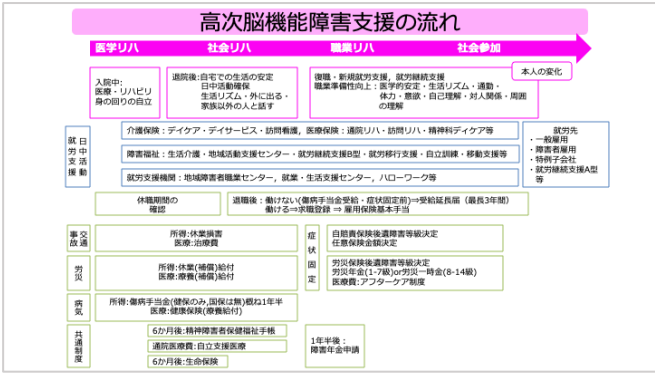
**高次脳機能障害のアセスメントのポイント**

高次脳機能障害者への相談支援を行う際は、支援に必要な情報収集を行い、アセスメントを行っていく。その際には「基本情報」「診断名・受傷発症状況」「症状」「生活リズム」「日常生活状況」「住まい」「住まい」「制度利用」「生活史」を中心に確認するとともに、本人の高次脳機能障害の症状が生活にどのような影響を及ぼすのか、本人はどの程度症状に気づいているのか、就労を希望している場合には仕事に就くうえでの準備が整っているのか、を確認することがポイントとなる。

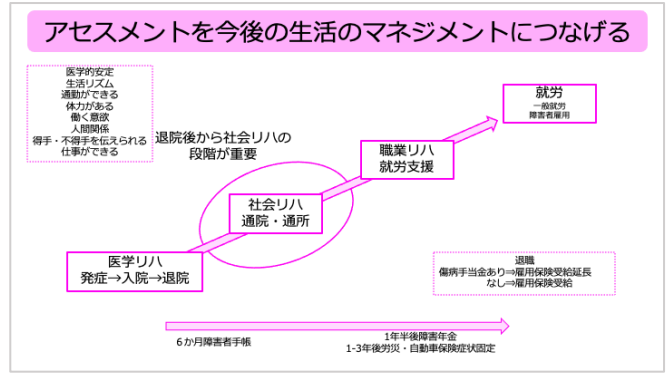
2



3



4



5

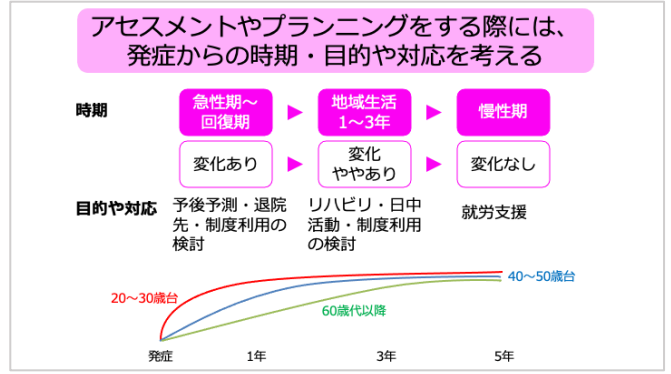
**診断名・受傷発症状況**

事故や病気により脳を損傷することで認知機能に課題が生じ、高次脳機能障害となるが、診断名によって予後や症状が異なることがあるので、確認する。また、事故の場合は、事故の状況や過失割合、労災の有無を確認しておく。

診断名	原因	特徴
脳卒中	脳出血, 脳梗塞	気づきは早い・局所損傷
	くも膜下出血	発動性低下・意識低下・記憶障害 (椎骨動脈・脳底動脈・中大脳動脈・前交通動脈(A-COM))
脳外傷	交通事故, 転落による脳挫傷 びまん性軸索損傷	脱抑制・意識低下・知的機能低下
低酸素脳症	水の事故など	記憶障害・発動性低下
脳炎		びまん性(広範囲)の損傷
脳腫瘍		局所損傷: 良性・悪性・放射線の影響

共通課題: 易疲労、注意障害、情報処理能力低下

6



7

## 医療面のアセスメント

- 「既往歴や合併症」「通院・服薬管理」「健康状態と管理」を確認する。
- 脳血管障害では、高血圧の既往がある場合は降圧剤、脳梗塞では抗凝固剤を処方されていることがある。
- 脳外傷やくも膜下出血の後遺症では抗てんかん薬を処方されている場合がある。高次脳機能障害による認知障害に伴い生活習慣が乱れることで、生活習慣病のリスクが高まることが懸念される。
- 通院方法については、本人単独で通院できるか、家族等の送迎や付き添いが必要か・可能か、福祉サービスの導入が必要か、を確認する。

★ 既往歴や合併症・薬の管理・通院支援方法を考えよう。

8

## 住居のアセスメント

- 身体障害がある場合は段差等の住環境や家屋状況を確認する。必要に応じて住宅改修・手すり設置等の検討を行う（費用確認もおこなう）。
- 自宅周辺の生活環境について、公共交通機関利用や生活用品購入の状況を確認する。送迎の必要性、周囲の店舗で金銭を払い忘れるといったトラブルや迷子の可能性を確認し、生活支援や安全確保等を考える。
- 持ち家が賃貸か、住宅ローンの有無や家賃の金額について確認することは、将来設計や本人・家族の経済的負担を理解するうえで必要である。生活保護を受給する際の判断材料（家賃は住宅扶助の範疇にあるか）にもなる。

★ 住環境整備・生活環境（移動・買い物）・自宅の所有（持ち家・住宅ローン・賃貸・家賃）について確認しよう。

9

## 生活のアセスメント

主にADLやIADLを中心に聞き取りを行うこととなるが、障害者手帳取得や障害年金申請時の診断書作成にも役立つので、家族が手助けしている場合でも**単身生活を仮定して**、以下を確認する。

<b>食事</b>	必要なものを購入して、調理して、摂取して、後片付けまでできるか
<b>清潔保持</b>	身なりは整っているか、TPOに合わせた服装を準備できるか、洗濯や掃除・片付けはできるか
<b>金銭管理</b>	例えば月10万円の生活費で生活する場合、家賃・食費・光熱費等を適切に配分して使うことが可能か
<b>通院と服薬管理</b>	医師に自分の状態を適切に伝え、医師の指示を理解できるか。服薬管理ができるか
<b>意思疎通</b>	相手の話を適切に理解して、自分の考えを伝えられるか
<b>危機回避・社会生活</b>	安全な社会生活、社会的な手続きを行うことができるか

★ 受障前の性格や生活の様子、アルコール等の嗜好品を嗜んでいたかについて確認することで、受障前後との変化や、回復する過程で顕在化しそうな課題を想定することもできる。

10

## 生活史

- 職歴や育成歴だけではなく、出身地、学歴を聞き取ることで、当事者理解につながる。神経心理学検査の結果で大きな支障がない場合でも、元々知的水準が高い方が平均水準に認知機能が低下すると、本人は生活上大きな困難や違和感を抱くこともある。
- ただ単に経過を聞き取るのではなく、どのような人生を歩んできて、将来にどのような展望を持ち合わせていたのかを知ることで、ライフストーリーを共有できる場合がある。

11

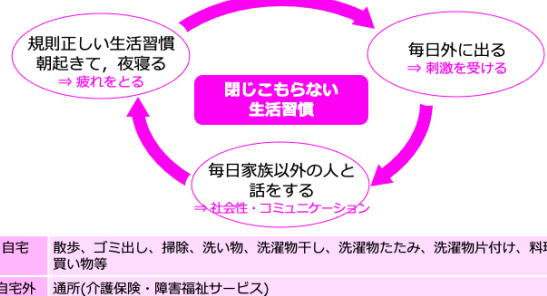
## 制度活用

<b>傷病手当金</b>	就労できない状態が継続した場合に、健康保険組合より支給される（概ね1年半、標準報酬月額2/3）※国民健康保険にはない
<b>障害者手帳（発症から半年後）</b>	精神障害者保健福祉手帳の対象となる
<b>自立支援医療</b>	精神科医療の通院医療費が1割負担となる
<b>重度障害者医療費助成制度（概ね身障手帳1・2級、精神手帳1級、療育手帳重度）</b>	医療費の自己負担分が助成される ※市町村事業なので自治体で対象が若干異なる。概ね65歳未満での手帳取得が必要
<b>障害年金（発症から1年半後）</b>	高次脳機能障害については「精神の障害」で申請 ※肢体不自由がある場合は、別途申請する
<b>自動車保険・労災</b>	自動車保険や労災等では概ね1〜3年で症状固定の手続きが必要となる
<b>雇用保険</b>	就労困難者：障害者手帳を取得している者（通常よりも長期間にわたって失業給付が受給できる：45歳未満は300日、45歳以上65歳未満は360日） ※特定理由離職者：倒産・解雇の他、疾病や心身の障害等により離職した者（7日間の待機期間後、1〜3か月の給付制限がなく受給できる）

紙に書くなど、わかりやすい情報提供を行う

12

## 生活リズム



13

## 働くために（職業準備性）

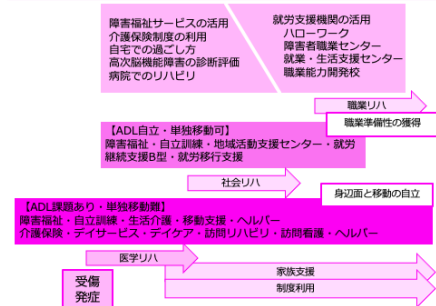
- 医学的に安定している
- 生活リズムが安定している
- 通勤することができる
- 仕事をする体力がある
- 仕事をする意欲がある（本人の希望と家族の思いが異なることがある）
- 人間関係を円滑に保てる
- 自分のできることと苦手なことがわかる
- 仕事ができる

「仕事ができるか」よりも前段階の準備の方が大切

★ 休職中の場合は、休職期間と所得補償を確認する。

14

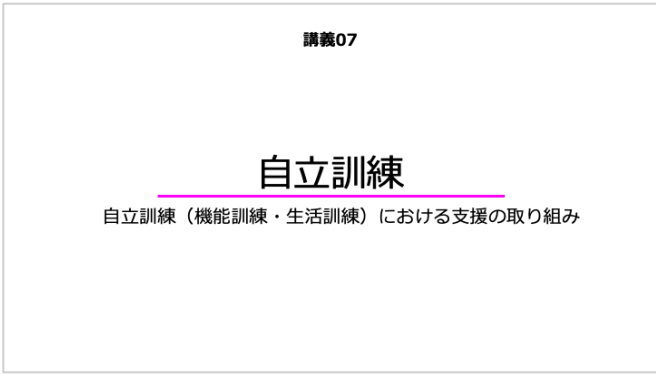
## 高次脳機能障害のプランニング



15



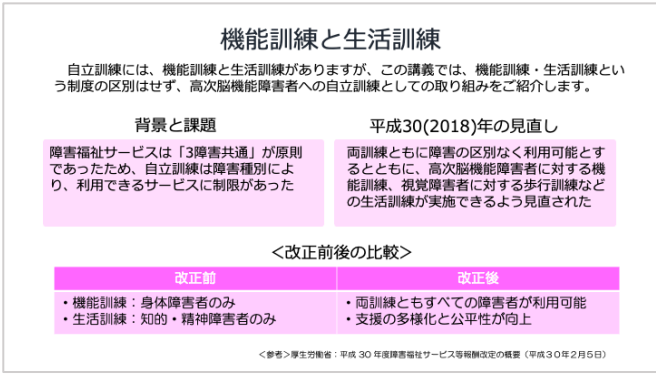
16



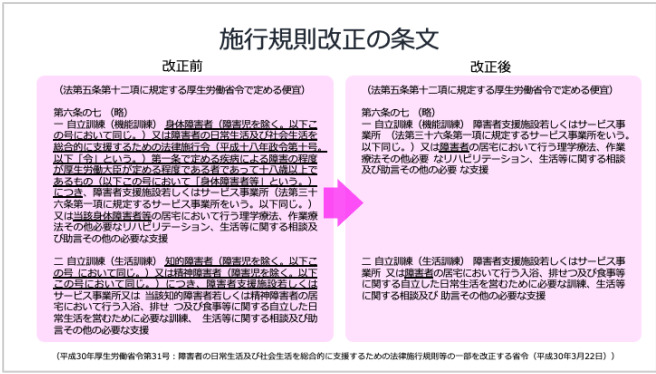
1



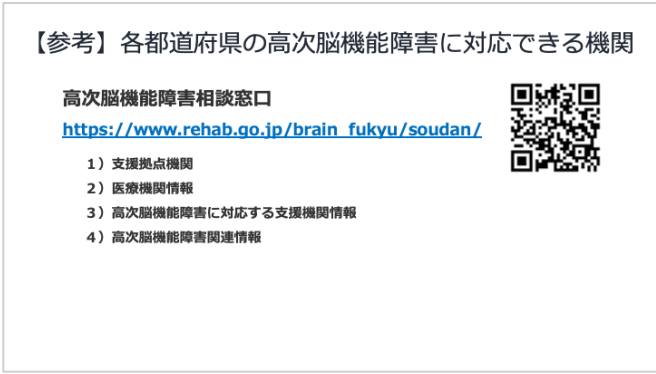
2



3



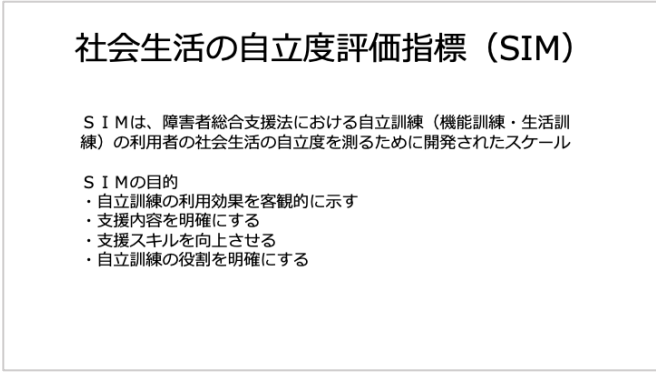
4



5



6



7

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の変更点

## 地域における自立した生活を送るための機能訓練・生活訓練の充実等

3. 社会生活の自立評価指標(SIM)の活用と機能訓練(機能訓練、生活訓練)への対応が求められる

- 標準化された実施プログラムの実施と社会生活の自立評価指標(SIM)に基づく報酬支払い、これらの両方を満たしている事業所を評価する。
- 機能訓練「一歩踏み出し」(PT/OT/ST/心療)、「生活訓練」(日中活動)、「地域での余暇活動」(日中活動)に実施して評価を実施した施設(実施済)、「実施中」、「実施予定」の3段階で評価を行う。

4. 基本報酬の算出し(生活訓練)

- 障害者に対する生活訓練(生活訓練)を実施する事業所は、基本報酬を算出する。
- 生活訓練サービス(日) (例: 利用者からの申し込み) [評価: 2776円/日] (例: 生活訓練) [評価: 2776円/日]
- 生活訓練サービス(夜) (例: 利用者からの申し込み) [評価: 2776円/日] (例: 生活訓練) [評価: 2776円/日]

5. ピアサポートの専門性の評価 (機能訓練、生活訓練)

- 利用者や自立に向けた支援の場や、地域生活を結ぶ場としての役割を担う観点から、ピアサポートの専門性を評価する。
- ピアサポート実施回数 1回あたり 100円

6. 生活訓練の充実 (生活訓練)

- 生活訓練の実施に必要となる費用は、生活訓練費として算出される。
- 生活訓練サービス(日) (例: 利用者からの申し込み) [評価: 2776円/日] (例: 生活訓練) [評価: 2776円/日]
- 生活訓練サービス(夜) (例: 利用者からの申し込み) [評価: 2776円/日] (例: 生活訓練) [評価: 2776円/日]

7. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

8. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

9. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

10. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

11. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

12. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

13. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

14. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

15. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

16. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

17. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

18. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

19. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

20. 自立支援加算の評価 (自立支援加算)

- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。
- 自立支援加算の評価は、自立支援加算の評価に基づいて算出される。

(厚生労働省: 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容, 2024)

8

# 自立訓練事業所のためのSIMによる評価マニュアル



I 評価項目について  
FIM、ロートンIADL尺度、RAS、WHO/QOL、WHODAS、LSA、実用的歩行能力分類の各項目内容、「社会生活プログラム・マニュアル」に自ら生きていくために(全障害対象版 中央法規)で設定された項目と比較検討し、「社会生活を維持するための活動」項目として、「健康管理」「金銭管理」「身の回りの管理」「買い物」「家事活動」「調理」「生活のセルフマネジメント」の7項目、「社会の一員として積極的に参加するための活動」項目として、「公共交通機関を利用するための外出」「自動車運転」「人間関係」「仕事/学校」「地域での余暇活動」「日中活動」の6項目、「共通項目」として「制度・サービス利用」の1項目を設定した。なお、ICFが示すように、身体機能や障害の理解、精神面の変化が活動や参加に反映されることから評価対象から省いた。

II 採点基準について  
採点の対象と方法 自立訓練の限られた環境においては、項目ごとのものが広範的に測ることは不可能であるため、測定可能性の低いものは評価の対象としては扱わず限定的にしている。また、自立訓練利用中の社会生活の自立度の変化を測ることが目的であるため、採点に当たっては、必要に応じてプログラムや生活の中で状況を把握できる場面を設定する等し、十分なアセスメントに基づき採点する(状況を把握できる場がない場合は、新規に場面を作成するか代替手段を検討し、なるべく予想や予測では採点しないようにする。ただし、7点を採点する場合については、アセスメント結果にて予想を立てて評価する)。

<参考> 厚生労働省: 自立訓練事業所のためのSIMによる評価マニュアル

9

## SIM評価表: 評価項目

項目	採点	実測値	満点
1. 健康管理	必須		
2. 金銭管理	必須		
3. 身の回りの管理	必須		
4. 買い物 (買い物先までの移動を除く)	必須		
5. 家事活動 (洗濯のみ)	選択		
6. 調理	選択		
7. 生活のセルフマネジメント	必須		
8. (1) 公共交通機関を利用するための外出	1つを		
(2) 自動車運転	選択		
9. 人間関係	必須		
10. 仕事/学校	選択		
11. 地域での余暇活動	必須		
12. 日中活動	必須		
13. 制度・サービス利用	必須		
合計 (10~1)			

※採点方法は別冊参照  
※採点スライドの基準を7点と7点満点を採点  
(厚生労働省: 自立訓練事業所のためのSIMによる評価マニュアル Social Independence Measure 社会生活の自立度評価指標, 2022)

10

## SIMの採点基準

採点基準 (以下は目安である。具体的には各項目の採点基準を参照)

自立	採点	7点	安定性や対応力が高い自立レベル
自立	継続自立	7点	安定性や対応力が高い自立レベル
	自立	6点	現段階で自立している場合 (道具や道具に担当等に問い合わせる等、適宜ある人的資源の活用を含む)
部分的支援が必要	見守り	5点	見守り、時々への視し・助言が必要な状態
	見守り	5点	見守りが必要な状態
	見守り	5点	見守りが必要な状態
全面的な支援が必要	最小支援	4点	少しの支援を必要とする状態 (75%以上自分で行う)
	中等度支援	3点	部分的に支援を必要とする状態 (50%以上75%未満自分で行う)
	最大支援	2点	多くの支援を必要とする状態 (25%以上50%未満自分で行う)
全面的な支援が必要	全面支援	1点	殆どの支援を必要とする状態 (25%未満しか自分で行えない)

(厚生労働省: 自立訓練事業所のためのSIMによる評価マニュアル Social Independence Measure 社会生活の自立度評価指標, 2022)

11

## 【例】SIM項目における評価場面一覧

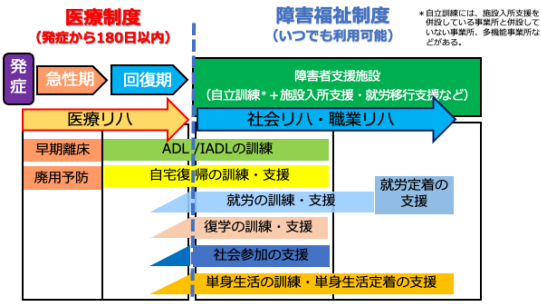
SIM項目と実施者	機能訓練	施設入所支援	ピアサポート(ケースワーカー)	看護師	セラピスト(PT/OT/ST/心療)
1. 健康管理	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
2. 金銭管理	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
3. 身の回りの管理	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
4. 買い物	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
5. 家事活動	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
6. 調理	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
7. 生活のセルフマネジメント	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
8. (1) 公共交通機関での外出	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
8. (2) 自動車運転	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
9. 人間関係	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
10. 仕事/学校	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
11. 地域での余暇活動	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
12. 日中活動	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練
13. 制度・サービス活用	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練	生活訓練

12

## 自立訓練の紹介

13

## 自立訓練の位置づけ



14

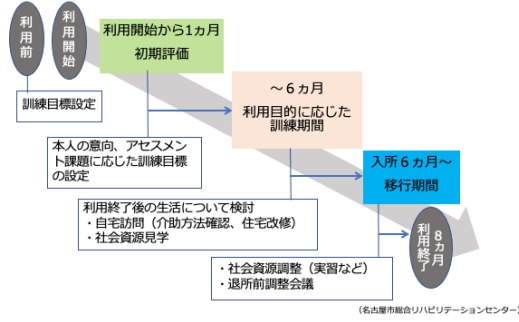
## 自立訓練における訓練・支援の概要

サービス名	主な訓練・支援の内容
障害者 自立訓練 (日中)	・ 身体機能*や認知機能の向上を目指す訓練 ・ 日常生活や社会生活の自立を目指す訓練 ・ 地域での社会参加に向けた訓練
支援施設 施設入所支援 (夜間)	・ 夜間の宿泊機能の提供 ・ 食事の提供 ・ 排せつや更衣、入浴などの介助 ・ 健康管理を含む生活全般に関する支援 ・ 生活能力の把握

\* 高次脳機能障害者は身体障害を伴う方も多く、身体的なアプローチも自立訓練では行われていることが多い。

15

### 【例】自立訓練サービス利用の流れ（8カ月）



16

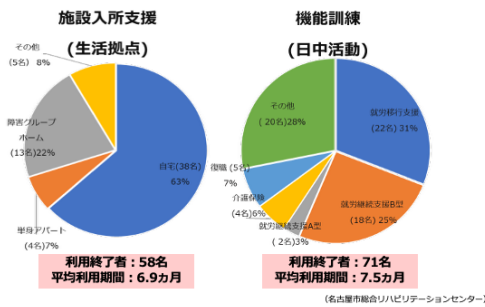
### 【例】自立訓練の主な利用者像

- 身体障害や高次脳機能障害のある方が9割以上  
→令和5(2023)年度 新規利用79名（脳血管障害61名、頭部外傷8名、神経・筋疾患1名、その他9名）
- 発症（受傷）から1年未満の方が8割以上  
→身体障害について、まだ機能回復への思いが強い方が多い  
→高次脳機能障害について、まったく認識していないか、漠然と認識している程度の方が多く
- 平均年齢48.1歳（令和5(2023)年度）  
→生活の再構築、就労を含む社会参加、役割の再獲得などが課題となる
- ADL/医療対応など  
→排泄・入浴などに一部介助が必要な方が利用している  
→常時の医療対応を必要としない方

（名古屋市総合リハビリテーションセンター）

17

### 【例】帰結状況（令和6(2024)年度）



（名古屋市総合リハビリテーションセンター）

18

### 自立訓練におけるアセスメントおよび支援目標

19

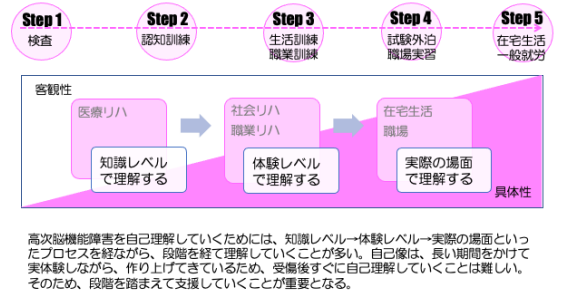
### 自立訓練におけるアセスメントの内容と方法

- 日常生活の評価
  - ・ADLおよびIADLの状況の確認
  - ・本人や家族、支援者からの聞き取りなど
- 社会生活の評価
  - ・行動やコミュニケーションに関する観察
  - ・本人や家族、支援者からの聞き取りなど
- 認知機能の評価
  - ・各種神経心理学的検査（注意・記憶・遂行機能など）
  - ・日常生活チェックシートなど
- 作業の評価
  - ・作業場面（計算・パソコン・軽作業など）の観察
  - ・職業適性検査、ワークサンプルなど
- 心理・適応の評価
  - ・行動やコミュニケーションに関する観察
  - ・本人や家族、支援者からの聞き取りなど
- 環境の評価
  - ・生活、家庭、職場環境などの聞き取り
  - ・地域の社会資源やサービスの検討など

（名古屋市：自立訓練（生活訓練）の取り組みについて、2019）

20

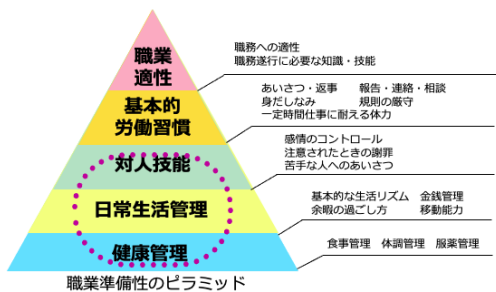
### 高次脳機能障害者の自己理解のプロセス



高次脳機能障害者を自己理解していくためには、知識レベル→体験レベル→実際の場面といったプロセスを経ながら、段階を経て理解していくことが多い。自己像は、長い期間をかけて実体験しながら、作り上げてきているため、受傷後すぐに自己理解していくことは難しい。そのため、段階を踏まえて支援していくことが重要となる。

21

### 職業準備性



（参考訳一：資料3 ショッピングガイドの実用例。現場で使える精神障害者雇用支援ハンドブック。金剛出版,2007,2198を改変）

22

### 支援目標

- 生活リズムの確立
  - 活動性を高め、規則正しい生活を送る
- スケジュール管理
  - 予定表や携帯電話などを活用して、日課に沿った行動ができる
- 生活管理能力の向上
  - 服薬管理、調理、洗濯、掃除など、日常生活に必要な活動を身につける
- 社会生活力の向上
  - 公共交通機関の利用、買い物など、社会生活に必要な技能を身につける
- 対人技能の向上
  - 社会生活や対人関係のルール、状況判断、対処法を身につける
- 作業力の向上
  - 得意なことを活かせる作業内容や環境を具体化し、作業力を身につける
- 自己認識の向上
  - 体験をとおして気づきを深め、強みを理解して苦手なことに対処できる

（名古屋市：自立訓練（生活訓練）の取り組みについて、2019）

23

### 障害への対処

代償手段 (例)		補償行動 (例)
<b>予定管理</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>スケジュール帳 (メモリーノート)</li> <li>カレンダー</li> <li>腕時計</li> <li>やることリスト</li> </ul>	<b>生活管理・社会生活</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>お薬ポケット</li> <li>お小遣い帳</li> <li>買い物リスト</li> <li>地図/目印メモ</li> <li>食事/健康管理表</li> <li>環境調整ツール (ラベル、インテックス、ケース)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>代償手段を活用する</li> <li>確認をする</li> <li>ひとつずつ作業を行う</li> <li>ルールを決めて行動する</li> <li>時間を決めて休憩を取る</li> <li>集中しやすい環境を選ぶ</li> <li>イライラしたら気分転換する</li> <li>質問や相談をする</li> <li>使う金額だけ財布に入れる</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>
<b>全般</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>アラーム</li> <li>タイマー</li> <li>メモ、付箋</li> <li>貼り紙</li> <li>カメラ</li> <li>ICレコーダー</li> <li>ホワイトボード</li> <li>ネックストラップ</li> <li>スマホ機能 (各種アプリ、音声認識、SNS)</li> </ul>	<b>作業進行</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>指示書</li> <li>手順書</li> <li>チェックリスト</li> <li>セルフチェック用ツール (定規、書見台、色ペン、見本など)</li> </ul>	

(明後町市：自立訓練 (生活訓練) の取り組みについて、2019)

24

### 段階づけ(スモールステップ)の例

<b>服薬管理</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>期間：1日→1週間→1か月</li> <li>方法：手渡し→薬ポケットにセットしてもらう→自分でセット</li> </ul>	<b>予定管理</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>期間：1日→1週間→1か月</li> <li>手段：個別メモリーノート (職員が準備→自分で準備) → 市販のスケジュール帳</li> <li>方法：持ち歩く→確認する→記入する</li> </ul>
<b>金銭管理</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>期間：1日→1週間→1か月</li> <li>手段：レシート保管→小遣い帳記入・アプリ入力</li> <li>方法：現金を手渡し→ATMで入出金</li> </ul>	<b>調理</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>方法：電子レンジ→コンロ (ゆでる→炒める→煮る)、包丁操作 (粗い→細かい)</li> <li>手順：少ない→多い、個別レシピ→検索レシピ</li> </ul>
<b>移動</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>手段：徒歩→電車・バス・タクシー→乗換</li> <li>方法：手順書や地図の活用、乗換案内検索、援助依頼の有無</li> <li>目的：近い→遠い、既知→未知</li> <li>緊急時：GPS→他者から連絡を受ける→自分で連絡できる</li> </ul>	<b>感情・欲求コントロール</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>自己理解：問題への気づき・対処の必要性への気づき・原因の理解・対処方法の理解の有無や程度</li> <li>対処：促しの有無・程度、環境調整やルールの有無・程度</li> </ul>

25

## 自立訓練プログラムの紹介

26

### 自立訓練の目的

本人自身が地域に戻ったあとの生活や社会参加を具体的にイメージでき、主体的に生きていくための力を高めること

- 身体機能や認知機能、体力など基礎的能力の底上げを図る
- 様々なプログラムを通じて障害の自己理解を深める
- 障害に対する有効な代償手段/補償行動の定着を図る
- 必要なサポートや環境整備など社会資源を活用する

27

### 【例】自立訓練の主なプログラム

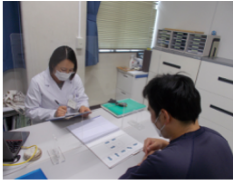
認知機能向上プログラム	コミュニケーション能力向上プログラム
体力・活動性向上プログラム	生活能力向上プログラム
A D L向上プログラム	作業能力向上プログラム
移動・外出能力向上プログラム	在宅復帰・社会参加プログラム

28


### 【例】認知機能向上プログラム

公認心理師などによる認知訓練や様々な脳トレーニング教材を用いた訓練を通じて認知機能の向上を目指す

認知訓練



脳トレーニング



(名古屋市総合リハビリテーションセンター)

29

### 【例】体力・活動性向上プログラム

創作活動、スポーツやレクリエーション (レクスポ) を通じて、楽しみながら基礎体力や活動性の向上を目指す

創作活動 (革細工)



レクスポ




(名古屋市総合リハビリテーションセンター)

30


### 【例】A D L向上プログラム

リハビリ専門職による訓練やマンツーマンでの個別訓練、施設生活の中での反復練習を通して、着替えや入浴など日常生活に必要な動作の定着を目指す

施設生活



個別訓練



(名古屋市総合リハビリテーションセンター)

31

### 【例】移動・外出能力向上プログラム

P T (理学療法士) による訓練、マンツーマンでの外出訓練などを通じて、屋内や屋外の移動、公共交通機関の利用など移動・外出能力の向上を目指す



32

### 外出訓練



#### 【目的】

- ① 外出手段の見極めおよび外出範囲の拡大
- ② 外出体験を通じた障害認識の促進
- ③ 外出体験の継続による自信の向上
- ④ 緊急時の対処法の獲得

#### 【内容】

- ・ 通所/通勤 (混雑時含む)、自宅からの外出
- ・ 屋外移動 (歩行、電動車イスなど)、バス、電車
- ・ 準備 (計画作成) → 外出 → 振り返り

33

### 外出計画書

外出計画		(名前: )		
実施日時	年 月 日	待ち合わせ	場所	時間
出発→目的地	手段	出発時刻	到着時刻	注意事項
行き	→	:	:	
	→	:	:	
帰り	→	:	:	
	→	:	:	

できる方は、下調べや計画づくりから行っていただきます

34

### 外出訓練記録 (振り返り)

外 出 訓 練 ( 月 日 ) 記 録						
目標						
達成状況						
自己評価	服装・持ち物	○・△・×	電車の乗降	○・△・×	街中の移動	○・△・×
	体力	○・△・×	バスの乗降	○・△・×	人混みの移動	○・△・×
	安全確認	○・△・×	他の交通機関	○・△・×	依頼・質問	○・△・×
	時間を守る	○・△・×	切符購入・料金支払	○・△・×	乗り換え	○・△・×
	計画を立てる	○・△・×	エスカレーター	○・△・×		○・△・×
職員評価	計画の実行	○・△・×	階段昇降	○・△・×		○・△・×
	服装・持ち物	○・△・×	電車の乗降	○・△・×	街中の移動	○・△・×
	体力	○・△・×	バスの乗降	○・△・×	人混みの移動	○・△・×
	安全確認	○・△・×	他の交通機関	○・△・×	依頼・質問	○・△・×
	時間を守る	○・△・×	切符購入・料金支払	○・△・×	乗り換え	○・△・×
	計画を立てる	○・△・×	エスカレーター	○・△・×		○・△・×
	計画の実行	○・△・×	階段昇降	○・△・×		○・△・×
(コメント)						

できたことやできなかったことを職員と一緒に振り返ります

35

### 【例】外出時のツール

#### ルート表

ABCセンターまでの外出ルート	
自宅を出て右へ行く	
↓	
〇〇を左へ行く	
↓	
AA駅1番出入口に入る	
↓	
BB駅で下車	
↓	
BB駅3番出入口から出る	
↓	
市バス〇〇系統に乗る	
↓	
バス停★★で下車	
↓	
ABCセンター到着	

#### トラブル対処カード

名前:	
住所:	
連絡先:	
【道に迷った】	
① 近くの店で聞く (メモしてもらう)	
② 家族に電話して聞く	
【駅の中で迷った】	
○ 駅員のいる所まで誰かに案内してもらう	
【お店で迷った】	
① 店員に聞く	
② 近くにいないければレジを探す	
【地下鉄やバスで乗り過ごした】	
○ 地下鉄→次の駅で降りて駅員に相談する	
○ バス→とまった時に運転手に相談する	
【道でアンケートなどを依頼された】	
○ きっぱり断る、黙って立ち去る	

有効なツールを確認し、繰り返し練習します

36

### 【例】コミュニケーション能力向上プログラム

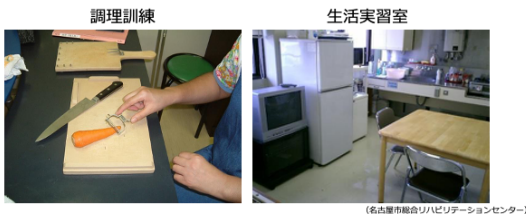
S T (言語聴覚士) による個別訓練、集団場面での訓練、外出先での訓練などを通じて、社会生活に必要なコミュニケーション能力の向上を目指す



37

### 【例】生活能力向上プログラム

家事や健康管理など生活に関する能力の向上を目指す  
必要に応じて、生活実習室 (バス・トイレ付) などを活用して単身生活のシミュレーションを行う



38

### 【例】作業能力向上プログラム

O T (作業療法士) による訓練、様々な作業課題 (パソコン入力作業、組立作業、仕分け作業など) を用いた訓練を通じて、作業能力の向上を目指す



39

## 作業活動

### 【目的】

- ① 体力および集中力の向上
- ② 作業における指示の理解力や正確性・速度の向上
- ③ 作業場面での報連相や問題解決方法の定着
- ④ 自己の作業の進捗管理能力の向上
- ⑤ 障害認識の促進および代償手段/補償行動の獲得



### 【内容】

- ① 組立作業（ビス、ボールペン、ドライバーなど）
- ② 仕分け作業（封筒、玉カップなど）
- ③ パソコン入力作業（文章入力、データ入力、数値入力など）
- ④ 事務作業（納品書、在庫管理、書籍リスト、伝票など）
- ⑤ その他作業（シール貼り、雑巾たたみ、箸入れなど）

40

## 手順書の活用

作業名	○ボールペン組立
準備物	□ボールペン部品 □箱 □タイマー □補助員 □記録用紙（1枚） □筆記用具
手順	①記録用紙に日付を記入 ②タイマーをセットする ③本体にペン先をつける ④本体に芯を入れる ⑤後キャップをつける ⑥キャップをつける ⑦ボールペンを箱に入れる ⑧③～⑥を繰り返し返す ⑨タイマーが鳴ったら終了する ⑩本数を確認 ⑪終了の報告
備考	・ボールペンの向きを統一して箱に結める ・箱の他に、袋やケースに入れるのもよい



正確な作業遂行に有効なツールの確認も行います

(名古屋市総合リハビリテーションセンター)

41

## 【例】在宅復帰・社会参加プログラム

居宅訪問（訪問訓練）や職場訪問、社会資源の見学・体験、住宅環境の整備など、自宅に戻った後の生活や活動に向けて準備を進める

居宅訪問



社会資源見学・体験



(名古屋市総合リハビリテーションセンター)

42

## まとめ

43

## 支援の考え方



(例) 名古屋市：自立訓練（生活訓練）の取り組みについて、2019  
<参考> 阿部；2017，三村；2009，Schlberg；2001，澤壽；2013

44

## 支援のポイント

1. 安心できる環境・居場所づくり
  - 物理的環境と人的環境（信頼関係）
  - 好きなことや得意なことを活かす場、役割を持ち認められる経験
2. 課題への気づきから障害の自己理解へ
  - 行動の振り返りとフィードバック
  - 行動の原因と結果の具体化
  - 納得に基づく対処方法やルールの理解
  - 成功体験と失敗体験をチャンスに
3. 障害とニーズから生活全体を捉える
  - 本人主体のオーダーメイド
  - 解決志向型の合理的な試行錯誤
4. 継続的な地域支援体制づくり
  - 支援者間の情報共有と対応の統一
  - 家族に対する心理教育的支援
  - 医療機関との連携
  - 支援体制のメンテナンス、リフォーム
  - 見守る支援、見放さない支援

45

## 講義08

# 復職・就労移行支援

障害福祉施策及び障害者雇用施策における取り組み

1

46

## 高次脳機能障害の就労支援を取り巻く状況

**高次脳機能障害に関する研究と施策（～令和5年度）**

- 高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究（科研）
- 障害福祉サービス等における高次脳機能障害者の支援困難度の評価指標についての研究（科研）
- ⇒令和6年度報酬改定：高次脳機能障害を有する者への支援に対する評価
- 自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究事業（推進事業）
- ⇒令和6年度報酬改定：社会生活の自立度評価指標（SIM）の活用と報酬上の評価について

**高次脳機能障害に関する研究と施策（令和6年度～）**

- 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究（科研）
- 高次脳機能障害の診療に係る実態把握と課題の検討のための研究（科研）

**就労支援に関わる施策（福祉施策）**

- 就労選択支援の創設（アセスメントの充実）
- 一般就労中の就労系福祉サービスの一時利用の整備

**障害者雇用に関わる施策**

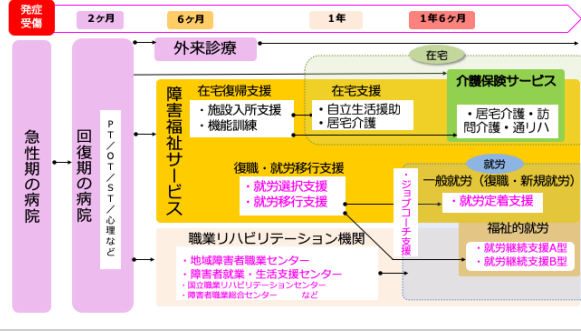
- 障害者雇用率を令和6年度から2.5%、令和8年度から2.7%に段階的引き上げ
- 除外率業種一律10%引き下げ等
- 特定短時間労働者（10時間以上20時間未満）の雇用率算定
- 障害者雇用相談援助助成金の創設（中小企業に対する強化）
- 職場適応援助者助成金額の引き上げ

2

## 復職・新規就労の流れと関係機関の役割

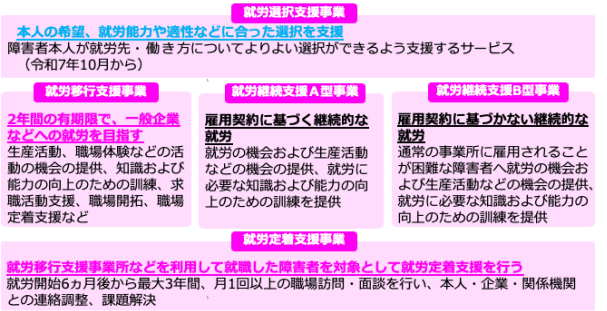
3

## 発症・受傷から復職・新規就労までの流れ



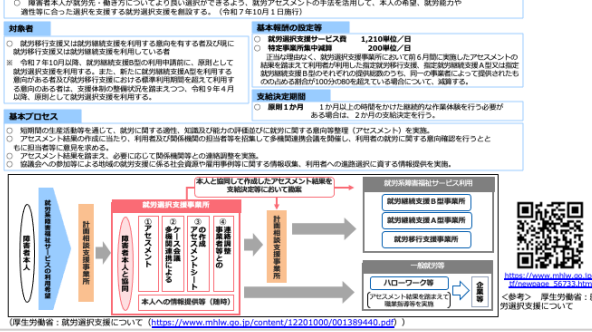
4

## 障害者総合支援法に基づく就労系サービス



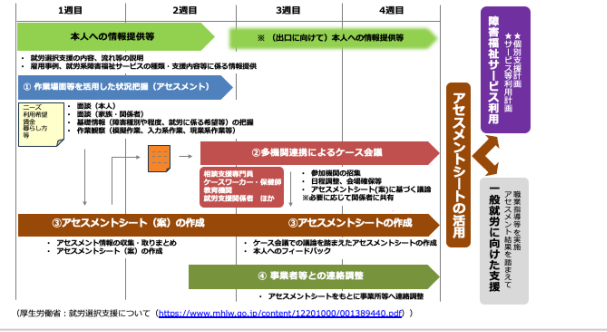
5

## 令和7(2025)年10月施行の就労選択支援



6

## 就労選択支援サービスの流れ（標準1カ月イメージ）



7

## 休職期間中における障害福祉サービスの利用 ①

※厚生労働省：令和6年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ&A VOL.1（令和6年3月29日）問52～54

**（休職期間中における就労系障害福祉サービスの利用）**  
問52 一般就労している障害者が休職した場合、休職期間中において就労系障害福祉サービスを利用することができるか。

- (答)
- 障害福祉サービスの支給決定プロセスにおいて、**障害者手帳等により、申請者が支給決定の対象である障害者であることを確認**することとなっている。その上で、一般就労している障害者が休職した場合の就労系障害福祉サービスの利用については、以下の要件をいずれも満たす場合には、就労系障害福祉サービスの支給決定を行って差し支えない。
- 当該休職者を雇用する企業、地域における就労支援機関や医療機関等による**復職支援の実施が見込めない場合**、又は困難である場合
  - 休職中の障害者本人が復職を希望し、**企業及び休職に係る診断をした主治医が、就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断している場合**
  - 休職中の障害者にとって、**就労系障害福祉サービスを実施することにより、より効果的かつ確実に復職につなげることが可能であると市区町村が判断した場合**

8

## 休職期間中における障害福祉サービスの利用 ②

なお、上記①及び②の要件に該当するかについては、下記ア～ウが作成する以下の書類の提出により、確認を行うこと。

- ア 雇用先企業**
- 当該企業による復職支援の実施が困難であり、休職中の障害者が就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断していることを示す書類
- イ 休職に係る診断をした主治医**
- 当該主治医の属する医療機関による復職支援の実施が困難であり、休職中の障害者が就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断していることを示す書類
- ウ 相談支援事業所（申請者）**
- 地域における就労支援機関である障害者職業センター等による復職支援の利用が困難であること、及び地域における医療機関による復職支援が見込めないことを示す書類

9

### 休職期間中における障害福祉サービスの利用 ③

#### (休職期間中における就労系障害福祉サービスの利用)

問53 一般就労している障害者が休職した場合の休職期間中における就労系障害福祉サービスの利用は、従来から運用されていたが、令和6年4月施行の法改正により何が変わったのか。

(答)  
一般就労している障害者が休職した場合の休職期間中における復職支援としての就労系障害福祉サービスの利用については、従来から運用されてきたものについて、法令上の位置づけを明確化したものであり、従来からの運用と大きな変更はない。ただし、従来からの運用と異なり、利用期間について、企業との定める休職期間の終了までの期間（上限2年）としている。

#### (従来休職期間中の生活介護や自立訓練の利用)

問54 従来より、一般就労している障害者が休職し、就労系障害福祉サービスと同様の条件を満たす場合には、休職期間中の生活介護や自立訓練の利用が認められていたが、この取扱いはどうなるのか。

(答)  
一般就労している障害者が休職し、復職支援として生活介護や自立訓練を利用する場合についても、問52の①～③と同様の要件を確認できた場合のみ、支給決定を行っても差し支えないこととする。その際、問52ア～ウが作成する同様の書類により、要件を満たしているか、確認すること。

(厚生労働省：令和6年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ&A VOL.1（令和6年3月29日））

10

### 障害者雇用施策に基づくサービス

#### ハローワーク

1. 職業紹介  
1) 障害者専門の職業相談窓口を設置  
2) 求職者を登録させ、求職活動支援→職場定着指導  
3) 職業センター、就業・生活支援センターなど就労支援機関との連携  
4) 能力開発相談・指導（職業訓練の受講相談、あっせんなど）  
5) 求人届出（雇用指導官との連携による求人確保）  
6) 委託訓練、トライアル雇用を活用した就職支援
2. 企業指導  
1) 雇用率達成指導の厳正な実施（雇用指導官）  
→個別企業に対して担当制による具体的・提案型指導を実施  
2) 企業への支援  
①各機関の支援サービス、障害者情報の提供  
②各種支援制度の周知（委託訓練、トライアル雇用、助成金など）
- ③就職面接会・ミニ面接会（管理選考）の開催

#### 地域障害者職業センター

各都府県に1カ所（そのほか支所5カ所）あり、専門的支援を行う  
1. 職業評価・職業準備支援  
2. 職場適応援助者（ジョブコーチ）支援  
3. リワーク支援 など

#### 障害者就業・生活支援センター、就労支援センター

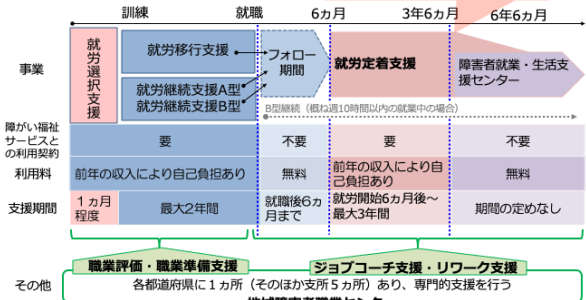
就職を希望する障害者、あるいは在職中の障害者が抱える課題に応じて、雇用および福祉の関係機関との連携のもと、就業支援担当者や生活支援担当者が協力して、就業面および生活面の一体的な支援を実施。

#### 障害者能力開発校

障害者が就職に必要な技術・知識を習得して職業的に自立し、生活の安定と地位向上を図ることを目的として国が設置。

11

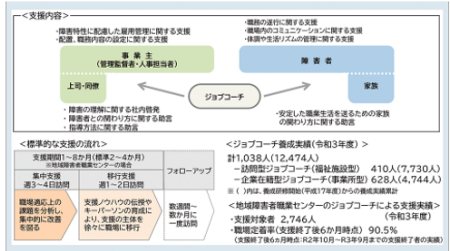
### 就労支援の流れと各事業の位置づけ



12

### 職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援

- 障害者の職場適応を容易にするため、職場にジョブコーチを派遣し、
- 障害者に対する業務遂行力やコミュニケーション能力の向上支援
- 事業主や同僚などに対する職務や職場環境の改善の助言を実施

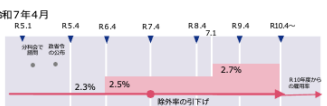


13

### 令和5年度からの障害者雇用率の設定等について

- 障害者雇用促進法（43条2項）に基づき、労働者（失業者を含む）に対する対象障害者である労働者（失業者を含む）の割合を基準とし、少なくとも5年毎に、その割合の推移を勘案して設定することとされている。
- 現在の雇用率は、平成10年4月からの雇用率として設定されており、令和5年度からの雇用率を設定する。
- 障害者の雇用の促進等に関する法律（第35条法律第12号）  
第43条 第2項  
第54条 第3項（ただし、同項に規定する労働者のうち障害者である労働者の割合が、第50条第3項において同じ。）  
第55条 第3項（ただし、同項に規定する労働者のうち障害者である労働者の割合が、第50条第3項において同じ。）  
第56条 第3項（ただし、同項に規定する労働者のうち障害者である労働者の割合が、第50条第3項において同じ。）

1. 新たな雇用率の設定について  
令和5年度からの障害者雇用率を2.7%  
ただし、計画的な雇入れができれば、令和6年4月から2.5%、令和8年7月から2.7%と段階的に引き上げ。  
国及び地方公共団体等：3.0%（教育委員会は2.9%）、段階的に引き上げに係る対応は民間事業主と同様。
2. 除外率の引き下げについて  
除外率を10ポイント引き下げの時期：令和7年4月



(厚生労働省：最新の障害者雇用対策について、（令和7年3月））

14

### 短時間労働者（週所定労働時間10時間以上20時間未満）に対する実雇用率算定等（令和6年4月施行）

- 算定対象者  
障害者雇用促進法においては、障害者が職業的自立を促進するという法の趣旨から、事業主が雇い入れられているのは、週所定労働時間が20時間以上の労働者となっている。
- 他方で、障害特性で長時間の勤務が難しいこと等により、週所定労働時間20時間未満の雇用を希望する者は、いずれの障害程度でも一定数存在し、特に精神障害者が多い。こうしたニーズを踏まえ、週20時間未満の労働時間であれば働くことが可能な雇用機会を拡大を図ることが必要。

- 算定内容  
週所定労働時間が20時間以上20時間未満と規定し、週所定労働時間20時間未満の雇用を希望する者は、いずれの障害程度でも一定数存在し、特に精神障害者が多い。こうしたニーズを踏まえ、週20時間未満の労働時間であれば働くことが可能な雇用機会を拡大を図ることが必要。

＜新たな対象となる障害者の範囲＞  
週所定労働時間が20時間以上20時間未満と規定し、週所定労働時間20時間未満の雇用を希望する者は、いずれの障害程度でも一定数存在し、特に精神障害者が多い。こうしたニーズを踏まえ、週20時間未満の労働時間であれば働くことが可能な雇用機会を拡大を図ることが必要。

雇用率算定における算定方法（要件が満たない場合）	20H以上30H未満	10H以上20H未満
身体障害者	1	0.5
知的障害者	2	1
3次障害者	1	0.5
「過度」	2	1
精神障害者	1	0.5
知的障害者	1	0.5

※ 精神障害者である短時間労働者は、雇入れの日から期間等にかかわらず、当然の1人をもって1人とする。

(厚生労働省：最新の障害者雇用対策について、（令和7年3月））

15

### 新設助成金の設定及び既存助成金の拡充について

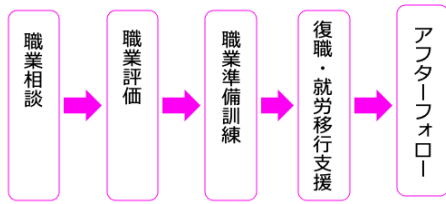
助成金等	支援内容・拡充内容
障害者雇用相対助成金（仮称）	障害者の新たな雇入れや雇用の継続が図られるよう、中小企業等に対して必要な一連の雇用管理に関する相対助成の事業を行う者への助成を実施。 【中小・除外率設定事業主に上乗せ】
中高年齢障害者の職場適応型（障害者介助等助成金、職場適応型相対助成金、障害者作業施設等助成金）	加齢により職場への適応が困難となった障害者の雇用継続が図られるよう、事業主が行う①職務の転換のための能力開発、②業務の遂行に必要な者の配属又は変更、③業務の遂行に必要な施設の設置等への助成を実施。 【中小・多数雇用事業主に上乗せ】
障害者介助等助成金	事業主が行う①障害者の雇用管理のために必要な専門職の配置や変更、②障害者の職業能力の開発及び向上のために必要な業務を専門に担当する者の配置又は変更、③障害者の介助の業務等を行う者の職業能力の開発及び向上への助成を実施。
職場適応型助成金	ジョブコーチ助成金について、助成単価や一日当たりの支給上限、事業主の利用回数等の改善を行う。
全助成金共通	①助成対象者に、重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である特定短時間労働者（週所定労働時間が10時間以上20時間未満の労働者）を加える。
障害者作業施設設置等助成金	②雇入れ時だけでなく、雇用されてから一定期間を超えた場合であっても、職務内容の変更（労働条件の変更を伴うもの）等があった場合には、認定申請できる（要件を満たせば支給される）ことを明確にする。 ③企業からのアラインングで、個別に要望のあった事項（支給期間の延長など）を改善する。
	企業からのヒアリングで、個別に要望のあった事項（個々の機器、設備等に十分な助成額を支給して欲しい）を改善する。

(厚生労働省：最新の障害者雇用対策について、（令和7年3月））

16

### 就労移行支援における取り組み

## 就労支援のプロセス



1人ひとりの方のニーズ、状況を確認しながら、『個別支援計画』を作成してサービスを提供

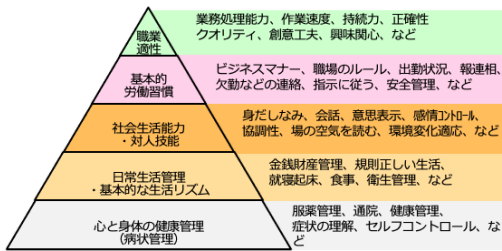
18

## 職業相談

- 情報の収集 (本人・家族・支援者からの聞き取り)
  - 基本情報 (障害の種類・程度、障害の状況、医療関係の情報、家族関係、職歴・学歴、所得保障: 傷病手当金、労災: 休業補償、保険、障害年金など)
  - 「過去」「今」「未来」の好きなこと、得意なこと、できること、苦しいこと、希望の確認
    - ※特に「本人」と「周囲」の現状に対する理解の違いを明確化する
  - 職業準備性の視点で本人の状況を整理
  - 復職・新規就労までの経済的な見通しを整理
- ニーズアセスメント
  - まずは本人の希望を聞く ⇒ すべてはここからスタート
  - しかし、本人の話聞くのは簡単ではない
    - ※無理な希望を言っているように思える ⇒ 自分の状況を理解している人は少ないことを理解する必要がある
  - 情報を整理し、「本人と周囲 (家族・支援者) とのギャップ」や「隠れた思い」を明確化する ⇒ ニーズが明らかとなる

19

## 職業準備性の視点



その人の生活面から仕事面まで、全体をアセスメントする

(標準版) 資料3ジョブガイダンスの実例例、現場で使える精神障害者雇用支援ハンドブック、金剛出版、2007年11月18日改定)

20

## 職業評価

### 検査バッテリーによる評価

検査による客観的な評価で能力または興味の傾向を理解する

<b>一般職業適性検査 (GATB)</b> (一般社団法人 雇用問題研究会) 	<b>幕張版ワークサンプル (MWS)</b> (独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構) 	<b>職業レディネステスト</b> (一般社団法人 雇用問題研究会) 
--	---	---

### 訓練場面での評価

訓練を通じて課題・問題点を理解する

評価結果を参考に訓練目標を設定

21

## 職業準備訓練：模擬的な職場環境での訓練の目的

下記の2つの目的で仕事のシミュレーション訓練を実施する

### ① 今の自分の状況を正しく知る

- 職業への興味や自分の強みを知る
- 働くうえで課題、問題点を知る

### ② 仕事にそなえる

- 苦手や困難なことへの対策 (補償行動) を身につける
- 自分に対して、他者に配慮してほしいことを整理する

22

## 職業準備訓練の内容

【ポイント】重要なことは、何のための訓練なのか、動機づけを行い、関係者で共有することです。

	事務系	作業系
<b>模擬職場</b>	文書作成 (Word)、データ入力・表作成・グラフ作成 (Excel)、情報検索、名刺作成、スキャニング (書類のPDF化)、タックシール作成、出席予定表作成、勤怠管理、コピー、ファイリングなど	各種組立、分解作業、鋼材測定、仕分作業、ピッキング、運搬、印刷、製本、発送作業など
<b>研修</b>	※単独の作業課題・グループ作業、状況に応じた訓練を行う ※企業の協力を経て、復職・新規就労先の業務を想定した内容を行う場合もある ・職員による講義とグループワーク (高次脳機能障害、障害者雇用など) ・外部講師による講義 (履歴書作成、面接対策講座など)	

23

## 訓練日報・チェック表・進捗管理表

【準備から片付けまでの時間】 3: 平均時間 2: 平均の2倍、5-2倍時間 1: 平均の2倍以上	【情報】 (3, 2, 1または逆順) 3: ミス率1%以下、ほとんどミスなし 2: 複数回の確認/再確認が必要 1: ミス率2%以上	【自己評価】 3: 手帳がなければ、2回目からはミスなく忘れず一人でできる 2: 複数の人の確認/再確認が必要 1: 何度もミスを繰り返す、確認漏れがある、持ちこたえて教えてもらう
作業日	作業内容	常に自己評価と他者評価を擦り合わせることで、自分を知る
指示内容・注意事項・手順		
結果 (○、×)	自分	他者
作業前記録と報告	速度	3~1
指示の記録と復唱確認	精度	3~1
手順書どおり指示通りにできた	自立度	3~1
指示や話を最後まで聞く	集中できた	
報告相ができた		
ミス内容の記録と報告		
言い訳・口答えはない		
指示者からのコメント	【ポイント】 その場で書くこと以外にも、「訓練で関わっている他人に聞いてみる、報告する」などを繰り返すことで自己認識の促進を強化することになる	
進捗状況 (入力途中、照合中、提出中、完了など)		次回の予定

24

## 補償行動の例

【ポイント】自己理解と補償行動の定着には時間がかかる

障害	課題	補償行動 (対策)
記憶障害	指示を忘れる	メモを取る、確認する 明示する、見本を確認する 物や道具をまとめる、少なくする
注意障害	見間違えなどのミス 同時注意が難しい	作業場を限定してチェック 作業を小分けにして、手順化 ⇒やることを明確にする
遂行機能障害	段取りよく作業できない 適切な判断が難しい	定型化した作業 ⇒手順書の活用 早めの質問・相談 ⇒具体的な指示に基づき作業 一旦その場を離れる
社会的行動障害	感情コントロールが難しい	
片麻痺	片手で上手く作業ができない	補助具の使用

25

【工夫①】メモ取り



26

【工夫②】手順書



27

【工夫③】表示プレート・見本を活用

表示プレート



作業に必要なカードのみ使用

注意の範囲が限定され、判断に迷わない

【ポイント】  
表示プレートや見本は、本人が見える位置に置く（他の物で隠れないようにする）

見本



指示カードと実物を一緒にすることで仕事をスムーズに

28

【工夫④】道具・物の管理

1カ所にまとめて保管



ポイントは「いつも同じ場所」

どこに置いたかわからなくなる場合は、専用ボックスを用意し、**いつも同じ場所に**保管する。

置き場所を決める



（名古屋市総合リハビリテーションセンター脳麻痺リハビリテーション研究会；いっしょにがんばろう！～脳外傷とどうつきあうか～家庭と職場のためのQ&A、1995）

処理済みかどうかかわからなくなる場合は、**常に置き場を決めて**、その場ですぐ保管する。

29

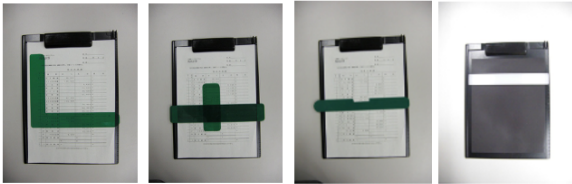
【工夫⑤】補助ツールを使う

直角定規

スライド定規

範囲限定定規

マグネット定規



注意する範囲を限定し、ミスを減らす

30

復職・新規就労支援

安定就労のために、一人ひとりにあった『働き方』『仕事の内容』について一緒に考える

働き方

- ・一般雇用、障害者雇用、障害者福祉サービス（就労継続支援A型・B型）
- ・雇用形態（正規、非正規）
- ・勤務時間

仕事の内容

仕事の難易度は、工程数や注意ポイントの多さで決まる。そのため、認知機能のレベルに合わせて、業務を割りあててもらうことが重要。

「工程数の多さ」「注意ポイント・ルールの多さ」

工程

注意ポイント

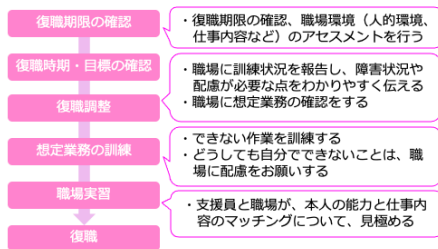
ルール

「作業回数の多さ」+「同じ仕事の続きの有無」

○/週 × ○/日 × ○/時間

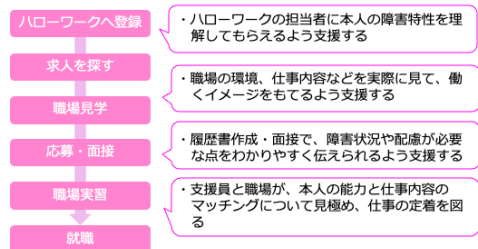
31

復職支援のプロセス



32

新規就労支援のプロセス



33

職場への支援

職場側の障害者雇用への不安

採用時に適性を把握できない。  
障害についてよくわからない。  
適当な仕事がない。

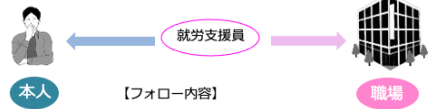
支援のポイント

- ★障害状況を具体的に説明
- ★障害によって難しいこと・対策・必要な配慮について説明
- ★業務の切り出し、組立の提案
- ★障害者雇用に関する制度や助成金の紹介・助言

34

アフターフォロー

安定して働き続けることができるように、  
復職、新規就労後もアフターフォローを行う



【フォロー内容】

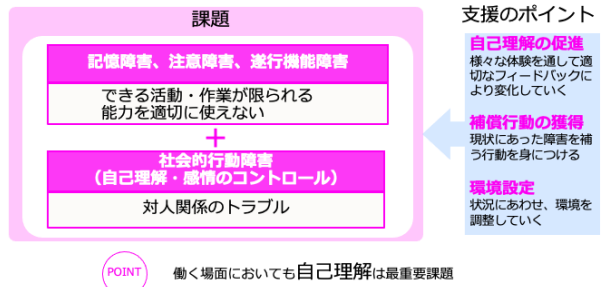
- ★電話相談・状況確認
- ★面談、職場訪問での状況確認
- ★問題解決に向けたアドバイス

35

高次脳機能障害者への就労支援のポイント  
「自己理解の促進・補償行動の獲得・環境設定」

36

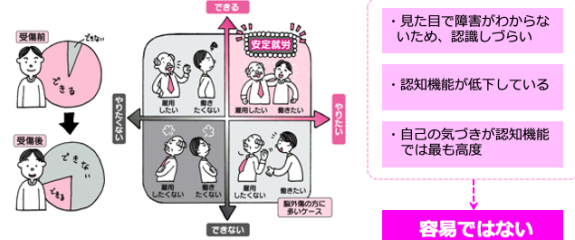
高次脳機能障害者の課題と就労支援のポイント



37

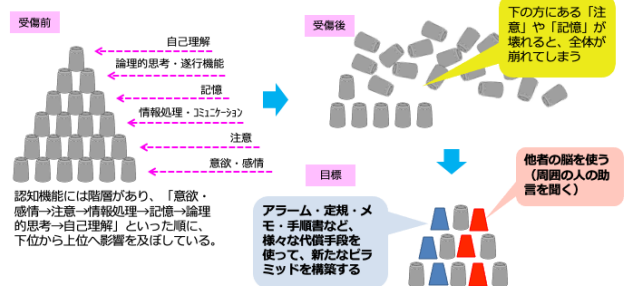
自己理解の重要性と困難さ

自己理解が不十分な状態では安定就労が難しくなる。しかし、自己理解は容易ではない。



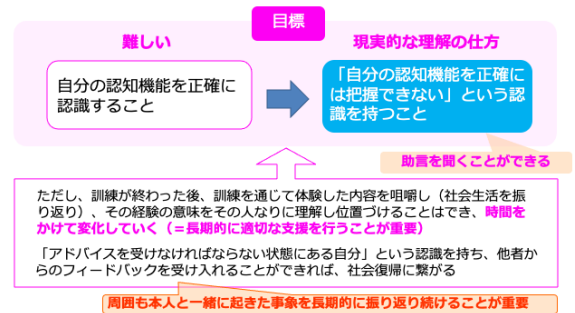
38

認知の階層性 ～神経心理ピラミッド～



39

自己理解の目標は？ → 周囲の意見に耳を傾けることができる



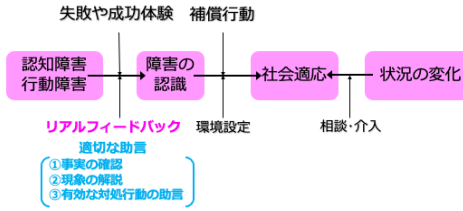
40

自己理解の重要性

自己理解（障害認識）が重要なのは、決して高次脳機能障害者だけではない。人は自己理解をしなから成長をしていくものである。また、人の意見に耳を傾けることも同様である。人が生きるうえで共通に大切なことである。

41

社会適応モデル：脳外傷者に対するアプローチの基本



高次脳機能障害者の認知や行動の障害は、外見ではわかりにくく、また説明を聞くだけでは、自分の障害として実感できない。そのため、現実の問題に直面した際に、専門スタッフから適切な助言（①即座に起きた事実を本人と一緒に確認する、②その現象を解説する、③有効な行動を助言する）を行うことにより、認知や行動の修正を図ることを繰り返し、障害認識を促進する。そのうえで、補償行動の獲得や環境設定をすることで、社会適応を支援する。

（明解）第2章 社会適応に向けた運動の基本—そのプロセスと援助方法）永井肇監修、戸部晴子編著『脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション』中央法規、1999、p.35

42

まとめ

43

支援のポイントまとめ

事実を明らかにする

- できたことは認める。できなかったことは、その場で一緒に原因・対策を考える。
- ① 事実を理解すること（本人・家族・職場・支援者など）
- ② そして、うまくいっていないことがあれば、その対策を考えること
- ③ 同じ失敗を繰り返さないことを目指す

使える手立てを活用する

- 失った能力ばかりに目を向けるのではなく、残された能力を活用する方法を考える。
- ① メモリーシートや携帯電話など、本人が使えるツールを探す
- ② 日課や行動をルーチン化して、日課表や手帳書を活用する
- ③ 困ったときの相談相手を決めておく

自己理解の促進＝助言に耳を傾けられる

- 自己理解の促進の目標は、正しく理解することではなく、助言に耳を傾けるようになること（ただし、それは時間がかかる）
- 自己理解（障害認識）が重要なのは、決して高次脳機能障害者だけではない
- 人は自己理解をする中で成長をしていくことを支援者も理解する

行動の定着を支援する

- 代わりに行うのではなく、見守る（行動観察）
- 声かけをしていく
- 代償手段を行動を直接指示より代償手段の利用を促す
- 全員一致のアプローチをする（職場・支援者・医師など）

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

44

45

講義09

生活と支援の実際

就労継続支援B型事業所の例から

1

高次脳機能障害の主な症状

- 注意障害
- 記憶障害
- 遂行機能障害
- 社会的行動障害

この講義でお話すること

- ・地域生活においてどのように現れるのか？
- ・どのように支援するのか？



就労継続支援B型事業所の例から

2

障害者総合支援法における就労系障害福祉サービス

	就労移行支援事業	就労継続支援A型事業	就労継続支援B型事業
目的	一般企業での就職を目指す障害者が本人の適性にあった職場への就職と定着を目指して行われるサービス	支援を受けながら働くための訓練を受けることができるサービス。就労の機会の提供および生産活動の機会を提供	支援を受けながら働くための訓練を受けることができるサービス。就労の機会の提供および生産活動の機会を提供
雇用契約	なし	あり	なし
賃金	基本なし	給与が発生	工賃が発生
年齢制限	65歳未満	65歳未満	制限なし
利用期間	原則2年以内	定めなし	定めなし
利用実人員（※1）	38,487人	108,488人	461,006人
特徴	一般就職に向けたトレーニング、就職支援	一般企業で働くことが困難な65歳未満の人に働く場と機会を提供。ある程度の就業能力が必要	状態に合わせて作業内容、ペースの調整ができる自分のペースで働ける場や居場所を提供し、さまざまなニーズを支える。

※1 厚生労働省 令和5年社会福祉施設等調査

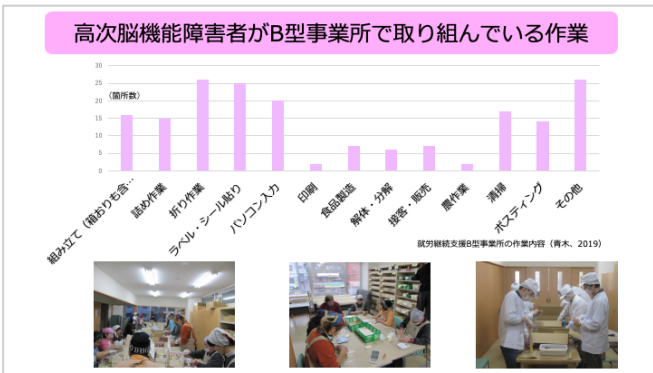
3

就労継続支援B型事業所の活動スケジュール例

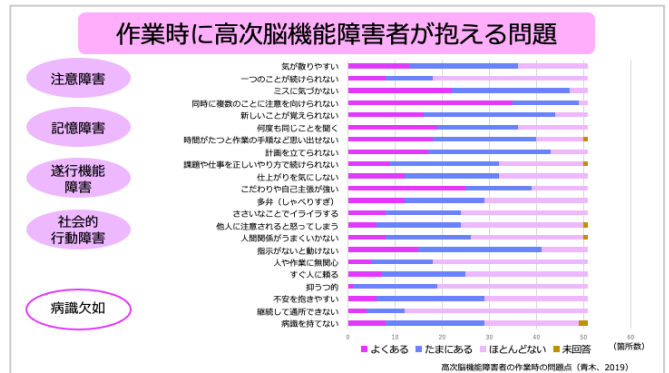
1日の流れ（月～金）

- 10時** 掃除  
朝の会（体調の確認・連絡事項・作業予定の確認）  
作業（利用者の状況に合わせて個別・グループ作業、日により作業内容が異なることもあり）※途中休憩あり
- 12時** 昼休み
- 13時** 作業（利用者の状況に合わせて個別・グループ作業、日により作業内容が異なることもあり）※途中休憩あり  
掃除  
終わりの会（1日の振り返り、連絡事項、予定の確認）
- 16時** 終業

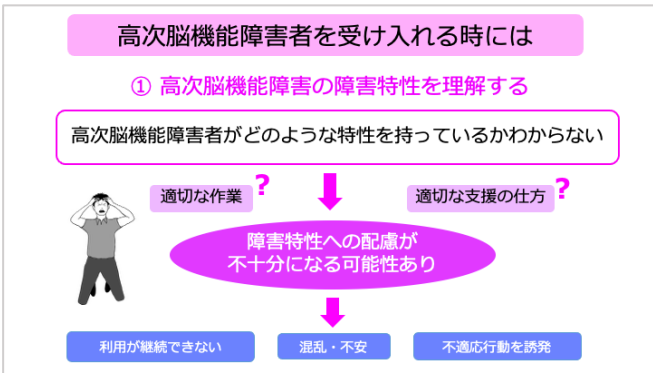
4



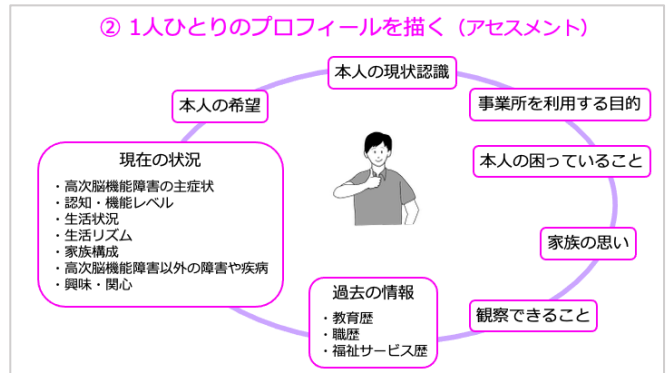
5



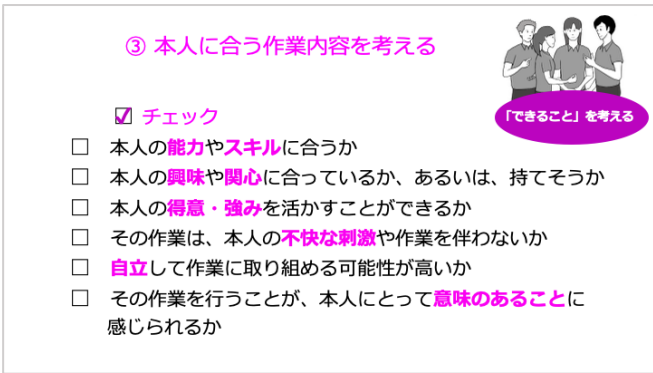
6



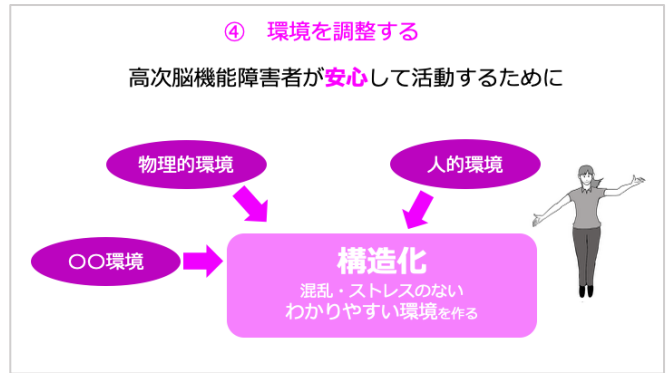
7



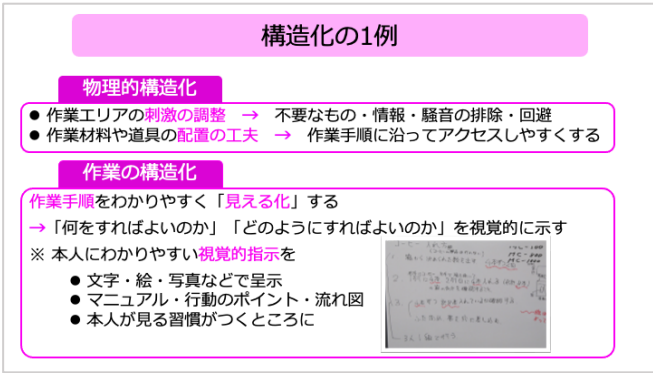
8



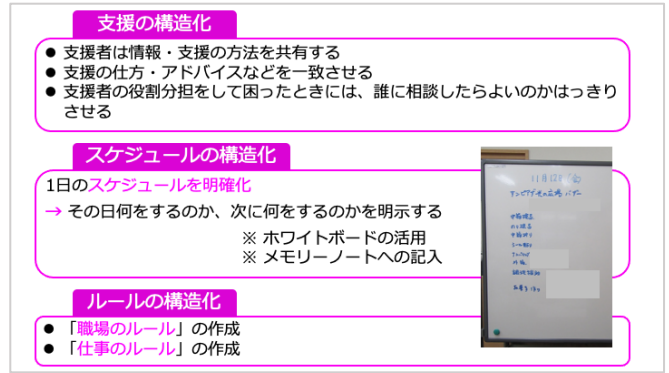
9



10



11



12

就労継続支援B型事業所における高次脳機能障害者への支援の実例 (青木, 2019)

作業提示	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)
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)
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)
個別配慮	細かな休憩 (2件) 通所日数の調整 (1件)
家族との連携	家族との情報共有 (1件)
その他	他者からの理解促進 (1件)

忘れてはいけない!

疲れやすさへの配慮を

13

作業を教える技術  
—システムティック・インストラクション— (発達障害ナビポータル, 2021)

○課題分析 (作業手順を行動単位に整理) に沿って

スモールステップ

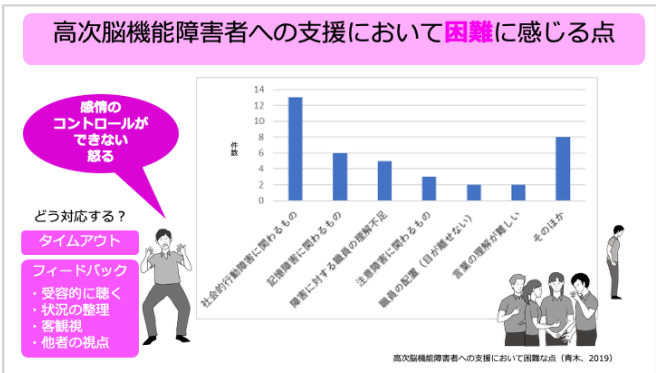
- ① 言語指示 「～をしてください」と言葉で指示する
- ② ジェスチャー 作業の仕方を身振り、手振りで示す
- ③ モデリング 実際に作業を行って見せる
- ④ 手添え 手を添えて作業の仕方を伝える

この4段階を使い分けて教える  
できたら「ほめる」・間違えたらその場で修正する

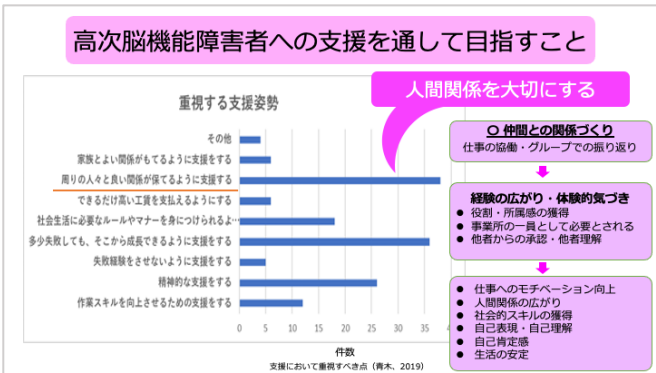
集中できる環境  
理解できる言葉  
本人のペースに合わせる  
× 一度に複数

フィードバック

14



15



16

高次脳機能障害者への支援を通して目指すこと

働くモチベーションを維持する

高次脳機能障害者が働くことは

① 生活の安定  
② 居場所の獲得  
③ できることを増やす  
④ 社会的スキルの獲得  
⑤ 人間関係の広がり  
⑥ 社会・地域生活への参加  
⑦ 自己理解につながる  
⑧ 障害への気づき  
⑨ 自己肯定感を育む  
⑩ 未来への展望を持つ

① チェック  
□ 環境調整のアップデート  
□ 本人の能力と作業が合っているか  
□ 興味・やりがいを感じられるか  
□ 工賃を得られるか  
□ ねぎらいや励まし・他者からの承認を得られているか  
□ 所属感を得られるか  
□ 自分の役割を感じられるか  
□ 仕事の達成感を感じられるか  
□ 自己表現ができてくるか  
□ ストレスが低減されているか

17

文献

青木美和子 2020 札幌市内就労継続支援B型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 p.43-55

発達障害ナビポータル 2021 就労支援の技法 システムティック・インストラクション  
<https://hattatsu.go.jp/supporter/labour/technique/systematic-instruction/> (情報取得2025年10月31日)

厚生労働省 2025 令和5年社会福祉施設等調査の概況  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/23/dl/kekka-kihonhyou02.pdf> (情報取得日 2025年10月31日)

18

演習01

障害特性の理解

症状のみかた

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

19

演習01

障害特性の理解

症状のみかた

1

## 演習の目標

高次脳機能障害の特性等について、  
簡便な神経心理学的検査の体験をおしてさらに理解を進める

基礎編講義02 高次脳機能障害の診断・評価で学んだ検査、評価を実際に  
体験して、どんな特性を反映しているのかを考えます

この演習は支援者に体験していただくことが目的で、利用者、来談者を評  
価、あるいは診断するために使用するものではありません  
高次脳機能障害のあるかたの評価、あるいは診断のための検査を行うには、  
資格等が必要です

2

## 注意障害

ここが何処なのか、今日が何日なのかがよく分からない  
なんとなくぼんやりしている

会話していても、聞き逃しや問い返しが多く、受け答えまで  
に時間がかかる

集中力が続かず、何か作業すると、ミスが増える

⇒ こんな症状があれば、注意障害を疑う

3

## 順唱

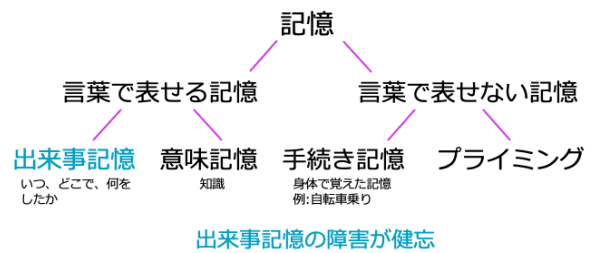
これから私が言う数字を、はい、と言ったら  
同じように繰り返してください。

私が「1, 2 はい」と言ったら  
あなたが「1, 2」と言います。  
「では始めます。2, 4 はい」

- 正答したら、桁数を一つ増やす。
- 誤答の場合は同桁数の他数字を実施。
- 各桁数で2題とも間違えたら中止し、通過した桁数を記録する。
- 数字は1秒に1個のスピードで読み上げる。

4

## 記憶障害



基礎編講義02 高次脳機能障害の診断・評価

6

ブタ、シカ、カバ  
ツバキ、スミレ、ダリア  
バス、クルマ、フネ

基礎編講義02 高次脳機能障害の診断・評価

8

## 半側空間無視

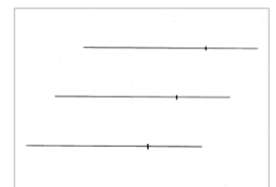
病巣の反対側空間にあるものに気づきにくく、それに対して反応  
しない状態 左半側空間無視> 右半側空間無視

声をかけられると、右側を探す  
左側から声がけすると、気づきにくい  
車椅子の左側のブレーキを忘れ  
左側にあるおかずを気づかず、残す  
横書きの文章の左端を探せない  
顔の左側のひげをそり残す  
左肩をぶつけやすい  
左袖を通さない  
⇒ こんな症状があれば、左半側空間無視を疑う

9

「人の絵を描いてください」

10



BIT行動性無視検査 日本版  
線分二等分試験  
新興医学出版社 1999年

基礎編講義02 高次脳機能障害の診断・評価

11

### 遂行機能障害

- 病前はできた料理が、レシピなしでは作れない  
準備する食材、食材を切る、鍋に湯を沸かす、調味料を入れる作業工程など細かく手順を記載したレシピが必要
  - 病前はできた仕事上の作業ができない  
準備するもの、作業の初めから終了までの工程を記載した手順書があれば、できる
  - 覚えた交通ルートを利用すれば通勤できるが、電車遅延などで、他のルートを利用して目的地に行くことはできない
- ⇒こんな症状があれば、遂行機能障害を疑う

12

赤 青 黄 青 赤 緑

基礎編講義02 高次脳機能障害の診断・評価

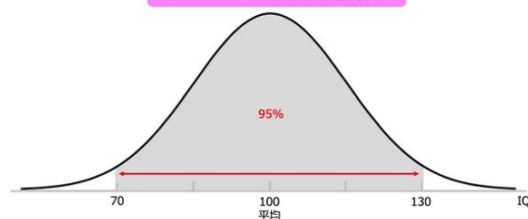
13

### ミニメンタルステート検査

- よく使われるスクリーニング検査のひとつ  
主に全般的な注意、言語機能、記憶などが関連
- 30点満点 23点がカットオフ値
- 点数が正常範囲（24点以上）でも高次脳機能障害は否定できない  
点数が下がっている場合 → どの機能が低下しているかを考える

14

### ウェクスラー成人知能検査



得点の分布が正規分布に近くなるように作られている  
IQ100がその年齢の健常者の平均数値  
標準偏差が15の分布であるので、2標準偏差つまりIQ70~130に95%の人が入る

15

### 演習 1

- 35歳 男性 頭部外傷後の高次脳機能障害 現在は両親と同居、新規就労を希望している
- ミニメンタルステート検査 25点  
減点は、見当識 日付で-1点  
5分後3単語再生で-2点  
セブンシリーズで-2点  
その他の課題は減点なし

16

### 演習 2

- 35歳 男性 頭部外傷後の高次脳機能障害 現在は両親と同居、新規就労を希望している
- ミニメンタルステート検査 25点  
減点は、見当識 日付で-1点  
5分後3単語再生で-2点  
セブンシリーズで-2点  
その他の課題は減点なし

17

### 演習02

障害特性に応じた支援  
相談支援 事例を通じたアセスメントA

© 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者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

18

1

## 高次脳機能障害相談支援の過程

### 相談の始まり

「うちの〇〇、高次脳機能障害だと思うんです。〇〇で困っているんです」

### アセスメントに必要な情報

「基本情報」「診断名・受傷発症状況」「症状」「生活リズム」「日常生活状況」「住まい」「制度利用」「生活史」

生活への影響

本人の認識

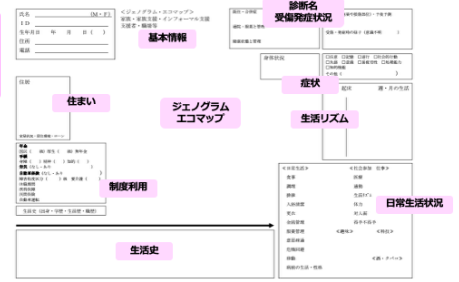
就労希望の有無と準備状況

プランニング

2

## 高次脳機能障害のアセスメント

適切な聞き取りに基づいたアセスメントを行い、1~3年先までのプランニングを行うことが必要となる。



3

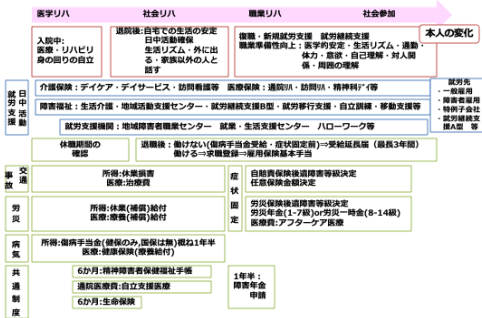
## よくある相談

- 40代の息子が半年前にくも膜下出血になった。現在自宅で過ごしており、言われたことはやれるが、ボーッとしていることが多い。仕事は休職中。妻子があり、今後の生活をどうしたらいいか？



5

アセスメントに基づき、必要な制度面の情報提供や、今後の支援方法に関するプランニングを行い、関係機関と協働しつつ、支援を行っていく。



4

グループワーク 15分

6

情報収集タイム 30分

7

グループワーク 15分

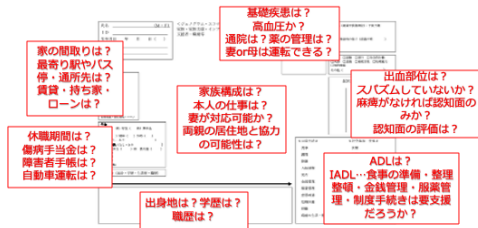
8

発表 15分

9

## 確認したいこと

- 40代の息子が半年前にもも膜下出血になった。現在自宅で過ごしており、言われたことはやれるが、ボーッとしていることが多い。仕事は休職中。妻子がおり、今後の生活をどうしたらいいか？



10

## 確認した内容の例

- 40代の息子が半年前にもも膜下出血になった。現在自宅で過ごしており、言われたことはやれるが、ボーッとしていることが多い。仕事は休職中。妻子がおり、今後の生活をどうしたらいいか？

7階建てマンションの4階(EV有)、3LDK。大きな段差はなし、ローンあり。最寄り駅までバスで15分。近所にスーパーがある。

既往：高血圧(健診で指摘されたが未受診)  
投薬：降圧剤 薬の自己管理は難しい  
移動：妻は運転ができる

妻(同年代) 週5日9-13時でパート、長女大2年生、長男高校2年生。親子関係は悪くない。

本人・妻の両親とも遠方・高齢で手伝えない。兄弟(隣県在住の本人の兄夫婦)の協力も難しい。

仕事は中堅電機メーカーSE。従業員は100名程度。内勤9-17時勤務。通勤はバスと電車で1.5H。

地元高校卒業、都内の大学理系学部を卒業。現職。勤続約20年

くも膜下出血(A-Com) 顕著な身体障害はない。記憶障害(S-Pa有2-4-5、無0-1-3) WAIS-IV:FIQ80。 発動性の低下がある。

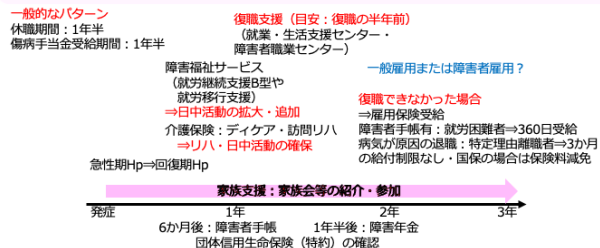
日中ゴロゴロTVを見ている。身の回りのことは出来るが、物や食事の片付け・外出は促さないといけない。買い物も頼んでも忘れたり、頼んでいないもの(お菓子)を買ってくる。不慣れた場所では道に迷うことがあり、電車バスは一人では利用できない。ただ、慣れた場所なら一人で移動できる。病前はバキバキして活動的で、趣味はサイクリングだった。

有給を消化して、発症2か月目から休職となった。休職期間は1年半で、あと1年1か月。傷病手当金もあと1年1か月支給。健康保険限度額：区分付(協会けんぽ)。

11

## ロードマップ例

- 40代の息子が半年前にもも膜下出血になった。現在自宅で過ごしており、言われたことはやれるが、ボーッとしていることが多い。仕事は休職中。妻子がおり、今後の生活をどうしたらいいか？



12

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

13

## 演習03

# 自立訓練の実際

1

## 演習の流れ

- 1) グループあたりの人数：6~7名
  - 2) 時間配分：
    - 演習① 課題提示  
グループディスカッション①30分  
発表 5分  
解説
    - 演習② 課題提示  
グループディスカッション②20分  
発表 5分  
解説
- まとめ

2

## 演習①

3

## Aさん(50代・男性)

- 障害原因：くも膜下出血
- 障害名：社会的行動障害(意欲・発動性の低下)、注意障害、遂行機能障害、記憶障害
- 手帳：精神障害者手帳2級
- 職歴：システムエンジニア
- 経済面：傷病手当金
- 家族構成：父(同居)、妹(別居)
- 自立訓練(生活訓練)利用までの経緯：
  - X年Y月発症。A病院1か月・B病院3か月入院。退院後、訪問リハ(週3)・通院リハ(週1)2か月。日常生活のほぼ全ての行動に父親の指示を要した。家族との会話はなく不仲であった。日常生活の自立と就労に向けた支援のため、役所の福祉担当者から自立訓練を紹介され、入所で利用開始(7か月)。休職期間は2年で残り17か月。
- ニーズ：システムエンジニアとして復職したい。一人暮らしがしたい。

4

### Aさんのアセスメント

#### 課題・苦手になっていること

- 自発的な発言や行動がほとんどみられない
- 単独での服薬や金銭管理、家事が困難
- 単独での移動や買い物経験がない
- 予定管理が不十分で遅刻が多い
- 疲労しやすく訓練中に居眠りしやすい
- 「今すぐ復職も一人暮らしもできる」など、苦手なことへの理解が不十分
- 作業の集中力や正確性が低い
- 新しい情報や行動の学習に時間を要し、必要なタイミングでの想起が困難

#### 強み・得意なこと

- 感情の波が少なく穏やか
- ライブに行くこと、写真を撮ること、美味しいものを食べることが好き
- 「忘れっぽくなった」など、部分的な体的軟弱がぶきがある
- 単純課題は20～30分取り組める
- ひとつひとつの作業を丁寧にできる
- 枠組みのある視覚性の情報の記録・保持が比較的良
- 視覚的に判断できる作業では誤行錯誤しながら遂行できることがある

【検査結果】 WAIS-IV: 全検査IQ 67(言語理解96 知覚推理69 ワーキングメモリ71 処理速度54), MMSE: 28/30, FAB: 11/18, TMT-J: A 91秒 B 120秒, RBMT: 12/24, コースIQ: 91, BADS: 11/24

5

### グループ検討課題①

皆さんで、Aさんの利用開始後3ヵ月間の支援目標を考えてみましょう。  
 その上で、初期段階の支援計画を考えてください。そして、時間があれば、次のステップの支援計画についても、どのようなことが考えられるか検討してみましょう。

グループで司会者と発表者を決めて進めましょう。

司会者 ( ) 発表者 ( )

6

### ワークシート①

利用開始後3ヵ月間の支援計画

時期	利用開始後3ヵ月間の支援計画
目標	<長期目標> 復職、単身生活への移行 <短期目標>
主な訓練	予定管理 ① ②
	健康管理 ① ②
	金銭管理 ① ②
	家事管理 ① ②
	移動 ① ②
	作業 ① ②

7

### 演習の流れ

- 1) 1グループあたりの人数：6～7名
- 2) 時間配分：
  - 演習① 課題提示  
グループディスカッション①30分  
発表 5分  
解説
  - 演習② 課題提示  
グループディスカッション②20分  
発表 5分  
解説

まとめ

8

### ワークシート①の記入例

時期	利用開始後3ヵ月間の支援計画
目標	<長期目標> 復職、単身生活への移行 <短期目標> 生活面での自立、復職及び単身生活の可能性の検討
主な訓練	① 居室の時計の横に日課表を貼付し、1日の予定管理ができるよう訓練用のメモリーノートを使用。 ② 市販の手帳を購入して1週間の予定を管理。
	① 週1回、職員と一緒に薬ポケットに薬をセット、飲み間違いを減らすため、飲み始めのポケットに印をつける。飲みガラ入れへの受取保管の習慣化。気づきやすいアラームの検討・活用。 ② 1週間分の薬のセットが自分でできるようチェックリストを使用しながら練習。
	① お金を数える・残高から支出を計算する・ATMを使用する練習。 ② 金銭管理表を使って支出や不明金を一緒に確認。補償行動(レシート保管・写真撮影)を習慣化。
	① 居室の居室環境の設定(棚やカゴへのラベル貼付など)。週2回の日常生活訓練で掃除・洗濯などの方法を習得。 ② 単独で進められるよう、チェックリストを活用。
	① 買い物や店舗利用の練習も兼ねて駅までの徒歩移動訓練。 ② 手帳書を使用した電車利用→乗換アプリの活用。
	① 動機付けの高い課題(パソコン入力など)を中心に、結果を可視化。 ② 復職に向けた就労移行支援事業所の利用を目標に、様々な作業を通して、できる作業を拡大。職業準備性(報告や質問などの自発性)向上のための模擬訓練。

9

### アセスメントのまとめ

生活管理が苦手  
ADL自立からIADL自立を目指していく

ADL (Activities of Daily Living)  
日常生活動作の自立

<行為>  
食事、排泄、整容、移動、入浴など

↑  
高次脳機能障害が重度でもADLアップの可能性あり

IADL (Instrumental Activities of Daily Living)  
手段的日常生活動作の自立

<動作>  
掃除、洗濯、買物、調理、金銭管理、薬の管理、公共交通の利用など

↑  
高次脳機能障害が中度であればIADLアップの可能性あり

Point  
管理能力  
高次脳機能障害の特徴として、一つひとつの行為、動作はできても全体の管理ができない

※アセスメントをもとに、生活する場での訓練的関わり(積み上げ)は可能

10

### 支援計画の検討

段階づけ(スモールステップ)の例

#### 服薬管理

- 期間：1日→1週間→1ヵ月
- 方法：手帳し→薬ポケットにセットして→自分でセット

#### 予定管理

- 期間：1日→1週間→1ヵ月
- 手段：個別メモリーノート(職員が準備)→自分で準備 → 市販のスケジュール帳
- 方法：持ち歩く→確認する→記入する

#### 金銭管理

- 期間：1日→1週間→1ヵ月
- 手段：レシート保管→小遣い帳記入・アプリ入力
- 方法：現金を手渡し→ATMで入出金

#### 調理

- 方法：電子レンジ→コンロ(炒める→炒める→煮る)、包丁操作(粗い→細かい)
- 手順：少ない→多い、個別レシピ→検索レシピ

#### 移動

- 手段：徒歩→電車・バス・タクシー→乗換
- 方法：手帳書や地図の活用、乗換案内検索、援助依頼の有無
- 目的地：近い→遠い、既知→未知
- 緊急時：GPS→他者から連絡を受ける→自分で連絡できる

#### 感情・欲求コントロール

- 自己理解：問題への気づき・対処の必要性への気づき・原因の理解・対処方法の理解の有無や程度
- 対処：促しの有無・程度、環境調整やルールの有無・程度

11

### 支援方法の検討

自主的な行動を促すアプローチ

予定管理

- ・ 予定を忘れる
- ・ 新しいことを覚えられない

対応

- ・ 「日課表」「スケジュール帳」「メモ」を活用する
- 見て動く = 見る促しが大切
- 繰り返しによる行動の定着

※注意事項  
 ・ メモの書きすぎはダメ(処理容量のオーバー)  
 ・ 壁などに貼るすぎはダメ(ただの壁紙になってしまう)  
 ・ 同じことを繰り返すと定着しづらい

	①指示	②日程・工程表	③目録・目録	④メモの活用
記入する			声掛け→自主行動	声掛け→自主行動
確認する		声掛け→自主行動		
行動する	声掛け→自主行動			

易(※-が多い) ← ①から④に徐々に"易"を上げ、自主行動を増やしていく → 難(※-が少ない)

12

## 演習②

13

## 利用6カ月の状況

時期	利用6カ月の状況
本人の意向	単身生活・グループホームのどちらでも不安はないので、とにかく以前の職場に戻りたい。
状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅生活：現在の自宅は車がないと通勤できない。職場に通える駅近くには、アパートやグループホームなどがある。都市部には比較的社会資源がある。</li> <li>主治医：「復職は支援者が間に入って調整が必要。『自動車の運転は禁止』との判断」</li> <li>職場：人事からは本人が希望すれば、できる範囲で復職を検討するとの話があった。</li> </ul>
訓練後の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定管理：メモリーノートの活用はまだできていないが、日課表をもとに自分で訓練に行けるようになった。</li> <li>健康管理：薬ポケット（1週間）にセットすれば、おむね抜けなく管理ができていたが、いまだに飲み忘れはある。また、間違えずに自分でセットすることはできていない。</li> <li>お菓子が好きで、健康がおさえられない傾向がある。</li> <li>金銭管理：日々、お金を使いすぎることはない。1か月間のお小遣いは使いすぎることもなく、管理できている。また、自分で惣菜などを購入できる能力はある。</li> <li>家事管理：施設内では、入浴後に洗濯する設備が身につく。一方で物の管理ができず、声かけしないと居室内には物が増え、片付けができない。</li> <li>移動：自動車の運転は主治医から止められている。決まったルート（施設から職場まで）であれば公共交通機関を使った通勤は可能。</li> <li>作業：自身の簿書については十分に理解できていないものの、単純な数値や文章の入力は可能で、目の前に課題があると集中して取り始める。</li> </ul>

14

## グループ検討課題②

6か月が経過し、Aさんは施設生活でもある程度自立して生活できるようになってきました。また、できる作業もあることがわかってきたため、本人の意向に沿って、今後は復職に向けて、地域移行（在宅生活）を検討していくことになりました。

しかし、自宅は郊外にあり、公共交通での通勤は現実的ではなく、職場復帰を目指すのであれば、都心にある会社近くで生活する必要があります。

今後どのような支援が必要となってくるか皆さんで検討してみましょう。

グループで司会者と発表者を決めて進めましょう。

司会者（ ） 発表者（ ）

15

## ワークシート②

### <住居>

### <日中活動>

目 標	目 標
利用するサービス	利用するサービス
理由	理由
支援内容 調整事項	支援内容 調整事項

16

## 演習の流れ

1) 1グループあたりの人数：6～7名

2) 時間配分：

演習① 課題提示  
グループディスカッション①30分  
発表 5分  
解説

演習② 課題提示  
グループディスカッション②20分  
発表 5分  
解説

まとめ

17

## ワークシート②の記入例

### <住居>

### <日中活動>

目 標	単身生活	目 標	復職
利用するサービス	グループホーム	利用するサービス	就労移行支援
理由	6か月の時点でサービスを利用すれば単身生活も考えられなくはないが、生活管理の面で支援が必要なお金が多かったため、まずはグループホームを優先すべきと考えた。	理由	簿書の認識がまだ十分にできていないため、職場でのトラブルが心配であること、自分で自分の障害状況を把握に伝えないため、支援者が職場介入していく必要があることから就労移行支援の利用を考えた。
支援内容 調整事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談支援事業所と地域のグループホームを探し、見学を行う。</li> <li>グループホームの生活に合わせて修正した日課表を活用（通所時間・準備するものなど）。</li> <li>外出頻度の増加に伴う生活面への影響に対し、休日の外出予定表作成・外出ルールの確認。</li> <li>通所時の薬の飲み忘れ、薬ポケット（1週間）にセットについては、グループホームに協力をお願いするとともに自立を促す。</li> <li>間食量や不明金の増加に対し、本人と相談し限度の設定。</li> <li>グループホームの居室環境の設定、グループホームの生活に合わせて掃除・洗濯など、チェックリストを修正・実践練習。</li> </ul>	支援内容 調整事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談支援事業所と地域の就労移行支援事業所を探し、見学を行う。</li> <li>現状で認識している作業能力・配慮事項、可能な準備行動などについて情報提供を行う。</li> <li>グループホーム⇔就労移行支援の通所訓練（乗換アプリや自印を活用したルート把握、業務時の連絡方法の習得）。</li> <li>一人で入居することを覚悟させるよう、確認や見直しなどの自己対話、簡単な手帳などの活用。</li> </ul>

18

## まとめ

### ● 日常生活・社会生活の評価と段階的移行

- 1) 生活能力の確認と支援：買い物、掃除、金銭管理、通院など、管理的な要素の生活行動がうまくできないのが高次脳機能障害者の特徴。そうした地域での生活に必要な生活能力を事前にチェックし、必要な訓練や支援を提供することが重要。
- 2) 段階的な移行：一時帰宅や体験入居（トライアルステイ）を通じて地域生活へ移行していくこと、また、生活行動を少しでも自立していけるように段階的に支援していくことが重要。

### ● 住まいの確保と支援体制の整備

- 1) 相談支援専門員との連携：個別支援計画を作成し、移行後も定期的に見直す。
- 2) 住居の選定：グループホーム、単身アパート、サテライト型住居など、本人に適した住環境の選択を支援。
- 3) 福祉サービスの活用：居宅介護、日中活動の場（就労移行支援・就労継続支援B型など）との連携。

### ● 関係機関への情報提供

- 1) アセスメント結果：日常生活の評価、社会生活の評価、認知機能の評価、作業の評価、心理・適応の評価、自己理解の状況、環境など。
- 2) 支援内容と成果・課題の整理：自立訓練で取り組んだ内容とその成果を具体的に説明（例：調理プログラムによりどういった支援・環境を提供し、○○ができるようになった）。現在も残る課題や、今後の支援の必要性（例：金銭管理には引き続き支援が必要）。今後は社会生活の自立度評価指標（SIM）の結果も要検討。

19

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

20

演習04

復職・就労移行支援

グループワーク：事例検討

1

演習の流れ

- 1) 1グループあたりの人数：6～7名
- 2) 時間配分：
  - 課題①提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題②提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題③提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説

2

事例検討

実際の事例に沿って、  
復職・就労移行支援について意見交換しましょう。

3

Aさん（50代・男性）

- 障害原因：くも膜下出血
- 障害名：社会的行動障害（意欲・発動性の低下）、注意障害、遂行機能障害、記憶障害
- 手帳：精神障害者手帳2級
- 職歴：システムエンジニア
- 経済面：傷病手当金
- 家族構成：父（同居）、妹（別居）
- 就労移行支援利用までの経緯：
  - X年Y月発症。A病院1ヵ月・B病院3ヵ月入院。退院後、訪問リハ（週3）・通院リハ（週1）2ヵ月。日常生活のほぼ全ての行動に父親の指示を要した。家族との会話はなく不仲であった。日常生活の自立と就労に向けた支援のため、役所の福祉担当者から自立訓練を紹介され、入所で利用開始（7ヵ月）。生活面での自立が図られたことから、復職に向け、就労系障害福祉サービスを利用することになる。
- ニーズ：システムエンジニアとして復職したい。

4

グループ検討課題①

- Aさんを皆さんの地域で支援するとしたら、復職に向けて、今後どのような支援機関の利用が考えられますか？（皆さんの地域にある支援機関をご紹介ください）
- 医療機関および自立訓練事業所の紹介で、復職に向けて就労系障害福祉サービスを利用することになりました。相談支援事業所または就労系障害福祉サービス事業所の皆さんは、医療機関・自立訓練事業所からどのような情報を得る必要がありますか？

グループで司会者と発表者を決めて進めましょう。

司会者（ ） 発表者（ ）

5

演習の流れ

- 1) 1グループあたりの人数：6～7名
- 2) 時間配分：
  - 課題①提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題②提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題③提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説

6

【例】医療機関・自立訓練事業所から得られる情報①「基本情報」

地域によっては、自立訓練サービスを利用せず、医療機関から就労系障害福祉サービスに繋がることも多い。一般的に就労に向けて医療機関や自立訓練事業所で行えることは限られるが、医療機関や自立訓練事業所から提供される基本的な情報は就労支援をするうえで重要となる。

	内容	確認事項
1	原因疾患名	原因疾患による傾向は？
2	発症年月日	発症年齢は？ 発症から現在までの期間は？
3	画像検査（MRI、CTなど）	損傷部位や状況から可能性のある症状は？
4	身体状況	麻痺の有無・失語・平衡感覚・味覚臭覚などは？ 利き手は？
5	神経心理学的検査などの結果	高次脳機能障害の症状（記憶、注意など）は？ ⇒具体的に就労場面で起こりうる状況を記載することが重要となる
6	治療経過・リハビリ状況	身体リハ・認知リハの内容およびプロセスは？
7	生活・既往歴	発達プロセス・性格・学歴・器用さ・体力などは？
8	処方薬	てんかん・精神科薬の影響は？
9	自賠責、労災保険の症状固定日	就労可能な状態か？ 所得補償は？ 障害状況・配慮事項は？
10	診断書など作成履歴（手帳・年金、自賠責関係、就労可能診断書など）	

7

【例】医療機関・自立訓練事業所から得られる情報②「支援内容」

医療機関・自立訓練事業所では「仕事に近い環境での訓練（時間・内容）」「職場に出向いての支援」「就労後のフォロー」などは難しいが、対応可能な範囲で本人の就労ニーズにそって本人・現場へのアプローチを行っている場合もあるため、下記の内容を情報提供してもらうことで、より効果的に支援ができる。

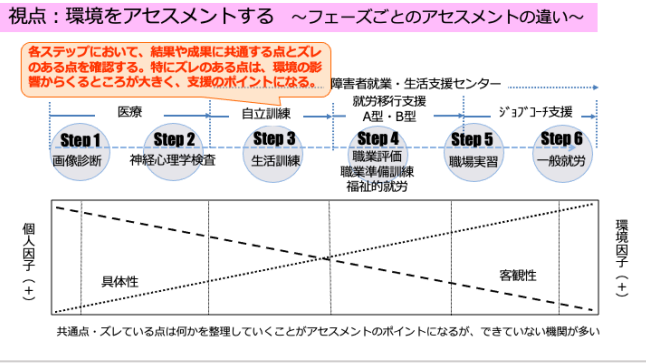
【本人へのアプローチ】

- 支援に必要な情報
- 1) ADL・IADLの状況の確認
    - ・行為：食事、排泄、整容、移動、入浴など
    - ・動作：掃除、洗濯、買物、調理、金銭管理、薬の管理、公共交通の利用など
 →補償行動の確認：スケジュール表、メモリーノートの活用、ルート表など
  - 2) 外出訓練の実施の確認
    - ・復職先を想定した外出訓練
  - 3) 自己理解促進に向けたアプローチの確認
    - ・認知訓練課題、業務を想定した課題など、具体的な訓練内容を確認する
  - 4) 今後の見通しの確認
    - ・機能回復・職場復帰、経済面など、今後の見通しをどのように考え、本人・家族へどのように説明しているかを確認する

【環境面へのアプローチ】

- 1) 経済面の確認
  - ・傷病手当金および職場の補償制度の確認・調整
  - ・精神障害者保健福祉手帳の準備  
⇒退院後にすぐに取得できるように準備・調整
  - ・障害年金の情報提供
- 2) 職場状況の確認
  - ・業務内容・勤務地・受け入れ環境
  - ・発症前の状況と発症後の職場とのやり取り
  - ・復職期限や職場の窓口
- 3) 支援機関への情報提供
  - ・地域障害者職業センター（ジョブコーチ含む）・障害者就業・生活支援センター・就労移行支援事業所・市区町村の就労支援センター・相談支援事業所などの紹介
- 4) 障害福祉サービス利用に向けての準備
  - ・障害者手帳または診断書など

8



9

グループ検討課題②

- 医療機関・相談支援事業所・就労系障害福祉サービス事業所・障害者雇用施策に基づくサービスが連携する上での課題にはどのようなことがありますか？
- また、その課題の背景には、それぞれどのようなことが考えられると思いますか？

グループで司会者と発表者を決めて進めましょう。

司会者 ( ) 発表者 ( )

10

演習の流れ

- 1) 1グループあたりの人数：6～7名
- 2) 時間配分：
  - 課題①提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題②提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題③提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説

11

【例】支援のポイント「復職に向けた連携」

【医療機関の課題】

- 1) 医療制度上の制約  
医療では、リハビリできる時間・期間に限りがある。  
⇒地域の福祉施設の活用が必須
- 2) MSWの抱える問題  
人数は少なく、業務は幅広い。加えて、MSWのメイン業務外のこともやらざるをえないことも多い。
- 3) 社会との乖離  
一般的に医師やリハビリスタッフは、病院外で一緒に行動・支援する機会が少ない。＝リハビリスタッフは雇職を知らないために、本当に働けるかどうかのアセスメントが難しい。
- 4) 就労系障害福祉サービスについての知識不足  
回復期リハビリテーション病棟の患者は65歳以上の方が多く、退院後は介護保険サービスを利用する方が多い。

【労働・福祉の支援機関の課題】

- 1) 地域障害者職業センター  
各都道府県に1カ所しかないために、地域的に違い・待機がある。
- 2) 障害者就業・生活支援センター  
仕事内容は多岐にわたるため、復職支援のノウハウは少ない。就職すればするほど、定着支援が累積している。
- 3) 就労移行支援事業所  
高次脳機能障害者の利用は多くない。市町村によっては、復職目的の利用が認められない。就職者を出す事業所とそうでない事業所の格差が大きい。
- 4) 相談支援事業所  
介護保険では1人30～40例が限度だが、100例を担当するケースもある。計画を作るだけで業務量超過。

【情報共有で気をつけるポイント】

「専門性があるからわかる場合」と「専門性ゆえ、みえなくなる・わかってほしい場合」がある。医療機関は職場側のアセスメントをする経験が不足しており、職場のアセスメントが十分にできないことが多い。一方、就労支援機関は医療的な知識が不足しがちで、医療で使用される一般的な情報提供書を十分理解できないことがある。医療機関は、なるべく就労機関の立場に立って情報提供を行い、就労支援機関は、医療従事者が職場を理解していないことに配慮し、実際の面での客観的事実を伝え、共有していくことが重要である。

12

グループ検討課題③

- 就労系障害福祉サービス事業所が復職に向けた取り組みとしてできることは、何が考えられますか？ 本人へのアプローチ、環境へのアプローチ（経済面・職場・支援体制など）から検討してみてください。

グループで司会者と発表者を決めて進めましょう。

司会者 ( ) 発表者 ( )

13

演習の流れ

- 1) 1グループあたりの人数：6～7名
- 2) 時間配分：
  - 課題①提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題②提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説
  - 課題③提示  
グループディスカッション15分  
発表 5分  
解説

14

【例】支援のポイント「就労系障害福祉サービス事業所」

【本人へのアプローチ】

- 1) 1日の行動確立までの支援方法とかかる時間の確認  
「出勤→タスク」打刻→自分の席に着席→作業→記録→休憩→タスク」打刻→自宅へ帰る」
- 2) 自己理解の促進  
→以前の業務は問題なくできるとの認識  
→自己認識と実際のできる業務との間に乖離がみられるため、自己評価と他者評価をすり合わせることで、自己理解を促進する
- 3) 補償行動の獲得  
・メモの活用  
・報告、連絡・相談
- 4) 可能作業と作業定着にかかる時間の確認  
「留めできる工程」「注意が向けられる範囲」「物や道具の管理」
- 5) スケジュール管理、情報共有の方法の整理  
職場、家族も含め情報共有できるメモリーノート活用

【職場へのアプローチ】

- 1) 職場訪問  
・本人のアセスメントができた段階で本人と支援者で職場訪問  
・復職までのプランの提示  
・復職時のイメージを共有
- 2) 職場の理解促進  
「障害状況」および「復職にあたっての基本的な考え方（障害者雇用・復職のメリット・合理的配慮・障害者職場復帰支援助成金の案内など）」の情報提供（文書）
- 3) 業務内容の提案・調整  
社内の業務（事務～現場まであらゆる業務のなか）から、繰り返し行う作業を中心に調整し、実際に見学・体験しながら選定する
- 4) 職場環境の設定  
手順書の準備、道具の置き場の設定など
- 5) 指導担当者へのサポート  
障害特性の説明、指導方法の伝達（ジョブコーチ支援）
- 6) その他、困りごとへの相談

15

【例】訓練目的と課題設定「就労移行支援事業所」

分類	訓練目的	課題設定とポイント
A	可能な業務を見極める （できることを見つける） （できる方法を見つける）	<ul style="list-style-type: none"> <li>PC基礎学習（学習性、再現性）</li> <li>PC基礎：データ入力</li> <li>PC応用：簡易データベース作成、電子メール、情報検索など（可能レベルの見極め）</li> <li>様々な業務（作業性、学習性、正確性、遂行能力、スピード、相談力）</li> </ul>
B	自己理解を促進する	<ul style="list-style-type: none"> <li>口頭指示が多い課題</li> <li>出来そうにない、ちょっと難しい課題</li> <li>判断が必要で質問が多く出る課題</li> <li>共同作業</li> </ul>
C	職場適応面を改善する	<ul style="list-style-type: none"> <li>（指示者対複数利用者、利用者間）</li> <li>（納期のある課題（時間設定）、業務）</li> </ul>
D	就労の基礎を学ぶ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ビジネスマナーを体験し、基礎能力を上げる</li> </ul>

16

【例】情報共有ツール①

私の障害状況説明書

氏名: \_\_\_\_\_

●左→左利きの方、開閉が不安な鍵や開閉、飛行スペースの確保が必要。 ●右→右利きの方、右手で支える・握る・握る・握るが困難。

見えにくい障害	聴きにくい障害	触れにくい障害	触れかたがわからない
<p>①遠視</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・私より遠くを見ることができず、運転・読書・印刷・読書・読書を見たり「読書」が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> </ul>	<p>①遠視</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・私より遠くを見ることができず、運転・読書・印刷・読書・読書を見たり「読書」が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> </ul>	<p>①遠視</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・私より遠くを見ることができず、運転・読書・印刷・読書・読書を見たり「読書」が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> </ul>	<p>①遠視</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・私より遠くを見ることができず、運転・読書・印刷・読書・読書を見たり「読書」が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> <li>・印刷が読めないため、印刷が読めないため、印刷が読めない。</li> </ul>

(名古屋総合リハビリテーションセンター)

17

【例】情報共有ツール②

「聴覚障害者」経路ガイド

1. 経路

2. 経路

3. 経路

4. 経路

5. 経路

6. 経路

7. 経路

8. 経路

9. 経路

(名古屋総合リハビリテーションセンター)

18

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

19



# 実践編研修テキスト

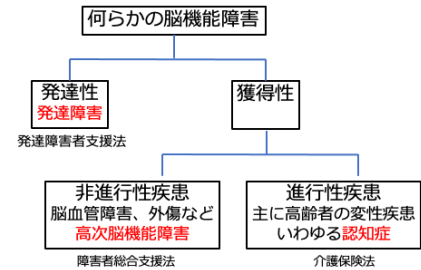
## 講義01B

### 障害特性に応じた支援

#### 認知症・発達障害との共通点と相違点

1

## 高次脳機能障害、認知症、発達障害



2

## 認知症と高次脳機能障害

### どちらも脳の障害

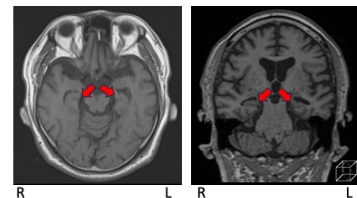
認知症は、特に物忘れ（記憶の障害）が有名ですが、やはり脳の萎縮（脳が年々小さくなっていく）によって生じます。つまり高次脳機能障害と同じく、脳の損傷に伴って生じるものです。

それでは、高次脳機能障害は認知症とどこが違うのでしょうか？

3

## アルツハイマー病の海馬損傷

- 典型的には海馬の萎縮（図の矢印部分）、楔前部の血流低下が初期に生じます。
- 症状としては、海馬の萎縮を反映して、エピソード記憶（日記に書くような内容の記憶）の障害が初期に生じます。（もの忘れ）



4

## 他の原因による海馬損傷

たとえば脳炎後遺症は高次脳機能障害ですが、海馬の損傷が原因です。

- 右下のCT画像は、ヘルペス脳炎の患者さんの画像です。ヘルペス脳炎で左右（特に左）の海馬が破壊されてしまっていることがわかります。
- エピソード記憶の障害があり、診察室を出ると、もう、診察室で何をしゃべったか、覚えておられません。家に帰ると、病院に行ったことすら忘れてしまいます。
- 脳炎の多くは、このように側頭葉内側面の障害をきたします。



5

## では、なぜ区別するのか？

- 症状が一緒なら、分ける必要もなさそうですが、診断基準に、「**進行性疾患を原因とする者は除外する**」とされているため、進行性のものを区別する必要があるわけです。
- アルツハイマー病の患者さんの症状は年々進行しますが、脳炎の患者さんは、炎症が落ち着けば進行することはありません。
- ですので、アルツハイマー病の患者さんは高次脳機能障害に含まれず、介護保険サービス等を利用します。
- 脳炎の患者さんは高次脳機能障害として障害者総合支援法サービス等を利用します。

6

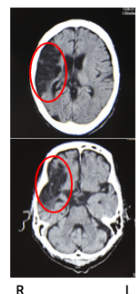
## 認知症は進行性？

- それでは、いわゆる認知症は進行性でしょうか？
- 答えはyesでもあり、noでもあります。
- 認知症の原因は、アルツハイマー病が約7割、血管性認知症が約2割、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症が合わせて数%との報告もあります（報告によって割合は多少異なります）。アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの変性疾患は、基本的には進行性です。しかし、脳血管障害による認知症の多くは、進行しません。

7

## 血管性認知症

- たとえば、右の脳画像の患者さんは、心臓にできた血栓によって、右中大脳動脈がつまり、大きな脳梗塞を生じています（赤丸で囲った部位）。
- 注意力の低下、短期記憶の低下などの認知機能障害、病的泣き笑い、左半身麻痺が後遺症として残りました。
- 血管性認知症に分類されますが、この病態は、**次の脳梗塞や脳内出血が生じない限り、進行することはありません。**
- 脳卒中の後遺症として高次脳機能障害と診断することも可能です



8

## 進行する病気、進行しない病気

- 認知症と呼ばれる病気のうち、今の医療では根本的な治療法がなく、**必ず進行してしまう病気は次のスライドから説明していく「変性疾患」**だけです。
- 脳血管障害、つまり脳梗塞や脳内出血、くも膜下出血は、進行しません。もちろん、繰り返し脳梗塞や脳内出血を生じると、進行します。一部の遺伝的な血管の病気などでは、脳梗塞や脳内出血の予防が難しく、繰り返し生じて進行することもあります。
- もちろん、外傷性脳損傷も進行しません。

9

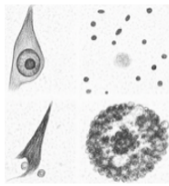
## それでは、変性疾患とは？

- 病理学では、細胞や組織の中に正常では存在しない**異常な物質**、あるいは正常でも存在する物質だったとしても、**異常な部位に、または異常な量**認められる状態を、「変性」と呼んでいます。
- 神経変性疾患は、神経細胞の中や周りに、このような**異常な物質が徐々にたまり続け**、それによって**細胞が徐々に死んでいってしまう病気**です。つまり、**進行性の疾患**ということになります。
- **何がたまるかによって「病名」が決まり、初期にどこからたまりはじめるかによって「初期症状」が決まります。**

10

## 変性疾患の根本的治療はまだありません

- 例えば、アルツハイマー病では、アミロイドβ、タウ蛋白という2つの物質が脳の中にたまっていき、多くの場合、海馬周辺からその変化が始まるため、もの忘れが生じます。
- アミロイドβシート、タウ蛋白は、徐々にたまり、たまりだしてから症状が出るのに、10~30年程度かかります。発症後もたまり続け、病状は進行していきます。



左の列が神経原線維変化(タウ)  
右の列は老人斑(アミロイドβシート)  
<イラスト>

### 新しい治療

- 2023年12月から、脳の中にたまったアミロイドを除去する生物学的製剤が保険医療で利用できるようになりました。
- この薬でも完全に進行を止めることは難しいですが、将来的には、変性疾患も進行しない疾患になるのかもしれない。

11

## ここまでのまとめ

- いわゆる認知症も、高次脳機能障害も、脳の損傷に伴う、獲得性の認知機能障害であることは同じです。
- ただし、変性疾患に伴う**進行性の**認知症は、高次脳機能障害診断基準により、除外します。

### 一方で

- 「高次脳機能障害は難しい」と、支援者の方からよくお聞きします。それは、おそらく、高次脳機能障害では、記憶の障害以外にも様々な症状がみられるからだだと思います。
- 認知症の支援を経験された方は、「もの忘れ」に対しては理解があり、対応もよくわかっていることが多いです。**なぜなら、認知症の原因で最も多い、アルツハイマー病の中心症状が、「もの忘れ」だからです。**
- もの忘れ以外の認知症の症状については、講義の後半、症例のところで触れます。

12

## 発達障害

発達障害者支援法において、「発達障害」は「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」(発達障害者支援法第二条における定義)

13

## 医学診断としての神経発達症

- 最新の診断分類(DSM-5-TR)では  
Neurodevelopmental Disorders (神経発達症群)
- 自閉スペクトラム症
- 注意欠如多動症
- 限局性学習症
- 知的発達症群
- コミュニケーション症群
  - ◆ 言語症
  - ◆ 語音症
  - ◆ 児童期発症流暢症
  - ◆ 社会的コミュニケーション症
- 運動症群
  - ◆ 発達性協調運動症
  - ◆ 常同運動症
  - ◆ チック症

14

## 自閉スペクトラム症

- 社会的コミュニケーションの領域の障害
  - 対人的・情緒的関係の困難さ
  - **言語的**・非言語的コミュニケーションが難しい
  - 人間関係を発達、維持させることが困難
- 限局された行動・興味の領域
  - **常同的**・反復的行動
  - 同一性への固執(変化を嫌がる)
  - 限局された興味 (**マニアック**)
  - 感覚の過敏さまたは鈍感さ

15

## 注意欠如多動症

- 不注意・・・集中力、注意力の障害(忘れ物、なくし物が多い。片付けができず、探し物に非常に時間がかかる など)
- 多動性・・・落ち着きがないこと(授業中に**立ち歩く**。落ち着かず、**じっと座ってられない** など)
- 衝動性・・・衝動的に行動してしまうこと(他人がしゃべってるのにしゃべりだす。思ったことをすぐ口にしてしまう など)

16

## 脳のどこが問題か？

- ・脳画像研究から、自閉スペクトラム症では前頭葉内側面などの機能低下が、注意欠如多動症では右前頭葉外側面の機能低下が示唆されています。
- ・これらの領域は、それぞれ、他者の情動の理解、臨機応変な対応（内側面）、注意機能（外側面）に重要な役割を果たす脳領域として知られており、原因を問わず、これらの領域が障害されると、同じような障害が生じることが知られています。

17

## 限局性学習症

- 読字の障害（よみ）
- 書字表出の障害（かき）
- 算数の障害（そろばん）

実際には、たとえば発達性相貌失認（ヒトの顔が区別しづらい）、左右失認（右・左の区別がしづらい）、道順障害（どっちに曲がるべきかわからず迷う）なども、限局性学習症の枠組みでとらえることが現実的と考えられる。

## 運動症群

- ・発達性協調運動症  
その名の通り協調運動の障害である。協調運動とは、複数の筋肉、あるいは体と視覚情報を連携して行う運動のことを指す。細かい作業が苦手になる（巧緻運動の障害）、球技が苦手になるなどの症状が含まれる。
- ・チック症  
不規則で突発的な体の動きや発声、本人の意思とは関係なく生じてしまう症状を指す。

18

## 対策は相通ずるところが

発達障害、認知症、高次脳機能障害にかかわらず、

- ・似通った症状には
- ・似通った対策が

効果的です。

19

## 症例1 交通外傷による発達障害？

- ・7歳時の交通外傷による脳挫傷。
- ・初診時56歳 右手利き 男性。
- ・生活歴・現病歴：同胞3名中第3子（次男）。結婚し、2女をもうけるが離婚。その後、家族との交流はない。いくつかの職種を転々とし、仕事でうまくいかない、同僚に厳しく言われるなどを苦に自殺未遂あり。就労支援などについて、精神科病院より当院に紹介受診となった。

20

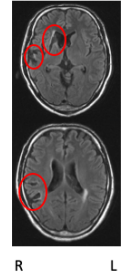
## 自覚症状

- ・対人関係の苦手さが、生涯を通じてのさまざまな困難につながっているとの自覚あり。
- ・「前々から、自分と他の人との違いに苦しんできた。他の人は段々とやれることが広がっていくのに、自分自身は全然変わらない。それで、もう自分はいいか、みたいな思いもあって（自殺企図をしてしまった）」
- ・「僕自身は、高次脳機能障害という言葉を知る前は、発達障害の一種だと思っていたんですけど」

21

## 神経画像検査

- ・MRIでは、右の尾状核、前頭葉、側頭葉、頭頂葉の一部に、外傷性変化を認めている。
- ・この部位は、注意欠如多動症で機能低下が指摘されている部位と一致している。



22

## 神経心理検査

- ・WMS-R（記憶検査） 言語性80 視覚性111 一般88 注意集中105 遅延再生89
- ・WAIS-III（知能検査） 言語理解109 知覚統合103 作動記憶103 処理速度78
- ・この2つは平均100、1標準偏差15。記憶検査では、聴覚性の情報保持が苦手であること、知能検査ではものごとに時間がかかることがわかる。
- ・標準注意検査法 聴覚性検出課題では、ターゲット音以外への反応が目立ち、**的中率は59%でかなり低くお手付きが多い**。PASAT（聴覚性に与えられた情報保持と操作課題）も**33.3%**とかなり低い。
- ・TMT-A（視覚性注意課題） **105秒**（同年代平均75.3+15.3）
- ・TMT-B（切り替えを伴う視覚性注意課題） **164秒**（同年代平均87.8+18.8）

23

## 注意能力についての振り返り

- ・「結局、僕は不思議がいっぱいあったんですよ。自分が意識しないうちにそれをやっているのに、ぱっと見たときに、なんでこれこんなふうになってるの？って。そんなことがいっぱいあるんですよ。**たとえば自転車のカギをかけているのに、その直後に見て、あれっ、かかっている、今かけようと思っていたのに、とかね**」
- ・「それからボーっとすることも多かったですよ。はっと気が付いたら時間が経っているとかね。そういうふうなのは僕もうすうすうわかってたんですけど、それをぱっきりとらえるところまではいってなかったんですよ」
- ・「**かなり独り言も言ってますね。思ったことを全部言ってしまっ**」

24

## 社会的能力への影響

- ・(友達との交流にも影響があった?) 「僕はそう思っているんですよ。人との会話の時でも、自分の言いたいことを見失ってしまうんですよね。だから、言いたいことが言えない。それから、なんていうんですかね(ノートを見て確認しながら)、**迷走するでしょ、会話が**。それで自分でも混乱してしまって。**もう1つは、深く物事を考えずに行動してしまう、っていうのがあって、結局それは、周り状況を考えていない、それで、周りの人からすると、えっ?って感じてしまうよね**」

25

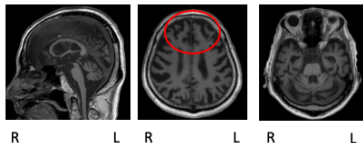
## 不注意への対策

- ・右半球損傷では、ADHDと同様、注意の障害が生じやすい。
- ・注意障害への対策は、ADHDと高次脳機能障害で共通している。
  - なるべく並列課題にしない(直列で)。
  - 作業中に声をかけたり邪魔しない。
  - 可能なら個室など、気をそらす刺激が入らない環境にする。
  - 情報はなるべく短く箇条書き的に伝える。
  - 疲れると注意力が落ちるので、定期的に休憩する。
  - アラームなど、リマインダーを活用する。
  - メモやボイスメモなどを活用する。
  - カバンをなるべく変えない。物を増やさない。 など(一部国立精神・神経医療研究センターのHPから改変引用)

26

## 症例2 抑制の効かない認知症

- ・58歳頃から転倒しやすくなり、呂律難も出現したため60歳ごろに入院精査し、多系統萎縮症の診断。



27

## 抑制が効かない

- ・診察室では、こちらが何も質問しなくても勝手に喋り始める。
- ・阪神が好きで、時々六甲おろしを突然歌われる。
- ・ぼく、軍歌も知ってるって軍歌を歌い出す。小脳失調のため、声の音量は大きく、隣の診察室にも響いているがお構いなし。
- ・一方で、直近の台風のことや、コロナで特定の有名人が亡くなったことなどは想起できる(記憶の障害は軽度)。
- ・突然姉のことを「〇〇ちゃん」と話し始め、事情を知っていないと全く話が伝わらない。

28

## 症例の理解

### 認知症? 高次脳機能障害?

- ・症例2は、進行性の変性疾患なので、いわゆる「認知症」ですが、その理解には、前頭葉の障害から生じる様々な症状を知っておく必要があります。
- ・つまり、「記憶の障害」以外の認知症の症状の理解には、高次脳機能障害の知識が非常に役立つわけです。

29

## 前頭葉がやっていること

後頭葉、側頭葉、頭頂葉が、入ってきた情報を処理していくボトムアップ処理をしているのに対し、前頭葉は、処理された情報を基に、「TPOに応じて」「臨機応変に」対応する(トップダウンの)決断を行う処理をします。

従って、前頭葉が損傷すると、多くの場合、「TPOをわきまえない」「短絡的な」「こだわりの強い」反応が生じやすくなります。

## 前頭葉の障害では?

前頭葉の障害では、特に注意の切り替え、臨機応変な対応、計画を立て、実行する能力などが低下します。  
今しなくてよいこと、してはいけないことを抑制する能力も前頭葉機能に含まれます。

30

## 子どもはまだ前頭葉が未発達

- ・子どもは前頭葉の発達が不十分で、特に抑制能力は未発達です。
- ・スーパーでは、商品を見るとすぐに触ろうとして、親御さんに怒られている子どもをよく見かけますが、これも、前頭葉が未発達のために生じる問題です。



31

## 症状とその工夫

- ・背景となる病名にかかわらず、同じ症状に対しては同じ工夫で効果があります。
- ・ただし、認知症では全般的な能力低下から、子どもでは全般的な能力の未発達から、環境調整や関係者の側の工夫に重点が置かれます。中高年層の場合、つまり高次脳機能障害の場合は、症状の自覚を促し、ご自身の症状理解を深め、自ら対策を考えられるような指導が理想的です。

32

## 障害への対策：基本方針

33

## 残存能力の活用

- できること、できないことをしっかり把握しましょう  
たとえば、耳の聞こえない人に対して、大声を張り上げて何かを伝えようとしても伝わりません。  
→ <正解>筆談をする。
- 低下した能力を、訓練・リハビリなどで維持する努力はたしかに必要ですが、日常・社会生活においては、**低下した能力にいか**に**負荷をかけないようにするか**、あるいは**別の能力や代償手段で補うか**、が重要です。

34

## 当たり前のことですが…

- 失敗しやすいやり方では、何度やっても繰り返し失敗します。
- 同じやり方でやると失敗するので、**やり方を具体的に変える必要があります**。
- 「もっと注意して」「頑張ってやりましょう」では解決になりません。**抽象的、精神論的な助言は意味がありません**。
- 現在の能力でも活用できるような、**具体的助言**を考えられるよう、支援者は頭を柔らかくしましょう。
- その際、健常者のやり方にこだわらず、やり方の工夫をしましょう。お作法的なやり方を押し付けることは、障害がある人にとってはむしろ迷惑になることもあります。

35

© 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者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

36

## 講義02A

## 小児期における支援 ライフステージに応じた支援

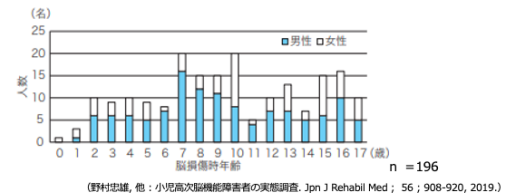
1

## 1. 小児高次脳機能障害の特徴

### ① 小児高次脳機能障害者の実態調査

(野村ら, 2019)

- 発症時年齢  
中央値9.8歳



(野村忠雄, 他: 小児高次脳機能障害者の実態調査. Jpn J Rehabil Med ; 56 ; 908-920, 2019.)

2

### • 原因疾患

外傷性脳損傷が最も多く、次いで脳血管障害、脳炎・脳症、脳腫瘍、低酸素脳症の順。

原因は多彩である。

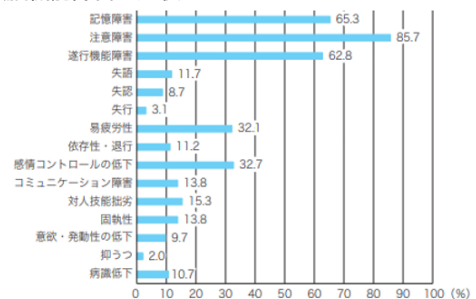
脳炎・脳症は他の疾患よりも低年齢。

	外傷性脳損傷群	脳血管障害群	脳炎・脳症群	脳腫瘍群	低酸素脳症群
人数 (%)	109人 (55.6%)	35人 (17.9%)	27人 (13.8%)	17人 (8.7%)	8人 (4.1%)
脳損傷時年齢の中央値 (歳)	10.6歳	10.5歳	5.1歳	10.3歳	7.1歳

(野村忠雄, 他: 小児高次脳機能障害者の実態調査. Jpn J Rehabil Med ; 56 ; 908-920, 2019.を改変)

3

### • 高次脳機能障害の症状



(野村忠雄, 他: 小児高次脳機能障害者の実態調査. Jpn J Rehabil Med ; 56 ; 908-920, 2019.)

4

## ② 小児支援の留意点

子どもは成長過程にあり、発達段階にある。



高次脳機能障害により、発達課題を乗り越えることが一層難しくなる。不適応に陥りやすい。

➔ 障害特性に応じた支援が必要

5

発達期に受傷・発症した子どもの社会復帰先は「学校」である。

成人に比し、社会復帰までの期間が早い。  
同年齢の子どもたちの成長発達のスピードは速い。  
学習内容は高度に、友人関係は複雑になる。  
進級や進学により学校環境は変化する。

卒後の社会参加（就労）を目指していく。



本人なりの改善や変化が見えにくく、自己肯定感が育ちにくい。

➔ 心理的サポートが必要

進級・進学により新たな環境への適応が求められる、支援者も変わっていく。

➔ 連携・協働による長期的な支援が必要

自己の障害理解を深め、対処行動を獲得し、環境調整が求められる。

➔ リハビリテーションや心理教育の提供

6

## 2. 症状と対応方法

- 高次脳機能障害という観点から要因を考え、神経心理ピラミッド（Ben-Yishayら, 2011）を考慮して、対応方法を検討
- 発達途上であることを考慮し、受傷・発症前との違いを確認
- 子ども本人の困り感や障害認識を確認
- 卒後の社会参加を見据えて継続的に支援

※発達障害の支援から応用できるものもある

※子どもの動機づけを高める工夫をプラス

7

## ① 注意障害

- 集中が続かず、ぼんやりすることがある
- 2つのことを同時に行うことが難しい
- 聴こえた音や見えた物に注意が逸れやすい
- 人の話を最後まで聞けない
- うっかりミスが多い



8

## 注意障害への対応

- 注意を引き付けてから伝える
- 用件は1つずつ伝え、確認する
- やるべきことを具体的に伝える
- やり方の順番や予定を示し、見通しを持ちやすくする
- 指さし、見直しなどの代償行動を促す
- 耳・目から入る刺激を少なくする（環境調整）



9

## ② 記憶障害

- 同じことを何度もたずねる
  - 忘れ物やなくし物が多い
  - 先生や友人の名前が覚えられない
  - 授業や活動の内容を思い出せない
  - 約束を忘れる
- ※印象に残ることは覚えていることが多い  
※発達障害の支援からは応用しにくい



10

## 記憶障害への対応

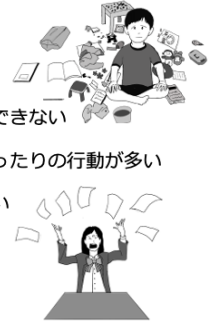
- 代償手段の活用  
予定・出来事を確認できる手段の獲得を支援  
例) 学校の連絡帳、自宅のカレンダー、市販の手帳、スマートフォン・タブレットのスケジュールアプリ、カメラで撮影など…
- 環境調整  
手がかりを視覚化する  
物の保管場所や実施手順を一定にする
- 学習方法の工夫  
語呂合わせ、合体漢字などで印象深く覚える



11

## ③ 遂行機能障害

- 指示しないと行動できない
- 学校の支度や部屋の整理整頓が1人ではできない
- 予定や手順を度外視した、行き当たりばったりの行動が多い
- すぐにあきらめてしまい試行錯誤できない



12

### 遂行機能障害への対応

- 前もって手順を伝える
- 優先順位をつけて提示する
- できることから少しずつ取り組む内容を増やしていく
- 手順書を渡し、手順書に沿って1人で行う
- 困ったときの対処行動を決めておく



13

### ④ 社会的行動障害

- 依存性・退行  
甘える、自分ではやろうとしない、やってもらいたがる
- 感情コントロールの低下  
すぐ怒る、キレる、泣く、暴言をはく、ふざける
- 対人技能拙劣  
協調性が乏しい、相手の気持ちが読めない
- 固執性  
こだわり、変更されると混乱する
- 意欲や発動性の低下  
やる気が出ない、ぼんやりしている、興味を持ってない



14

### 社会的行動障害への対応 (1)

- 依存性・退行、意欲や発動性の低下には  
集団活動への参加を促す  
日課や役割を作って促す  
まずは一緒にやり、次第に1人でやることを増やす
- 固執性には  
メリット・デメリットを伝えて修正を促す
- 対人技能拙劣には  
本人と相手の思いを具体化する、社会生活スキルトレーニング (SST) を活用



15

### 社会的行動障害への対応 (2)

- 感情コントロールの低下には  
原因を見つけて減らす・取り除く (環境調整)  
場所を変えてクールダウン or 許容できる方法で発散  
アンガーマネジメントの手法で対処行動を学ぶ
- ★アンガーマネジメントとは…  
怒りや悲しみ、不安などの混沌とした否定的感情に気づき、適切に表現することや問題解決ができるようになることを目指すもの。
- ※思春期ではより一層対応に難渋することがある  
※原因は多角的に検討する  
※小さな変化を大きく肯定的にフィードバック



16


### ⑤ 神経疲労 (易疲労性)

- 脳の疲れにより、できるときとできないときのムラが生じる
- 疲労のサインを見つけよう
  - ぼーっとする、姿勢が崩れる、あくびをする
  - そわそわする、おしゃべりが止まらない



17

### 神経疲労(易疲労性) への対応

- 疲れのサイン → 上手に休憩を取ろう  
ストレッチ、手を止めて少し休む、深呼吸をする、水分を摂る、トイレに行く
  - 保健室で休む、自宅でゆっくり寝る
- 疲れたときに休む = 充電   
※はじめは支援者の誘導 → 自発的に休めるように



18

### 3. 復学支援 (学校との連携)



※復学や進学時、できれば各学期や年度毎にも、学校生活への適応状況や支援の必要性を確認・検討しましょう。

19

### • 復学

大半は受傷・発症前に在籍していた学級への復学を望む。  
身体障害、ADL、言語機能、認知機能などの状態に応じて、適した学校環境を選択する。その環境で子どもの能力を引き出す手立てを用意する。

※ 合理的配慮 (障害者差別解消法 2016年4月~) を検討

障害のある児童生徒等に対する教育を小・中学校等で行う場合には、「合理的配慮」として以下のことが考えられる。

- 教員、支援員等の確保
- 施設・設備の整備
- 個別の教育支援計画や個別の指導計画に対応した柔軟な教育課程の編成や教材等の配慮

(文部科学省：特別支援教育の在り方に関する特別委員会 (第3回) 配布資料 資料3：合理的配慮について、2010.)

20

・試験登校

本格的な復学の前に慣らし登校をすることが望ましいが、公的な制度や仕組みはなく、学校と調整が必要。子どもや親の安心につながる、受け入れる学校や友人は心構えや準備ができる、などの利点がある。

・関係者会議

復学時、進級・進学時、学校不適應、就労に向けた支援の必要時などに実施する。受傷からの経過、障害や症状と対応方法や配慮事項を共有し、課題について協議する。

21

・教育資源に関する情報提供

経過の中で、特別支援学級や通級指導教室の利用、特別支援学校やサポート校への転校など、利用可能な教育資源や相談機関の情報を提供する。

※参考資料

全国特別支援学校病弱教育校長会

「病気の子どもの理解のために - 高次脳機能障害 - 」

(2013)

[https://zentokucho.jp/files/zentokucv20/h25kouji\\_nou.pdf](https://zentokucho.jp/files/zentokucv20/h25kouji_nou.pdf)



22

4. 家族支援

子どもを支える家族 = 親（保護者）  
親は受傷・発症に複雑な思いを抱えている



障害を正しく理解し対応できるように → 家族指導

親の気持ちに寄り添い支援する → 心理的サポート

復学や就学、進学、特別支援教育の利用、卒後の社会参加（就労）などの相談支援

→ ライフステージに沿った情報提供や支援の提供

同じ境遇の仲間との出会い → ピアサポート、家族会

23

家族の障害受容

・後天性脳損傷の子どもを持つ親の障害受容は、先天性障害の子どもを持つ親の障害受容（Ⅰ.ショック→Ⅱ.否認→Ⅲ.悲しみと怒り→Ⅳ.適応→Ⅴ.再起）と同じ経過をたどる。しかし、反応の仕方がより強く、再起により長い時間を要する（栗原ら、2002）。

・学齢期の高次脳機能障害児の保護者調査（池田ら、2009）によると、75名中29名の保護者が、子どもが障害を持ったことに対し心の整理がつかないと回答した。

24

ピアサポートの活用



・家族会の意義（鈴木、2010）

当事者と家族は、互いに支え合う仲間に出会える。会を支える専門職は、臨床上の視野を広げる上で有益である。

・小児高次脳機能障害の家族会（次ページへ）

各地の家族会と支援に携わる専門家のネットワークが広がっている。年1回の宿泊イベント、メーリングリストを活用した情報交換が行われている。

25

小児高次脳機能障害の家族会

都道府県	会の名称
北海道	NPO法人脳損傷友の会コロポックル 学齢期の親の会
埼玉	ハイリハキッズ埼玉
東京	ハイリハキッズ
東京	ハイリハジュニア（中学生～大学生・社会人（22歳くらいまで））
神奈川	アトム会 後天性脳損傷の子どもをもつ親の会
神奈川	川崎市高次脳機能障害の子どもを持つ家族の会 エルダーフラワー
愛知	NPO法人高次脳機能障害友の会みずほ キッズプラス
富山	NPO法人高次脳機能障害友の会高志 高志キッズ
福岡	NPO法人福岡・翼の会 つばさジュニア
長崎	高次脳機能に障害をもつ子どもと家族の会 よりよりホームズ

2025年11月時点

26

まとめ

後天性脳損傷による高次脳機能障害の子どもたちは、成長・発達の上であり、発達課題と高次脳機能障害による課題を乗り越えていくことが求められる。

卒後の社会参加に向けて、自己の障害認識を育み、必要な対処行動を獲得するための支援が必要である。

家庭・医療・教育・福祉の連携による、長期的な当事者・保護者への支援が重要である。

27

文献

- ・野村忠雄, 太田令子, 吉永勝訓 他：小児高次脳機能障害者の実態調査. Jpn J Rehabil Med, 56, 908-920, 2019.
- ・Yehuda Ben-Yishay, 大橋正洋 監修, 立神粧子 著：前頭葉機能不全 その先の戦略 Rusk通院プログラムと神経心理ピラミッド. 医学書院, 東京, 2011.
- ・栗原まな, 中江陽一郎, 小沢沢利孝 他：後天性脳脊髄障害児に対する家族の障害受容 - 通常学級復学例のアンケート調査を通して - . 小児保健研究, 61(3), pp.428-435, 2002.
- ・池田理恵子, 高橋智：学齢期の高次脳機能障害児の困難・ニーズと支援に関する研究 - 保護者調査から - . 東京学芸大学紀要総合教育科学系, 第60集, 293-321, 2009.
- ・鈴木勉：高次脳機能障害児者の当事者・家族会活動への支援. コミュニケーション障害学, 27, 38-42, 2010.

28

# 長期経過とフォローアップ

ライフステージに応じた支援

1

© 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者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

29

## ライフステージとは

幼児期 — 学童期 — 思春期・青年期 — 成人期 — 高齢期  
 (0~6歳) (6~12歳) (12~18歳) (18~65歳) (65歳以上)



それぞれの年齢において乗り越えるべき課題がある。  
 脳損傷を受傷・発症した場合、高次脳機能障害によってそれぞれの発達段階における課題を達成することが困難となる。受傷・発症時の年齢相応の問題をかかえつづける。

2

## ライフステージと高次脳機能障害

すべてのステージで共通して介入すべきこと

- ① 生活の安定 (生活リズム・睡眠・食事・日中の活動性)
- ② 記憶・注意・遂行機能障害に対する介入
- ③ 社会的行動障害に対する介入
- ④ 環境 (学校・職場・家族) に対する介入

- ・ 脳損傷による高次脳機能障害の影響で社会的交流の機会が減少する。
- ・ 社会性を獲得する機会が減少することで、社会性が発達しにくい。
- ・ 受傷・発症時の年齢相応の問題を解決できない場合、長期的な介入が必要となる。

3

## ライフステージをとらえてみた高次脳機能障害

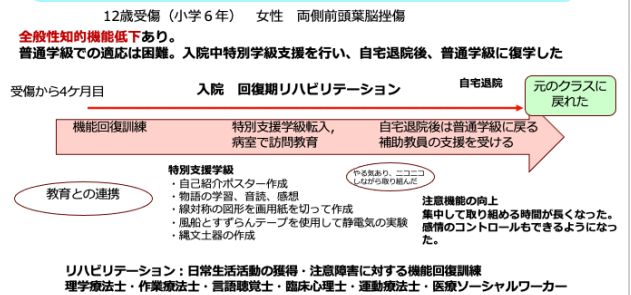
幼児期 — 学童期 — 思春期・青年期 — 成人期 — 高齢期  
 (0~6歳) (6~12歳) (12~18歳) (18~65歳) (65歳以上)

脳損傷が生じたそれぞれのライフステージの段階の課題を考えて対応する

- ・ 学童期では、成長・発達の間であるもの集団 (学校生活) を支える  
 小学校低学年 (学童期) : 生存し適応するために必要な技術をマスターする  
 注意障害・ワーキングメモリの低下、情動制御困難による生活障害への支援
- ・ 思春期・青年期では、思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行う  
 中学生 : 自我同一性の確立が困難 (自分が何者かという自問に対する肯定的な回答を持っていない)  
 内面の安定と連続性を保ち、よいモデルを提示する、正のフィードバックを行う  
 記憶・注意障害に対する学習支援を行う  
 特別支援学級への進級についての心理的支援、学習と並行して就労体験などを取り入れる
- ・ 成人期では、就労を目標とする
- ・ 高齢期では、機能低下を早期に発見し、支援体制を強化する

4

## 学童期では、成長・発達の間であるもの集団 (学校生活) を支える



5

## 思春期・青年期では、思春期の課題に対応しながら、就労にむけた準備を行う

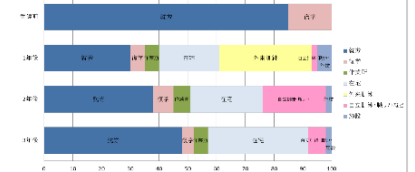
10歳 (小学4年生) 男性 ひま人性軸索損傷の (10年経過) 20歳就労に至るまでの経過

学童期	思春期・青年期		成人期
小学生	中学生	高校生	大学生~
受傷・小4復学し、卒業	普通校	サポート校	就労移行支援→就労
高次脳機能障害 学校の配慮で卒業	動作緩慢、注意障害の影響あり	気の合う友人、気持ちは楽になる。動作は遅く聞き逃しも多い	就労準備 情報量が多くなると処理ができない 就労に向けた訓練を必要とした
周囲が通学できるような環境を整備する	青年期の対応 記憶・注意障害への学習支援、家族支援	青年期以降 就労準備 得意な作業をのばし職業訓練につなげる	障害者雇用枠での就労に至った
	・普通学級から支援学級への進学に対する心理的支援 ・内面の安定と連続性を保つ。正のフィードバックを行う ・環境が変わっても孤立しないように学校との連携		

6

## 成人期では就労を目標とする

- ・ 高次脳機能障害に対する標準的なリハビリテーションを行うことで社会復帰を促進できる。
- ・ 急性期・回復期リハ病院でリハビリテーションを行い、1年後に就労する割合は30%
- ・ 2年後で就労率は40%近くまで上昇、2年後には自立訓練・就労支援などを活用し、社会復帰訓練をしている者が22%まで上昇する。  
 3年後には就労48%、作業所5%、在宅生活35%、自立訓練・職業訓練6%となった。



7

## 就学期の高次脳機能障害の特徴と対応

### 復学から就労にどのようにつなげていくか

- ・ **学童期** では、成長・発達の間であるもの集団（学校生活）を支える
  - ①学校の教師・友人・保護者に高次脳機能障害を理解して対応いただき、受傷前に属していた集団環境に戻る。友人関係を維持する。
  - ②教育機関と連携して学習支援を行う。
- ・ **思春期・青年期** では、思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行う
  - ①残存する高次脳機能障害が軽度であっても、環境が変わることで（進学・就労など）、「新しいことを覚えられない」「複数のことが同時処理できない」など適応障害を起こすことが多い。
  - ②学校生活が続けられない、仕事がつまみでできず、うつ状態が強くなることもある。集団の中で孤立しないように学校と連携する。
- ・ **成人期** では、就労を目標とする
 

問題が生じた段階で、医学的再評価、就労に向けた生活訓練、職業リハビリテーションなど、適切な支援を行ない、社会参加につなげる。

8

## 受傷・発症から就労に至るまでの経過

9

## リハビリテーションチームアプローチ

医学的訓練プログラムから職能訓練が終了するまでおおむね1年間と考えられている。

高次脳機能障害者支援の手引き(改訂第2版)より改変して引用  
[https://www.rehab.go.jp/brain\\_fukyu/data/](https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/data/) (2025/11/30)

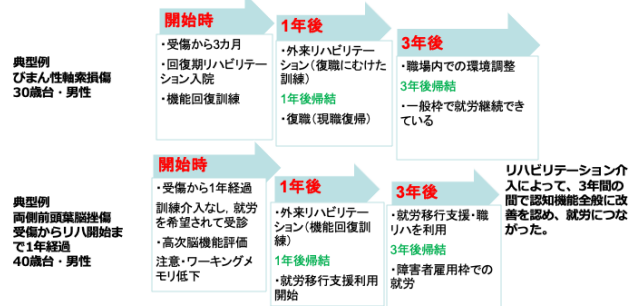


時間経過とともに機能回復を目的とした訓練の適応は低くなる。  
 しかし、発症・受傷から、1年で復職・社会復帰できる場合は全体の約30%であった。  
 医学的訓練プログラムが終了したあとでも経過を確認し、社会適応できない場合は、再適応や新規就労を目的とした職業リハビリテーション介入を検討することが必要となる。

- ・ 医学的訓練（医療）から生活訓練（福祉）職能訓練（職業リハビリテーション）などへシームレスに移行。
- ・ 障害福祉サービス、地域社会と適宜連携する。

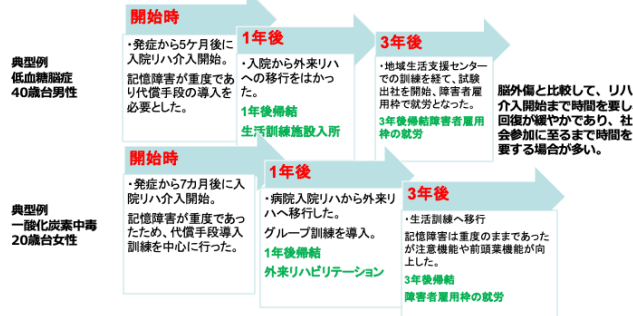
10

## 就労に至るまでの外傷性脳損傷患者の受傷から3年間の経過



11

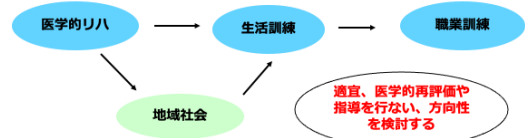
## 就労に至るまでの低酸素脳症患者の発症から3年間の経過



12

## 生活訓練で職業前準備を行う

回復期に「入院から外来、生活訓練、職業訓練」の流れに適応できない場合でも、緩やかな回復が起こり、慢性期に、就労にむけたリハビリテーションを開始できるまで回復することがある。



- ・ リハビリテーションの基本的な考え方：生活の作業場面の中から本人ができる能力を引き出すことが意欲につながる
- ・ 障害認識の欠如：周囲からの指摘により気づきを得られる

13

## 長期的な視点で就労を支援する

- ・ 頭部外傷（びまん性軸索損傷）・低酸素脳症など、脳損傷の回復のスピードが緩やかな場合がある
- ・ 医学的リハビリテーションから、社会的リハビリテーション（生活訓練・就労移行支援・職業リハビリテーション）を利用して就労に至るまでに時間を要することが多いため、回復に見合った介入が必要である
- ・ 現職復帰をしても適応できず、何年か後に配置転換・職場変更となる場合がある
- ・ 患者本人が、障害者雇用枠での就労や就労継続支援などの現状を受け入れていくには時間がかかる

→ 長期的フォローが必要

14

## 高齢期では、機能低下を早期に発見し、介護体制の強化をはかる

### 高次脳機能障害から認知症に移行する可能性がある

50歳台・男性 前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血  
 重度の記憶障害が残存したが、自宅で生活を送ることができていた。しかし発症から5年後にてんかん重積発作を起こし、認知機能が徐々に低下し、認知症に移行した。

	3か月後	4年後	5年後
発症	入院リハ	再発リハ	生活訓練
発見当時・記憶障害が重度に残存	記憶障害が重度で代償手段が定着しない	デイサービス利用	認知機能全般的に低下、移行性失神、失行
			介護体制の強化 ショートステイ、入居施設の利用

高次脳機能障害 → 認知症

介護保険のサービス（要介護5）  
 障害福祉の居宅介護を併用した（精神1級）

家族の介護負担が大きくなるため、介護体制の強化・家族支援が必要である。

15

### 高次脳機能障害

DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル  
神経認知障害群 (Neurocognitive Disorders)

- ・DSM-5-TRの中には、高次脳機能障害の用語はない。
- ・血管障害や頭部外傷後に認知の問題が持続する場合は、「神経認知障害群」の中の「認知症」に分類される。

#### DSM-5-TR 認知症

- ・認知の問題が長期間持続、安定していて意識の混濁はない
  - ・ **アルツハイマー病による認知症**
  - ・ **血管性認知症**
  - ・ **外傷性脳損傷による認知症**
  - ・ **パーキンソン病による認知症**
  - ・ **レビー小体型認知症**
  - ・ HIV感染による認知症
  - ・ **前頭側頭型による認知症**
  - ・ **ハンチントン病による認知症**
  - ・ **プリオン病による認知症**

16

### 認知症とは

脳の神経細胞が徐々に壊れてなくなっていく進行性の疾患

- ・ 変性疾患 (アルツハイマー型・レビー小体型)
- ・ 血管性認知症

#### 高次脳機能障害と認知症の相違

- ・ 高次脳機能障害は発症時期が明確、知能が低下することは少ない、回復する場合がある。
- ・ 認知症は症状が徐々に進行する。

#### 高次脳機能障害から認知症への移行

- ・ 頭部外傷や脳血管障害後に認知機能低下が生じるリスクは健常者に比べて高い。
- ・ 5～10年の経過で症状の進行がある。高次脳機能障害のリハビリテーションを行って、社会参加に至った症例でも認知症に至る場合がある。高次脳機能障害としての記憶障害がある場合でも知能の低下を早期発見し、地域包括ケアシステムに導入することが望ましい。

17

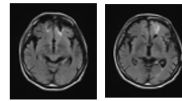
### 受傷・発症から10年経過した症例 現状と支援サービス利用状況 問題点

在宅生活を送る高齢高次脳機能障害者

18

#### 事例1

#### 知的機能は保たれるが、記憶力低下が残る



70歳台・男 両側前頭葉脳挫傷 受傷から10年

知的機能は向上しているが、記憶力低下が徐々に悪化

【日常生活活動】

- ・ 日中は畑仕事、食事の準備や買い物はできる

- ・ 単身だが友人や娘が見守りをしている

【高次脳機能障害】

- ・ 予期せぬことに対応できない、記憶力低下から思い込みや

つじつまのあわない言動につながる

【問題点】①記憶力低下による生活障害があるが、知的機能が維持されているため、本人・家族ともにサービス（介護保険や障害福祉サービスの介護給付である「居宅介護」）の利用を望まない。

②経過とともに認知症に移行する可能性がある。

三宅式記憶力検査	受傷後	10年後
有関連	7-8-9	5-6-4
無関連	1-3-4	0-0-0

WAIS-III	受傷後	10年後
言語性IQ	81	95
動作性IQ	83	88
全IQ	80	91
言語理解	84	95
知覚統合	87	83
作動記憶	85	88
処理速度	75	94

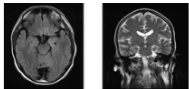
家族の介護負担が大きい

日中活動を維持する方法を模索する

19

#### 事例2

#### 注意機能は向上しているが、発動性低下が残る



60歳台前半、男性、ヘルペス脳炎（発症から10年）  
障害者福祉手帳2級だが、介護保険は65歳まで申請できない

【日常生活活動・高次脳機能障害】

- ・ 作業はできるが体調に波がある、発動性低下している

- ・ 記憶障害のため、単独での移動ができない

- ・ 注意機能や視覚認知機能は向上している

- ・ 作業系の通所施設の利用は可能と思われた

【問題点】

- ・ 就労継続支援B型に自分で通所できない（送迎がない）。

- ・ 65歳まで介護保険のサービスを利用できず、日中の活動の場がない。

原因疾患が特定疾患ではないため、介護保険サービスを  
65歳まで利用できない

利用できるサービスを工夫して発動性を上げる

障害福祉サービスの介護給付「居宅介護」、 「行動支援」  
地域生活支援事業の「移動支援」利用が発動性向上につながる可能性あり

三宅式記憶力検査	受傷後	10年後
有関連	5-6-4	1-1-3
無関連	0-1-1	0-0-0

WAIS-III	受傷後	10年後
VIQ	82	91
PIQ	94	106
IQ	86	97
言語理解	64	80
知覚統合	103	114
作動記憶	109	117
処理速度	78	84

20

### ライフステージと高次脳機能障害のまとめ

就学・就労において長期的なフォローが必要である。

ライフステージごとの課題にもむきあいながら対応することがのぞましい。

- ・ 学童期では、成長・発達の間である学校生活を支えること
- ・ 思春期・青年期では、思春期の課題へ対応しながら、就労にむけた準備を行うこと
- ・ 成人期では就労を目標とすること  
回復に合わせて長期的な視点で対応することが望ましい。
- ・ 高齢期では機能低下を早期に発見し、支援体制を強化すること  
高次脳機能障害から認知症に移行した場合、介護体制の見直しが必要。  
発動性向上につながる支援の工夫が必要。

21

#### 講義03A

### 多職種連携・地域連携

チームアプローチの重要性  
—地域で支える仕組み作り—

22

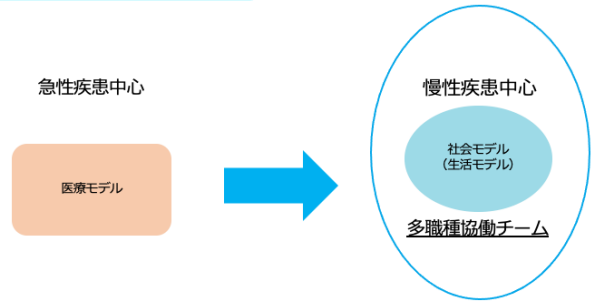
1

## チームアプローチがなぜ必要か？

- 1.生活を支えるために
- 2.多領域にまたがる支援となりやすいため
- 3.環境による影響を適切に捉えるために

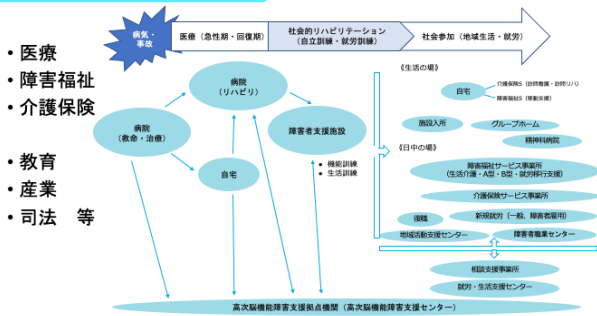
2

## ①生活を支えるために



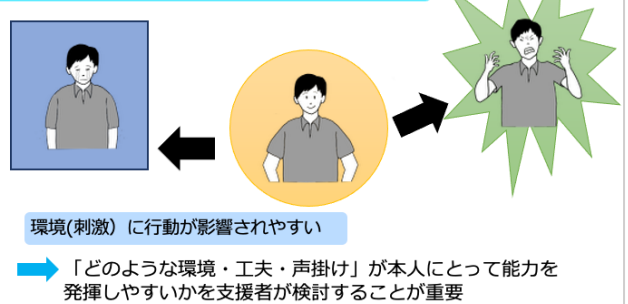
3

## ②多領域にまたがる支援



4

## ③環境による影響を適切に捉えるために



5

## 情報共有の重要性

- 支援者によって対応が異なると混乱する可能性が高くなること
- この人は要求をのんでくれる、この人は厳しい等の対応の違いがあると、当事者の行動が助長されることもある
- 特に社会的行動障害があると場当たりの対応になりやすく、当事者のニーズや目標が見えにくくなりやすい



支援チームで当事者の状態や支援の状況を共有することが、環境調整になること、ニーズや目標を確認しながら支援することで本人・家族のよりよい生活につながる

6

## 高次脳機能障害におけるチーム支援の意義とは？

- これまで見てきた①～③の理由から重層的に関わる必要がある。
- 当事者だけでなく家族も「急な事故や病気による障害」によってショックを受けサポートが必要（家族が病気を抱えている場合や未成年者がいる場合もあり、家族全体の生活を支える仕組みが必要になることもある）

→ チームで、全体をコーディネートする役割、当事者の支援、家族のサポートといった役割分担することが重要

7

## 支援チームを作る時に

支援のコーディネートをする機関を中心に関わる機関を検討する

- 例えば障害福祉の場合  
行政(障害福祉課)や委託(一般)相談を担っている生活支援センター(どのような支援機関に関わってもらったらいいかわからない時には基幹相談支援センターに相談する場合も)

当事者を中心に支援チームを組み立てる場合と当事者と家族の支援チームを作る場合も

→一家として課題がある場合

老老介護、虐待、DV、ヤングケアラーなどがある場合は当事者の支援、家族の支援それぞれを担う機関に声をかけ、一家にとって必要な支援を一緒に考える

8

## 支援を行うにあたって気を付けたいこと

サービス(支援機関や場所)につなげたら、支援チームができるわけではない

- 当事者・家族のニーズが形になるまでは時間がかかることが多い
- サービスにつないだとしても、試行錯誤しながら工夫を検討することになるため、生活が安定するまでに時間がかかることが多い

支援チームで伴走する

- ライフサイクルの変化や進学・就労・異動・家族形態の変化等環境が変わることによって、当事者の状態の変化が起きやすいため長期間のフォローが必要となる

→ その時々でどのような工夫や対応が生活の安定につながるかの検討

9

## 「家族との連携」と「家族支援」

### ● とあるご家族の言葉

「主治医の先生も支援者さんも本人の支援者さんだから、家族として自分の気持ちや困っていることを話していくんです」

→ 家族に「支援者としての行動を依頼している部分」と「家族のケアとして必要なサポート」を意識して考える。

10

## 家族と支援者の中で生じやすいすれ違い



11

## 支援を継続するために

- 記憶障害や社会的行動障害等の状態によって、「同じことが繰り返される」場合が多い
- 同じことが繰り返されると、家族と同様に支援者も燃え尽きてしまうこともある

### ◎ 学習性無力感

長期間、回避不能な嫌悪刺激にさらされ続けると、その刺激から逃れようとする自発的な行動が起らなくなる

⇒ 「何をやっても変えられない」という感覚が続くと、誰でもやる気を持つことが難しくなる

→ 支援チームで「小さな変化」や「できていること」を共有する。支援者のメンタルヘルス対策も大切。

12

## 地域における支援の仕組み

受傷理由・年齢によって、利用できるサービスが異なり複雑

当事者のニーズと利用できるサービスを組み合わせた支援チーム作りが必要

- 頭部外傷(交通事故、転倒、転落等)やその他脳の病気(脳炎や脳腫瘍等)の場合  
受傷時、65歳未満 → 障害福祉サービス  
65歳以上 → 介護保険サービス
- 脳血管障害(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)の場合  
発症時、40歳未満 → 障害福祉サービス  
40歳以上65歳未満 → 介護保険サービスが優先(第2号被保険者)  
65歳以上 → 介護保険サービス

◎ 第2号被保険者は原則介護保険優先 → 介護保険にないサービス(就労系)は障害福祉サービスの併用が可能

◎ 各都道府県や市町村によって、単独事業を実施している場合があるため、それぞれの自治体の障害福祉課や相談支援事業所等に確認を!

13

## ご清聴ありがとうございました



14

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

15

講義03B

## 多職種連携・地域連携

家族(きょうだい)支援・当事者家族会の活動

1

## 従来の家族機能

- ① 性的機能あるいは生殖機能
- ② 社会化機能あるいは教育的機能
- ③ 経済機能
- ④ 情緒安定機能
- ⑤ 保護的機能



2

### 今日の家族機能

- 多くの機能が外部化されたが、残された機能1つは「ケア機能」

#### —手段的側面—

- ・ 面倒を見る
- ・ 世話をする

#### —情緒的側面—

- ・ 思いやる
- ・ 気遣う

この機能は、とりわけ障害者の家族により強く求められている。

(楯井, 2004)

3

### ケアを求められる障害者の家族

- ・ 障害者一般の暮らしは、法律や制度に残る「家族扶養・介護」が大前提であるという考えから「親」（家族）依存と「本人の我慢」で成り立っている（きょうされん、2012）
- ・ 家族自らが社会規範や家族規範を内在化し、家族介護を所与のものとして考えがちである（得津、2017）

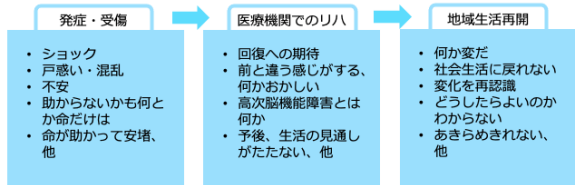
4

### 高次脳機能障害者とその家族の困難

- ・ 高次脳機能障害は、中途障害の一つである。ある日、突然の疾病や事故などによって脳に障害を負い、その後遺症として高次脳機能障害が生じる。その日を境に、当事者と家族は、それまでの平穏な日常を失うことになる。
- ・ 高次脳機能障害は、外見からは分かりにくく、症状の理解が難しい。そのため、適切な対応が遅れがちであり、当事者と家族の生活のしづらさ、生きづらさを一層深刻なものにしてきた。
- ・ 当事者にとっても、家族にとっても、社会生活の中で直面する高次脳機能障害によるさまざまな困難は、予期せぬ出来事であり、大きな混乱をもたらす。では、その混乱から、いかにして回復への道を歩むことができるのか。

5

### 発症からの経過と家族の思い



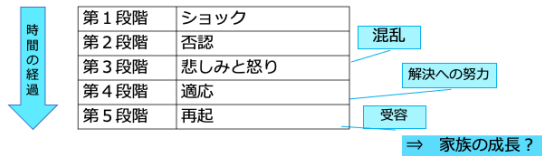
長時間にわたる喪失・葛藤などのストレス、安定と変化の繰り返し

家族内役割や関係性の変化、ライフスタイルの変容が迫られる

6

### 障害に直面した家族の葛藤・感情反応

- ・ 障害を持つ子どもの親の障害認識と受容の理論から
- ① 障害受容の段階的モデル (Drotar,1975)



「喪失」、それに伴う抑うつ → 「喪失」したものへの固執を断念し、新たな関心・価値感・生き方の模索

7

### ② 慢性的悲哀説 (Olshansky, 1962)

悲しみは一過性ではなく、当事者の変化や生活上のさまざまな出来事によって繰り返される。悲哀は常に内在化している。何かの折に悲哀の感情が表面化してくるが、通常の生活は適応的であることが多い。

### ③ らせん型モデル (中田, 1995)

段階説と慢性的悲哀説を統合。障害を肯定する気持ちと否定する気持ちが表裏に存在。表面的には落胆と適応の時期を繰り返すように見えているが、少しずつ受容の過程を進んでいく。

- 適応、不適応を繰り返し経験しながら障害を受け入れていく 紆余曲折の過程
- 生涯を通じた支援が必要

8

### 家族の抱えるストレス

- ① 高次脳機能障害についてよくわからない
- ② 当事者への対応の仕方がわからない
- ③ 経済的不安
- ④ 家族関係・役割の変化
- ⑤ 制度や医療・社会資源についてよくわからない
- ⑥ 受傷・発病前の当事者と比較してしまう
- ⑦ 孤立してしまう
- ⑧ ライフステージ、ライフイベントごとに新たな課題や心配が発生し、終わりがみえない
- ⑨ 自分自身のケアが十分に保障されていない

◎ 家族が抱えている問題と一緒に向き合い、解決のためにできることを

9

### 家族支援の視点

- ・ 当事者理解に基づく行動の意味づけ (フィードバック)
- ・ 具体的な関わりへの支援
  - 家庭生活の環境づくりへの支援
  - 適切な関わり方への支援
- ・ 必要とされる情報の提供
- ・ 家族の心理的安定を支える支援
  - 傾聴・気持ちに寄り添う
- ・ 孤立させない・つなげる



10

## 家族会とは

○高次脳機能障害は、当事者や家族が実際に経験して初めて、その特性や影響を理解することが多い障害である。何が起きているのか分からず、孤立感や不安を抱える時期には、支援機関とのつながりが重要であると同時に、同様の経験を有する家族同士が体験や思いを共有できる「家族会」の存在は、心理的な支えとして大きな役割を果たす。

○家族会では、家族間の交流、相談、体験を話したり、自分たちが家庭で行っている支援のアイデアを共有したり、社会資源、福祉制度についての勉強会、情報収集、研修活動を行っている。

11

## 家族会の活動の実際

### ○脳外傷友の会コロポックル（札幌市）

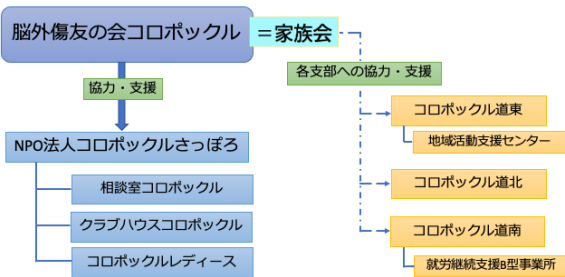
1999年2月に札幌で設立された家族会。交通事故により脳を損傷し、後遺症を持った子どもたちの親たちが立ち上げた。その1ヶ月後には、日本で初めての脳外傷者を対象とした作業所を設立。

交流会や会報などを通して会員相互の交流や情報交換を行うとともに、例会、講演会なども通じて、高次脳機能障害に対する知識や社会福祉サービスなどの学ぶ機会を提供している。

全国組織「日本高次脳機能障害友の会」の一員として、全国ネットワークの中で脳外傷・高次脳機能障害の実態を訴え、支援体制の確立を訴えるなど活発な活動を行っている。

12

### 脳外傷友の会コロポックル組織図



13

### 脳外傷友の会コロポックルの活動

- ・例会 2か月に1回  
高次脳機能障害の知識・制度などの学習の場、家族交流の場  
過去のテーマ（例）：「高次脳機能障害と自動車運転」・「市民後見人によるサポート」・「当事者・家族交流会」
- ・ポロミナ（妻の会） 2か月に1回
- ・学期親の会&ジュニアの会 奇数月
- ・相談会 年2回
- ・相談業務 随時
- ・役員会 毎月1回
- ・会報発行 年3回
- ・その他、日本高次脳機能障害友の会活動参加、講演会の実施、行政との交渉など



14

### ポロミナ（妻の会）の活動

・「ポロミナは、定期的集まって日頃のことや困っていることを自由に話し合うスタイルで活動しています。大事にしているのは、悩んでいる人の話をじっくり聞くこと、そして、困っているエピソードを皆で考えることです。そのなかで、誰かの発言が誰かの役に立つことがあり、同時に話しながら自分のことを振り返る時間になっています。」

【参加者の声】

- ・「ここにきてやっとわかってもらえた」
- ・「同じ経験をしている人の話は役に立つ」
- ・「経験した家族の話聞くことで、その後の生活をイメージしやすくなる」
- ・（家族を支援することを通して）「自分を振り返り初心に戻って、いま一度、本人と向き合う機会になっています」

—私の夫は高次脳機能障害です（奥宮（監）、2020）から—

15

### 家族が家族を支えケアする = ピアサポート

- ・ピアサポーターの特徴
  - 純粹に仲間
  - お互いに貴重な経験を持つ存在
  - 素人と専門職の中間的立場。専門家からの援助で足りない部分を補う
  - ピア同志で向き合う・わかちあうことでお互いにエンパワーされる
- ・ピアサポートの実践
  - 日常的な言葉で語り合う・聴きあう。お互いにしかわからない苦しみや生きづらさを共有することで、不安や孤独を和らげ、共に生きるつながりや支えあ関係性ができる
  - 相互支援の存在であることに気づき、自己肯定感、自分らしい生活の再構築につながる

（梓川、2022）

16

### きょうだい児の問題

- ・きょうだい児は親とは異なる心理社会的な問題を抱えていることが多いが、支援体制が整っていない
- ・きょうだいの関係性は個々の発達や適応に、直接的にも間接的にも影響を及ぼす

- 障害のある子どもが起す問題に親は緊急に対応せざるをえないので、親はきょうだい児の意思や気持ち、対応をないがしろにせざるえないこともしばしば。サポートしてもらえない
- 自立を早めることが求められる
- 従順な態度で親に接し協力することが求められる
- きょうだい児としての責任感
- 支援の場とのつながりが薄い



17

### きょうだい児の抱える心理的な問題（柳澤，2007）

孤独感	障害のある子ばかり親が世話をする 親の注意が障害のある子に向けられ、自分に関心を持ってもらえない
罪悪感	親の愛情を障害のある子と振り合ってしまったことへの後悔 障害のあるきょうだいを恥ずかしく感じることに對する葛藤
憤りや不満	障害のあるきょうだいの世話や家事を課される 自分自身の時間を取られ、束縛される
親との葛藤	親からの過剰な期待に対するプレッシャー 親の役割の代行を求められる
社会性や情緒の発達への影響	障害のあるきょうだいの世話で社会経験が少なくなる 年長のきょうだいに障害があるとき、きょうだいの役割逆転による不適応
羞恥や困惑	周囲からの好奇心な目や無理解にさらされる不愉快 障害のあるきょうだいの行動に常に注意を払うことによる疲労
ライフコース選択時における葛藤	自分自身の人生を歩むことへのためらい 家族のケアを重視する文化、保護者の役割を求められるつらさ

18

子どもが子どもらしく育つことができない  
「アダルトチルドレン」5つのタイプ (吉川, 2008)

ヒーロー	優等生であり家族の誇りとなるような行動をとることで自分の存在価値を得ようと頑張るタイプであり、疲れていても休めない、完璧にできない自分を責める
身代わり	家でも学校でも何かとトラブルを起こすことで、家族の中にある葛藤や緊張から目をそらさせる役割をしているタイプであり、内面にある寂しさやつらさを誰にも言えずに行動にあらわす傾向がある
いなくなった子	ほめられるわけでも問題を起こすわけでもなく、目立たず存在を忘れられたかのようにしているタイプで、目立たずいることで自分が傷つくことから身を守っているものの、孤独感を強める傾向がある
道化師	おどけた態度やしくさで家族の緊張を和らげ、場を和ませる役割をするタイプで、自分のつらさをはっきり言葉にすることができないという傾向がある
世話役	小さい時から親の面倒をみたり、愚痴や相談を聞いたりカウンセラーのような役割を果たし、障害のあるきょうだいの保護者役になったりするタイプで、自分のことはいつも後回しにしているため自分の感情やしたいことがわからなくなる傾向がある

子どもが一人の子どもとしていられる場、気持ちを受け止める場を。

ケアラーとしての家族

◎ヤングケアラー

家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行っている、18歳未満の子どものこと。ケアが必要な人は、主に、障がいや病気のある親や高齢の祖父母、きょうだいや他の親族の場合もある。

※若者ケアラー

18歳～おおむね30歳台までのケアラー。ケアの内容は子どもケアラーと同様。ケア責任がより重くなることもある。若者ケアラーには、子どもケアラーがケアを継続している場合と、18歳を越えてからケアがはじまる場合とがある。

—一般社団法人日本ケアラー連盟HPより—

ケアラーが担うケア

一般社団法人日本ケアラー連盟HPより

経済的支援	家計を支えるために労働をしている
意思疎通支援	障がいのある家族の意図を代弁している
見守り支援	目の離せない家族の見守りや声掛けなど気遣いをしている
家事支援	家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている
子育て支援	家族の代わりに幼いきょうだいの世話をしている
トラブル解決支援	アルコール・薬物・ギャンブルなどの問題のある家族に対応している
治療支援	慢性的な病気の家族の看病をしている
デリケート支援	入浴やトイレの介護をしている
生活支援	身の回りの支援
きょうだい支援	障がいのあるきょうだいの世話や見守り支援

子どもがケアラーの場合⇒子どもとしての育ちや教育の機会を失ってしまう

ヤングケアラーへの支援 (仲田ら, 2020)

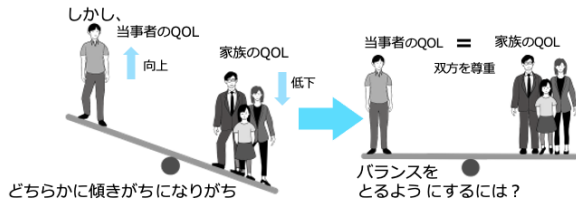
- ・ピアサポート(きょうだい会)につなげる
- ・家族が悩みを抱え込む構造からの脱却を模索
  - きょうだいが担っていた役割を福祉サービスや公的支援によって分散させる⇒肉体的負担・精神的不安を軽減
- ・家族関係の再構築
- ・自分自身を大切にできるような働きかけ
  - 傾聴・共感され境遇と気持ちを理解される機会づくり
  - 楽しめる、自分を大切にする時間の確保
  - ストレスへのコーピングスキルの獲得を支援



ライフステージにおいて多様な選択肢から自分自身の生き方を選択できるように支援する

おわりに

・当事者のQOLも家族のQOLもどちらも大切。



どちらかに傾きがちなりがち

バランスをとるようになる?

- ◎家族の暮らし・関係性・役割を再構築するための支援
- ◎それぞれが自分の人生・生き方をきるような支援の実践を

文献

梓川一 (2022) 「ともにいきる社会の創造～一人の人間の存在を認めあえることへ～」日本社会福祉学会第70回秋季大会企画シンポジウム

Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J., & Klaus, M. (1975) "The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model." *Pediatrics*, 56(5), pp.710-717

一般社団法人日本ケアラー連盟: ヤングケアラープロジェクト  
<https://youngcareerpi.jimdoofree.com/> (情報取得2025年10月31日)

きょうざれん. (2012) 「障害のある人の地域生活実態調査の結果(最終報告)」  
[http://www.kyosaren.com/investigationinfo/chikiseikatujiitai\\_saisyu.pdf](http://www.kyosaren.com/investigationinfo/chikiseikatujiitai_saisyu.pdf). 情報取得 2013年10月10日

仲田海人・木村謙志編著 (2021) 「ヤングでは終わらないヤングケアラー きょうだいヤングケアラーのライフステージと葛藤」 クリエイトかがわ

中田洋二郎 (1995) 『親の障害の認識と受容に関する観察-受容の段階説と慢性的悲哀』 早稲田心理学年報 第27号 pp.83-92

奥宮曉子監修 飯中弘美・ボコミナ編集部編著 (2020) 「私の夫は高次脳機能障害ですー本人・家族がおだやかに暮らすための妻たちの知恵 夫の行動研究から」 医歯薬出版

Olishansky, S. (1962) "Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child." *Social Casework* Vol. 43, pp. 190-193

得津慎子 (2017) 「中途障害者家族の地域生活にみる家族レジリエンスのプロセスー複雑経路・等存在性アプローチ (TEA) による系統的聞き取り調査からー」 対人援助学研究 Vol.6 pp.89-102

柳澤亜希子 (2007) 「障害児・者のきょうだいが抱える諸問題と支援のあり方」 特殊教育学研究 45 (1), pp.13-23

吉川かおり (2008) 「アダルト・チルドレン」財団法人国際障害者年記念ナイスハート基金編 『障害のある人のきょうだいの調査報告書』 pp.18-23

柚井貴子 (2004) 「家族の本質的機能とその衰退」 月間福祉 8巻 pp.12-16

講義03C

地域支援の実際  
コミュニケーション支援  
地域生活・職場での支援

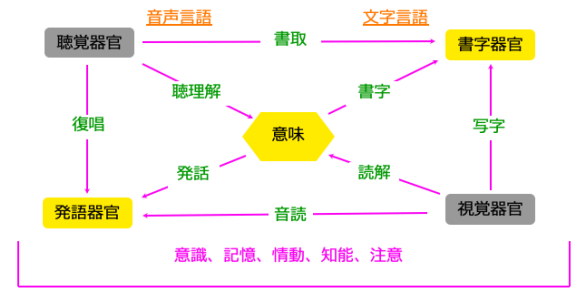
◎厚生労働科学研究: 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

## 本講義の内容

- 失語症の場合
  - 失語症者向け意思疎通支援事業について
- 失語症以外の高次脳機能障害によるコミュニケーション障害の場合
  - コミュニケーションにおいて問題となること
  - 対応の方法
- 症例提示
  - 高次脳機能障害の例

2

## 失語症の言語の回路



3

## 失語症の特徴

- ✓ 言語機能の障害がある。
- ✓ 大脳の損傷部位によって症状・重症度が異なる。
- ✓ 運動麻痺を伴うことが多い。
- ✓ 心理的問題を抱えることが多い。
- ✓ 本人だけでなく家族にも心理面で負担がある。
- ✓ 社会保障面での問題がある。

出典：一般社団法人日本語聴覚士協会 令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

4

## 1. 失語症の場合

### 2013（平成25）年度 障害者総合支援法

- ・施行後3年後の見直し対象  
「手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のために意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方」
- ↓
- ・社会保障審議会障害者部会における議論
- ↓
- ・失語症やALSなども、意思疎通支援の観点から、障害ごとの特性やニーズに配慮して、**地域生活支援事業**の中で、意思疎通支援者の養成、派遣の対象とする

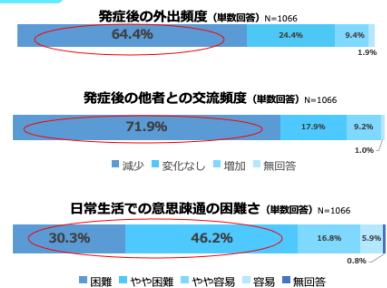
5

## 失語症者向け意思疎通支援事業の経過

- 2015年度** 障害者相談支援事業の実施状況等の調査
- 2017年度** 失語症者向け意思疎通支援者養成講習会の指導者養成研修会の開始
- 2018年度** 各都道府県で支援者養成講習会開始  
\* 指導者養成研修会は厚労省から日本語聴覚士協会への委託事業
- 2019年度** 支援者の派遣事業の開始  
\* 派遣内容 失語症のある人が参加する会議・催し物・団体活動および外出時など

6

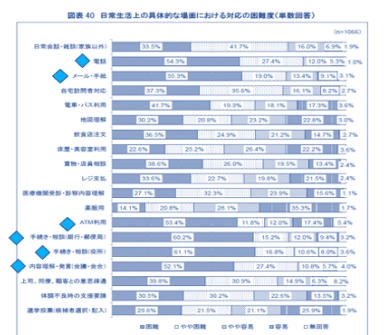
## 2015年度 実態調査結果から



出典：平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書、「意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方に関する研究」2016年3月 みずほ情報総研株式会社

7

## 2015年度 実態調査結果から



出典：平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書、「意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方に関する研究」2016年3月 みずほ情報総研株式会社

8

## 失語症者向け意思疎通支援者養成カリキュラム（案）の目標（2015年度）

- 養成目標**：失語症者の日常生活や支援の在り方を理解し、1対1のコミュニケーションを行うための技術を身につける。さらに、日常生活上の外出に同行し意思疎通を支援するための最低限必要な知識及び技術を習得する。
- 到達目標**：失語症者との1対1の会話を行えるようになり、買い物・役所での手続き等の日常生活上の外出場面において意思疎通の支援を行えるようになる。
- 養成目標**：多様なニーズや場面に応じた意思疎通支援を行うために、応用的な知識とコミュニケーション技術を習得するとともに、併発の多い他の障害に関する知識や移動介助技術を身につける。
- 到達目標**：電車・バスなどの公共交通機関の利用を伴う外出や複数の方への支援、個別訪問等の場面を想定し、失語症者の多様なニーズに応え、意思疎通の支援を行えるようになる。

出典：一般社団法人日本語聴覚士協会：令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

9

## 失語症者向け意思疎通支援者養成テキストの作成 (2016年度)

【必修科目】 (40時間) 講義12時間 実習28時間

- ・失語症概論(講2)・失語症者の日常生活とニーズ(講1)・会話支援者とは何か(講0.5)・会話支援者の心構えと倫理(講0.5)・コミュニケーション支援技法Ⅰ(講4)・コミュニケーション支援実習Ⅰ(実18)
- ・外出同行支援(講1)・外出同行支援実習(実8)・派遣事業と会話支援者の業務(講1)・身体介助の方法(講2)・身体介助実習(実2)

【選択科目】 (40時間) 講義8時間 実習32時間

- ・失語症と合併しやすい障害について(講1)・福祉制度概論(講1)・コミュニケーション方法の選択法(講2)・コミュニケーション方法の選択法(実10)
- ・コミュニケーション支援技法Ⅱ(講4)・コミュニケーション支援実習Ⅱ(実22)

(講):講義 (実):実習

出典:一般社団法人日本語聴覚士協会:令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

10

## 失語症者向け意思疎通支援事業 養成

### 2018年度

#### 地域における支援者養成講習会の開始

- ✓ 一般市民を対象に支援者養成が行われる。
- ✓ 各都道府県が都道府県言語聴覚士会に委託し、支援者養成を行う。
- ✓ 支援者指導者研修が厚労省から日本語聴覚士協会への委託事業となる。

11

## 失語症者向け意思疎通支援事業 派遣

### 2019年度

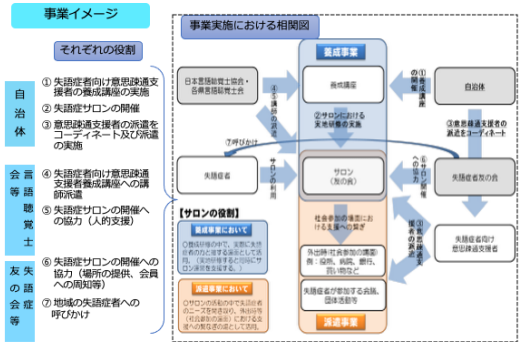
#### 支援者の派遣事業の開始

#### 支援内容

- ✓ 失語症のある人が参加する会議
- ✓ 失語症のある人のために行われる催し物
- ✓ 団体活動および失語症のある人の外出時

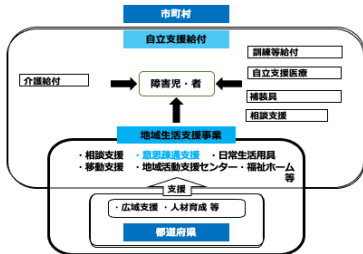
など

12



13

## 障害者総合支援法によるサービス



14

## 意思疎通支援者の養成、派遣の概要

2020(令和2)年3月以降

実施主体	市町村	都道府県
支援者の養成	手話奉仕員	盲ろう者向け通訳・介助者 手話通訳者・要約筆記者
支援者の派遣	手話通訳者・要約筆記者 失語症者向け意思疎通支援者	盲ろう者向け通訳・介助者 手話通訳者・要約筆記者 失語症者向け意思疎通支援者

出典:障発第0801002号,厚労省「地域生活支援事業等の実施について」

15

## 意思疎通支援の支援内容

- > 同障害者とのコミュニケーションの援助  
失語症友の会などに同行し、他者とのコミュニケーションを援助する
- > 外出支援  
外出に同行し、他者とのコミュニケーションを援助する
- > 交通機関利用援助  
目的地に向かう駅・バス停などの利用で、路線図や表示板などを読み理解することを援助する
- > 会・会議での内容理解援助  
会議などで周囲で話されていることをわかりやすく本人に伝達する意見がある時は伝えやすくなるよう援助する
- > 買い物・娯楽施設などの利用援助  
購入に関する援助・受付や利用システムの利用などを援助する
- > 公共施設の利用援助  
銀行・役所・郵便局などに同行して手続きなどの援助を行う

出典:一般社団法人日本語聴覚士協会:令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

16

## 望ましい支援者とは

- > 本人のこぼれの表出・理解の状況に合わせた対応ができる
  - ・適宜、コミュニケーションの内容を本人に確認する
  - ・要点を絞って伝える
  - ・大事なことは単語でメモを書き、見てもらいながら伝える
  - ・短く、わかりやすい言葉で伝え、長々と話さない
  - ・こぼれ以外の手段(表情や身振り、絵や写真、図など)を多く使う
- > 本人のテンポに合わせる
  - ・ゆっくり待つ、本人をせかささない
  - ・矢張り早に質問しない
- > 本人に対する態度・姿勢
  - ・対等な立場で接する
  - ・本人が主役であるという前提で、本人の意図を知ろうと一生懸命、努力する
  - ・わからないときにわかったふりをしないで、わからないことを正直に伝える
  - ・表出・理解が成功したときに一緒に喜ぶ

出典:一般社団法人日本語聴覚士協会:令和7年失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト,2025

17

## 意思疎通支援事業の実施状況

(件) \*

	養成事業	派遣事業
2018年度	13	—
2019年度	20	3
2020年度	25	6
2021年度	36	10
2022年度	41	20
2023年度	41	26
2024年度	44	33

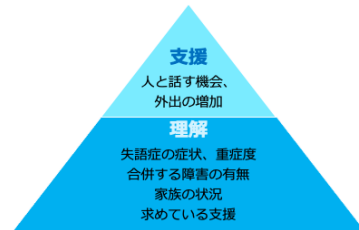
\* 単独の自治体の他、政令指定都市や中核都市との共催も含まれている。

(2025年6月 日本語聴覚士協会 都道府県士会対象アンケート調査結果から)

18

## 失語症のある人の社会参加を促進するためにできること

失語症のある人へのそれぞれの理解が地域、社会での支援の基礎である。



19

## 2. 失語症以外の高次脳機能障害によるコミュニケーション障害の場合

- ・ 背景 注意障害や記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害、情緒障害、人格変化などに関連して出現
- ・ 特徴 非失語性  
簡単な日常のやり取りは保たれている  
会話で問題が出現
- ・ 困り感 本人の自覚は家族より乏しい傾向がある

20

## 一般に会話で必要とされる配慮

- ✓ 話し手と聞き手の役割の適切な交替
- ✓ 場面にふさわしい話題の選択と維持
- ✓ 相手の発話意図や言外の意味の推論
- ✓ 誤りが生じたときの修正
- ✓ 場面に応じた表現法やことばの違い

21

## Griceの会話の公理

- 質の公理 Quality  
真実と信じていることを話す。信じていないことや根拠のないことを言わない。
- 量の公理 Quantity  
求められている情報を過不足なく提供する。
- 関連性の公理 Relation  
話題に関係のないことを言わない。
- 様態の公理 Manner  
不明確な表現を避ける、あいまいなことは言わない、簡潔に順序だてて話す。

出典：Cok P, Morgan J (eds):Syntax and Semantics, vol.3.Brill,1975

22

## 会話に必要な機能

- 意味の理解  
文字通りの意味の理解+発話意図の推論、知識との照合
- 表出  
伝達しようとする意図の言語表出+意味が相手に伝わったかどうかのモニター
- 認知機能の関与  
注意、記憶、遂行機能、推論、ワーキングメモリ、感情、心の理論など

23

## 会話における高次脳機能障害によるコミュニケーション障害の特徴

- ✓ 相手の話の意図をくみ取ることができない。
- ✓ 内容を要領よく組み立てて話すことができない。
- ✓ 話題を適切に切り替えられない。
- ✓ 話し手と聞き手の役割交替が適切に行えない。
- ✓ 勘違いや思い込みがある。
- ✓ 皮肉や冗談が通じにくい。
- ✓ 不適切な表現やことばの違いに自分で気づくことができない。
- ✓ 相手の表情から発話意図を読み取れない。

24

## ナラティブにおける高次脳機能障害によるコミュニケーション障害の特徴

### ナラティブ (語り)

体験を語る、情景画や4コマ5コマなどの連続絵を説明する自分の意図を文にして発話する

- ✓ 語られる文が適切さに欠ける。また、補足情報に欠ける。
- ✓ 発話全体の意味的統一に欠ける。
- ✓ 因果関係などを推論した文の発話が少ない。
- ✓ 婉曲表現により話の意図をくみ取ることができない。

25

## ナラティブや会話の特徴

- ✓ コミュニケーション障害の特徴を見る。
- ✓ 認知機能検査の得点は良好でもコミュニケーション障害が明らかとなる例もある。
- ✓ 症状や問題を指摘されても本人は否認する傾向がある。

26

## リハビリテーション

リハビリテーションの実施では症状や問題に対する本人の自覚が乏しいことに十分留意する。

障害への自覚的な発言や行動があれば、それを肯定する。

- ✓ 背景にある認知機能障害の症状に合わせたリハビリテーションを実施する。
- ✓ 覚醒を促したり、刺激への反応を引き出すことから開始する場合もある。
- ✓ 集中的なリハビリテーションが可能となれば、発話面や言語理解面の改善を目指す。
- ✓ 環境に適応できるレベルでは、社会的コミュニケーションの問題に対応し、職場復帰などを旨とする。

27

## リハビリテーションにおける留意点

- ✓ エラーレス・ラーニング
- ✓ 課題の実行状況を本人がモニターして言語化する
- ✓ ソーシャルスキル・トレーニング
- ✓ 環境調整の必要性
- ✓ ピアグループへの参加促進
- ✓ 社会資源の活用
- ✓ 多職種連携

28

## 3. 症例提示

【症例】30歳前半、男性、建設業（家族経営）、妻と2人暮らし

【原因疾患】頭部外傷

【神経学的所見】運動麻痺なし

【神経心理学的所見】発症1カ月時点

記憶障害、著明な注意障害、知的機能の低下

【経過】

急性期病院から回復期病院に転院後、注意障害、記憶障害、知的機能の低下などに対するリハビリテーションが実施された。

運動麻痺がなかったこともあり、本人の強い希望で、発症3カ月で自宅退院となった。退院後、家族経営であった建築業に復職したが、時間を守らない、易怒性が高く他の社員と口論になる、また自宅でも妻との口論が絶えないなどのトラブルが目立ち、家族の希望により発症6カ月時点で外来受診となった。

29

## 評価（発症6カ月）

【神経心理学的所見】発症6カ月時点（外来開始時）

WAIS-III：VIQ 107 PIQ 97 FIQ 101

WMS-R：言語性記憶89 視覚性記憶80 一般性記憶85

RBMT：標準プロフィール

CAT視覚性抹消「3」：97%（120秒）「か」89%（134秒）

TMT：A 120秒 B 158秒

BADS：年齢補正標準化得点99

【評価まとめ】

失語症は認めなかったが、落ちのある連続絵（4コマ）では主題が十分に理解できなかった。また問いかけに対して最低限の応答しかできないことが多かった。記憶はWMS-Rでは得点の低下を認めたが、RBMTではカットオフ値以上で、日常生活上記憶面の問題は認めなかった。注意機能では処理速度の低下が認められた。遂行機能はBADSでは大きな低下を認めなかった。復職はしたいというが、復職における問題点を本人は把握できていなかった。

30

## リハビリテーション

【リハビリテーション】

長期目標：復職を果たす。

短期目標：注意における処理速度の改善、問題解決能力の改善

具体的な訓練内容：

- ・ 計算課題
- ・ 連続絵を適切に配列し、内容を記述する。その後、言語聴覚士と記述した内容を確認する。
- ・ 文章を読んで、内容について説明する。
- ・ グループ活動に参加し、ゲームなどを実施する。
- ・ グループ活動を通じ、他者との交流や挨拶、また時間の管理を自ら行うように促した。
- ・ 家族には外来通院時、同席してもらい、症状や対応について繰り返し説明を行った。

31

## 症例の経過（発症2年6カ月）

【リハビリテーション開始2年後の状況】

WAIS-III、WMS-R、RBMTなどに得点上の大きな変化は認められなかった。

CAT視覚性抹消：「3」95%（70秒）、「か」95%（80秒）

TMT：A 68秒 B 80秒

であり、処理速度は改善を認めた。

機能レベルの問題は若干改善し、また自己の状況も認識できる場面がふえた。グループ活動参加時には他者とのコミュニケーションが円滑となった。復職を果たすことができた。家族の理解と配慮によって職場でも、家庭でも、生活が成り立つようになった。職場で他の社員とのトラブルは起こっていない。

32

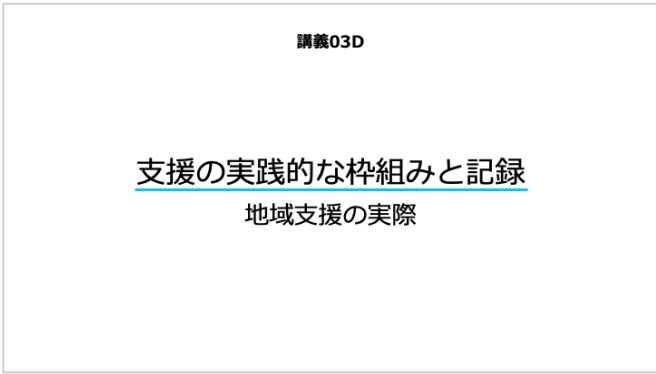
## 参考文献

- 1) 藤田郁代監修：標準言語聴覚障害学 失語症学 第3版。医学書院、2021
- 2) 藤田郁代監修：標準言語聴覚障害学 高次脳機能障害学 第3版。医学書院、2021
- 3) 一般社団法人日本語聴覚士協会：令和7年度失語症者向け意思疎通支援者指導者研修テキスト、2025
- 4) 深浦順一編集主幹：図解 言語聴覚療法技術ガイド 第2版。文光堂、2022
- 5) 本田哲三編：高次脳機能障害のリハビリテーション 実践的アプローチ 第3版。医学書院、2016
- 6) Grice HP: Logic and conversation. Cole P. Morgan J(eds): Syntax and Semantics, vol.3, Brill, 1975
- 7) みずほ情報総研株式会社：平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書：意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する 支援の在り方に関する研究。2016。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujiyou-qu-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/0000130378.pdf>。（参照 2024.9.10）
- 8) 一般社団法人日本語聴覚士協会：失語症者向け意思疎通支援事業の実施状況調査報告。2025
- 9) 一般社団法人日本語聴覚士協会：失語症者向け意思疎通支援事業の実施状況調査の整理について（2018～2022年度）。2023

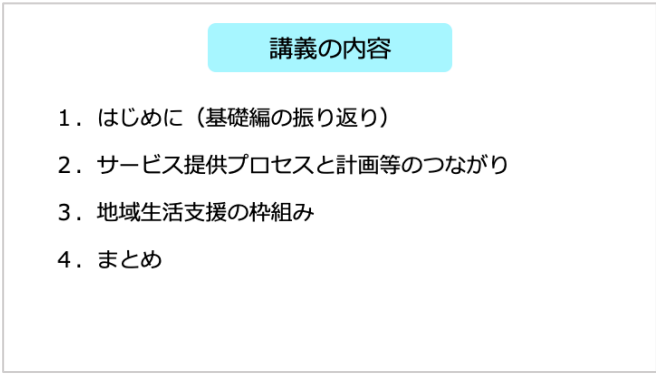
33



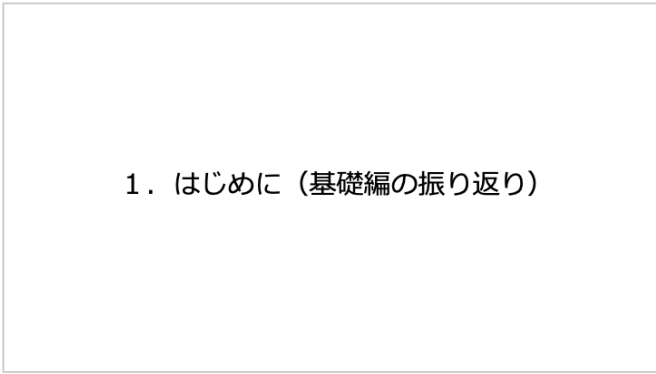
34



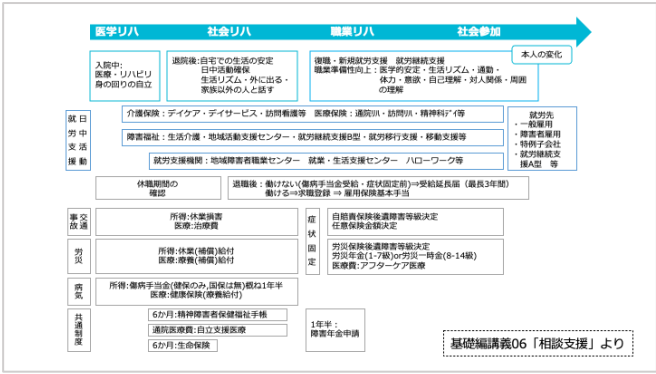
1



2



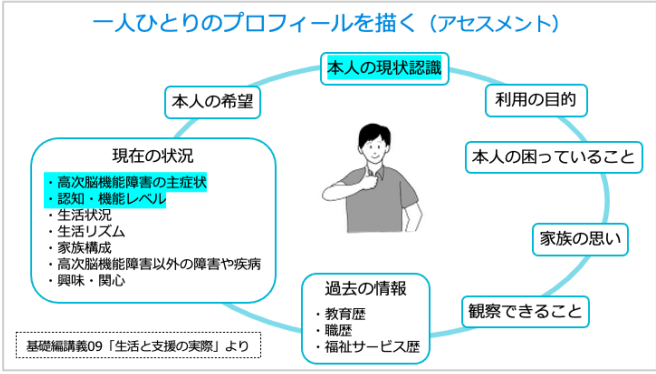
3



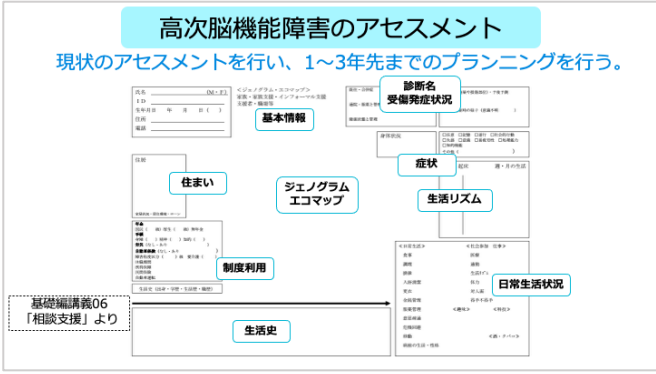
4

高次脳機能障害者への相談支援を行う際に必要な情報収集を行い、アセスメントを行っていく。その際には「基本情報」「診断名・受傷発症状況」「症状」「生活リズム」「日常生活状況」「住まい」「制度利用」「生活史」を中心に確認するとともに、本人の高次脳機能障害の症状が生活にどのような影響を及ぼすのか、症状に本人はどの程度気づいているのか、就労を希望している場合には仕事に就く上での準備が整っているのか、を確認することがポイントとなる。

5



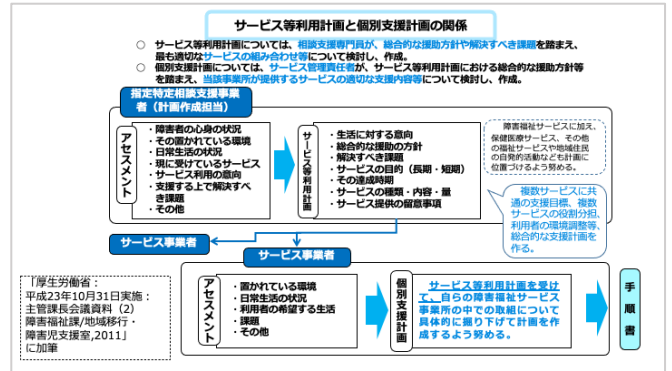
6



7

## 2. サービス提供プロセスと計画等のつながり

8



9

## サービス等利用計画作成上の留意点

### 【備えるべき特徴】

1. 自立支援計画であること
2. 総合支援計画であること
3. 将来計画であること
4. ライフステージを通した一貫した支援計画であること
5. 不足するサービス・資源を考慮する契機であること
6. ネットワークによる協働であること

### 【作成のポイント】

1. エンパワメントの視点が入っているか
2. アドボカシーの視点が入っているか
3. トータルな生活を支援する計画となっているか
4. 連携・チーム計画となっているか
5. サービス担当者会議が開催されているか
6. ニーズに基づいた計画となっているか
7. 中立・公正な計画となっているか
8. 生活の質を向上させる計画となっているか

特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会：  
平成23年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業  
「サービス等利用計画の実態と今後のあり方に関する研究事業」  
サービス等利用計画作成サポートブック（改訂第2版）より

高次脳機能障害の特性等への留意

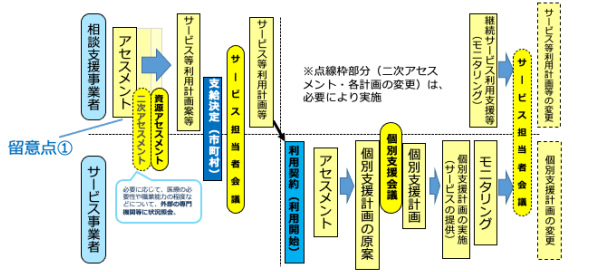
10

## 高次脳機能障害者のサービス等利用計画作成上の留意点

- ① 生活全般にわたるアセスメントにより、本人のニーズ（生活課題）を整理する一方、障害特性に起因する情報に特に着目する。  
注意障害、記憶障害、遂行障害が日常生活にどのように影響するか社会的行動障害の状況や対応方法
- ② 生活全般にわたる総合支援計画であることを目指す一方、本人の障害認識を踏まえ、訓練系サービスの利用が必要な点を明確にする。  
自立訓練や就労移行支援を提供する事業所との連携がスムーズに
- ③ 訓練系以外のサービス利用に際して、障害特性上の留意点を明記する。  
関係者の一致した対応、支援の枠組みづくりを促す
- ④ 本人が希望する生活に向けたステップであることを明記する。  
本人や関係者に、支援プロセスに対する合意を促す
- ⑤ 訓練系サービスのモニタリング頻度の設定に留意する。  
訓練場面の見学等を通じて、本人理解を深める

11

## 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）及び障害児相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係



12

標準書式						
サービス等利用計画						
利用者の氏名	障害支援区分	相談支援事業者名				
障害種別	障害支援区分と種別	利用者の住所と年齢				
相談支援担当者氏名		計画作成担当者				
計画作成日	モニタリング頻度(更新頻度)	留意点⑤				
計画期間		提供予定事業者名				
総合的な援助の方針	留意点④					
長期目標						
短期目標						
項目	支援目標	達成時期	提供サービス等	訓練提供の可否の本人の意向	評価時期	その他留意事項
1	留意点①	留意点②		留意点②		留意点③
2						
3						
4						

13

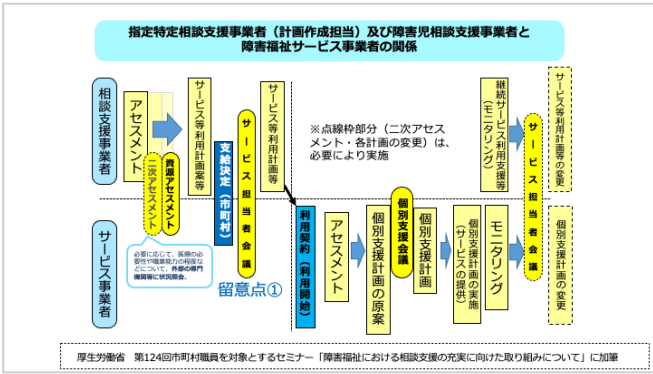
## サービス等利用計画から個別支援計画へのつながりと高次脳機能障害への留意点

- ① サービス等利用計画に基づいて関係者内の役割分担がなされ、事業所等でサービスが提供される。  
・サービス担当者会議の活用（障害特性や留意事項の確認など）
- ② サービス提供事業者では、個別支援計画が作成される。サービス等利用計画中の「総合的な援助の方針」を踏まえるなど、両計画の整合性を保つこと、また事業所内での職員間の支援の一貫性を保つことが重視される。  
・関係者が本人に一貫した関わりをする→効果的な支援  
・「リスクマネジメント」「エンパワメントの視点」「ストレスの活用」のバランス
- ③ 提供するサービス内容によって、3~6か月ごとの個別支援計画の更新や、そのためのモニタリングが必要となる。  
・スモールステップの重視  
・具体的な支援目標設定→モニタリングやフィードバックに有効  
・「手順書」の作成・見直し

14

標準書式						
サービス等利用計画(課題計画表)						
利用者の氏名	障害支援区分	相談支援事業者名	利用者の住所と年齢	計画作成担当者	計画期間	モニタリング頻度
月	火	水	木	金	土	日
0:00						
10:00						
20:00						
30:00						
40:00						
50:00						
60:00						
70:00						
80:00						
90:00						
100:00						
110:00						
120:00						
130:00						
140:00						
150:00						
160:00						
170:00						
180:00						
190:00						
200:00						
210:00						
220:00						
230:00						
240:00						
250:00						
260:00						
270:00						
280:00						
290:00						
300:00						
310:00						
320:00						
330:00						
340:00						
350:00						
360:00						
370:00						
380:00						
390:00						
400:00						

15



16

- ### サービス担当者会議の開催について
1. 参加者  
本人、家族、サービス提供事業者、計画相談支援事業者  
必要に応じて、行政機関、かかりつけ医療機関（ケースワーカー）、大家さん、知人、職場の上司、成年後見人 など
  2. 準備するもの  
サービス等利用計画案、検討課題に応じた資料 など
  3. 進行例  
①（初参加者の）自己紹介 ②本人が希望する生活の確認と支援の経緯の共有  
③計画案の確認と役割分担 ④事業者との確認（特に障害特性への配慮について）  
⑤モニタリングや次回会議の確認
  4. その他  
検討課題に応じて、主任相談支援専門員（基幹相談支援センター）や高次脳機能障害支援コーディネーター（高次脳機能障害者支援センター）の同席を考慮する

17

書式例 自立生活援助 個別支援計画

作成日	年 月 日	作成者	（サービス提供事業者）
氏名	性別	生年月日（年齢）	障害名 手帳等級
住所	連絡先		
利用開始日及び実施の予定に対する要約（希望する状況）	留意点②		
個別的な支援の方針			
実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
生活状況と課題	目標	支援内容	取り組み期間
1		留意点②	月 ~ 月
2		留意点③	月 ~ 月
3			月 ~ 月
4			月 ~ 月
5			月 ~ 月

上記、詳細に記述します。  
（法人・事業所名）  
年 月 日 氏名

18

書式例 自立訓練（機能訓練） 個別支援計画

作成日	年 月 日	作成者	（サービス提供事業者）
氏名	性別	生年月日（年齢）	障害名 手帳等級 連絡先
利用開始日及び実施の予定に対する要約（希望する状況）	留意点②		
個別的な支援の方針			
実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
生活状況と課題	目標	支援内容	取り組み期間
1			月 ~ 月
2			月 ~ 月
3			月 ~ 月
4			月 ~ 月

上記、詳細に記述します。  
（法人・事業所名）  
年 月 日 氏名

19

- ### 個別支援計画を踏まえた手順書作成の必要性
- ① 個別支援計画への記載内容だけでは支援の一貫性が保てない場合、必要に応じて手順書を作成する。
  - ② 手順書は、具体的な支援内容を実施順にまとめたもので、支援者が交代しても本人に一貫した働きかけができる。また、本人が見通しを持つことができ、安心感にもつながる。
  - ③ 手順書の内容に沿って支援結果を記録することで、支援内容のモニタリングに役立つ。また、本人へのフィードバックもしやすくなる。

20

書式例 支援手順書

別紙  自宅内見取り図  連絡図  その他

提供日	年 月 日 ( )	事業所名	
日安時間	サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族の役割
			記録

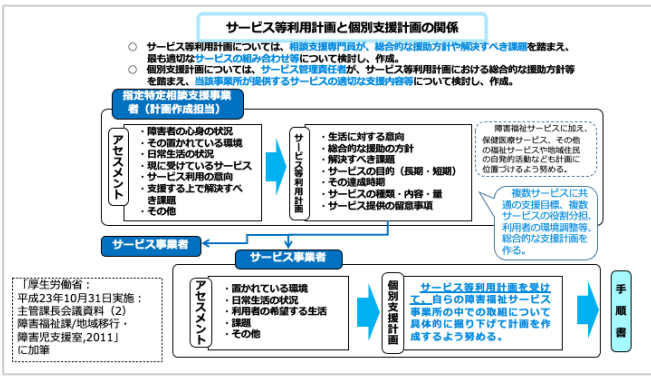
21

- ### 記録について
- ① サービス等利用計画、個別支援計画にも「記録」は必要不可欠
  - ② 記録書式は事業所ごとに様々であるが、支援計画中の支援目標・支援内容に対応していると、モニタリングのポイントが明確となり、フィードバックにも活用しやすい
  - ③ 専用システムにより支援内容を記録する場合、関連記録を検索することを想定して、事業所内で統一したキーワードを盛り込むとよい。

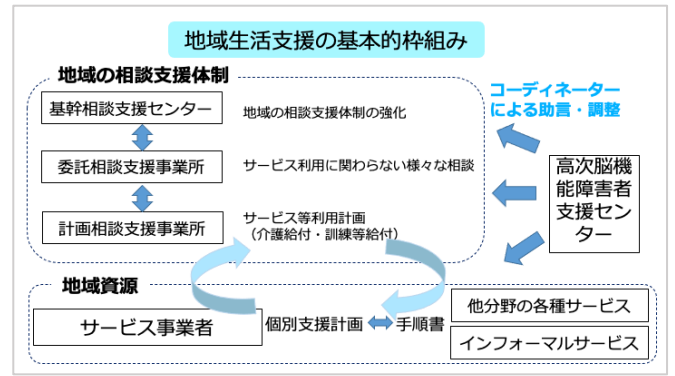
22

- ### 3. 地域生活支援の枠組み

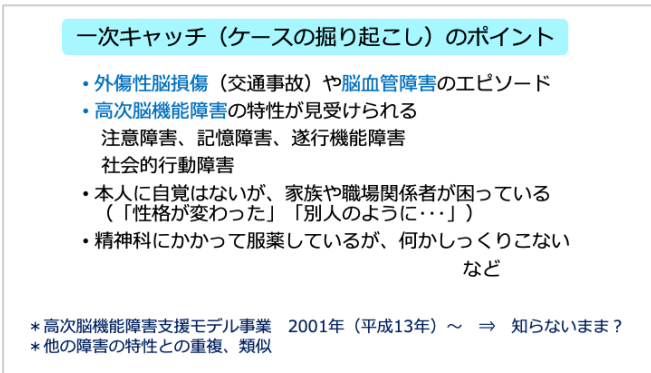
23



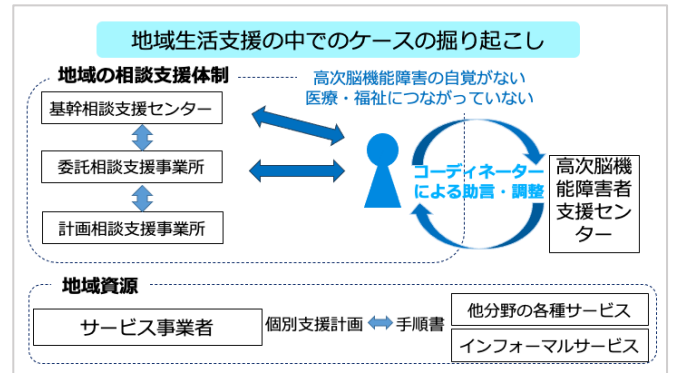
24



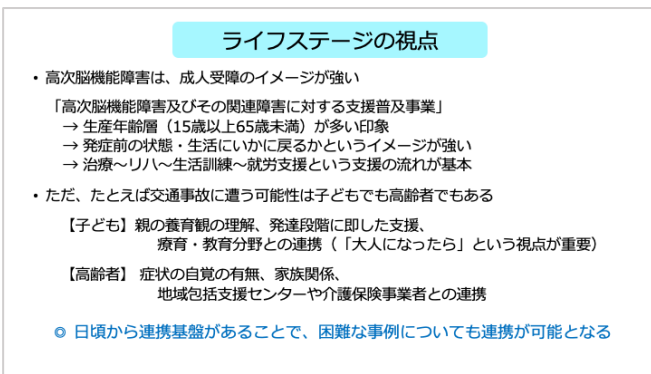
25



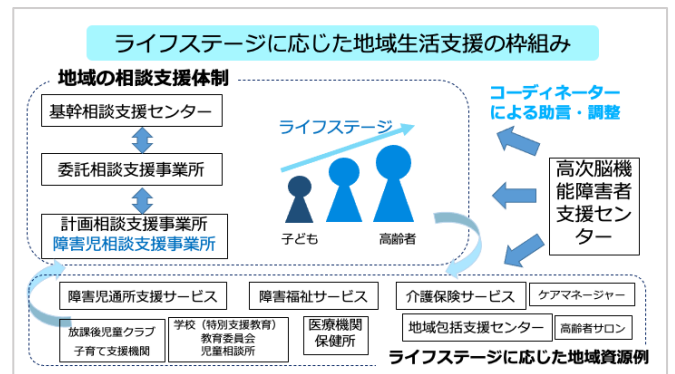
26



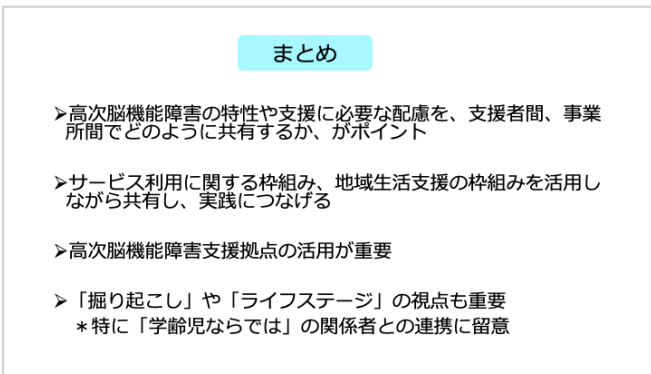
27



28



29



30



31



## 2. 自動車の運転評価で確認する事項

9

### 右同名半盲とは

右同名半盲の見え方のイメージ

半盲なし

右同名半盲



左同名半盲の見え方のイメージは、見えない方向が反対側になります。

右上四半盲



右下四半盲



11

### 運転評価で確認する事項（2）

#### 4. 高次脳機能障害

自動車の運転は注意力を保持しつつ、短時間で認知、判断、操作をミスなく繰り返すことを求められるため、障害の程度によっては運転が困難となる。

したがって、日常生活動作がおおむね自立し、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害の程度が重度ではないこと。また、注意を一定時間保てる体力的な要素も必要。

病識欠落があると練習効果に強く影響する。自動車の運転練習が行える程度まで機能が回復しても、注意障害が主な原因で単独運転が困難な事例がみられる。

失語症の程度は、言葉の理解力および交通事故時の110番や119番への通報、説明能力を有すること。具体的には支援者の指示や助言を理解でき、応答が可能なこと。交通事故時には発生状況を口頭、またはスマートフォンや携帯電話等を使用して速やかに連絡できること。これらに懸念がある場合は、同乗者を乗せ、撮影範囲の広いドライブレコーダを設置することが望ましい。

13

### （参考）国立障害者リハビリテーションセンター（以下当センター）の実車評価の内容

運転基礎感覚評価は当センター所内コースで実施。総合判定が、3項目中等度以上が訓練の対象となる。ただし、訓練を開始しても進捗状況によっては中止する場合あり。

運転基礎感覚評価表

評価項目	評価の要領	満点	合計	判定	
1 発進・駐車	①前進・後退及び駐車のための操作は安全、円滑にできるか。	0/1	0点	不合格	
2 合流	②発進・駐車時に合流を出しているか。	0/1	1点以下	不合格	
	③右左折時に合流を出しているか。	0/1	2点以上	合格	
	④進路変更時に合流を出しているか。	0/1	2点以上	合格	
3 安全確認	⑤発進時、目標またはラレーで安全確認をしているか。	0/1	1点以下	不合格	
	⑥交差点で左右の安全確認をしているか。	0/1	2点以上	合格	
4 走行位置	⑦前方を注視の状態であるか。右視を注視することができるか。	0/1	0点	3点以下	不合格
	⑧道路の左端を約30km/h以上の速度で直進走行することができるか。	0/1	1点	1点	合格
	⑨左側及び右側の障害物と間隔を確保することができるか。	0/1	0点	4点以上	合格
	⑩右折前、カーブの走行位置は安定しているか。右左折時に進路変更しているか。	0/1	0点	4点以上	合格
5 先行速度	⑪進路変更後に安定した進路を確保することができるか。	0/1	0点	1点	合格
	⑫先行場所に応じてメリハリのある速度で走行することができるか。	0/1	0点	1点	合格
総合判定	各項目について、「はい」は1点、「いいえ」は0点として加算し、合計点を算出する。合格した評価項目の合計点数によって段階に判定する。				
判定	1項目以下 最重度	2項目 重度	3項目 中等度	4項目 軽度	
	5項目 軽度なし				

（国立障害者リハビリテーションセンター）（自動車訓練室）運転基礎感覚評価表（管理用印刷用） [https://www.nhhp.go.jp/TrainingCenter/General/training\\_base/training-an2](https://www.nhhp.go.jp/TrainingCenter/General/training_base/training-an2) 参照 2025/10/20

15

### 運転評価で確認する事項（1）

#### 1. 運転免許証の記載内容

- ①有効期限 ⇒ 失効した場合は、できるだけ速やかに更新手続きを行う。
- ②交付年月日、免許の条件等、裏面の記載  
発病、受傷前に交付された場合は、運転を再開する前に臨時適性検査を受けるように促す。条件等や臨時適性検査についてすでに記載のある場合は検査済。

#### 2. てんかん発作の有無

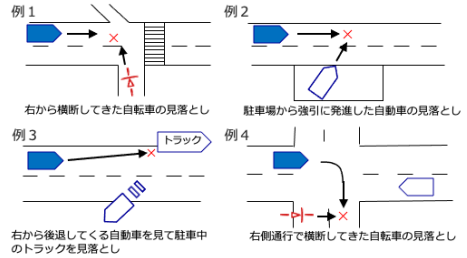
最終発作日から、最低でも2年以上を経過していないと運転は不可。

#### 3. 視力、視野等

- ①複視があつてセンターラインや立体障害物が二重に見える場合は、運転を控えた方が望ましい。
- ②視力は、両眼で0.7以上かつ1眼でそれぞれ0.3以上。1眼の視力が0.3に満たない場合は他眼の視野が左右150度以上で視力が0.7以上。
- ③同名半盲や同名四半盲がある場合は運転を控えた方が望ましい。両眼で視力の条件を満たせば視野検査は行わないため、視野が狭くても運転を許可されてしまう可能性がある。

10

### 右同名半盲による危険行為



自動車は左側通行のため、左同名半盲の場合はさらに危険性が増加する。同名半盲がある場合は、自転車の乗車もできるだけ控えるのが望ましい。

12

### 運転評価で確認する事項（3）

#### 5. 運動障害

片麻痺者は、健側に運転補助装置を増設することで操作可能。運動失調がある場合は、アクセルペダルからブレーキペダルへの踏み替え反応時間の遅延、踏み替え後のペダルを踏み位置の不安定、加速の操作に不円滑が生じる。また、ハンドル操作は微調整が困難で、走行位置を安定して保てない等の課題が生じる。患側の下肢に痙攣のある場合は、踏み替えや踏みに課題がなくともペダルを安定して踏み続けることが困難なため健側の下肢操作が望ましい。

#### 6. 知覚障害

運動障害がなくても、足部でペダルのどの位置を踏んでいるのかわからず、ペダルを踏み外したり、踏み直したりして加速のタイミングが遅れる。運転中に足元を確認することで、前方不注意になるため健側の下肢操作が望ましい。

#### 7. 家族の同意

障害の有無に関係なく誰でも交通事故を起こす可能性があり、事故時には家族も事後処理の対応をすることがあるため、障害後の状況を一番近くでよく見ている家族に運転の同意を得ておくことが望ましい。

14

## 3. 自動車運転で生じる課題、留意事項など

16

## 高次脳機能障害による課題（1）

### 1. 所内コース

記憶障害	課題の場所が覚えられない。通ってきた道順を覚えていない。脱輪・接触を覚えていない。助言を覚えていない。乗車した場所を覚えていない。右左折を指示後に会話すると曲がる方向を忘れる。狭路や後退場面において、連続でハンドルの切り返しをするなどの操作がわからない。
注意障害	脱輪・接触が多い。右折後の右側通行。突然、進路が保てなくなる。発進時や交差点で安全確認をしない。先急ぎの運転になる。著しい右寄り走行。左右の車両感覚の誤差が大きい。左側の障害物と接触する。1時間の中で同一課題の良否の差が大きい。
遂行機能障害	場所に応じた速度選択をしない。同じミスを繰り返す。右左折の合図を出さない。右左折、進路変更の合図時期の早遅がある。合図と進路変更に一貫性がない。後退の課題で切り返しが多い。

17

## 高次脳機能障害による課題（2）

### 2. 一般道路

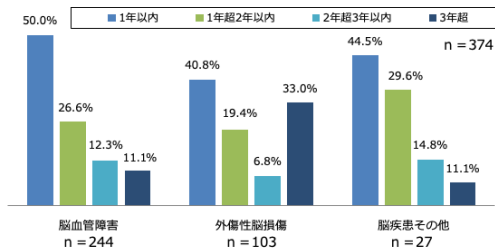
記憶障害	どこへ行ったのか覚えていない。助言を覚えられず同じミスを繰り返す。新しい道を覚えられない。事故に遭いそうになったことを覚えていない。交通事故後の対応が困難。
注意障害	前車の発進、減速、青信号に変わったことに気づかない。信号、標識、標示、横断歩行者、横断自転車、自動車を見落としやすい。直進路、曲進路で走行位置が安定しない。車間距離を保てない。時間経過とともに運転ミスが増加する。
遂行機能障害	走行場が変わったときの速度が不適切。駐車車両を避ける時に他車を妨害する。信号機のない交差点を直進時に、状況に関係なく全て徐行する。合図と進路変更に一貫性がない。

社会的行動障害は、当センターで運転評価や訓練を受ける段階で課題となった事例はほとんど見られない。一部あった例としては、職員の話中に敬語が正しく使えていないとことで怒り出し、その場を離れる。対向車の強引な右折や、前方へ割り込まれたときに、「何だ、あの車は」と声を荒らげたり、「チッ」と舌打ちしたりする場面が見られた。

18

## 発病・受傷から運転評価までの経過年数

2016～2020年度の5年間で、当センターで運転評価を受けた374名の高次脳機能障害者の経過年数



19

## 現状の課題

- ◆ 脳卒中などによる高次脳機能障害があっても、その程度によって安全に運転を再開できる人が存在することから、適切な運転評価と練習を行うことが求められている。
- ◆ 免許取得後に病気やケガをした方が、運転を再開する前の再教育制度はないため、適切な評価に基づく運転練習を受けることが困難である。従って、高次脳機能障害の方が、安全に運転を再開したくても練習を受けることが難しく、また、自分の判断だけで運転を再開してしまう場合がある。
- ◆ 運転シミュレーターで運転評価を行っている病院では、評価結果に課題がある場合は、教習所と連携して再教育支援を行うことが望ましい。

20

## 運転再開支援のポイント

1. 運転免許証の有効期限が切れている場合は、できるだけ速やかに更新手続きを行うように勧める。
2. 脳卒中、脳外傷などで後遺障害がある場合、運転を再開する前に住所地の運転免許試験場で臨時適性検査を受けるよう勧める。
3. 運転を再開する前に、実車を使用した運転練習（教習）を受けるよう勧める。特に、右下肢の麻痺によって左下肢で左アクセルを操作する場合は必須。

### ◆ 練習場所が探せるWEBサイト（当センターでも定員に空きがあれば練習可能）



21

## （参考）運転練習時の留意事項

1. 乗降時、片麻痺や体幹の不安定が原因でバランスを崩して転倒しやすいため、支援者はすぐ側で見守る。
2. 乗車は、先に座席へ腰掛けたあとに片足ずつ乗せる。
3. 下車は、先に地面へ両足をつけてから立ち上がる。
4. 感覚麻痺によって、シートベルトを患側上肢の上に装着した状態になりやすいため、上肢がベルトの上に位置しているか確認する。
5. 右左折の口頭指示は間違えやすいので併せて指差しも行う。
6. 後退中は患側下肢の位置がずれやすいため、ペダルに対する下肢の位置を確認する。
7. 患側下肢でペダル操作をする場合は、踏力、ペダルの踏む位置、加減速の円滑さを確認する。
8. 所内コースで脱輪や接触などがあったときは、口頭だけでなく下車して確認する。
9. 左右の障害物に対する距離感覚を習得する。
10. 路上で失敗したときは、事後にドライブレコーダの映像を見ながら確認する。
11. 運転時間の経過に伴う注意の持続力を確認する。

22

## 4. 自動車と運転補助装置の選択

### 左片麻痺者の場合

- 自動車の選択  
駐車ブレーキは足踏みタイプではなく、ハンドブレーキタイプ、または電動ブレーキタイプがよい。
- 運転補助装置の選択（市区町村から助成される場合あり）  
ノブ型旋回装置をハンドルの右側へ取付けると、狭路・後退・緊急回避の場面で片手でも円滑なハンドル操作が可能になる。



23

24

## 右片麻痺者の場合

### ■ 自動車の選択

1. ブレーキペダルの左側にアクセルペダルを増設するスペースが必要なため、駐車ブレーキは足踏みタイプではなく、ハンドブレーキタイプ、または電動ブレーキタイプがよい。
2. 右足部を置く場所を広く確保できるように、吊り下げタイプのアクセルペダルがよい。
3. プッシュタイプのエンジンスターター、オートライト付きがよい。

### ■ 運転補助装置の選択 (市区町村から助成される場合あり)

1. ノブ型旋回装置をハンドルの左側へ取付ける。
2. 左手ウィンカーレバー、またはリモコン式ウィンカースイッチを取付ける。
3. 左アクセルペダルを取付ける。



25

## 5. 自動車に関する税と助成制度など

26

## 身体障害者のための自動車に関する制度など

- 自動車税 (種別割) ・軽自動車税 (種別割) ・環境性能割の減免  
排気量2,500cc以下、300万円以下の自動車は全額減免
- 改造自動車の非課税 (消費税)  
改造代金だけでなく、改造した自動車本体および納車までに取付ける用品も非課税
- 自動車改造助成事業  
市区町村から10万円を限度に助成される場合あり
- 自動車運転免許取得費助成事業  
市区町村が定めた基準 (手帳の有無、級別、前年度の年収等) に該当する方。助成を行っていない所もある
- 身体障害者自動車購入資金の貸付  
貸付限度250万円、貸付利率は無利子または年1.5%、6か月据え置き、償還期間8年
- 有料道路通行料金の割引制度  
本人が運転される場合は、身体障害者手帳を交付されている全ての方、割引率は50%
- 駐車禁止規制の除外措置  
警察署が定める級別に該当する障害を有する方
- 自動車保険料の割引 (福祉車両割引)  
消費税が非課税の自動車は、保険料の割引を受けられる場合あり

27

## 自動車に表示する標識など

自動車に表示できる標識には、次のような意味がありますので正しく覚えましょう。

様式			
名称	2001年～ 身体障害者標識	2008年～ 聴覚障害者標識	1969年～ 国際シンボルマーク
対象者	肢体不自由を理由に免許に条件が付されている運転者が運転するとき。	聴覚障害 (10m離れた所で90デシベル以上の騒音レベルを聞こえない方) を理由に免許に条件が付されている運転者が運転するとき。	日本障害者リハビリテーション協会からの注意事項 ◎ 障害のある人々が利用できる建築物や公共交通機関であることを示す世界共通のマークです。 ◎ 個人の車に表示することは、国際シンボルマーク本来の主旨とは異なります。 ◎ 障害のある方が、車に乗っていることを、周囲にお知らせする程度の表示になります。したがって、個人の車に表示しても、道路交通法上の規制を免れるなどの法的効力は生じません。 ◎ 駐車禁止を免れる、または障害者専用駐車場が優先的に利用できるなどの説明にはなりませんので、 <a href="#">事前のうえ</a> で御用下さい。
注意事項	自動車の運転者は、危険をさけるためやむを得ない場合のほかに、この標識を表示した車の側方に幅寄せや、前方に無理に割り込みではいけません。	左に同じ	

28

## 6. 各学会の自動車運転に関する適応や指導指針

### 日本高次脳機能学会

#### 運転に関する神経心理学的評価法

自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断

神経心理学的検査法 (2022年12月1日版)

脳卒中、脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断

J-SDSA (2020年12月25日版)

脳卒中ドライバーのスクリーニング評価日本語版 (J-SDSA) の適応と判断

(日本高次脳機能学会 運転に関する神経心理学的検査法 <https://www.highbraint.or.jp/sdsas/jshing/> 参照2020/02/02)

29

30

### 日本リハビリテーション医学会

#### 脳卒中・脳外傷者の自動車運転に関する指導指針 (2021年5月発刊)

#### 【内容】

- 運転指導にあたる医療職、行政職、技術職、教習所関連職および当事者、家族の共通の手引書。
- 道路交通法などのわが国の法制度や、国内外のこれまでの研究報告から、脳卒中・脳外傷者の自動車運転再開をどのように進めるか、その手続きや必要な評価について、わかりやすく解説。



31

◎ 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

32

## 障害特性の理解と対応方法

1

## 演習の流れ

1. 演習のねらい	5分
2. 演習 I (事例検討)	
事例の読み込み	10分
個人ワーク・グループワーク	25分
3. 演習 II (ロールプレイ)	
説明	10分
演習 ①Aさんとの面接場面	45分
②Aさんの母親との面接場面	10分
振り返り	30分
4. 演習 III (支援を組み立てる)	20分
グループ発表	10分
5. まとめ	10分

2

## 1. 演習のねらい

3

## 目標

- ① 高次脳機能障害者の立場や感情を体験に理解する
- ② 高次脳機能障害の家族の立場や感情を体験的に理解する
- ③ 高次脳機能障害の特性に配慮した対応や支援を考える

4

## 2. 演習 I (事例検討)

5

## 事例：Aさん (24歳・男性)

両親と2歳下の大学生の妹との4人家族。Aさんは中学1年の時に小脳出血を発症し、ごく軽度の失調症状と症候性てんかんが残存しましたが、その後は高校、大学へ進学。就職内定済みの大学4年時の8月、脳腫瘍により失調症、記憶障害、遂行機能障害、易疲労性、意欲・感情のコントロールの低下が見られました。リハビリ病院では、大好きなおしゃべりや優しいスタッフ達とは楽しく過ごせますが、厳しいスタッフや苦手なリハビリにはやる気が起きず、不真面目な態度を取っていました。中学校での発症後に身体障害者手帳4級を取得していました。病院からは、1回目の発症後から軽度の高次脳機能障害があった可能性と就労にあたり高次脳機能障害の配慮が必要と言われましたが、本人は折角内定したので就職をしたいという思いが強く、何とかなるだろうと思っていました。2カ月のリハビリ病院の入院を経て、12月末に自宅退院し、その後は外来でリハビリに連日ながら職業センターで就労に向けた準備をする予定でしたが、職業センターには3日行って「こんなことでなくても何とかなる」と怒り、行くのをやめてしまいました。家にいるとやる気が起きず、家族から何か言われるとイライラして物にあたったり、口論になることもしばしばでした。生活リズムは安定していましたが、退院後、自宅でてんかん発作を起こし、何度か病院に運ばれることもありました。内定先の職場からは、元々障害者雇用(身体障害)での採用のため高次脳機能障害があっても大丈夫と言われ、4月に就職しました。

6

## Aさん (24歳・男性) つづき

就職後、仕事が覚えられず単純作業も疲れて続かず、そのうち周囲の目が気になり、プレッシャーを感じるようになりました。職場では、休憩時間は他の職員と楽しそうにおしゃべりをしているのに、仕事になると「調子が悪い」と早退するため上司は理解に困っていました。Aさんは「職場は誰も自分のことをわかってくれない」、「プレッシャーをかける上司が悪い」と怒っていましたが、退院後から相談しているピアサポーターに「無理なくいいんだよ」と言われ、「わかってもらえた」と思い1カ月で退職することになりました。退職後、気は楽になりましたが、徐々に無職であることが気になり、焦りと不安からイライラと落ち込む日々が続きました。6月、ピアサポーターが動いている就労継続支援B型に直接相談に行きました。そこでピアサポーターの働いている様子や利用者さん達が明るく作業をしている姿を見て居心地の良さを感じました。家族や病院とも相談し、9月からはあくまでも就労までの体慣らしのつもりで通所することにしました。利用者さん達とはすぐに打ち解けられて楽しく過ごしていますが、作業で頑張ってしまうと翌日は起きられなくなったり、てんかん発作があり、1年経過しても週4回の通所がやっとです。このままでは就労は難しいのではないと思う不安や就労しなければならぬという思い、1カ月とはいえ就労経験のある自分が他の利用者さんの作業能力に追いつかないことへの前立ちや落ち込み、家族に暴言を言ったり迷惑をかけたくないのかけてしまうこと等、どうしたらいいか困っています。

7

## Aさんの母親

最初に病院で高次脳機能障害と言われたときは受け入れられませんでした。感情の起伏が激しくなり、ネットで洋服を頻繁に買う等、金銭管理もうまくできなくなって、以前からそのような傾向があったので、障害とは思いませんでした。親としては、なぜあの子だけが病気になるのか、息子に申し訳ないと思っています。元々人と関わるのが好きでしたが、中学ではいじめを経験しました。失調症でうまく動けないために体育やクラスで行動するときに足を引っ張っているように思われたのだと思います。以前からそうでしたが、ますます人前では目立たず自己主張しなくなりました。中学の頃からの親しい友人は1人いて、今も交流を続けています。親としてはどうしても普通の人生を歩んで欲しいと思い、就労もして欲しかったのです。でも、それが息子のプレッシャーになっていたのかもしれない。就労していたときは、息子は家に帰ってくるとイライラして当たり散らし毎日が辛かったです。就労してはいけないとはわかっていますが、あの頃と比べるとだいぶ安定してきたように思います。2回目の発症後、高次脳機能障害とてんかんで精神障害者福祉手帳2級を取得し、障害年金2級も受給しています。働けなくても障害年金もあります。私たちが生きているうちは面倒を見ます。とにかく体調を崩すことが心配で、元気でいてくれることが願いです。気持ちの浮き沈みはありますが、皆さんに良くしてもらっているようで本人も楽しそうです。ただ、私たちがいなくなった後のことを考えると不安です。

8

## 施設職員から見たAさん

Aさんは、施設内では感情的になることはあまりありませんが、苦手な作業や嫌なことをする時にはダラダラしたり、作業を覚えられず、ため息をついたりします。職員が「どうしたの?」と聞くと「調子が悪い!」と言いますが、自発的に訴えることはありません。施設では、調子が顔や態度に現れるので、その都度体調を確認するようにしています。

知的機能はボーダーライン、礼節は保たれ、誰でも良好にコミュニケーションをとることはできませんが、話に夢中になると作業の時間になっても話し続けてしまいます。アニメ、音楽、筋トレ、ゲーム、漫画が好きで、人に頼られると嬉しそうに張り切って頑張ります。作業では、コーヒー豆の選別やパソコン入力等の巧緻性が求められることは時間がかかり、疲れやすいです。Aさんは販売作業を希望していますが、お客さんとおしゃべりになり他のお客さんに気づかなかったり、立ち仕事は調子が悪くなるとの訴えがあったり、てんかん発作を考えると座ってできる作業をさせたいと考えています。本人は、作業ができないのは失調症の影響だと考えていて高次脳機能障害とは思っていない様子です。どのような作業が向いているのかわかりにくく、こまめに休息をとりながらその日の調子によっていくつかの作業を組み合わせて行っています。

家族関係は良好で、Aさんもご両親のことを大切に思っていますが、特に母親に対して家では暴言を吐くことがあり、そのことを反省してよくピアサポーターに相談しています。

9

## アセスメントシート1

【基本情報】 Aさん：24歳・男性

病歴：

経過：

障害者手帳：

【情報】

学歴：

過去の経験：

【現在の状況】

- ・高次脳機能障害の主症状
- ・認知・機能レベル（できていることも）
- ・パーソナリティ
- ・生活リズム
- ・家族構成
- ・高次脳機能障害以外の障害や疾病
- ・興味・関心



【経済状況】

【利用目的】

10

## アセスメントシート2

1. Aさんの現状認識
2. Aさんの困っていること
3. Aさんの思い
4. Aさんの希望
5. Aさんの母親の思い
6. Aさんの母親の希望

11

個人 10分 グループ 15分

12

## アセスメントシート1（記入例）

【基本情報】 Aさん：24歳・男性

病歴： 中学1年の時、小脳出血発症。軽い失調症と症候性てんかんが残存。その後高校、大学に進学。大学4年8月、脳腫瘍発症

経過： 回復期リハビリ病院に2カ月入院後、外来リハビリ継続。退院後けいれん発作あり障害者職業センターに3日でやめる。大学卒業後、障害者枠で就労したが1カ月で退職。現在はピアサポーターの支えもあり、1年間就労継続支援B型通所中。体調が安定せず週4回の通所が精一杯

【障害者手帳】

- ・小脳出血で身体障害者手帳4級を取得
- ・脳腫瘍発症後、高次脳機能障害とてんかんで精神障害者福祉手帳2級を取得
- ・障害年金2級受給

【情報】

学歴： 大学卒  
過去の経験： 中学でいじめ

【経済状況】

父親の収入、障害年金

【利用目的】

就職への準備

13

## アセスメントシート1（記入例つき）

【現在の状況】

・高次脳機能障害の主症状

意欲・感情コントロールの低下（感情の起伏、暴言、落ち込み等）、抑制力の低下（話し続ける、ネットショッピング等）、記憶障害（作業を覚えられない）、注意障害（おしゃべりに夢中になり他のお客さんに気づかない）、遂行機能障害（金銭管理ができない）

・認知・機能レベル

知的水準はボーダーラインレベル。独歩自立。失調症の影響もあり細かい動作に時間がかかる。礼節は保たれ、人との関係性が保たれ親しい友人も1人いる。

・パーソナリティ

人と関わるのが好きだが、自信がなく被害的な認知傾向があり、人前ではあまり自己主張しない。ストレスは家族に向かいやすい。人前では目立たず自己主張しない。

・生活リズム

保たれているが、無理をすると崩れやすい。

・家族構成

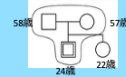
両親と3人暮らし。2歳違いの妹（大学生）

・高次脳機能障害以外の障害や疾病

症候性てんかん

・興味・関心

アニメ、音楽、筋トレ、ゲーム、漫画



14

## 3. 演習Ⅱ（ロールプレイ）

### ロールプレイとは

- ・「役割(role)」と「演じる(play)」を組み合わせた言葉
- ・実際に起こりうる場面を想定し、疑似体験を通じて他者の感情や思いに気づき、よりよい対応法を学ぶ方法

15

16

## 目標

- ①高次脳機能障害者役：  
高次脳機能障害者の立場や感情を理解する
  
- 高次脳機能障害者家族役：  
高次脳機能障害者家族の立場や感情を理解する
  
- ②施設職員役：障害特性に配慮したコミュニケーションを理解する
  
- ③観察者役：良い対応を見つけポジティブフィードバックをする

17

## 場面設定

場面1：Aさんは最近元気がなく、気になった施設職員がAさんと面接する

場面2：Aさんの家での様子や家族のことが気になり、施設職員が家族のAさんの母親と面接する

18

## ロールプレイの進め方

場面1：Aさんと施設職員の面接

- 1. 役割を決める 5分
  - ・Aさん役
  - ・施設職員役
  - ・観察者
  - ・ファシリテーター（タイムキーパー兼司会）
- 2. 面接場面を演じる 10分
- 3. 振り返り(振り返りシート1) 10分
- 4. 役割を交代をして（1～3を再び実施） 20分

19

## 振り返りシート1（ロールプレイ1回目）

- 1. 「Aさん」を演じて感じたこと
- 2. 「施設職員」を演じて感じたこと
- 3. 「観察者」として感じたこと

20

## 振り返りシート1（ロールプレイ2回目）

- 1. 「Aさん」を演じて感じたこと
- 2. 「施設職員」を演じて感じたこと
- 3. 「観察者」として感じたこと

21

## 場面1 1回目

配役 5分	ロールプレイ 10分	振り返り 10分
----------	---------------	-------------

22

## 場面1 2回目

ロールプレイ 10分	振り返り 10分
---------------	-------------

23

## ロールプレイの進め方 2

場面2：Aさんの母親と施設職員の面接

- 1. 役割を決める
  - ・Aさんの母親役
  - ・施設職員役
  - ・観察者
  - ・ファシリテーター（タイムキーパー兼司会）
- 2. 面接場面を演じる 10分
- 3. 振り返り（振り返りシート1） 10分
- 4. AさんとAさんの母親の思い（振り返りシート2） 15分
- 5. クロージング（感想） 5分

24

### 振り返りシート1 (ロールプレイ3回目)

1. 「Aさんの母親」を演じて感じたこと
2. 「施設職員」を演じて感じたこと
3. 「観察者」として感じたこと

25

### 振り返りシート2

1. Aさんの現状認識
2. Aさんの困っていること
3. Aさんの思い
4. Aさんの希望
5. Aさんの母親の思い
6. Aさんの母親の希望

26

### 場面2

ロールプレイ 10分    振り返り1 10分    振り返り2 15分    クロージング 5分

27

## 4. 演習Ⅲ (支援を組み立てる)

28

### Aさんに必要な対応や支援

目標：

理由：

具体的な方法：

29

グループ 20分    発表 10分

30

## 5. まとめ

31

### 振り返りシート2 (記入例)

1. Aさんの現状認識
  - ・自分の障害は失調症であり、高次脳機能障害とは思っていなかった
  - ・就労は難しいと感じ、自分の症状に気づき始めている
2. Aさんの困っていること
  - ・てんかん発作があり体調が安定しない
  - ・家族にイライラをぶつけてしまい、止められない
  - ・作業が思うようにできない
  - ・できない自分を認めたくない
  - ・先が見えない。就職したいが難しいと思う
  - ・どうしたらいいのかわからない

32

## 振り返りシート2（記入例）つづき

3. 本人の思い
  - ・うまくできないことへの苛立ちや落ち込み
  - ・なぜ自分だけ？と感じる戸惑いや怒り
  - ・疎外感
  - ・不全感などの満たされない思い
  - ・孤独感や寂しさ
  - ・将来に対する不安
  - ・今の自分や現状を受け入れられない
4. 本人の希望
  - ・人並みにできるようになりたい
  - ・人並みに就労したい
  - ・楽しく生活をしたい
  - ・親を喜ばせたい、安心させたい
  - ・健康でいたい

33

## 振り返りシート2（記入例）つづき

5. Aさんの母親の思い
  - ・自責の念
  - ・罪悪感
  - ・将来への不安
  - ・現状を認めたくない
  - ・諦めたくない
  - ・喪失感
6. Aさんの母親の希望
  - ・健康でいてほしい
  - ・穏やかに過ごしてほしい
  - ・就労や結婚をして人並みの幸せな人生を送ってほしい

34

## Aさんに必要な対応や支援（記入例）

目標：「体調管理をして心と体を健康に過ごす」  
(心：自信をつける、体：週4回の通所)

理由：体調の波や自信のなさが、就労に対する焦りや不安を高めている。  
不安は否定的な感情を強め、それが家族に向い、本人も何とかしたいと思っている。  
そのためには心と体の健康が大事だと考えた。

具体的な方法：

- ①自分の状態に気づき、調子が悪くなる前に休んだり周囲に伝える
- ②ストレス対応法の意識づけと強化
- ③他者と楽しんだり、他者の役に立てるようなことを見つける
- ④ポジティブフィードバック（プラスの行動の強化）

35

## 具体的な方法（記入例）つづき

- ①自分の状態に気づき、調子が悪くなる前に休んだり周囲に伝える  
毎日の調子をノートに記入することで、調子は天気や前日の疲労度も関係していることを確認し、調子が悪い時は職員に伝え、少し休んで無理な場合は帰宅、回復した場合は作業を続けることにした。チャレンジしたい作業は体調を確認しながら、短時間から行うようにした。
- ②ストレス対応法の意識づけと強化  
洋服買うことで満たされない思いを解消していることに気がつき、将来を考えて自制しようと思うようになった。小遣帳を作成し現金を必要以上に持たない、ネットショッピングで使える額を決めた。たまにストレスを感じて洋服を買い、後から落ち込むこともあるが、その回数は減少してきた。また、イライラしてきたら散歩に出かける、寝るなどの対処法や当事者会で悩みを相談したり、楽しみを得たことで、焦らなくなっていくと思えるようになってきた。
- ③他者と楽しんだり、他者の役に立てるようなことを見つける  
当事者会や親子で家族会に参加したことで、高次脳機能障害が自分だけではないことや高次脳機能障害への対処法を学ぶ機会を得た。また同じ趣味を持つ人との出会いにより、大好きなバンドを組もうと呼びかけ、自分もピアサポーターを目指したいと希望が出てきた。
- ④ポジティブフィードバック（プラスの行動の強化）  
無理しないことをポジティブに捉えるよう本人と家族に積極的に伝えていきました。

36

## まとめ

1. 高次脳機能障害者や家族は当たり前な生活を望んでおり、それが叶わないことに対する心理面への配慮が必要であることをロールプレイを通し体験した。
2. 意欲・感情コントロール低下の背景には、不安や不全感があるため自信をつける等の精神的な安定を図る必要がある。そのためには当事者会や家族会、ピアサポーター等、仲間やロールモデルとなる人達の存在は大きく、その方々に繋がることも有効である。
3. 再発、症状の悪化や加齢等により、目標を一旦あるいは永続的に下方修正せざるをえないケースの場合、「Well-being」という観点から他の目標を掲げつつ長期的な視点に立って、その人のベースに寄り添いながら進めていくことが求められる。

37

© 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

38

## 演習02

### 環境調整による支援と 記録に基づく支援の評価

1

## 演習の内容

1. 演習のねらい
2. 事例の紹介
3. 演習Ⅰ（アセスメントのポイント）
4. 演習Ⅱ（支援内容の見直し）
5. 演習Ⅲ（支援手順書の作成と記録の活用）
6. まとめ

2

## 1. 演習のねらい

3

## この演習の獲得目標

- ① 相談支援専門員・サービス管理責任者等の障害福祉サービス従事者、その他関係者が、高次脳機能障害者児の支援上の課題の解決に向けて、再アセスメント・支援の見直しを行うことができる。
- ② 生活支援における環境調整の視点や、記録の活用的重要性について理解する。

4

## 障害福祉サービス従事者にとっての高次脳機能障害者・児支援の節目

- ① 医療機関での治療・リハビリを終え、障害福祉サービスを利用する場合
- ② 障害福祉サービスの利用後、支援上の課題が生じて、支援内容の見直しが必要となった場合
- ③ 医療や福祉・教育との関係が途切れて、「埋もれ」てしまったケースを掘り起こす場合

5

## 2. 事例の紹介

6

## Aさん（30歳台女性・精神障害手帳2級・障害基礎年金2級）

### <生活歴>

- ・大学在学中のとき、脳炎により意識不明となった（19歳）。
- ・意識回復後も寝たきり状態が続き、高次脳機能障害の診断を受けた。
- ・リハビリにより独歩が可能となり一旦退院したが、将来の生活を考えて、施設入所による自立訓練事業を利用した（21歳）。
- ・就労移行支援事業を利用し、トライアル雇用を経て、介護施設でパート勤務をすることとなった（22歳）。
- ・親元から離れた自立した生活を本人が希望し、ヘルパー利用をして、マンションで一人暮らしを始めた（31歳）。
- ・1か月ほどで訪問するヘルパーへの好き嫌いを口にするようになり、ケア中に苛立った様子を見せることも自立してきた。

7

## 本人・家族の希望

### <本人>

- ・ 1人でも生活できるようになりたい。
- ・ 新しいことはすぐに覚えられないので、自分のペースで取り組んでいきたい。
- ・ 両親以外にも相談できる相手を見つきたい。
- ・ 自分の障害のことを理解してほしい。

### <家族（両親）>

- ・ 自分たちが元気なうちに、一人暮らしができるようになってほしい。
- ・ 家族以外に相談できる相手を見つけてほしい。
- ・ 本人の障害やペースに合わせて支援をしてほしい。

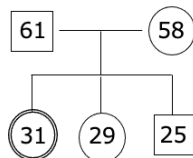
8

## Aさんの情報①

### <日課>

- 7 起床・朝食
- 8 出勤
- 9 ↑
- 12 パート勤務
- 16 ↓
- 17 退勤
- 19 夕食
- 入浴
- 22 就寝

### <家族>



### <週間スケジュール>

	月	火	水	木	金	土	日
AM	← パート →						
PM	ヘルパー		ヘルパー				

9

## Aさんの情報②

領域	主な情報
生活基盤	収入：基礎年金2級+パート給与（計17万円ほど）
健康・身体	服薬後は包装をとっておき、翌日捨てる。
日常生活	ADLは自立
コミュニケーション	他者の意思理解が難しい場合がある。
社会生活	屋外移動：慣れない場所への移動や移動先での行動に不安がある。 金銭管理：通帳管理やATM使用に支援が必要。
余暇・趣味	交友関係はほとんどない。スマホで音楽を聴く。
教育・就労	
家族関係	
障害特性	記憶力の低下（繰り返しにより改善が期待できる） 情報処理速度の低下／感情コントロールの低下

10

### Aさんの情報③

- <ヘルパー事業所（サービス提供責任者）からの情報>
- ヘルパー3名で対応している。
  - ケア開始時のサービス担当者会議で役割分担したことに沿って、家事援助（調理、洗濯、掃除の部分支援）と移動支援（買物）を提供している。
  - Aさんの様子やケア内容は、ヘルパー間でノートを紹介して共有している。
  - ケアを開始して1か月ほどで、ヘルパーを特定の1名に固定してほしいという要望をいただいたが、他のケアの関係もあり、困っている。
  - また、ケア中に険しい表情で、気になることを繰り返し言い続けることがあり、ヘルパーはどうか対応してよいかわからず、困っている。
  - Aさんは嫌な思いをしたり、苛立つと、母親にLINEするようで、母親からも問い合わせを受ける。

11

### 3. 演習 I

#### アセスメントのポイント

12

### 課題解決に向けたアセスメント

本人の希望に基づいて、一人暮らしを始めたAさんですが、1か月ほどで、訪問するヘルパーへの好き嫌いを口にするようになり、ケア中に苛立った様子を見せるようになってきました。

ヘルパー事業所でも対応に困っており、この状況が続くとケアの継続が難しくなるかもしれないとのことでした。

支援チームのリーダー格であるあなたは、何とかしたいと思っていますが、

- (1) 課題解決に向けて、どんな情報が必要ですか？
- (2) それはどのような見立て（仮説・想像）によるものですか？

13

### ワークシート①

(1) 課題解決に向けて、どんな情報が必要ですか？

(2) それはどのような見立て（仮説・想像）によるものですか？

14

### 個人ワーク10分 グループ共有15分

15

### Aさんの追加情報①

領域	主な情報
生活基盤	収入：基礎年金2級+パート給与（計17万円ほど）
健康・身体	服薬後は包装をとっておき、翌日捨てる。
日常生活	ADLは自立、IADLは一部支援（記憶障害・遂行障害の影響）
コミュニケーション	他者の意思理解が難しい場合がある。
社会生活	対人関係：思うようにならずに苛立つ。好き嫌いが顕著。同世代をライ/UL視 屋外移動：慣れない場所への移動や移動先での行動に不安がる。 金銭管理：通帳管理やATM使用に支援が必要。
余暇・趣味	交友関係はほとんどない。スマホで音楽を聴く。
教育・就労	情報の視覚化が必要。職場環境の変化が情緒に直結する。週1回の面談で安定している。プラス評価が不可欠（失敗を極度に嫌う）
家族関係	自分で判断ができず、家族を頼りがち
障害特性	記憶力の低下（繰り返しにより改善が期待できる） 情報処理速度の低下/感情コントロールの低下

16

### Aさんの追加情報②

- Aさん自身は・・・
- ヘルパーによって言うことややるのが違うから困る、頭が混乱する、イライラしてくる。
  - インターフォンを鳴らした後、挨拶だけの人、事業所名と名前を告げる人、名前だけ言う人がいる。
  - 買い物と一緒に出かけても、私がメモを忘れてきて無駄になったことがあった。メモがあっても、どの店で買えばよいかわからないこともあった。買い物メモを作るときも手伝ってほしい。
  - 一緒に調理をするときなど、いろいろなことを言う人がいる。
  - 自宅の警備システムをセットし忘れたこともある。

17

### 見立て（例）

- ヘルパー間の情報共有が不十分で、ケアに統一性がなく、本人を混乱させているのではないかと。
- いくつかの要件を、配慮なく、本人に口頭で伝えて済ませてしまい、理解できないままになっているのではないかと。
- ケア内容やヘルパーの人選に、本人の意向が反映されていないのではないかと。
- できたことを評価する場が必要なのではないかと。
- 必要な相談相手が身近にいないのではないかと。

18

## 4. 演習Ⅱ

### 支援内容の見直し

19

### 課題解決に向けた支援の見直し

これまでの情報や「見立て」を踏まえ、どのようにAさんへの支援の見直しを図りますか？  
必要な取り組みを挙げてください。

20

### ワークシート②

解決すべき課題	取り組むべきこと	留意点
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

21

個人ワーク15分    グループ共有30分

22

### ワークシート②（記載例）

解決すべき課題	取り組むべきこと	留意点
1.ヘルパーのケアの統一	ヘルパーの支援手順書を作成し、訪問からケアの提供、退室までのポイントを統一する。	本人の役割も明確にする。必要な声かけも統一する。
2.やることを忘れてしまう	忘れやすいことをメモする、目につく場所に貼る。	本人と話し合って決める。
3.好き嫌いが激しい	同世代のヘルパーを避ける。事業所内で、障害特性についての学習会を行う。	支援手順書に従ってケアに入ることができヘルパーを増やすことも必要。
4.できたことを評価する機会が必要	本人と、できたことを確認する機会を定期的に設ける。	本人と一緒に振り返ることができるよう記録をとる。
5.家族以外に相談できる相手がいない	生活面の相談相手を見つけるために、職場の定期相談を参考にする。	

23

## 5. 演習Ⅲ

### 支援手順書の作成と記録の活用

24

### 支援手順書の作成

Aさん

「買い物と一緒に出かけても、私がメモを忘れてきて無駄になったことがあった。メモがあっても、どの店で買えばよいかわからないこともあった。買い物メモを作るときも手伝ってほしい。」

「買い物をするときにメモを見えたり、メモを見ても買い忘れたりすることがある。」

(1)どのようなことをヘルパー間で共有しておけば、改善できるでしょうか？

25

### ワークシート③

(1)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割
買い物準備		
買い物支援 (移動支援)		

(2)

振り返りの留意点

26

## 個人ワーク10分

27

## ワークシート③（記載例）

(1)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割	記録
買い物準備	1) 冷蔵庫内の食材や調味料、その他の必要品を確認して、買い物メモを作成する。 2) 購入する店舗ごとに書き出す。	ヘルパーと一緒に買う物を決めて、行く店ごとにメモに書き出す。メモを財布に入れる。	メモを財布に入れるのに、声かけが必要でした。
買い物支援 (移動支援)	1) 本人が商品を選ぶ・支払いをするのを見守る。 2) 支払いの前に、買い忘れがないか確認する。	メモを見ながら、買い物をする。レジにならぶ前に、買い忘れがないか確認する。	メモを出さずに買い物始めたので、声かけしました。

(2)

振り返りの留意点

28

## 記録のまとめ

利用者名	A 様		作成者名	◇◇ ◇◇		年 月 日				
	(火)	(木)	(土)	(火)	(木)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)
買い物準備	-	-	○	-	-	○				
買い物	-	-	△	-	-	△				
...										
...										

◎ 自立 ○ 見守り △ 声かけ ▼ 困難

【備考】  
・買い物準備は、声かけがなくてもできています。  
・買い物は、店内が混んでいると焦ってしまうようです。

29

## 支援手順書記録の活用

(2)記録を踏まえて本人と振り返る際の留意点を挙げましょう

30

## ワークシート③

(1)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割
買い物準備		
買い物支援 (移動支援)		

**個人ワーク5分 グループ共有5分**

(2)

振り返りの留意点

31

## ワークシート③（記載例）

(1)

サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人の役割	記録
買い物準備	1) 冷蔵庫内の食材や調味料、その他の必要品を確認して、買い物メモを作成する。 2) 購入する店舗ごとに書き出す。	ヘルパーと一緒に買う物を決めて、行く店ごとにメモに書き出す。メモを財布に入れる。	メモを財布に入れるのに、声かけが必要でした。
買い物支援 (移動支援)	1) 本人が商品を選ぶ・支払いをするのを見守る。 2) 支払いの前に、買い忘れがないか確認する。	メモを見ながら、買い物をする。レジにならぶ前に、買い忘れがないか確認する。	メモを出さずに買い物始めたので、声かけしました。

(2)

振り返りの留意点

- ・その日のうちに、課題を確認しておく。
- ・否定的な表現は避け、次回に向けた励ましを心がける。
- ・一定期間内の振り返りにより、必要に応じて本人と支援方法を見直す。

32

## 6. まとめ

33

## サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該利用者が必要とするサービスの適切な支援内容について検討し、作成。



34



A. 様 支援手帳書		別紙	■自宅内取返	■職員取返	□その他	事業所名	ヘルパーステーション △△△△
						提供者	◇◇◇◇
提供日	年 月 日 ( )					記録	
5分	訪問	手帳・営業事項・観察ポイント	本人・家族の役割				
	挨拶	・駐車場7番に駐車する ・自宅(2階の2号室)に行き、インターホンを押す ・カメラに向かって身分証をかざすとドアが開くので、挨拶して入室する(室内では声が大きいにならないように注意する)	・インターフォンが鳴ったから、身分証を確認して玄関を開ける				
15分	買い物準備	・ヘルパーノート(前回の買い物)、冷蔵庫内、必需品メモを照らし合わせ、買い物メモを作成する ・行く店も決める	・ヘルパーと一緒に買物物を決めて、行く店ごとにメモを書き出す ・メモを財布に入れる				
5分	資源ゴミ確認 外出準備	・資源ゴミ(アルミ缶、スチール缶、ペットボトル)が溜まっているら袋に入れて、外出時に持ってくる ・玄関外で持ち、警備システムのセットと指紋の確認を本人に行う	・資源ゴミをヘルパーと確認し、出すかどうか決める ・警備システムをせかして、玄関を施錠する				
60分	買い物 <移動支援>	・買い物では、本人が商品を選ぶ ・支払いをするのを見守る ・支払いの前に、買い忘れがないか確認する	・メモを見ながら買い物をする ・レジになったら前に買い忘れがないか確認する			・メモを出さずに買い物始めたので、声かけしました	

23

記録のまとめ										
利用者名	A 様	作成者名	◇◇◇◇							
			年 月 日							
	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	(火)	(木)	(土)	(火)	(木)	(土)	(火)	(木)	(土)	(火)
調理	△	△	—	△	△	—	○	○	△	○
買い物準備	—	—	△	—	—	△	—	—	△	—
資源ゴミ確認	—	—	○	—	—	○	—	—	◎	—
外出準備	—	—	△	—	—	○	—	—	△	—
買い物	—	—	△	—	—	△	—	—	△	—

◎ 自立 ○ 見守り △ 声かけ ▼ 困難

【備考】

- 「調理」の前に、本人の役割を書いて渡すようにしてから、声かけをする必要がなくなりました
- 「資源ゴミ確認」は自分で行うことができます
- 「買い物メモ」の作成は開始できますが、財布に入れたり、スーパーで取り出すことを忘れやすいようです
- 月×日 スマホをFマートに置き忘れていました

44

◎ 厚生労働科学研究：障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究班

45



令和 8 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

所属研究機関長 職名 総長

氏名 芳賀 信彦

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立障害者リハビリテーションセンター・顧問  
(氏名・フリガナ) 深津玲子・フカツ レイコ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

所属研究機関長 職名 総長

氏名 芳賀 信彦

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 研究所 障害福祉研究部・室長  
(氏名・フリガナ) 今橋 久美子・イマハシ クミコ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

所属研究機関長 職名 総長

氏名 芳賀 信彦

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 国立障害者リハビリテーションセンター 病院・医師  
(氏名・フリガナ) 浦上 裕子・ウラカミ ユウコ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

所属研究機関長 職名 総長

氏名 芳賀 信彦

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 高次脳機能障害情報・支援センター・高次脳機能障害支援推進官  
(氏名・フリガナ) 立石 博章・タテイシ ヒロアキ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 7 日

厚生労働大臣 殿

社会福祉法人  
機関名 名古屋市総合リハビリテーションセンター

所属研究機関長 職 名 理事長  
(名古屋市総合リハビリテーションセンター長)

氏 名 渡邊 豊

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 名古屋市総合リハビリテーションセンター・副センター長  
(氏名・フリガナ) 鈴木 智敦・スズキ トモアツ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 5月 8日

厚生労働大臣 殿

機関名 一般社団法人 日本言語視聴覚士協会

所属研究機関長 職名 会長

氏名 内山 量史

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 一般社団法人日本言語聴覚士協会・言語聴覚士  
(氏名・フリガナ) 内山 量史・ウチャヤマ カズシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: COI委員会未設置の為)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立障害者リハビリテーションセンター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口チェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8年 4月 14日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都立大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 大橋 隆

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 客員教授  
(氏名・フリガナ) 渡邊 修・ワタナベ シュウ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 30 日

厚生労働大臣 殿

機関名 札幌国際大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 蔵満 保幸

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 人文学部心理学科・教授

(氏名・フリガナ) 青木 美和子・アオキ ミワコ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：札幌国際大学研究倫理規定)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	札幌国際大学 研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東北大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 富永 悌二

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学病院・学術研究員  
(氏名・フリガナ) 鈴木 匡子 スズキ キョウコ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: 研究実施の際の留意点を示した。 )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 5月 11日

厚生労働大臣 殿

機関名 京都光華大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 高見 茂

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 看護福祉リハビリテーション学部・福祉リハビリテーション学科・言語聴覚専攻・教授  
(氏名・フリガナ) 上田 敬太・ウエダ ケイタ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都光華大学研究倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年5月11日

厚生労働大臣 殿

機関名 帝京平成大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 沖永 寛子

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 健康メディカル学部言語聴覚学科・講師  
(氏名・フリガナ) 廣瀬 綾奈・ヒロセ アヤナ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。