

実践編研修テキスト

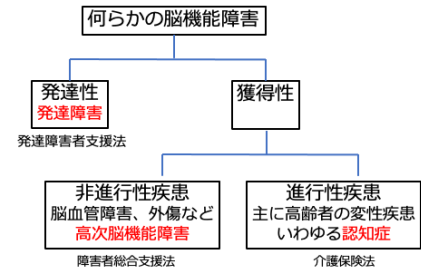
講義01B

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

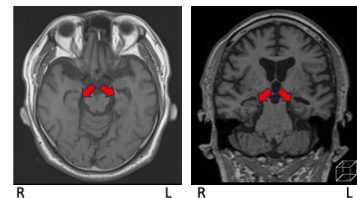
認知症は、特に物忘れ（記憶の障害）が有名ですが、やはり脳の萎縮（脳が年々小さくなっていく）によって生じます。つまり高次脳機能障害と同じく、脳の損傷に伴って生じるものです。

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、「**進行性疾病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

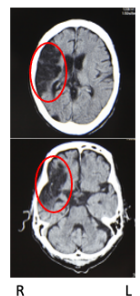
認知症は進行性？

- 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

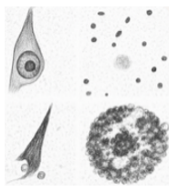
それでは、変性疾患とは？

- 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

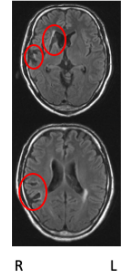
自覚症状

- ・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**ので」

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

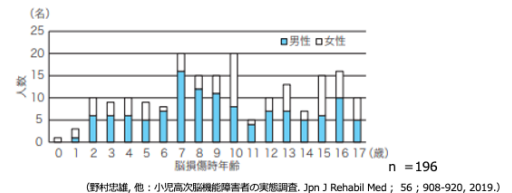
1

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。

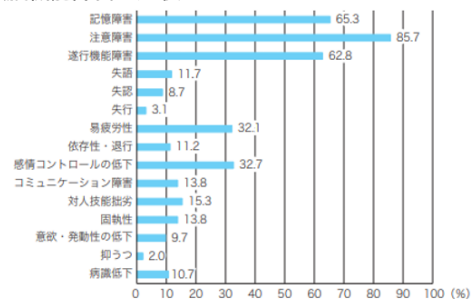
脳炎・脳症は他の疾患よりも低年齢。

	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

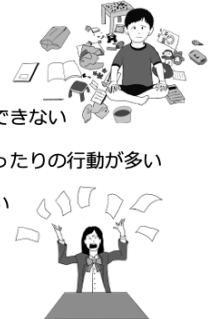
- 代償手段の活用
予定・出来事を確認できる手段の獲得を支援
例) 学校の連絡帳、自宅のカレンダー、市販の手帳、スマートフォン・タブレットのスケジュールアプリ、カメラで撮影など…
- 環境調整
手がかりを視覚化する
物の保管場所や実施手順を一定にする
- 学習方法の工夫
語呂合わせ、合体漢字などで印象深く覚える



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
- 個別的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



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raw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

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

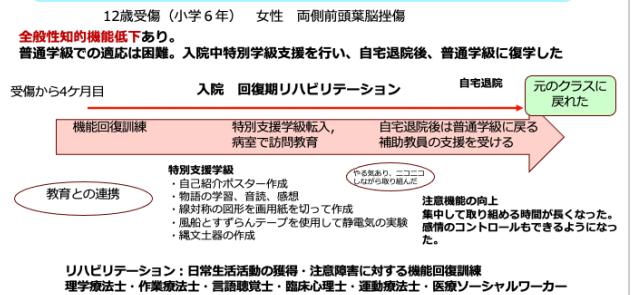
幼児期 — 学童期 — 思春期・青年期 — 成人期 — 高齢期
 (0~6歳) (6~12歳) (12~18歳) (18~65歳) (65歳以上)

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

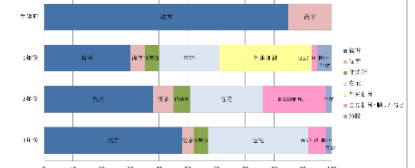
10歳 (小学4年生) 男性 ひま性軸索損傷の (10年経過) 20歳就労に至るまでの経過

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
周囲が通感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/ (2025/11/30)

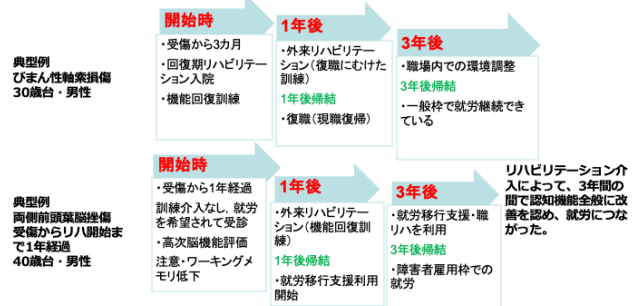


時間経過とともに機能回復を目的とした訓練の適応は低くなる。
 しかし、発症・受傷から、1年で復職・社会復帰できる場合は全体の約30%であった。
 医学的訓練プログラムが終了したあとでも経過を確認し、社会適応できない場合は、再適応や新規就労を目的とした職業リハビリテーション介入を検討することが必要となる。

- ・ 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。

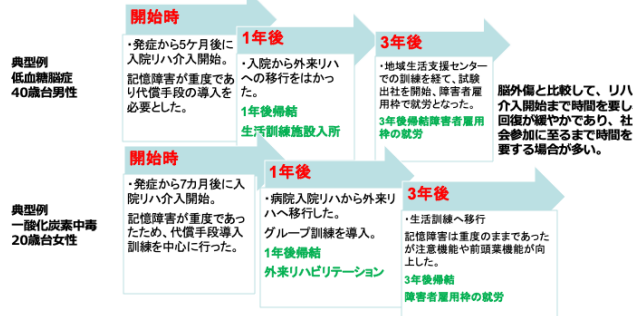
10

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

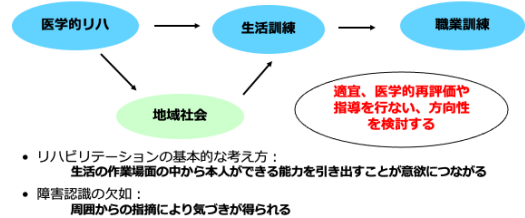
就労に至るまでの低酸素脳症患者の発症から3年間の経過



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。



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
発症以降、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

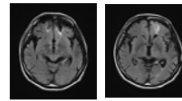
受傷・発症から10年経過した症例 現状と支援サービス利用状況 問題点

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

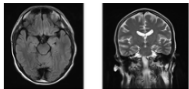
家族の介護負担が大きい

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

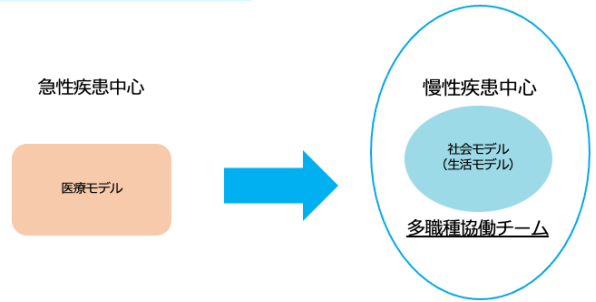
1

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

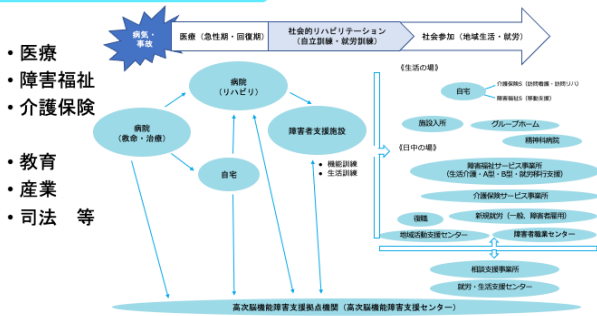
2

①生活を支えるために



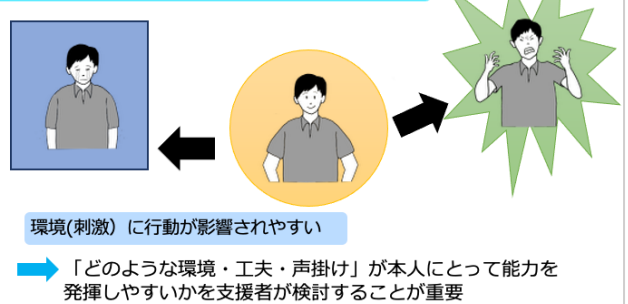
3

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助長されやすくなり、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かが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）

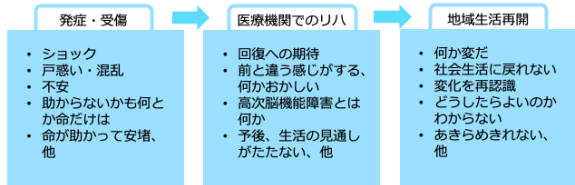
4

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



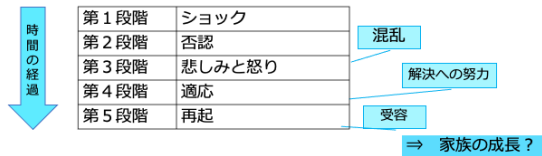
長時間にわたる喪失・葛藤などのストレス、安定と変化の繰り返し

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）

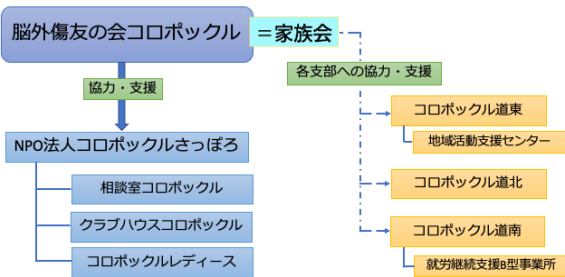
1999年2月に札幌で設立された家族会。交通事故により脳を損傷し、後遺症を持った子どもたちの親たちが立ち上げた。その1ヶ月後には、日本で初めての脳外傷者を対象とした作業所を設立。

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」
- ・ボロミナ（妻の会） 2か月に1回
- ・学期期親の会&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

ボロミナ（妻の会）の活動

・「ボロミナは、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こ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

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

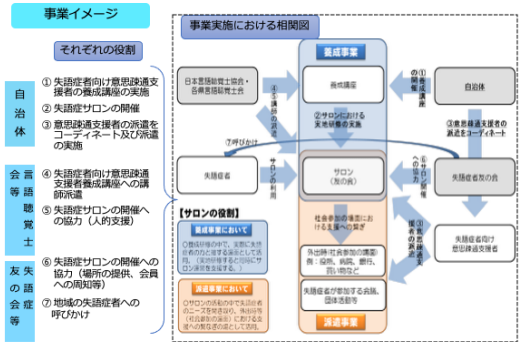
支援者の派遣事業の開始

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

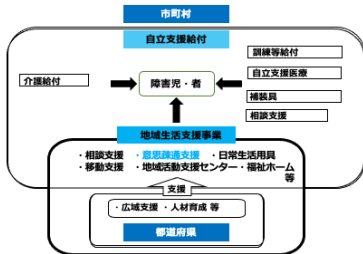
など

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
 - ・矢張り早く質問しない
- > 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

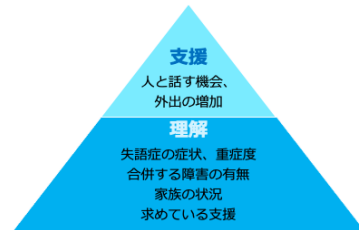
* 単独の自治体の他、政令指定都市や中核都市との共催も含まれている。

(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、職場復帰などを目指す。

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、日常生活上も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

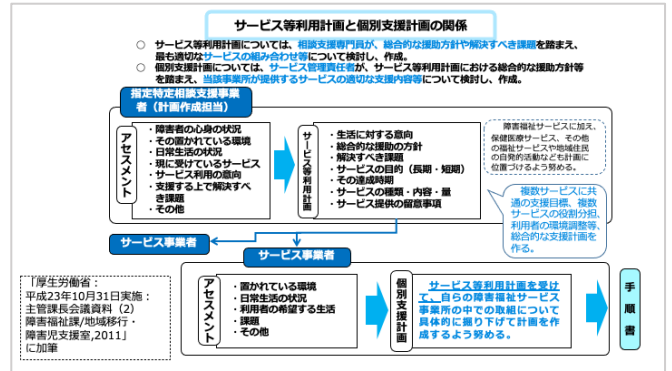
参考文献

- 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

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

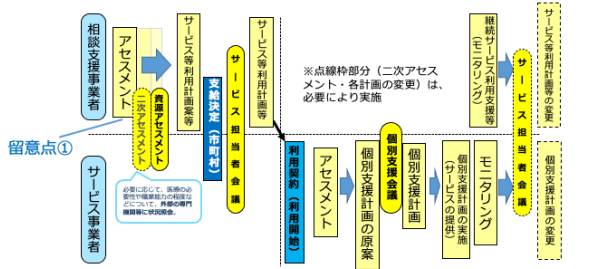
10

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				
計画作成日	モニタリング頻度（更新頻度）	留意点⑤				
計画作成者		提供事業者名				
総合的な援助の方針	留意点④					
長期目標						
短期目標						
長期目標	短期目標	達成時期	実施内容	実施場所	実施頻度	その他留意事項
留意点①	留意点②					留意点②
						留意点③

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

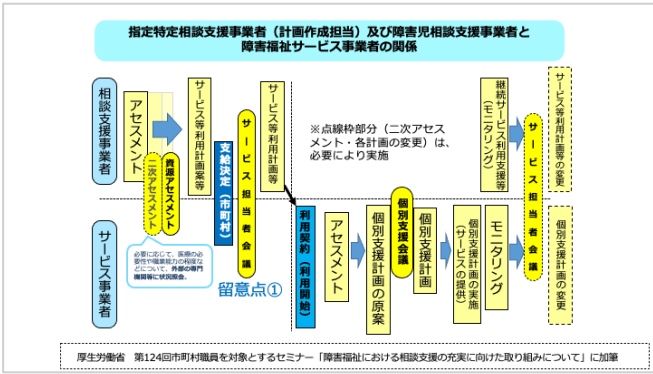
- ① サービス等利用計画に基づいて関係者内の役割分担がなされ、事業所等でサービスが提供される。
・サービス担当者会議の活用（障害特性や留意事項の確認など）
- ② サービス提供事業者では、個別支援計画が作成される。サービス等利用計画中の「総合的な援助の方針」を踏まえるなど、両計画の整合性を保つこと、また事業所内での職員間の支援の一貫性を保つことが重視される。
・関係者が本人に一貫した関わりをする→効果的な支援
・「リスクマネジメント」「エンパワメントの視点」「ストレスの活用」のバランス
- ③ 提供するサービス内容によって、3~6か月ごとの個別支援計画の更新や、そのためのモニタリングが必要となる。
・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）						
計画作成日	計画作成者	提供事業者名	利用者の住所と年齢	利用者の障害種別	計画作成担当者	サービス等利用計画
月	火	水	木	金	土	日
0:00						
0:30						
1:00						
1:30						
2:00						
2:30						
3:00						
3:30						
4:00						

留意点④

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
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			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ることができる。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

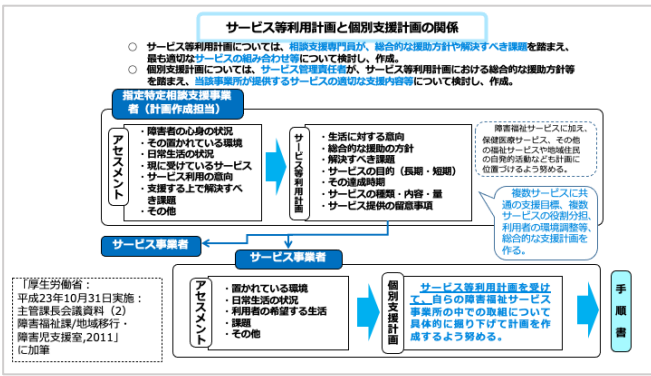
21

- ### 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。

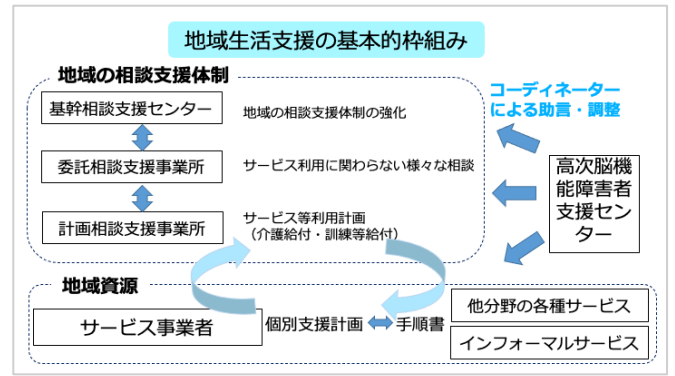
22

- ### 3. 地域生活支援の枠組み

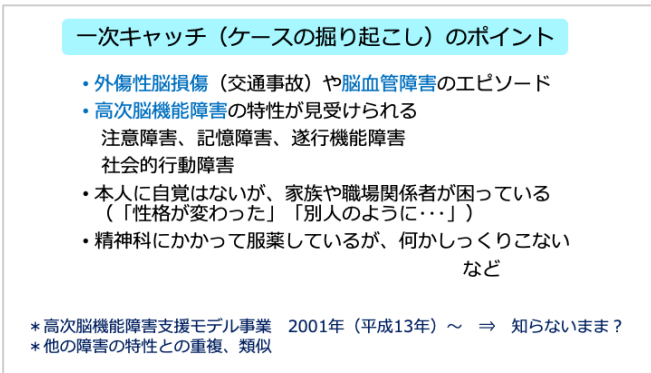
23



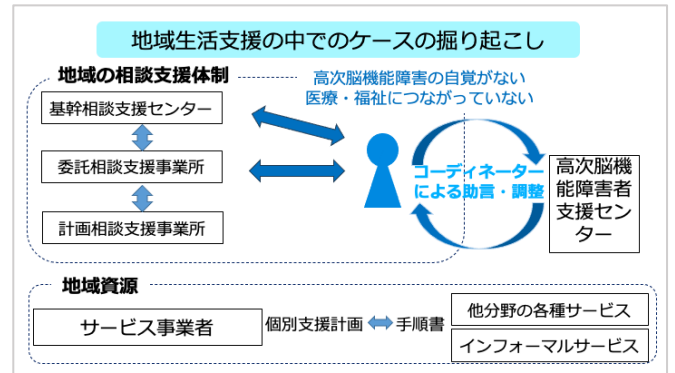
24



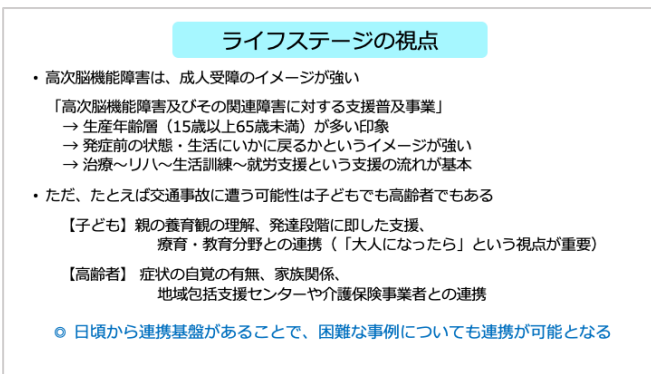
25



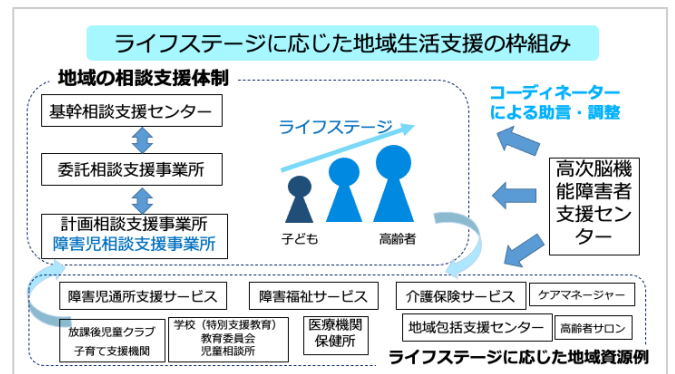
26



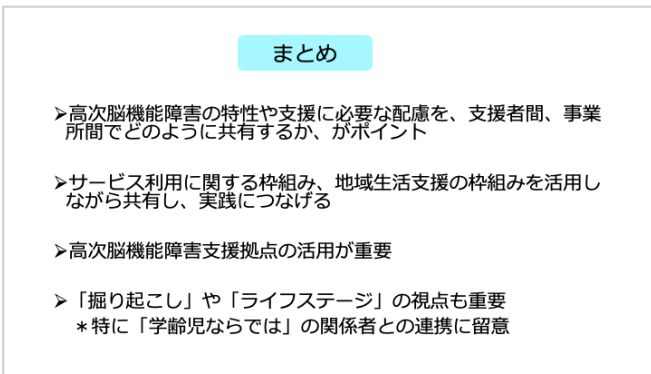
27



28



29



30



31

自動車運転再開支援

1

本講義の内容

1. 運転免許制度
2. 自動車の運転評価で確認する事項
3. 自動車運転で生じる課題、留意事項など
4. 自動車と運転補助装置の選択
5. 自動車に関する税と助成制度など
6. 各学会の自動車運転に関する適応や指導指針

2

1. 運転免許制度

3

2002年施行 道路交通法改正

- 障害者に係る欠格事由の見直し等関係
- 2002年6月に免許の欠格事由（絶対的欠格）から、免許の拒否、取り消し等（相対的欠格）への変更が行われた。
 - この時に、免許の拒否、取り消し等になる一定の病気、症状や程度を定めた結果、免許取得時や免許更新時に医師の診断書の提出を求められるようになった。
 - 脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、一過性虚血発作等）は、次の障害程度で免許の可否等を判断。
 - ① 意識障害、見当識障害、記憶障害、判断障害、注意障害等
 - ② 身体の麻痺等の運動障害
 - ③ 視覚障害（視力障害、視野障害等）
 - 脳腫瘍、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等は、認知症の中で「その他の認知症」の病気の区分となり、認知機能の程度で免許の可否等を判断。ただし、公安委員会によっては脳卒中と同じ基準で可否等を判断する場合がある。

4

医療職が研究会を発足

- 公安委員会から診断書の提出を求められる機会が増加したこともあって、医師、作業療法士、言語聴覚士などの医療職が中心となって研究会を発足。
 - 2008年 障害者自動車運転研究会が発足（東京）
 - 2008年 運転と認知機能研究会が発足（東京）
 - 2013年 自動車運転再開とリハビリテーションに関する研究会が発足（福岡）
- 2016年度から3つの研究会が合同研究会を開催し、日本安全運転・医療研究会を設立
- 2022年4月に日本安全運転医療学会へ名称変更

5

2014年施行 道路交通法改正（1）

一定の病気等に係る運転者対策

- 免許取得・更新時に、一定の病気の症状等に関する「質問票」の提出義務
 - ⇒ 虚偽記載の者に罰則
 - (参考) 2011年栃木県内で意識を失ったことがあることを申告せず、クレーン車を運転中にてんかんを発症し、死亡事故が起きたことが契機
- 診察した者が一定の病気等に該当すると認知したとき
 - ⇒ 医師による任意の届出制度
 - (参考) 2014年6月から2018年12月の間に798件の届出あり。その内、約4割が免許取消や停止処分。

項目	罰則
1. 虚偽記載	1年以下の懲役、10万円以下の罰金、又は併科
2. 医師による任意の届出制度	1年以下の懲役、10万円以下の罰金、又は併科
3. 医師による任意の届出制度	1年以下の懲役、10万円以下の罰金、又は併科
4. 医師による任意の届出制度	1年以下の懲役、10万円以下の罰金、又は併科

(参考) 栃木県 栃木県警察本部 栃木県警察本部 栃木県警察本部 栃木県警察本部
https://www.nhpb.go.jp/application/files/35/15/29/65/33/08_25_26_252_PDF57298.pdf 参照 2025/10/20

(e-GOV法令検索: 道路交通法改正) https://laws.e-gov.go.jp/laws/text/flat?id=Q05nank2330450000020960428128_1.jp4c72f40000078230.pdf 参照 2025/10/20

6

2014年施行 道路交通法改正（2）

一定の病気等に係る運転者対策

- 一定の病気等に該当する疑いがあると認められるとき
 - ⇒ 免許の効力暫定停止制度
- 一定の病気等であることを理由に免許を取り消されたとき
 - ⇒ 取り消しから3年以内に病状が快復し、免許を再取得する際には試験の一部免除（技能試験、学科試験）

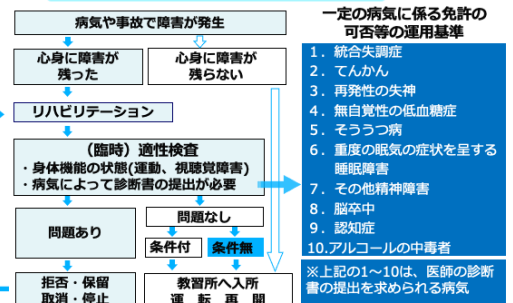
(参考) 栃木県 栃木県警察本部 栃木県警察本部 栃木県警察本部 栃木県警察本部
https://www.nhpb.go.jp/application/files/35/15/29/65/33/08_25_26_252_PDF57298.pdf 参照 2025/10/20

無条件で3年以内は一部免除ではない。免許の有効期限が切れた場合は以下の基準が適用される。特に、失効日から6か月を経過した場合は注意が必要。

- ア. 失効日から6か月を経過しない場合
 免許試験のうち、技能試験及び学科試験が免除されます。なお、やむを得ない理由により免許証の更新を受けなかった方は、過去の運転経歴が基準に適合したものであれば、優良運転者又は一般運転者とされます。
- イ. 失効日から6か月を経過し、3年を経過しない場合
 やむを得ない理由のため、上記ア.の期間内に試験を受けることができなかった場合には、当該筆値がやんでから1か月を経過しない期間内であれば、免許試験のうち、技能試験及び学科試験が免除されます。過去の運転経歴が基準に適合したものであれば、優良運転者又は一般運転者とされます。
- (参考) 運転免許の更新等運転免許に関する詳細について https://www.npa.go.jp/policies/application/license_renewal/index.html 参照 2025/10/20

7

現行の運転免許手続き



8

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	評価点	合計	判定	
1 出発・駐車	①前道・後道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、目標車は右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前方直進時の状態を確認、右側を注意することができるか。	0/1	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	合格	
	⑨左側及び右側の障害物と距離を測ることができるか。	0/1	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。	0/1	4点以上	合格	
5 先行速度	⑪右左折時に進路変更しているか。	0/1	1点	合格	
	⑫進路変更時に安定した進路を保つことができるか。	0/1	1点	合格	
	⑬先行速度に比べてメリハリのある速度で走行することができるか。	0/1	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 軽微

(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) (管理計画用紙) https://www.nhh.go.jp/TrainingCenter/General/training_inbo_training-in02_20251020

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

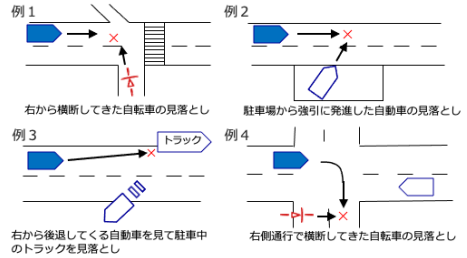
最終発作日から、最低でも2年以上を経過していないと運転は不可。

3. 視力、視野等

- ① 複視があっ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

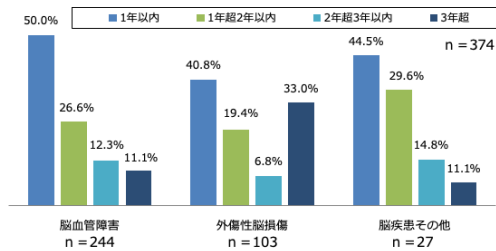
記憶障害	どこへ行ったのか覚えていない。助言を覚えられず同じミスを繰り返す。新しい道を覚えられない。事故に遭いそうになったことを覚えていない。交通事故後の対応が困難。
注意障害	前車の発進、減速、青信号に変わったことに気づかない。信号、標識、標示、横断歩行者、横断自転車、自動車を見落としやすい。直進路、曲進路で走行位置が安定しない。車間距離を保てない。時間経過とともに運転ミスが増加する。
遂行機能障害	走行場が変わったときの速度が不適切。駐車車両を避ける時に他車を妨害する。信号機のない交差点を直進時に、状況に関係なく全て徐行する。合図と進路変更に一貫性がない。

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	 2001年～	 2008年～	 1969年～
名称	身体障害者標識	聴覚障害者標識	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
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は、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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 障害のある人々が利用できる建築物や公共輸送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、事前のうえで御用下さい。

28

6. 各学会の自動車運転に関する適応や指導指針

29

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/issac2019/> 参照2020/10/20)

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(身体障害者)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

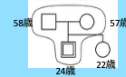
両親と3人暮らし。2歳違いの妹（大学生）

・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、その人のペ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。

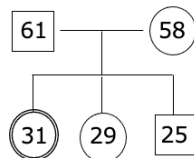
8

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
- 22 入浴
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 る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忘れたり、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。

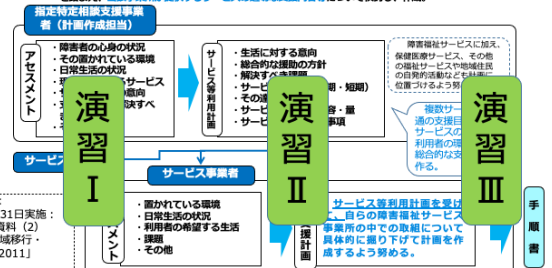
32

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。



「厚生労働省：平成23年10月31日実施：主管課長会議資料」(2)
障害福祉課/地域移行・障害児支援室,2011」
に加盟

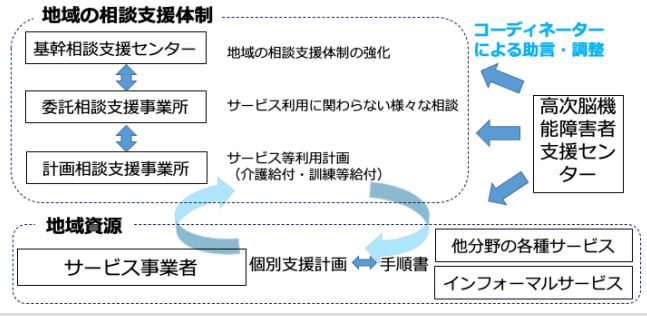
34

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

35

地域生活支援の基本的枠組み



36

サービス等利用計画から個別支援計画へのつながり

【Bさんの例】

- ・職場復帰を目指して、一人暮らしをしながら自立訓練に通う40歳台男性のケース。
- ・支援の比重が、居宅介護や自立生活援助に移りつつある時期。
- ・居宅での支援では「一緒に行く」ことを重視し、再就労に向けて本人の役割を増やしていく。
- ・本人の希望を尊重しながらも、現実的な認識を促していきたい。

37

サービス等利用計画		サービス等利用計画	
利用者の氏名	性別	障害者種別	区分
高次脳機能障害者	男	高次脳機能障害者	区分3
利用開始日	平成25年10月1日	利用開始日	平成25年10月1日
利用終了日	平成26年3月31日	利用終了日	平成26年3月31日
利用場所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	利用場所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
利用内容	自立訓練(職業訓練)	利用内容	自立訓練(職業訓練)
利用時間	月曜日～日曜日 10時～15時	利用時間	月曜日～日曜日 10時～15時
利用料	無料	利用料	無料
利用目的	本人: 1人暮らしを続けながら訓練を受けて、また職場として仕事に戻りたい	利用目的	本人: 1人暮らしを続けながら訓練を受けて、また職場として仕事に戻りたい
支援の必要性	仕事復帰に向けて、まず日常生活の中でできることを伸ばしていきながら支援する	支援の必要性	仕事復帰に向けて、まず日常生活の中でできることを伸ばしていきながら支援する
支援内容	1人暮らしに自信を持ち、仕事復帰に向けた訓練を受ける	支援内容	1人暮らしに自信を持ち、仕事復帰に向けた訓練を受ける
支援期間	平成25年10月1日～平成26年3月31日	支援期間	平成25年10月1日～平成26年3月31日
支援担当者	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	支援担当者	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
支援体制	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	支援体制	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
支援費	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	支援費	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
その他		その他	

38

サービス等利用計画【個別支援計画】

利用者の氏名	性別	障害者種別	区分	利用開始日	利用終了日	利用場所	利用内容	利用時間	利用料	利用目的	支援の必要性	支援内容	支援期間	支援担当者	支援体制	支援費	その他
高次脳機能障害者	男	高次脳機能障害者	区分3	平成25年10月1日	平成26年3月31日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	自立訓練(職業訓練)	月曜日～日曜日 10時～15時	無料	本人: 1人暮らしを続けながら訓練を受けて、また職場として仕事に戻りたい	仕事復帰に向けて、まず日常生活の中でできることを伸ばしていきながら支援する	1人暮らしに自信を持ち、仕事復帰に向けた訓練を受ける	平成25年10月1日～平成26年3月31日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練	自立訓練

39

自立生活援助 個別支援計画

作成日	作成者	作成場所	作成日時
平成25年10月1日	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇
利用者の氏名	性別	生年月日	〇〇〇〇〇〇
高次脳機能障害者	男	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇
住所	連絡先	障害者種別	高次脳機能障害者
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	高次脳機能障害者	高次脳機能障害者
利用目的	支援の必要性	支援内容	支援期間
1人暮らしを続けながら訓練を受けて、また職場として仕事に戻りたい	仕事復帰に向けて、まず日常生活の中でできることを伸ばしていきながら支援する	1人暮らしに自信を持ち、仕事復帰に向けた訓練を受ける	平成25年10月1日～平成26年3月31日
生活状況と課題	目標	支援方法	取り組み期間
1 体量が減らない生活習慣を身に付ける	1人暮らしを始めたときの体量を維持する(55kg以上維持)	体量の増減や毎日の食事(スマホアプリ)を一緒に確認し、必要があれば、ヘルパーに調理を依頼することも検討する	4月～6月
2 通勤の手続きを一人で行うことが不安	必要な手続きを自分で行うことができるようになる	はじめは一緒に手続きを行います。慣れてきたら自分でやり、わからないことは電話でもらいます	4月～6月
3 自立訓練に通っているが、収入に十分な活動ができていない	1ヶ月の収入を把握し、どんな仕事に就くか考える材料にする	一緒に収入を把握し、収入につながる可能な活動も考えます。必要があれば他の支援者にも相談します。(法人・事業所等)	4月～6月

40

居宅介護支援計画から手順書・記録へのつながり

【Aさんの例】

- ・1人暮らしの定着を図る30歳台女性のケース。
- ・ヘルパー利用による不安の軽減のため、手順書を詳細に作成し、本人と共有。
- ・否定的な声かけに敏感なため、記録やフィードバックの際に留意し、信頼関係の構築に努めている。
- ・フィードバックの際に、「記録のまとめ」を活用している。

41

利用者の氏名	性別	障害者種別	区分	利用開始日	利用終了日	利用場所	利用内容	利用時間	利用料	利用目的	支援の必要性	支援内容	支援期間	支援担当者	支援体制	支援費	その他
高次脳機能障害者	女	高次脳機能障害者	区分3	平成25年10月1日	平成26年3月31日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	居宅介護支援	月曜日～日曜日 10時～15時	無料	本人: 1人暮らしを続けながら訓練を受けて、また職場として仕事に戻りたい	仕事復帰に向けて、まず日常生活の中でできることを伸ばしていきながら支援する	1人暮らしに自信を持ち、仕事復帰に向けた訓練を受ける	平成25年10月1日～平成26年3月31日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援	居宅介護支援

42

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20号室)に行き、インターホンで鳴らさず ・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方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 ・警備システムをせつし、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

