

高次脳機能障害の理解のために



長崎県高次脳機能障害支援センター

はじめに

近年、交通事故などによる脳損傷が原因で、記憶障害、注意障害、遂行障害など、いわゆる高次脳機能障害をおこすことが知られるようになりました。このような障害がある方々は、家事や仕事ができなくなるなど、日常生活に大きな障害を抱え、社会的な問題となっています。

高次脳機能障害は、障害が複合的に現れることや、外観からは分かりにくい等の問題があり、標準的な評価基準や支援プログラムの策定が難しく、また支援機関同士の連絡も、現状では十分とは言えません。

障害者自立支援法では、県の役割として高次脳機能障害者に対する支援が位置づけられ、長崎県では、平成18年度から高次脳機能障害支援連絡協議会を設置し調査や検討を重ねてきましたが、平成19年7月に、相談・支援窓口の支援拠点機関として、「長崎県高次脳機能障害支援センター」を開設しました。

開設から平成20年2月末までに、65件(延べ149件)の相談を受け付けて必要な対応をしてきましたが、その取り扱い経過等を踏まえ、このたび、福祉の分野で支援にあたられている方々を対象として、「高次脳機能障害の理解のために」を作成しました。

このパンフレットが、支援従事者にとって高次脳機能障害に対する理解とリハビリテーション・ケアサービス・支援ネットワーク等の支援体制を充実する上で、参考になることを願っています。

また、高次脳機能障害者にとりまして、これまでと変わらず身近な地域で暮らすことができるよう、理解と支援の一助となれば幸いです。

平成20年3月
長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
長崎県高次脳機能障害支援センター
所長 大塚俊弘



目次

高次脳機能障害とは	1
I 援助と役割	2
1 高次脳機能障害との出会い	2
2 本人・家族への対応	3
(1) 高次脳機能障害者と家族	3
(2) 時間経過と相談内容	3
(3) 話を聞く姿勢	3
(4) 継続的な支援	3
II 高次脳機能障害とは	4
1 高次脳機能障害の特徴	4
2 高次脳機能障害の原因と人数	4
3 障害と対応	5
(1) 記憶障害	5
(2) 注意障害	6
(3) 遂行機能障害	7
(4) 社会的行動障害	8
4 合併しやすい症状	9
(1) 失語症	9
(2) 失行症	10
(3) 失認症	10
(4) 半側空間無視	11
(5) 地誌的障害	11
5 障害と診断基準	11
6 相談の流れと対応のポイント	12
III 高次脳機能障害と社会福祉制度	18
1 障害者手帳制度	18
(1) 精神障害者保健福祉手帳	18
(2) 身体障害者手帳	19
(3) 療育手帳	20
2 障害者自立支援法の利用	21
3 高次脳機能障害と経済的保障制度	26

IV 家族会から	27
1 脳外傷『ぶらむ』長崎 (高次脳機能障害当事者と家族の会) より	27
体験Ⅰ 苦悩の日々、春が来るのは…	28
体験Ⅱ バイク事故から十八年	29
体験Ⅲ 命は助かったものの	30
体験Ⅳ 長く暗いトンネル	31
【資料1】 高次脳機能障害チェックリスト	32
【資料2】 高次脳機能障害診断基準	33
高次脳機能障害支援拠点機関	34
参考資料	35
編集委員一覧	35



えんじょうまめ
2008.1.18
Kenichi

〈挿絵制作〉 尾上 憲一 氏

長崎県立西陵高等学校、東京都立大学理学部地理学科卒業後リサーチ会社勤務。平成15年バイク事故により頭部外傷受傷。現在、自立訓練施設・授産施設を利用し自立に向け取り組んでいる。

脳外傷『ぶらむ』長崎会員

高次脳機能障害とは…



体はほぼ回復して退院したけれど、以前と何か違う…

気が散りやすい

無関心
無気力になる

場所が
分からない

子どもっぽくなる

障害状況の
自覚がない

自己中心的

我慢が
できない

人間関係を
作るのが苦手

怒りやすい

覚えられない

仕事の
要領が悪い

作業に
ミスが多い

こだわりが
強い

行動に
まとまりが無い

上記のような状態が長く続き、生活や仕事に悩まれている方はいませんか？
もしかするとその方は、

「高次脳機能障害」

かもしれません。

I 援助と役割

みなさんの周りに交通事故などで頭を強く打ったり、脳卒中の後に「記憶力が悪くなった」、「集中力がなくなった」、「性格が変わった」という人はいませんか？ その原因の一つとして高次脳機能障害が考えられます。

1. 高次脳機能障害との出会い

高次脳機能障害は、脳の損傷によって注意力や記憶力、感情のコントロールなどに問題が生じる障害です。身体の麻痺や運動の障害、ことばの障害とは違い、見た目や会話をしただけでは障害があると気がつかれないことや、性格的なものと受け取られる場合があります。このため、高次脳機能障害は「見えにくい障害、捉えにくい障害」と言われています。

* 高次脳機能障害は外見や会話をしただけではわからず、誤解を受けることがあります。

本人や家族も「以前と変わった」「忘れっぽくなった」などと感じていても、それが“脳の損傷による障害”と認識していないことがあります。そのため、支援スタッフと高次脳機能障害者や家族との出会いは「高次脳機能障害のために困っている」という相談で始まるとは限りません。

* 本人や家族も高次脳機能障害の存在に気づいていないことがあります。

交通事故や転落などの外傷性脳損傷、脳出血・脳梗塞・くも膜下出血などの脳血管障害は高次脳機能障害を引き起こしやすい疾患です(表1)。これらの疾患の既往歴がある場合には、受傷・発症後に高次脳機能障害の症状(II章を参照)に当てはまる点がないかを本人・家族に確認してみましょう。逆に、高次脳機能障害の症状に当てはまる特徴があった場合には、外傷性脳損傷や脳血管障害など、脳に関する疾患がないかを確認しましょう。

表1: 高次脳機能障害の原因疾病

診断書記載の傷病名	脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳血栓) 脳腫瘍	局所的な脳損傷を生じやすく、失行・失認・失語などが生じることがある。
	脳外傷(脳挫傷・びまん性軸索損傷・急性硬膜下出血) 心肺停止後の蘇生後脳損傷(低酸素脳症) ウイルス性脳炎	広範囲な脳損傷を生じやすく、情報処理・遂行機能・行動モニターなどに関する諸症状を生じることがある。

2. 本人・家族への対応

(1) 高次脳機能障害者と家族

相談は多くの場合、家族から寄せられます。高次脳機能障害者と共に暮らす家族は、将来への不安、経済的な不安、受障の苦しみや悲しみ、家庭内での対応から来る心身の疲労など、多くのストレスを抱えています。さらに、高次脳機能障害者は一見するとその障害が明らかではないことが多く、家族は他の人にわかってもらえないのではという不安を感じていることもあります。相談を受けた際には、家族の悩みに十分に耳を傾けながら、本人および家族の置かれている状況を把握することが支援の基本となります。

(2) 時間経過と相談内容

発症・受傷からの時間経過により相談内容が異なってきます。受傷直後は機能回復のためのリハビリテーションに関する相談などが多い傾向があります。また、退院し在宅生活を始めた当初は、入院中には気がつかなかった様々な障害に気がつくようになる時期といえます。この時期は本人が以前と変わってしまったことに対する困惑や悲嘆、また接し方がわからないなどの悩みが寄せられます。在宅生活が長くなると悩みが具体的になり、社会参加や生活、就労、社会保障などの支援が求められます。具体的にはIII章をご覧ください。

(3) 話を聞く姿勢

本人、家族は過去に「努力が足りない」「甘えている」「家族の対応が悪いせいだ」などと言われ精神的に傷ついていることがあります。そのため、相談を受けた際にはまずは十分に話を聞くことが、本人・家族との関係を作る第一歩となります。話を受け止めてもらえたと感じることで、具体的な課題に取り組む活力や支援を活用しようとする思いが芽生えてきます。

(4) 継続的な支援

本人や家族の混乱状態が強い時には、喪失感や周囲の理解の薄さに対する憤りが相談支援者に向けられることがあります。これは葛藤の深さのあらわれであると考え、たとえ憤りが向けられたとしても「必要な時にはいつでも声をかけてください」という対応が大切です。また、相談支援者が「残念ながら今の状況に対応できるサービスはありません」と善意を込めて対応した場合でも、本人や家族は一層の絶望感を感じる場合があります。「どのような支援が必要か考えていきましょう」という継続的な関係を示すことで、相談支援者を身近に感じられるようにすることが大切です。

Ⅱ 高次脳機能障害とは

高次脳機能障害とは、交通事故や脳血管疾患(脳卒中など)により、脳損傷を経験した人が、記憶・注意・思考・言語などの認知機能の障害や、感情や行動の抑制がきかなくなるなどの精神・心理的症状の問題を抱え、日常生活や社会生活への適応に支障を来すことをいいます。

1. 高次脳機能障害の特徴

高次脳機能障害は、精神・心理面での障害が中心となるため、以下の三つの特徴があります。

- (1) 外見上は障害が目立たない。
- (2) 本人自身が障害を十分に認識できていないことがある。
- (3) 障害は、診察場面や入院生活よりも在宅での日常生活、とくに社会活動場面(職場、学校、買い物、役所や銀行の手続き、交通機関の利用など)で出現しやすいため、医療スタッフに見落とされやすい。

こうした高次脳機能障害者は、外見からは分かりにくく、障害を知らない人から誤解を受けやすいため、人間関係のトラブルを繰り返し、社会復帰が困難な状況に置かれています。また、障害として認識されないまま経過することも多くあります。そのため医療・福祉のサービスを受けられず、社会の中で孤立してしまっています。

2. 高次脳機能障害の原因と人数

高次脳機能障害を引き起こす原因は様々です。脳血管障害はもとより頭部外傷、感染、中毒性疾患などの様々な疾患で引き起こされます(表1)。

高次脳機能障害者の正確な数は分かっていませんが、長崎県内の年間発症者数は表2のように推計されています。

表2:長崎県高次脳機能障害者数

長崎県内年間高次脳機能障害発症者数	
65歳未満	114~125人
<small>(長崎県高次脳機能障害者支援対策検討事業実態調査報告書,2006)</small>	
長崎県内高次脳機能障害者数	
総数	3,300人
18歳以上65歳未満	770人
<small>(厚生労働省報告,2004より推計)</small>	

3. 障害と対応

(1) 記憶障害

① 症状(日常生活での現れ方)

物事を思い出せない、新しいことを覚えられないなど、下記のような症状が見られます。

- 日時、場所、人の名前が覚えられない
- 今見たり聞いたりしたことをすぐ忘れる
- 一日のスケジュールがわからない

私たちが日常の生活をスムーズに送り、必要な行動を行うためには、記憶が大きく関与してきます。知識や技能・手順を獲得し頭の中に留めておくこと、出来事や予定を必要な時・場面で思い出す、さらに時間が経過しても自己の意識を保ち行動を継続する、など記憶は日常の活動の基盤となっています。

② 仕事の中で起こる症状の例

- 必要な書類や用具をどこに片づけたかを忘れることがある。
- 覚えたことを翌日には忘れている。
- 新しい機械などの取扱いを覚えることが難しい。

③ 対応

記憶障害に対応する際は情緒面と記憶障害に対する病識の程度を考慮する必要があります。記憶障害のある人は記憶が繋がらないことがあるため、周囲や自身の状況がわからず不安や困惑に陥りやすくなり、イライラすることがあります。このように、情緒面の不安定が強い場合には、気持ちの安定を図る方が重要です。

記憶障害に対する自己認識の度合いは今後の生活の仕方に影響します。適切な病識を持つことができれば代償手段を獲得し自分で生活上の工夫をすることができます。病識が低い場合は、検査結果などを通じて自覚を促すように働きかけ、まずは記憶障害を理解してもらうことが大切です。また、自覚を促す際も、できないことを強調して説得しようとするのではなく、本人が気づきやすい方法をとるように心掛けましょう。

記憶障害の場合は、試行錯誤や失敗することが混乱につながるなど正しい学習を妨げることが多いため、エラーレスラーニング(失敗のない学習)が有効とされています。代償手段の訓練など新しいことを学習する際には、初めに正しいやり方を提示するなど混乱させない学習法を工夫しましょう。

(2) 注意障害

① 症状(日常生活での現れ方)

注意・集中力が低下することにより、下記のような症状がみられます。

- ぼんやりして自分の周りの人や事象に関心を示さない。
- 気が散りやすい。
- 簡単なミスが多い。
- 二つ以上のことを同時にできない。
- 他のことに関心を転換できない。

ごく軽い注意障害がある場合、一見普通に行動しているように見えますが、言動にまとまりがなく話題が移りやすい状態が見られます。一つのことを続けたり考えたりすることができず、他に注意が向いて気が散りやすくなります。このような状態は、とりわけ誰かから話しかけられたり、電話がなったり、ドアが開いたりなど、外部からの刺激があると顕著となります。また、テレビがついている、音楽が鳴っているなどの阻害要因があったり、同時に二つのことを行っていたりしても、注意の障害が目立ってきます。

注意障害があると、作業の能率が低下して、家事や仕事などでも所定のことを行うのに時間がかかります。必要なものを見落とししたり、余計なものに気をとられたりします。日常生活上で自分のことはある程度行えたとしても、身の回りで起きていることや社会的な事柄に関心を示さないこともあります。

② 仕事の中で起こる症状の例

- 作業速度が途中から極端に遅くなる。
- 作業の途中で単純なミスが出やすい。
- 作業中に電話がかかってきても出られない。

③ 対応

ア 支援導入前の時期

脳損傷後意識が戻り始めた状態では覚醒が低い場合が多くみられますが、ときには過覚醒で、不穏な状態の場合もあります。

例：入院の必要性を自覚できず徘徊する。
転倒の危険性があるのに車椅子から立ち上がろうとする。

このような場合につきのような対応が必要です。

■ 行動の管理(刺激を制限する。)

生活環境：個室対応、状況に応じてベッド周りをシーツなどで囲う、騒音を減らす、なじみやすい雰囲気を作る。

人的環境：対応する人を限定し、ラポール(信頼関係)を形成する。接触時間は短く、指示は簡単にする。

支援環境：集団から少し離れて個別に行う。各種検査や活動、訓練では負担が大きいものを避ける。

抑制を避ける：自発的な行動を妨げない、周りの様子を知らせる。

イ 支援導入期

状態は変動しやすいが、訓練指示を受け入れ協力できる時期。

例：注意機能の低下により日常の行動がうまくいかず疲れやすい。
緊張感やイライラが目立つ、不安定な感情。
家族などの介護者に攻撃的に不安をぶつける。

■ 行動の管理(積極的な刺激の導入によって注意機能、行動を活性化させる。)

生活環境：生活の中での日常生活動作を確認する。
生活圏内での行動を自立させる。

人的環境：対応する人・接触時間を拡大する。

支援環境：訓練(生活支援)室で取り組める課題から難度を調整する。

(3) 遂行機能障害

① 症状(日常生活での現れ方)

遂行機能障害とは、自身の行為や行動を客観的にとらえること(自己モニタリング)ができず、目標達成が困難になる障害です。そのため、生活上に必要な情報を整理、計画、処理など一連の作業が難しくなります。

- 思いつきだけで行動する、見通しの欠如。
- 同じような行動を繰り返す。
- 状況に見合った行動がとれない。
- 行動が子供っぽく未熟。
- 計画性・効率性の欠如。
- 自分の問題点がどの程度なのかよく分からず、将来についても現実的でない。

遂行機能とは、日常生活場面での何らかの問題が生じたとき、解決のための計画を立て、そのための枠組みを作成し、実際に行動をおこし、結果を検証して、制御・修正する能力です。

遂行機能には、

- a 目標の設定
- b プランニング
- c 計画の実行
- d 順序立った効果的な行動

という要素が考えられます。このような遂行機能は、例えば「料理を作る」「銀行振込をする」「手紙を書く」など、日常生活で何げなく行っているものの、よく考えると非常に重要かつ複雑な一連の機能に反映されます。

遂行機能は、高次脳機能の中でも最も発達した機能の集合体とも呼ぶべきものです。したがって運動や知覚、注意、記憶、言語などが障害を受けていると、当然遂行機能にも障害が見られます。

② 仕事の中でおこる症状の例

遂行機能は仕事上のいろいろな場面で必要となる能力ですが、障害があっても周囲の人に理解されにくい症状です。

- 仕事の計画を立てることや、優先順位を決めることが難しい。
- 目的に向けて効率的な手順で作業を行うことが難しい。
- 臨機応変な対応が難しい。
- 無駄に見える作業が多く、時間がかかる。
- 必要な用具や材料を準備することが難しい。

③ 対応

- 行動がしやすいようにきっかけを作る。
- 行動する前に言語化する。(自己教示法: 言語で自己の行動を調節・制御する)
- 一連の取り組みを小さな単位(プロセス)に分ける。
- 作業手順を明確化し、何をしたらよいか視覚的な手がかりを中心に提示する。
- 興奮、イライラしたら無理に鎮めたり、説得したりせず、興味を他に向ける。

(4) 社会的行動障害

① 症状

依存性・退行、欲求コントロール低下、感情コントロール低下、対人技能拙劣、固執性、意欲・発動性の低下、抑うつ、感情失禁、その他(引きこもり、脱抑制、被害妄想、徘徊など)が含まれます。

とくに、次のような特徴があるとされます。

- 興奮する、大声を出す、暴力を振るう。
- 思い通りにならないと、きまって大声を出す。
- 他人につきまとって迷惑な行為をする。
- 支援者に、つき合えと強要する。
- 不潔行為やだらしのない行為をする。
- 自傷行為をする。
- 自分が中心でないと満足しない。

② 対応

社会的行動障害自体に対する効果的な訓練方法はありません。

対応の基本は、「問題行動をなくす」ことよりも「適応行動を増やす」ことに主眼をおくべきであると考えられています。そのためには、スタッフは利用者がなぜそうなってしまうのかを評価・理解し、「落ち着いて過ごせること」あるいは、「やらなければならない日課」を手がかりに、適応できる場面を広げられるよう、環境的・人的に支援していくことが必要です。また、当事者にとっても、うまく対処できる経験を積み重ねることによって、心理的に安定がみられます。

支援に際しては、高次脳機能障害の評価結果などから対応を検討していくこととなりますが、下記のような対応をしていくことが効果的です。期間を決めてアプローチの効果を検討し、必要に応じて修正を重ねていくことが必要です。

このような情動に関する障害は周囲に理解されにくいために、当事者は自信を失いやすいことがあります。そこで、当事者の障害状況・支援の目的を家族や地域の支援者に理解してもらうことが重要です。

- a 生活場면을“分かりやすく”“すごしやすい”環境に整える
- b 日課を整える
- c スタッフの対応を統一し役割分担を決める

4. 合併しやすい症状

(1) 失語症

① 症状

多くは大脳左半球の障害を原因として生じます。記憶や知識、周囲の状況理解などはできませんが、「ことば」という記号への置き換えができません。

話す場合の問題

- ことばが思い出せない。
- 目の前にある物の名前が思い出せない。
- 言いたい単語と違う単語が出てしまう。
- ことばを言い間違っても気づかないことが多い。

聴く場合の問題

- 相手の話していることばの意味がわからない。
- 単語の意味さえ分からない、複雑な文章になると分からない、ほとんど日常生活に困らない、など症状には差がある。

読み書きをする場合の問題

- 「いす」を「つくえ」などと読みまちがえる。
- 意味を表している漢字は読めるが、仮名だけの場合は難しい傾向がある。
- 自分の名前も書けない程度から、漢字なら書ける、仮名だけの場合は書けないなど差がある。

(2)失行症

① 症状

手足の運動麻痺はなく、普段は行えている行為なのに、意図的にさせようとするときなくなってしまう。(動作の模倣も難しい場合が多い)

- 「歯をみがくまねをする」や「敬礼」などの動作ができなくなる。
- 実際の洋服の袖に腕を通せず、「服のボタンをはめる」など習熟した動作が下手になる。
- マッチを擦ってろうそくに火をつける、ポットのお湯でお茶を入れる、など複数の物品を使用した一連の行為に混乱を生じる。
- 普段はあくびや咳払いをしているのに、意図的に口を大きく開けたり咳払いをすることができない。

(3)失認症

① 症状

視力や聴力など感覚の問題はないにも関わらず、目の前の物や絵、聞いた音が何であるか分からなくなります。

- 時計やハサミなど見ただけでは、その名前を言えないが、違う感覚(たとえば触る)を併用すると答えられる。
- よく知っている人のはずなのに、顔を見ただけでは誰だか分からない。(声を聞けばわかる)
- 楽器の音や救急車のサイレンなどの音が何の音か分からない。ことばが聞き取れない。

(4)半側空間無視

① 症状

自身が意識して見ている空間の半分(多くの人は左側)を見落としてしまう。日常生活にも影響を及ぼします。

- 左側の人や物に気づかない。避けられずにぶつかる。
- 体より左半分のご飯やおかずを残したまま食事を完了する。
- 髭剃りや歯磨きなどで左側を処理できない。
- 顔がよく右を向く。

(5)地誌的障害

① 症状

見慣れた道で迷ったり地図が読めなくなるなどの障害です。

- 目の前の建物が何の建物か分かっているが、その角をどの方向に曲がればいいのか分からない。目的地までの地図を描くのも難しい。
- よく知っている建物や街並みを初めて見るように感じて、道に迷ってしまう。
- 自宅の見取り図や地図は描けても、実際の建物や街並みと同じものと認識できず、それが目印にならないため道に迷う。

5. 障害と診断基準

これまで、失語症・失行症・失認症はすでに19世紀から20世紀初めにはその症状が研究対象とされており、リハビリテーション領域でも早期から治療対象とされ、医療的に広義の高次脳機能障害として認識されていました。

一方では、記憶・注意・遂行機能・社会適応行動障害などの狭義の高次脳機能障害については認識が低かったため、このような障害を持つ方々は適切な支援が受けられず、医療や福祉の狭間にあることが分かってきました。

そのため、これらの認知機能障害を対象とした支援プログラムの策定と、地域における支援体制整備を行うことを目的に、平成13年度から5年間実施された高次脳機能障害支援モデル事業において、高次脳機能障害の行政的診断基準が定められました。

(P, 33 資料2 参照)

6. 相談の流れと対応のポイント

相談に行ってみようかな！

本人

家族



もしくは



相談者は**本人**もしくは**家族・支援者**場合があります。
高次脳機能障害者の場合、本人以外の方の相談も多いことが特徴的です。

相談時やサービス利用開始時は以下のことに気をつけながら情報収集および支援策を考えて見ましょう。

手順
1

相談者は初めての相談で、何を話せばよいか、どこから話せばよいか、自分の悩みを上手く表現できないことがあります。また、周囲が気になって相談したいことを言い出せないこともあります。

対応のポイント POINT

- ・必要に応じて個室を利用するなどプライバシーへ配慮が必要です。
- ・まずは相手の話をよく聞いてみて下さい。
- ・聞いた内容で気になること(キーワードになりそうな言葉や言動など)は再確認のために相談者へ尋ねてみるのもいいでしょう。
- ・本人の知りたいこと、疑問を一緒に整理していきながら確認をして下さい。

手順
2

相談者のみの情報では不確かな場合があります。高次脳機能障害では、本人や家族、支援者の抱える悩みやニーズが異なる場合があります。

対応のポイント POINT

- ・本人および家族・支援者両方からの情報収集を心掛けて下さい。
- ・必要と思われる情報収集用リストを次ページに示すのでご参照下さい。
- ・お困りごとの把握には高次脳機能障害チェックリストをご活用下さい。(P. 32 資料1参照)
- ・必要に応じて医療機関、福祉サービス事業所、相談支援事業所からも情報を得てください。

情報収集用リスト

本人

- 基本情報** : 氏名、年齢、連絡先、緊急連絡先、家族状況、経済状況、保健治療状況(病院、主治医、通院頻度、服薬状況)、利用サービス状況(事業所名、利用頻度)、手帳・年金の有無、障害程度区分など
- 発症・受傷前** : 生育歴、病前性格、趣味、交友関係、最終学歴・成績、職歴など
- 発症・受傷時** : 病歴(傷病名、発症・受傷日、診断の有無、リハビリ歴)など
- 発症・受傷後** : 困りごと、将来的目標、性格・趣味・交友関係、職歴など

家族・支援者

上記<本人>状況と同様ですが、家族・支援者の視点での情報収集となります。

手順
3

得られた情報から、相談内容を相談者と一緒に整理・分類し、支援のための優先順位を具体化しましょう。

対応のポイント POINT

- 問題を整理した上で、必要な支援内容を医療・福祉・保健などの分野に分類しましょう。
- 医療的支援 (診断・診察、薬物療法、訪問看護、リハビリテーションなど)
 - 制度利用のための手続き支援 (精神障害者保健福祉手帳申請、自立支援サービス利用申請、介護保険申請など)
 - 経済的支援 (障害年金申請、自立支援医療費申請など)
 - 生活支援 (自立支援サービス利用、介護保険サービス利用など)
 - 就労・就学支援 (ハローワーク、障害者職業センター利用、就業支援センター利用、自立支援サービス利用など)
 - エンパワーメント的支援 (家族会紹介、自助グループ紹介など)

手順
4

実際に、具体的な情報提供および連絡調整を行いましょう。
また、他機関との連携の際に情報提供する旨の承諾を得ることが必要です。

- 医療的支援 : かかりつけ医
- 制度利用・経済的支援 : III章「高次脳機能障害と社会福祉制度」参照
- 福祉サービス事業所利用 : 市町福祉担当窓口
- 就労支援 : ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター
- エンパワーメント的支援 : IV章「家族会から」参照

まなびは

長崎県
高次脳機能障害
支援センター

図1 高次脳機能障害者の回復の流れと支援施設

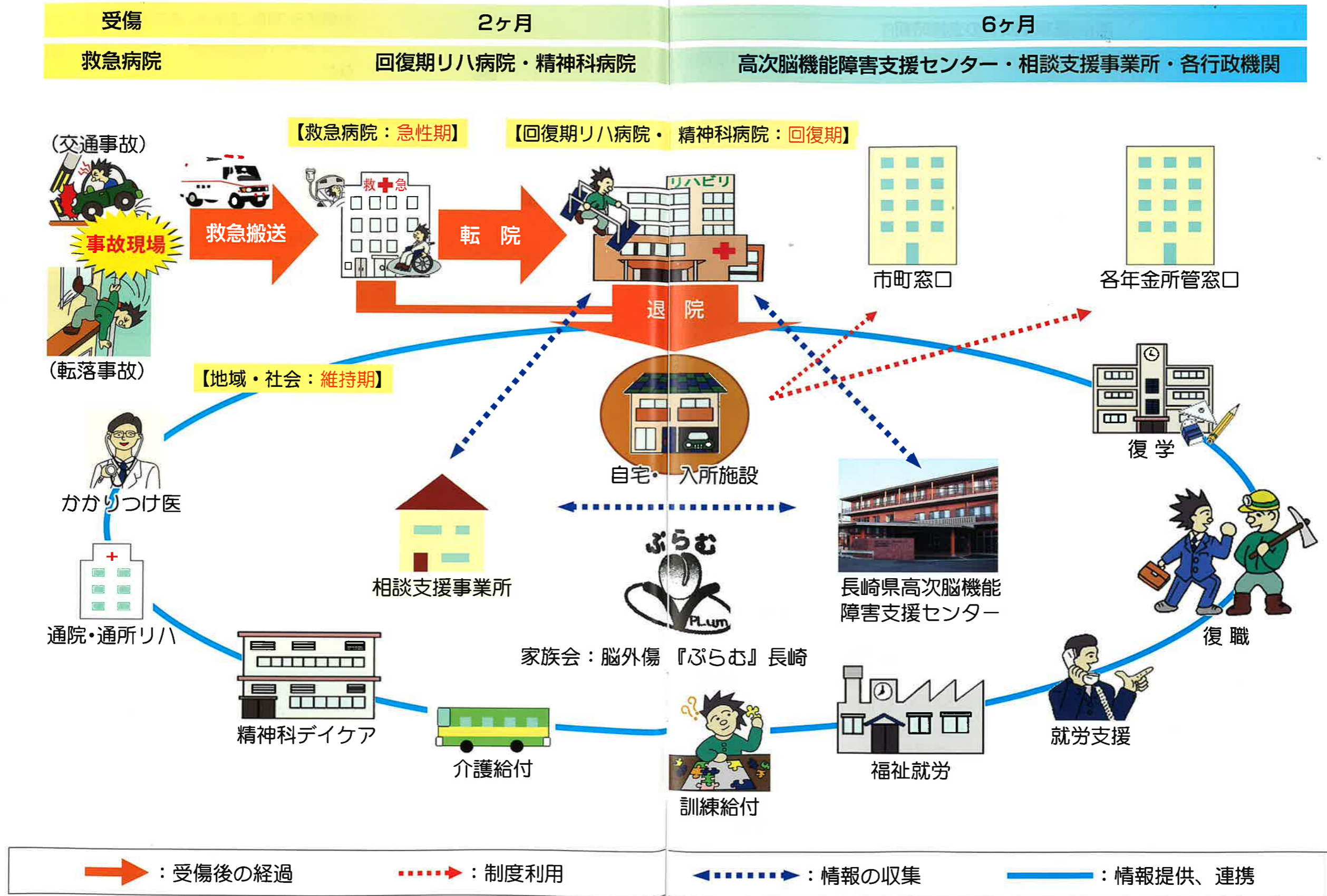


表3 高次脳機能障害者の回復の流れと支援施設

め期 や間 すの	医療施設での支援時期		在宅・地域・社会での支援時期
	急性期(救急病院) 受傷(発病) ⇒ 1~2ヶ月	回復期(リハビリ病院・精神科病院) ⇒ 3~6ヶ月	維持期(在宅・地域) ⇒ 6ヶ月以上を経過している時期全般
状況・状態	<ul style="list-style-type: none"> * 受傷(発病)直後で生命や病状が不安定な状況。 * 救命処置や頭部・手足(体)の外傷への手術などの治療が最優先。 * 安静を優先しつつ、ベッド上からリハビリが開始され、車椅子座位までを目標に対応。 	<ul style="list-style-type: none"> * 生命の危機を脱し、病状が安定。心身の障害像が明瞭になってくる時期。 * 意識や精神面、言語機能なども徐々に改善がみられる。 * 手足の障害の回復がある程度固定してくるが、日常生活能力の向上が著明。 * リハビリ室や病棟で積極的な運動・訓練を実施。 * 退院後の在宅生活の準備。 	<ul style="list-style-type: none"> * 受傷(発病)時の病状が安定し、心身の障害が認定される。 * 退院後の在宅生活を安定させつつ、社会復帰へ向け段階的に準備に取り組む時期。 * 当事者を取り巻く家庭・職場・地域などが、高次脳障害を理解し、受け入れるよう努力・支援しながら共に成長していく時期。 * 通院リハビリや福祉サービス事業所、就労専門機関などを利用し、段階的に(または繰り返し)社会復帰へ挑戦。
主な支援施設	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院(救急病院) ・または 一般病院 <p>診療科：脳神経外科、外科、リハビリ科、整形外科</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション専門病院 ・回復期リハビリ病棟 ・精神科病院 <p>診療科：リハビリ科、神経内科、整形外科、精神科、心療内科</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 高次脳機能障害支援センター * 市・町の障害福祉課や相談支援事業所 * 家族会(脳外傷「ぶらむ」長崎) * 福祉サービス事業所、就労専門機関、学校 * かかりつけの病院・診療所
主な職種	医師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)、医療ソーシャルワーカー(MSW)、心理療法士(CP)、介護職員、薬剤師、栄養士		上記の支援機関の職員や相談員、社会福祉士、かかりつけの医療(リハビリ)スタッフ
提供可能な情報	<ul style="list-style-type: none"> ・受傷直後(入院時)の病状 ・手術などの治療内容や病状の経過 ・急性期リハビリの状況 <p>問合せ先：地域連携室(相談室)のMSW、主治医、リハ担当者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の障害像(手足の障害の程度、高次脳機能障害の評価や経過の内容) ・日常生活能力の自立度や社会への適応性の見込み <p>問合せ先：地域連携室(相談室)のMSW、主治医、リハ担当者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活、学校、職場での障害(具体的で詳細な心身の障害像) ・家族や本人を取り巻く支援者の介護の負担内容 ・在宅および地域での助成制度や支援体制 ・就労支援(ジョブコーチ等)

●身体障害者手帳 ●精神障害者保健福祉手帳 ●療育手帳

Ⅲ. 高次脳機能障害と社会福祉制度

1. 障害者手帳制度

障害者手帳には、「精神障害者保健福祉手帳」「身体障害者手帳」「療育手帳」があります。

精神障害のため、長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方は、「精神障害者保健福祉手帳」の対象になります。記憶、注意、遂行機能、社会的行動などの認知障害があり、国の「高次脳機能障害診断基準」(資料2参照)に該当する方についても、器質性精神障害として「精神障害者保健福祉手帳」の対象となることがあります。

また、高次脳機能障害の有無に関わらず、身体障害者福祉法に規定する身体上の障害のある方は、「身体障害者手帳」の対象となります。

高次脳機能障害のある方で、上記の手帳を取得された方は、手帳の提示や、各窓口到手帳を添えて申請することなどにより、各種障害福祉サービスを受けることができます。

18歳までに発症された方については、療育手帳の対象となる場合があります。

◆◆参考◆◆

手帳の他にも、自立支援医療費(精神通院医療)受給者証、医師の診断書(高次脳機能障害診断基準に該当することが確認できるもの)を添えて市町の窓口申請することにより、障害者自立支援法に基づく障害者福祉サービスを受けることができます。

(1) 精神障害者保健福祉手帳

① 交付対象

精神障害のため、長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある人

② 障害の程度

- ・1級…他人の援助を受けなければ、ほとんど自分の用を弁ずることができない程度
- ・2級…必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活が困難な程度
- ・3級…日常生活又は社会生活に制限を受けるか、日常生活又は社会生活に制限を加えることを必要とする程度

③ 申請先・申請方法

受 付	市町の障害福祉担当窓口
審査・交付機関	長崎子ども・女性・障害者支援センター

精神障害者保健福祉手帳用診断書(所定)を記載してもらいそれを提出する。

※2年ごとに更新の手続きをし、障害程度について再認定をする。

④ 手帳所持者に対する優遇措置など

- ・所得税、住民税、相続税の控除、自動車税の減免、贈与税の一部非課税など

※以上は優遇措置などの例示であり、所得や障害程度による制限があるサービスもあります。サービス内容については、市町によっても異なります。

(2) 身体障害者手帳

① 交付対象

身体障害者福祉法によって定められている次の種類の障害がある人

- ・視覚障害 ・聴覚障害 ・平衡機能障害
- ・音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害
- ・肢体不自由
- ・心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸又は肝臓の機能の障害
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

② 障害の程度

手帳の等級には1級～6級がある。

③ 申請先・申請方法

受 付	市町の障害福祉担当窓口
審査・交付機関	長崎市以外の方は [長崎 佐世保] 子ども・女性・障害者支援センター 長崎市の方は長崎市福祉事務所

身体障害者福祉法15条の指定を受けている医師に診断書(所定)を記載してもらいそれを提出する。

④ 手帳所持者に対する優遇措置など

- ・自立支援医療(更生医療)の費用の助成
- ・心身障害者(児)医療費助成(1級及び2級、内部機能障害者については1～3級)
- ・補装具費(購入・修理費)の支給、日常生活用具の給付・貸与

- ・所得税、住民税、相続税の控除、自動車税の減免、贈与税の一部非課税など
- ・鉄道、船、バス、タクシー、航空運賃などの割引

※以上は優遇措置などの例示であり、それぞれの身体障害の種類や等級、原因疾患などに応じた各種サービスもあります。また、所得や障害程度による制限があるサービスもあります。サービス内容については、市町によっても異なります。

(3) 療育手帳

① 交付対象

概ね18歳未満に何らかの原因により知的障害(精神遅滞)がおこり、そのために日常生活に相当な不自由を生じ、福祉的配慮を必要としていると認められた知的障害者(児)。

※18歳以降の疾病や事故、老化、認知症などによる知的能力の低下は療育手帳の対象外。

② 障害の程度(長崎県の場合)

障害の程度については、医学的所見、心理学的所見、社会判断所見に基づき、知的障害判定基準により総合的に判断し決定している。知的障害の程度はA 1(最重度)、A 2(重度)、B 1(中度)、B 2(軽度)の区分に分けられる。

③ 申請先・申請方法

受付窓口	市町の障害福祉担当窓口
判定	長崎 佐世保 こども・女性・障害者支援センター

※療育手帳は自治体によって取扱いが異なる場合がありますので、住所地を変わられる場合は新たに再度手帳申請が必要なことがあります。

④ 手帳所持者に対する優遇措置など

- ・心身障害者(児)医療費助成
- ・税金の減額、免除
- ・鉄道、船、バス、タクシー、航空運賃などの割引

※以上は優遇措置などの例示であり、所得や障害の程度による制限があるサービスもあります。サービス内容については、市町によって異なります。

2. 障害者自立支援法の利用

障害者の地域での自立生活を支援することを目的とした「障害者自立支援法」が平成18年4月1日から施行され、身体・知的・精神といった障害の種別にかかわらず一元的にサービスを提供する仕組みになりました。

高次脳機能障害についても、障害の状況に応じて、精神障害者保健福祉手帳など(自立支援医療受給者証、医師の診断書を含む)を添えて市町の窓口申請することにより、障害者自立支援法に基づく生活訓練や機能訓練など、ニーズに応じた各種障害福祉サービスを受けられます。

サービスは「障害福祉サービス」と「地域生活支援事業」があり、「障害福祉サービス」には「介護給付」、「訓練等給付」があります。



◆「障害者福祉サービス」の支給決定プロセス

障害者福祉サービスの必要性を総合的に判断するため、支給決定の各段階において、①障害者の心身の状況(障害程度区分)、②社会活動や介護者、居住などの状況、③サービスの利用意向、④訓練・就労に関する評価、を把握し、支給決定を行う。

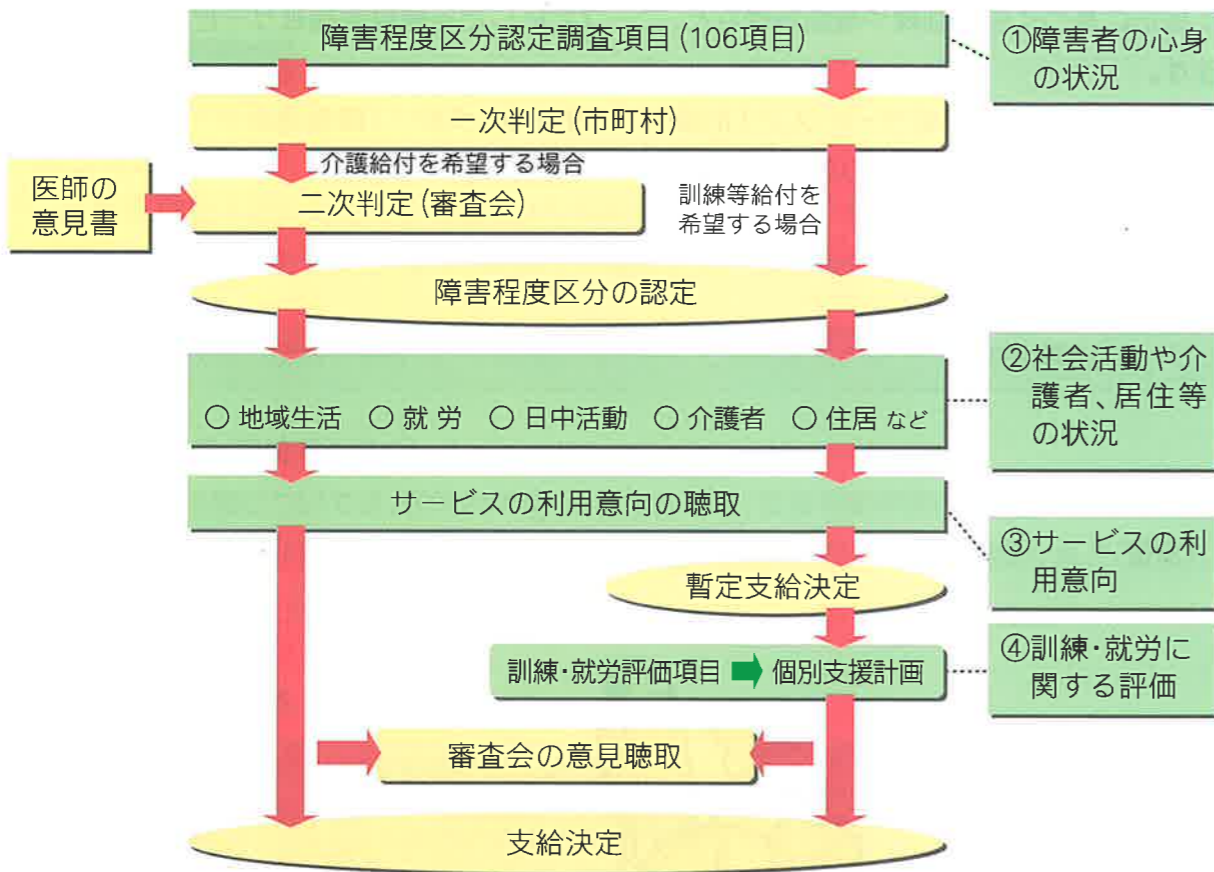
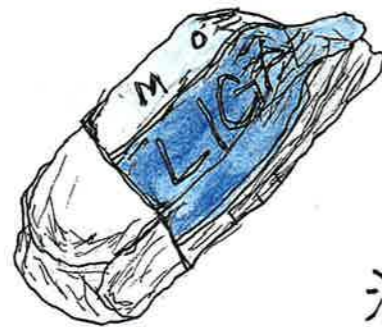


図2 「障害者福祉サービス」の支給決定プロセス



消ゴム
2007.9.21
Kenichi

◆ 障害者福祉サービスの内容

表4

居宅介護	自宅で入浴・排せつ・食事の介護等を行います。	介護給付
重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする人に、自宅で入浴・排せつ・食事の介護・外出時における移動支援などを総合的にを行います	
行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。	
重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的にを行います。	
児童デイサービス	障害児に、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等を行います。	
短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行います。	訓練給付
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。	
施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	
共同生活介護 (ケアホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	
自立訓練 (機能訓練・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。	
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	
就労継続支援 (雇用型・非雇用型)	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	
共同生活援助 (グループホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。	
相談支援	障害のある人、その保護者、介護者などからの相談に応じ、必要な情報の提供などや権利擁護のために必要な援助を行います。	
コミュニケーション支援事業	聴覚・言語機能、音声機能、視覚等の障害のため、意思疎通を図ることに支障がある人とその他の人の意思疎通を仲介するために、手話通訳や要約筆記、点訳等を行う者の派遣等を行います。	
日常生活用具給付等事業	重度障害のある人等に対し、自立生活支援用具等日常生活用具の給付又は貸与を行います。	
移動支援事業	屋外での移動が困難な障害のある人について、外出のための支援を行います。	
地域活動支援センター	障害のある人が通い、創作的活動又は生産活動の提供、社会との交流の促進等の便宜を図ります。	
その他の事業	市町村の判断により、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業を行います。	

障害福祉サービス

地域生活支援事業

* 市町により実施事業が異なります。

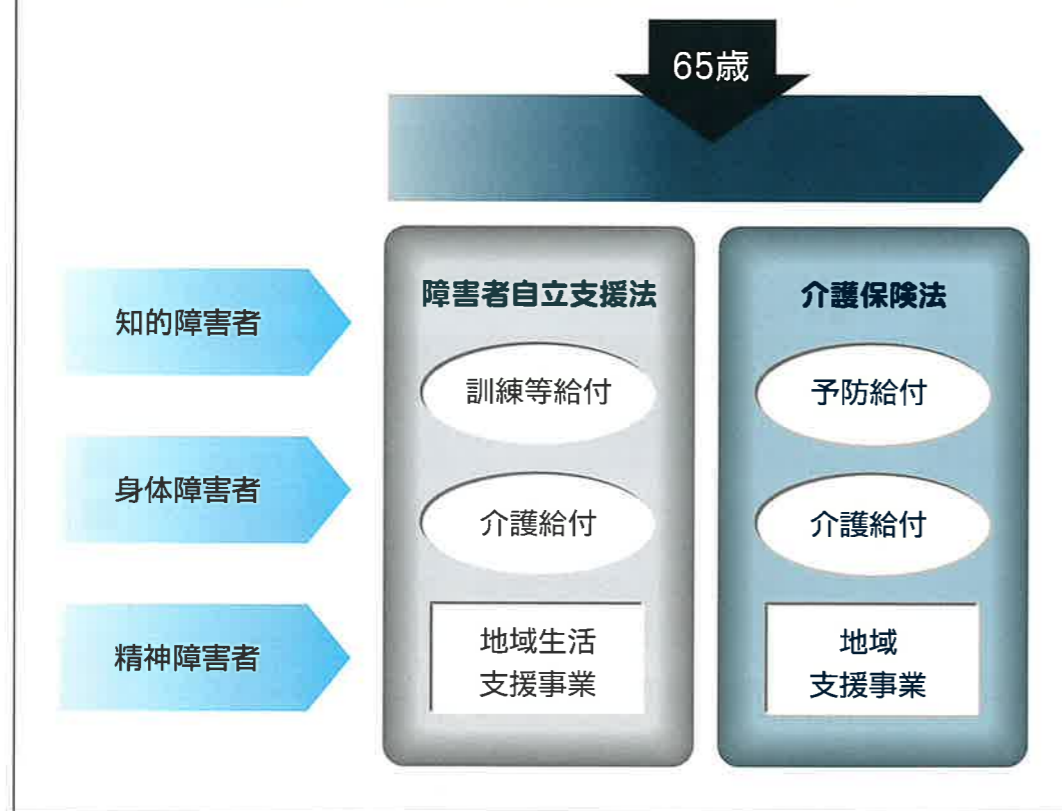
◆ 地域支援サービス (障害者自立支援法と介護保険制度)

障害者への地域支援サービスは、障害者自立支援法に基づくサービスと介護保険法に基づくサービスが提供されます(図3)。

どちらのサービスが提供されるかは、原則的には年齢によって区分され、65歳未満の方には障害者自立支援法が、65歳以上の方には介護保険法が優先的に適用され、ニーズに応じた支援が提供されます。

ただし、40歳以上65歳未満の方で、介護保険法に規定されている老化に伴う16種類の疾病が原因である場合は、介護保険法に基づくサービスが提供されます。

図3 障害者自立支援法と介護保険法のサービス区分



※ 介護保険法に規定されている老化に伴う16種類の疾病

- ①初老期の痴呆(アルツハイマー、血管性等)、②脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)、③筋萎縮性側索硬化症、④パーキンソン病、⑤脊髄小脳変性症、⑥シャイ・ドレーガー症候群、⑦糖尿病性腎症・網膜症・神経障害、⑧閉塞性動脈硬化症、⑨慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎)、⑩両側の膝又は股関節の著しい変形を伴う変形性関節症、⑪慢性関節リウマチ、⑫後縦靭帯骨化症、⑬脊柱管狭窄症、⑭骨折を伴う骨粗鬆症、⑮早老症(ウェルナー症候群など)⑯末期ガン

◆ 知っておきたい福祉制度

・ 不服審査申し立て

認定された障害程度区分や支給決定について不服のある場合には、長崎県障害福祉課(障害者介護給付等不服審査会)に申し出ることができます。

・ 苦情解決事業

障害者福祉サービス等全般に関する苦情については、苦情解決事業を活用できます。各事業者を設置された苦情を受け付け窓口に出すこともできますし、長崎県社会福祉協議会に設置されている運営適正化委員会に直接申し出することもできます。

・ 地域福祉権利擁護事業

判断能力が不十分な福祉サービスの利用援助や、日常的な金銭管理・書類等の預かりサービスを受ける事業です。
地域の社会福祉協議会に相談して下さい。

・ 成年後見制度

判断能力が不十分なため、契約の締結などの法律行為をする際、その意思決定に不安がある方々について、その不十分な判断能力を補い、本人が損害を受けないようにし、本人の権利が守られるようにする制度です。

地域にある市町の障害福祉の相談窓口、社会福祉協議会、司法書士事務所、弁護士事務所等に相談して下さい。

3. 高次脳機能障害と経済的保障制度

経済的負担の補償や補填措置として、つぎのような制度があります。

()は相談窓口

・公的年金制度に加入し、一定の障害の状態になった場合

→ 障害基礎年金、障害厚生年金等 (市町や社会保険事務所)

・事業所の健康保険に加入し、一定期間治療を受ける場合

→ 傷病手当金 (勤務先事業所)

・労災保険適用事業所で通勤途中や工作中的の事故で一定の障害になった場合

→ 労働者災害補償保険法 (勤務先事業所、労働基準監督署)

・交通事故で一定の障害になった場合

→ 自動車保険など (加害者等が加入していた保険会社)

・民間の生命保険会社等 → (加入していた保険会社)

※ 障害程度の認定については、各法や制度により身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳の障害程度とは異なります。

IV 家族会から

1. 脳外傷『ぷらむ』長崎より(高次脳機能障害当事者と家族の会)

ある日突然、家族の者が交通事故や脳出血により生死をさまよっていましたが、関係各位の懸命なる努力により命を救い上げていただきました。

しかし、後遺症に悩まされていませんか？

高次脳機能障害者は、事故や脳出血により脳組織が部分的に停止してしまい、記憶、注意、判断などの能力が低下し、感情や行動のコントロールができにくくなり以前のような社会生活に適応できずに非常に苦慮しています。



脳外傷『ぷらむ』は医療、福祉、社会制度から取り残されている高次脳機能障害者が一人で安心して社会生活を営むことができるような体制にと、当事者、家族が集まって設立いたしました。

会の趣旨として、以下の2点があげられます。

- 会員の交流によって情報を交換し、共に支えあう場をつくり家庭や社会での問題解決の道を探りたい。
- さらに広く社会にはたらきかけ、高次脳機能障害リハビリテーションの方法を探る活動や公的制度適用のための社会活動を目的とする。

現在は二ヶ月に一度親睦会を開催、当事者、家族共々悩みを打ち明けたり、解決方法への意見交換、又、臨床心理士の先生方にも参加いただきアドバイスを受けたりもしています。今後、戸外活動(レクリエーション)など計画中です。

同じ障害で悩まれている方々があられましたら、共に支えあいながら活動していきましょう。

脳外傷「ぷらむ」長崎の活動は
令和1年3月31日もち
活動を終了されました。

体験Ⅰ 苦悩の日々、春が来るのは・・・

1994年9月二男が専門学校生だった19歳の時、原付バイクで走行中普通乗用車と衝突、昏睡状態で救急病院へ搬送されました。脳挫傷、外傷性くも膜下出血と診断され長い間意識不明が続き、保存治療を受けました。左半身麻痺、意識障害が残存したまま5ヶ月後退院、退院後も理学、言語リハビリのため通院しました。

ところが家で生活するようになり様子がおかしいと感じるようになります。

例えば、同じことを何度も聞く、昨日の出来事を忘れる、同じCDを何枚も買う、家族と話をして内容が理解できなくなり会話が繋がらない、又、些細なことで怒り出す、好きなテレビでのプロ野球観戦もしょっちゅうチャンネルを変え集中できないなど事故前とは別人の様になりました。退院時に後遺症などの説明がなかったので当時家族は退院して日も浅いので少し時間が経つと以前の様に回復するだろうと思い、受傷より1年半で専門学校へ復学させましたが、遅刻、早退の繰り返し、授業の内容も理解できないまま2年間通学しました。

たくさんいた友達は次第に皆離れていきました。

受傷より年月は過ぎても状態はなかなか改善がみえず相変わらず記憶力は低下、感情の起伏は激しく、家族は興奮しないように話しかけたり、場にそぐわない行動に注意したりしますが本人は正しいと思い結果は言い争いの毎日でした。

常時一緒にいる母親はこれが障害とわからず最初は「甘え」「わがまま」と思いどこへも相談できないでいました。又、二男もこの状態だと生きている意味がないと、死を考えていたようで二男共々うつ状態になっていました。

そんな中、平成12年福岡に交通事故の後遺症に悩む当事者と家族の会ができたことを新聞で知り入会、同じ悩みで苦しんでいる仲間がいることを知り大変救われました。そこで勉強会、講演会へ参加するうちに二男の抱える状態が高次脳機能障害とわかりました。二男も自分に障害があるという認識がありませんでしたが、家族会などへ参加するうちに自分の障害を理解し少しずつ落ち着いてきました。

その後、スーパーなどのアルバイトに就いても「動作がのろい」「人とのコミュニケーション」が取れない、又、左半盲、左空間無視があるため左の物を見落とすなどですぐやめさせられました。

左片麻痺が残っているので受傷より10年目にして身体障害者手帳を取得し、長崎県身体障害者更生指導所で1年半訓練を受けました。

社会ではまだまだ高次脳機能障害への理解がなく外見上、分からないので「怠けている」など思われがちです。

就労活動するも難しく、行き場がなく、毎日家に居て本人も家族もストレスが溜まり、今も葛藤は続いています。

先々のことを考えるととても不安です。

体験Ⅱ バイク事故から十八年

私の長男は22歳の平成2年9月、大阪市内で、原付バイクで交通事故をおこし、一報の電話で私は急いで大阪に向かいました。

すでに手術は終り集中治療室の中の我子は顔も腫れ危篤状態の無残な姿があり、私の頭の中は真白となりました。

脳挫傷、びまん性軸索損傷、頭蓋骨骨折の診断でした。

息子は意識不明のまま1ヶ月程過ぎ病状が安定したため、市大病院からリハビリの病院へ転院運ばれました。医者からは植物人間か車椅子の生活になると宣告されました。

先生達の一生懸命な治療で奇跡的に助かり、その後は意識も戻り車椅子から歩くようになりボールを投げたり、歩行訓練のリハビリで少しずつ回復して来た時は驚きました。しかし、喜びもつかのま後遺症による感情や行動の激しさ、些細なことで怒り出す、人の話してることが理解できない、体温の調節ができない、年中薄着で過ごす、味覚にも異常があるのか塩分、糖分、油を一切とらない、言葉がスムーズに出ないため自信をなくし人と会話ができない、どこへも行き場がなく毎日散歩、テレビを見ながらボーツとして暮らしています。一人での生活ができない状態であります。

事故後十八年目に入り、苦しみ親子共々病と戦いながらくじけそうなときに、福岡の『ぷらむ』に平成12年に入り同じ障害者の家族の方々とお会いし、語り、悩みを分かち合えて私の気持ちは楽になりました。

現在は『ぷらむ』長崎に入会しお世話になっております。2ヶ月に1度の懇親会に参加し、息子も少しずつですが社会に馴染むように頑張ろうとしています。まだまだ社会では高次脳機能障害の理解がなく、先々のことを考えると不安な日々を過ごしています。

マリーゴールド
2007.10.31
Kenichi



体験Ⅲ 命は助かったものの

平成5年8月7日大学に入ったばかりの夏休み、中学時代の同級生とカラオケに行った帰り、知人の運転する車に同乗、事故に遭いました。

後部座席に乗っていた息子は車に閉じ込められ救出に時間がかかり昏睡状態で救急病院に運ばれ、脳挫傷、くも膜下出血、びまん性軸索損傷と診断され保存的治療を受け、命はとりとめました。

意識障害のまま4ヶ月半で転院、そこで理学療法、作業療法の訓練を受け少しずつ歩けるようになったものの記憶障害がひどく自分の病室も分からない状態、私達は朝食から就寝まで付き添う毎日でした。

受傷から1年の病院生活を終えて退院しましたが、知能低下と記憶障害がとくにひどく、それでも月日がたてば必ずよくなるものと信じていましたが、どこに行くのも幼児みたいについてくる、病院へ行く途中で目的を忘れる、又、大好きな野球観戦も途中でチャンネルを変えるなど集中力もない、友達が来ても話しの中に入れずコミュニケーションも取れず友達も驚くばかりで、事故前とは別人のようになりました。

身体障害者手帳を取得し、県の身体障害者更生指導所で2年半の訓練も受けました。その後、叔父も心配して自分の会社へ入社させ、少しでもよくなるように一生懸命指導して来ましたが、5年経っても変化はみられず、何をすることも親がかりです。

いまだに抗てんかん剤を服用しています。事故以前とくらべて何ひとつできなくなった息子を見て家族は悲しみ、この状態がどうすれば改善できるのか、どこに相談したらよいか毎日思い悩んでいました。

平成15年4月に福岡に交通事故の後遺症に悩む家族の会が有ることを知り入会、勉強会に参加することにより、この症状が高次脳機能障害であることがわかりました。家族はこの会に入って悩みを共有できる仲間がいることで救われましたが、当の本人は未だに自分の障害を認識できずにいます。

将来のことを思うと眠れない夜もあります。

今でも葛藤は続いています。心の休まる日はありません。

体験Ⅳ 長く暗いトンネル

主人は、50才の時くも膜下出血をおこし、幸い命はとりとめましたが、高次脳機能障害者になりました。この4年間は、く一緒に暮らしている家族にとって長く暗いトンネルの中にいるようです。

いろんなりハビリを家庭でもやり、デイケアに行き、あの病院がいいと聞いたら一緒に通院もしました。でも、20数年勤めた会社も解雇になり、職場復帰することはできませんでした。

この高次脳機能障害の症状について、はじめに一緒に暮らしているということを強調しましたが、本当にこの障害というのは世間の方々に理解できないところがたくさんあります。会社を解雇になる前に、主人が治らないのは奥さんが悪い。子供のことよりも主人のことを一番に考える、又他の人からは、私達家族の介護の仕方が悪いなど…。

主人の場合、麻痺はありませんが、記憶障害(食事で何を食べたかが時間が経つと覚えていません。何度言っても忘れてしまっって同じことをしてしまう。)一日中テレビを観て一日中同じ新聞を読んで、何事にもやる気がありません。そういう姿を思春期の大事な時に二人の子供は、目の当たりにしているのです。

洋服なども、黙っていたら何日も着替えなかったり、入浴も毎回一時間以上入って、何度も上がるよう言わないといけません。集中力、注意力がないために、何をすることもとても時間がかかり、「早くして！」と何度も声を掛けなといけないなど…。

そして一番悲しいこと、つらいことは、主人とコミュニケーションをとることがまったくできないことです。子供の進学のことはもちろんですが、日常の小さな会話ができないのです。(けっして喋れないではありません。) 私がいろんなことで感情的になり、涙を流しながら訴えても何も答えてくれないのです。

この目で見えない障害のため、当事者も家族も苦しんでいます。

又、経済的にも大変で子供の進学にもお金がかかります。54才といたら一番働き盛りなのに、と思い私自身いろいろ考えるとなかなか熟睡できません。

夕方、中央橋のバス停や県庁坂などで、主人と同じ年代の会社帰りの人の姿を見ると、主人も元気だったらあんなこともこんなこともできただろう…と思います。現実を受け入れ、向き合うにはまだまだ時間がかかると思います。一生受け入れることができないかもしれません…。「ぷらむ」の親睦会に参加させてもらい、悩みを聞いてもらうことは長く暗いトンネルの中では、ほんのり灯す光になっています。

私よりも年上の方で、子供さんがこの障害になられても前向きに(日々の生活は大変だと思います)がんばっていらっしゃる姿を見習うことが、私にはできるかどうか分かりませんが一歩でも前に進めたらと思っています。

高次脳機能障害チェックリスト

資料 1

記入者 本人： 平成 年 月 日
 家族： 平成 年 月 日
 職員： 平成 年 月 日

本人	家族	職員	障害認識
			病識(障害に対する認識)が無い。

本人	家族	職員	記憶障害 (生活上で見られる例)
			約束を忘れてしまうことがある。
			物の置き場所を忘れることがある。
			何度も同じことを話したり、質問したりすることがある。
			2つのことを伝えと、1つ目に伝えたことを忘れてしまうことがある。
			何かしたことは覚えているが、いつ、どこで、どのようにと聞かれると答えられないことがある。
			昔の記憶を思い出せないことが頻繁にある。

本人	家族	職員	注意障害 (生活上で見られる例)
			あくびが多かったり、ボーッとしていることがある。
			何をすることも疲れやすいことがある。
			人の話を聞いていなかったり、周囲の人に気付かないことがある。
			言動にまとまりがないことがある。
			屋外歩行時、信号や歩行者に気付かないことがある。
			時間とともに、作業効率が極端に低下したり、ミスが目立つことがある。
			集中した作業をしなければいけないときに話しかけられると、話の方に夢中になり作業を忘れてしまうことがある。

本人	家族	職員	遂行機能障害 (生活上で見られる例)
			指示された動作にとりかかるのに時間がかかることがある。
			作業・動作を適切なタイミングで終了できないことがある。
			最初に思いついたことを、何も考えずに行動することがある。
			お金を計画的に使えないことがある。
			目的を持った行動をしていても、次に何をすればよいか判らなくなってしまうことがある。
			簡単な手順の作業は可能だが、難しい手順の作業は実施できないことがある。
			予定通りの日課・作業は問題なく可能だが、急な変更があると対応できないことがある。

本人	家族	職員	社会的行動障害 (生活上で見られる例)
			意欲の低下や何事もやる気が出なかったり、引きこもってしまうことがある。
			気分が高揚して、静止が効かない。又は、いらいらしやすく怒りっぽいことがある。
			その場に不適切な発言をすることがある。
			間違い等指摘された場合、言い訳や他人のせいにすることがある。
			異性に対する関心を抑えられないことがある。
			欲求を我慢することが難しいことがある。

高次脳機能障害診断基準

資料 2

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

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

診断基準

I. 主要症状等

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

II. 検査所見

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

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状(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おいて行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

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

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

高次脳機能障害支援拠点機関

長崎県では、「長崎こども・女性・障害者支援センター」を高次脳機能障害支援の拠点機関と定め、生活や就労などの相談支援、市町や関係機関などへの専門的な助言・情報提供などを行っています。

『長崎県高次脳機能障害支援センター』

相談専用電話	095-844-5515
F A X	095-846-8920
相談時間	月曜日～金曜日（祝祭日除く） 9:00～17:45

所在地

〒852-8114 長崎市橋口町10-22
長崎こども・女性・障害者支援センター（内）1階③番窓口



◆如己堂下バス停下車 …… 徒歩3分程度

【長崎バス】

（地図の青い矢印<→>を参照下さい）

※緩やかな勾配（坂）がありますが、車いすの方、呼吸器疾患がある方などはこの経路のご利用をお勧めします。

※点字ブロックが設置されています。

◆浦上天主堂前バス停下車 …… 徒歩5分程度

【県営バス】

（地図の赤い矢印<→>を参照下さい）

※勾配（坂）が経路の一部にありますのでご注意ください。

※点字ブロックが設置されています。

◆松山電停下車 …… 徒歩10分程度

◆大橋電停下車 …… 徒歩12分程度

来所に不安がある方は、
前もってご連絡下さい。



参考資料

- 「高次脳機能障害者支援の手引き」, 国立身体障害者リハビリテーションセンター, 2006
- 「高次脳機能障害の診断・リハビリテーションマニュアル」,
高次脳機能障害者リハビリテーション等調査研究,
- 「高次脳機能障害者支援対策検討事業 実態調査報告書」,
長崎県・ナガサキリハビリテーションネットワーク, 2006
- 「高次脳機能障害者 地域支援ハンドブック」, 東京都心身障害者福祉センター, 2007

編集委員一覧

氏名	所属	職名
足立 耕平	長崎純心大学 人文学部人間心理学科	臨床心理士
荒木 悦子	脳外傷『ぷらむ』長崎	家族会代表
安藤 隆一	長崎リハビリテーション学院	言語聴覚士
宇都 春菜	長崎北病院	医療ソーシャルワーカー
大木田 治夫	長崎北病院	理学療法士
大久保 篤史	長崎北病院	作業療法士
大澤 福枝	脳外傷『ぷらむ』長崎	家族会代表
小泉 徹児	十善会病院	理学療法士
濱中 博之	こころ医療福祉専門学校	理学療法士
松尾 佳美	長崎北病院	作業療法士
松尾 理恵	長崎北病院	作業療法士
松坂 誠應	長崎大学医学部保健学科	医師
向原 貴子	自立訓練施設・生活訓練施設「ヒスイ」	生活支援員
山下 結佳	長崎北病院	医療ソーシャルワーカー
伊東 達志	長崎県高次脳機能障害支援センター	社会福祉
山口 孝人		社会福祉
浦川 純二		理学療法士
岩永 弘人		作業療法士

(50音順 敬称略)

高次脳機能障害の理解のために

平成20年3月（平成22年3月一部改訂）

<編集・発行・問合せ先>

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
障害者支援部 更生相談課

〒852-8114 長崎市橋口町10-22

TEL 095-846-8905 FAX 095-846-8920

