第３章　　相　談　支　援　事　例

１　高次脳機能障害の理解と事例集

いわてリハビリテーションセンター　副センター長　立木　光

２　相談支援事例

（イーハトーヴ・チャレンジドカフェ、いわてリハビリテーションセンター）

(1) 事例１「居場所を見つけ、意欲の向上が見られてきた事例」

(2) 事例２「生活の再構築を図って、地域に戻った事例」

(3) 事例３「経験を通じて自己認識が促された事例」

(4) 事例４「家族・学校と連携して復学に至った事例」

(5)事例５「岩手県立療育センターを利用し地域生活に至った事例」

高次脳機能障害の理解と事例集

いわてリハビリテーションセンター　副センター長　立木　光

「高次脳機能障害」は、頭で理解することがなかなか困難な障害です。

７－８年前、外来で患者さん方を診察させていただいていて、目の前におられる患者さんが高次脳機能障害だと気づかないでずっといたことがあります。

「主人はまったく性格が変わってしまい、ぜんぜん別の人になってしまいました。」

記憶障害、注意障害、自発性低下、これらが主体の高次脳機能障害の患者さんの奥様の言葉ですが、元気そうにして表情もにこやかな患者さんを目の前にして、その奥様の苦悩をしっかりと受けとめて差し上げることが当時の我々には出来ませんでした。

復職への道をさぐり、その患者さんの職場を訪問して職場の方々に障害を説明し、何とか少しずつ仕事をさせて頂くよう、お願いにあがりましたが、私の障害に対する理解不足と職場ではどんな困難が起こり得るかを十分に検討しきれていなかったこともあり、職場の方々は当惑するばかり、患者さんご本人・奥様も失望感をさらに感じられただけで、結局のところ失敗に終わりました。

奥様は、私どもの病院に通院していても理解されない、徒労であると考えられ、通院をやめてしまわれました。

それから数年後、いわゆる「高次脳機能障害」がリハビリの領域でよく知られるようになり、数名の「高次脳機能障害」の患者さんの治療を新たな視点から治療させて頂いて、「見えない障害」と言われる由縁も肌で感じられる様になりました。

高次脳機能障害のために苦労されるかも知れない患者さん方（頭部外傷、クモ膜下出血）を発症後早期から注意深く精査し、評価し、予想し、順次対応していくことにより、以前に比較すると、より患者さんとその家族が抱える精神的負担を軽減出来る様になってきたものと考えております。

そう言った経験から、高次脳機能障害の患者さんで、その原因となる疾患・外傷からかなり月日が経ってから我々のところに来られた場合にも、共通したチェックポイントがかなりわかってきました。

しかし、共通部分はあるものの、それに影響する様々な因子（家庭環境、金銭的問題、障害前のプロフィール、抑うつ、その他の精神疾患）に気づき、評価し、対応策を考えていくためには大変な労力を要します。

これまでに我々が経験してきた高次脳機能障害の詳細を各事例ごとに記録していくことは、一般化が難しい高次脳機能障害の事例に新しく対応していく場合にきっと役立つものと思います。どんなノウハウがあるのか、どんな社会的資源を利用したのか、どんな機関と連携したのか、患者さんが自立していく意欲を強めたきっかけになったのは何だったのか、自立してからのフォローの仕方などなど、事例の記録が積み重なっていけばいくほどこの事例集は我々のみならず他施設の方々にも役に立つものに育っていくと強く信じております。

＜居場所を見つけ、意欲の向上がみられてきた事例＞

事　　例：Aさん　40代男性　身体障害者手帳２級
原因疾患：くも膜下出血
高次脳機能障害：注意障害（中等度）情報処理能力の低下　記憶障害（軽度）　遂行機能障害（中等度～軽度）　社会的行動障害（欲求コントロールの低下、感情コントロールの低下）

事例の概要	活用した社会資源 ・支援のポイント
Ⅰ．事例の経過 ６年前にくも膜下出血を発症。リハビリ病院などを経て、知的障がい者更生施設に入所。声かけで次の行動を促すものの、その場から動かない等、対応に苦慮した指導員が原因と対応法を求め、リハビリ病院の臨床心理士の検査を受ける。その結果、高次脳機能障害によるものと判断される。	高次脳機能障害の判定受ける
Ⅱ．地域活動支援センターⅢ型　チャレンジド　カフェ　イーハトーヴへ通所 前施設の指導員の勧めもあり、地域活動支援センターⅢ型　チャレンジド　カフェ　イーハトーヴへ通所開始となる。前施設では、日中はほとんど活動せずに部屋で寝ていることが多く、夜は起きている等、生活リズムが崩れている様子が伺えた。 約８日間は前施設職員も同行し、体験期間とする。 ＜地域活動支援センターの概要・一日の流れ＞ ○概要 盛岡市地域活動支援センターⅢ型 登録者：主に高次脳機能障害を有する１０名 活動内容：作業活動（創作活動、園芸、菓子作り、販売など）、 　　認知トレーニング等 ○１日の流れ １０時～１２時 ・ルールの確認 a．人の話を良く聞こう　　b．人の批判はしない c．ポジティブフィードバック　　d．時間を守ろう e．自分のことは自分でする ・体操、体調確認 ・昨日の作業、出来事の確認 ・認知トレーニング、作業活動	地域活動支援センターⅢ型 障害者自立支援法に基づき、盛岡市が実施する地域生活支援事業の一つである地域活動支援センター事業へ通所開始 （チャレンジドカフェイーハトーヴは主に高次脳機能障害者を対象にしている）

１３時～１６時 ・作業活動　・掃除　・今日のまとめ　・解散 **①活動の様子** 園芸、木工、お菓子作り、認知トレーニングなどの活動に参加する。活動中は意欲的に参加するが、体力や集中力が続かずに途中休むことが多く、午後は寝ていることが多かった。また、喫煙や危険な行動が見られ、指摘すると怒りの感情を表すこともあった。トイレの回数も頻回であった。 普段は笑顔で冗談を言いながら他利用者とも仲良くしているが、自分の好まない行動や言動を目の当たりにした場合には、感情がこみ上げ攻撃的な発言もきかれた。	耐久性の低下 注意の持続力の低下 感情、欲求のコントロールの低下がみられる。
②検査結果 ＜高次脳機能障害＞ 注意障害（中等度）情報処理能力の低下　記憶障害（軽度）　遂行機能障害（中等度～軽度）　社会的行動障害（欲求コントロールの低下、感情コントロールの低下）	
③方針 ○認知トレーニング、作業活動を通して高次脳機能への働きかけを行う 認知トレーニングでは計算、漢字、聞き取り、文章要約、なぞなぞ等の課題を行う。朝のオリエンテーションでは、昨日の作業、出来事の確認を行っている。 園芸、木工、園芸活動では本人が得意とすることを中心に作業を行う。メモを取り、手順を確認しながら作業を行う場合もある。	認知トレーニングの実施 作業活動では本人が得意とする活動から始める。
○社会的行動障害への働きかけ 抑制の効かない行動の背景には、社会的行動障害（欲求のコントロール低下、感情のコントロール低下）が存在していると考え、対応した。 地域活動支援センターのルールは朝１番に確認するが、ルールから外れる行動する場合は随時伝えていく。何度も繰り返される時はその行動自体を注意することもある。スタッフも対応を統一するようにした。相手の言動や行動で突発的に怒りを表す時には、そのような状況になった時の相手の行動、発言の理由を伝えるようにした。また団体生活では全て自分に合うことばかりではないことを伝える。本人が上手く感情を抑えることが出来た場合はそれをフィードバックし、褒めるようにした。また、何度もトイレに行く、喫煙の背景には、慣れない環境での不安、イライラ、注意・集中力の低下などの神経疲労が影響しており、自分なりのストレス対処法	行動と感情にコントロールをかける。 スタッフの対応を統一 プラスのフィードバック 本人と対処法の話し合いを持つ

であることを理解した上で「どのようにしたら周囲の人と上手くやっていけるか」などを話し合った。環境調整として、感情の起伏が激しい時は、本人と合わない利用者とはできるだけ接近させないよう配慮した。

○耐久性向上

生活リズムの改善を図りながら、徐々に活動時間を長くしていった。

④経過

○認知トレーニング、作業活動の様子

認知トレーニングでは課題の成績は向上してきている。作業活動において見守りは必要であるが、こちらの援助がなくても作業できるものが増えてきている。集中できる時間が長くなり、意欲的に取り組む。外部からの刺激（車、来客など）には注意が逸れやすく、その都度声がけは必要。

○社会的行動障害について

地域活動支援センターのルールの確認時に、具体的にどう行動したら良いかを確認する場面では、「笑顔で、相手を尊重する」などの発言が聞かれるようになった。実際にトイレでの喫煙、ガスいじり、無断で外へ出るなどの行動は少なくなっている。

現在も他利用者の発言、行動にイライラすることはあり、実際に口に出すことはあるが、徐々に相手の状態を理解できるようになり、本人自身も「イライラしたら、見ないようにして他のことを考える」など工夫した対応ができるようになっていた。

○耐久性向上

現在は、ほぼ他の利用者と同じ活動を行っている。自分の体調を見ながら、自発的に断りを入れたり、活動に戻れるようになっている

Ⅲ. 今後の方針

現在は、生活リズムも安定し、地域活動支援センターの活動や人にも慣れ、落ち着いて行動できるようになっている。本人は「前の仕事に戻り、母親、家族を養っていきたい」という目標を自発的に語れるようになった。今後は、地域活動支援センターで活動を続け、更に生活の自立度の向上に努めていきたい。その後は、次のステップとして福祉的就労支援についても検討していきたいと考えている。

まとめ

本事例は発症から６年経過しており、これまで高次脳機能のトレーニングは特に受けて来なかったとご家族から伺っている。６年経過してはいるが、地域活動支援センターに通所が始まってからも高次脳機能のトレーニングや集団活動を続けることによって、高次脳機能障害が軽減されてきていることを実感している。また、ご本人の意欲についても確実に向上してきている。高次脳機能障害への正しい理解が進み、当事者に合った支援が広がれば当事者の生活もより良くなっていくと思われる。チャレンジドカフェ　イーハトーヴはそれぞれの利用者の目標にあった支援を今後も続けていきたいと考えている。

＜生活の再構築を図って地域に戻った事例＞

事　　例：Ａさん　40代男性　　身体障害者手帳２級
原因疾患：クモ膜下出血
高次脳機能障害：記憶障害、注意障害、遂行機能障害

事例の概要	活用した社会資源 ・支援のポイント
1　事例の経過 クモ膜下出血を発症し、急性期病院で手術及び治療を受けた後、リハビリテーション病院に転院し、6 カ月間の訓練治療を受ける。身体機能は左手に麻痺が残ったが、自力歩行が可能になるまで回復。日常生活動作は自立し、コミュニケションも良好となった。一方で高次脳機能障害は多少改善が見られた程度にとどまる。記憶障害、注意障害等が残存し、退院前でも薬の飲み忘れや洗濯物の取り忘れが見られる状態であったが、自宅へ退院する。	急性期病院 リハビリテーション病院 身体障害者手帳
2　地域での生活 自宅へ戻り、高齢の母親との生活となる。退院後しばらくして保健師の紹介により近くの福祉作業所へ通所を開始、主に収穫した豆の選別や雑誌や新聞等の回収の作業を行う。また、障害年金の申請を行い、受給が認められた。	保健師 福祉作業所 障害年金
母親が介護保険を利用してホームヘルプのサービスを受けていたこともあり、しばらくは規則正しい生活を送っていたが、母親が特別養護老人ホームに入所した頃から生活が不規則になり始める。独居となったため、夜遅くまで起きていることが多くなり、タバコや飲酒の量が増え、酒くさい状態で作業所に通所することもあった。ホームヘルパーも入らなくなったため、部屋も乱雑になり、食事も偏りがちになった。また薬の飲み忘れがあり、通院も不規則になってきた。	
また、母親の入所に伴い、収入が減少したため、生活保護の受給を開始。受給に伴い、金銭管理を自分で行うようになったが、先を見通して管理を行うことが難しく、嗜好品の購入のため、お金を使い果たして、次の入金まで必要な生活用品を売り掛けで買うようなことが度々みられた。そのため見かねた福祉作業所の職員が金銭管理を代行するようになった。しかし自分の思うように使えないストレスや使途及び金額のことを指摘されたことから職員へ拒否的な態度がみられるようになった。また作業所内でも生活リズムの乱れや落ち着いて作業に取り組めないことから、他の利用者と	生活保護

のトラブルも生じてきたため、休むことも出てきた。 遠方に住んでいる２人の妹も不定期ではあるが、心配して訪ねてきていた。自宅の乱雑な状況や昼間から飲酒していることが気がかりで、訪れる度に本人へ忠告を行ったが、改善には至らなかった。	
3　地域での支援会議 福祉作業所の要請により市役所で支援会議を開催。高次脳機能障害について、再度評価・訓練を受けてみてはどうかという話が出てきたため、保健師がいわてリハビリテーションセンターを紹介。最初に外来受診にて本人、家族に入院の目的（高次脳機能障害の精査、生活の再構築を図ること）を説明。本人、家族の同意を得て、発症から 12 年の時を経て、再入院することになった。	地域での支援会議 ・本人 ・家族 ・保健師 ・福祉作業所職員
4　いわてリハビリテーションセンター入院（発症から１２年後） (1) 本人の想い 入院時の本人との面談で以下の話があった。 ・左手が動かないので、家事や片付けはやろうという気にならない。 ・家にいるとついお酒を飲み過ぎてしまう。 ・職場で頼まれたことを忘れてしまうことがある。 ・これ（入院）を機会に生活の見直しをしたい。 (2) 入院時の状況 決められたスケジュールにしたがって行動することは出来たが、訓練の時間変更を忘れていたり、財布の置き場所が解らなくなり、混乱する場面が見られた。	高次脳機能障害支援拠点機関
(3) 高次脳機能障害の評価及び状態観察の結果 主治医、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理相談員、ソーシャルワーカーが担当チームを組んで、高次脳機能障害の評価及び日常生活の行動観察を行い、本人が以下の課題と強みを持っていることがわかった。 〈本人が抱えている課題〉 ・記銘力が低下しており、新しいことが覚えるのが苦手。 ・集中力を長時間持続させることが困難。 ・情報量が多く、複雑な内容になると聞き落してしまうことがある。 ・欲求（タバコ等）のコントロールがうまく出来ない。 〈本人が持っている強み〉 ・目立った社会的行動障害はなく、他者とのトラブルは見られない。 ・長時間は困難であるが、１時間程度あれば集中して作業が可能。	専門職によるチームアプローチ

・障害を自覚しており、メモ等の代償手段を利用することが可能。 (4) 訓練内容及び代償手段 スタッフミーティングで支援方針を確認。以下のアプローチを行った。 ・薬は飲み忘れがないよう服薬ポケットを使って管理する方法を指導。 ・複雑な内容は忘れないようメモを活用する方法を練習。 ・金銭管理はノートを使用し、購入物と残金の把握が出来るようにした。 ・タバコ、酒については１日の本数や時間を決めて楽しむことにした。 約２ヵ月半の入院生活で規則正しい生活の枠組みをつくり、自宅へ戻ることになった。	
5　地域での支援会議（生活の再構築を図り地域へ） 退院に合わせて、自宅訪問を訪問し環境の評価を行うとともに市役所で支援会議を開催。評価の結果及び訓練の経過を関係機関に説明。今後の生活の再構築に向けての話し合いを行った。センターから「福祉作業所での仕事は１時間に１回程度、休憩を入れながら取り組んでもらうこと」、「指示は単純で明確にし、複雑な内容はメモを活用してもらうこと」を依頼。金銭管理はセンターで自己管理出来るよう訓練を行ったが、自立には至らなかったため、日常生活自立支援事業を利用することにし、小口現金は今まで通り福祉作業所の職員に管理を依頼することにした。また、障害者自立支援法を使ってホームヘルパーを１日１回利用。食事の用意や部屋の片づけをして依頼することにした。タバコや酒については１日の本数やルールを本人と一緒に再度確認を行った。	自宅訪問 地域での支援会議 ・本人 ・保健師 ・福祉作業所職員 ・主治医 ・作業療法士 ・ソーシャルワーカー 日常生活自立支援事業 障害者自立支援法 ホームヘルパー
6　まとめ 退院後は、「たまにお酒を飲み過ぎてしまう」、「寝不足で作業に集中出来ないことがある」等多少のトラブルがあるものの、生活の支援を得て、休まずに福祉作業所へ通所している。また生活の基盤が整ったことにより生活も安定し、貯金も出来るようになったため、「好きなアーティストのコンサートに行ってみたい」等の社会参加への意欲も出てきている。 本事例では、地域からの要請に応じて、「入院して生活の再構築を図る」という目的を明確にして関わることが出来た。その結果、本人、家族、地域の関係機関が共通の認識を持つことができた。退院前に、自宅訪問を行い、地域で支援会議を行い、本人を支援する体制を築くことができたことが生活の再構築を図ることが出来た要因と考える。今後はまた生活が不規則にならないよう定期的な状況確認が必要と思われる。	

＜経験を通して自己認識が促された例＞

事　　例：Ａさん　５０代男性　（会社員、独身）
原因疾患：クモ膜下出血術後
高次脳機能障害：記憶障害（中等度）、注意障害（軽度）、遂行機能障害（軽度）、社会的行動障害（意欲発動性の低下、情報処理速度の低下、病識低下、感情コントロール不良）

事例の概要	活用した社会資源 ・支援のポイント
１．入院までの主な経過 東北のある県で会社員として勤務していた。自宅で突然の意識障害で発症し居住地のＡ病院に救急搬送となる。クモ膜下出血と診断され、手術、治療を受けた。高次脳機能障害が残存していると診断されたが、復職を希望し、Ｂ病院にリハビリテーション目的で転院となる。約３ヶ月リハビリを行った。退院時に、主治医から復職は困難であると言われるが納得できなかった。独身・独居だったため、退院後は近県に住む姉の支援を受けることとなる。姉が近医に相談したところ、当センター紹介となり、受症から８カ月後にいわてリハビリテーションセンター入院となる。	急性期病院 回復期リハビリテーション病院 姉から高次脳機能障害者支援拠点機関へ相談
２．当センター入院 **１）入院目的** 本人の復職への強い希望があり、会社の創業時から関わっていることや、業務に深く通じており、実績もあることから職場側も本人の復職を望んでいた。 そのため、高次脳機能障害の詳細な評価と訓練を実施し、復職にむけてどのような調整が必要かについて、本人と職場に確認を行いながら、具体的方策を協議していくことを目的として当センターに入院する。	職場と面談 本人、職場で入院目的を共有し、当センターを含めた三者で調整・協議をすることを共通理解
２）身体機能 目の見えにくさ（視野障害）があったが身体に明らかな運動麻痺はなく、日常生活における動作は概ね可能だった。しかし、持久力はやや低下しており、体力の向上のために継続した全身運動（自転車エルゴメーター等）を実施した。	身体機能の確認 持久力の向上をはかる
３）高次脳機能障害とリハビリテーション 入院中は一定のスケジュールの中では、安定して生活することができていた。 一方で、訓練時間の変更や訓練内容の追加など、情報が増加すると憶えることができなかったり、変化に対応できずに混乱することがあった。そ	

こで、元々、仕事で使用していた手帳があったので、記憶障害の代償手段として、その手帳を活用することとした。実際に行ってみると、大まかな内容を憶えることができることから、本人はこの程度であれば憶えていられると認識しており、メモをとる内容が短かったり、断片的だった。しかし、メモを見ても思い出せないことから、戸惑うことがあり、復職にあたっては何らかの訓練が必要だと思うようになった。 また、一旦物事に集中すると没頭してしまい、周囲の状態に気を配ったり、状況に合わせて柔軟に対応することが難しくなることがあった。そのため間違いに気がつかなかったり、疲労で作業効率が低下していても休憩せずに続けてしまったり、物事の段取りを組むことに時間がかかったり、計画通りに進められないことがあった。	メモの活用
本人と話し合い、訓練に復職にあたり必要なこと（公共交通機関の利用、調理、買い物、外出）を取り入れるようにした。作業療法士が中心となり訓練内容と難易度の調整を行い、具体的にどのような準備が必要で、どのような手順で行うのか調べて、計画を立てて実行するといった一連の流れを練習していった。	外出訓練 公共交通機関利用の確認
5）復職にむけて 発症前は実績があり、業務に精通していたことから、職責の重い業務を任されていた。入院当初はメモの必要性を感じていたが、院内生活で困ることがなくなったこともあり、次第に、実践場面では経験もあるので復職しても何とかできるだろうという発言が見られるようになった。職場側も復職を強く待ち望んでいた。 ご本人、家族、職場の上司に２ヶ月の入院生活とリハビリテーションによって、服薬やスケジュールの自己管理ができること、記憶障害の代償手段としてメモの活用を訓練していること、情報の量が多い場合は関わり手が整理して伝えることで混乱を少なくできることを説明した。さらに詳細な業務に向けての作業内容の評価や訓練が必要であることから、住所地の障害者職業センターへ情報提供し、自宅退院後のフォローを分担することとした。	
3．退院後、復職にむけて会社と障害者職業センターと連携 障害者職業センターにて職業訓練といわてリハビリテーションセンター外来にて本人のフォローアップと家族指導等を実施した。障害者職業センターの訓練は、模擬訓練であることから本人の実感が湧きにくく、モチベーションが上がらなかったことから、実際の職場での業務場面での介入を図っていくこととし、その体制を整えるために職場訪問を実施した。	障害者職業センター 職場訪問及び打ち合わせ

4．リハビリ出勤と退職 本人、姉、会社、障害者職業センターの職業カウンセラー、いわてリハビリテーションセンターの作業療法士とソーシャルワーカーが職場を訪問し、症状の説明、環境の把握と調整、具体的指導を行った。その後の調整は障害者職業センターが受け持つこととなった。段階づけとして、まずは通勤することからはじめ、徐々に、職場にいる時間を延長していった。仕事内容が、企画から取材･編集をチームでおこなう業務であったため、まずは現場でアシスタントとして働くことや、企画のアドバイスを行うなど、大枠を決めて実施し、その内容を日誌に記入し、上司が毎日確認することとした。しかし、実際に仕事を始めてみると業務の内容が特殊なことから、ご本人の状態に応じた配慮が難しい面が多く、担える役割が少ないことが明らかとなった。職場側も何とか受け入れようと試みたが、リハビリ出勤を含め４カ月の勤務を経た時点で話し合いがもたれ、お互いが納得し、退職した。	リハビリ出勤
5．まとめ 現在は県外の実家で生活しながら２カ月に１回当センターの外来に通院。障害者職業センターが中心となって再就職の支援を行っている。少しずつ自分の高次脳機能障害の状況を肯定出来るようになり、精神障害者保健福祉手帳と障害年金の申請を行った。離職してしばらくは落ち込んだ様子もみられたが、「他の困っている人たちの役に立ちたい」との想いが生まれ、障害者職業センターに通いながら次のステップにむけて、再就職先を探している。 本事例では、「遠隔地での復職支援であること」と「どのようにして自己認識を促していくか」ということがポイントとなった。本人は早期の復職を望んでいたが、まずは地域の支援機関の協力を得ることと、実践場面での職業評価を受けて、自己認識を深めていくことを目的に居住県の障害者職業センターへ紹介を行った。実際に職業センターでの職業訓練は受けなかったが、職場との連絡調整や復職支援の役割を地元の支援機関に繋げることができた。また、結果として復職はかなわなかったが、実際に出勤をして働いてみて、自己認識が促されていき、次のステップを考えられるまでに至ったと思われる。	精神障害者保健福祉手帳 障害年金

＜家族・学校と連携して復学に至った事例＞

事　　例：Ａさん　１０代男性（私立高校の生徒）
原因疾患：交通事故（頭部外傷）
高次脳機能障害：記憶障害（軽度）、注意障害（軽度）、遂行機能障害（軽度）、社会的行動障害（発動性の障害、固執、対人技能拙劣）

事例の概要	活用した社会資源 ・支援のポイント
１　事例の経過	
Ａ町の十字路にて軽ワゴン車の助手席に乗車中、大型トラックと衝突し、受傷。救急センター搬送となる。搬送時、ＪＣＳ２００（注１）、瞳孔不同（注２）あり。頭部ＣＴにて、脳挫傷、頭蓋骨骨折、外傷性くも膜下出血（注３）、急性硬膜下血腫（注４）が認められ、緊急開頭外減圧術（注５）施行する。術後レスピレーター（人工呼吸器）管理となるが、受傷から１０日後にレスピレーター離脱。１６日後に抜管する。ＭＲＩにて右大脳半球に多発の脳挫傷が認められ、高次脳機能障害発生の可能性があるとし、３２日後にリハビリ目的で当センター入院となる。	救急センター搬送 急性期病院転院 リハビリ目的で回復期リハビリ病院転院
２　入院時の状況・経過	
（１）病棟場面	
入院時は、ぼんやりしており表情変化も乏しかった。本人が不安を訴えていたことから、家族が一緒にセンターに泊まるなど、家族が本人に付き添って精神的な支えとなっていた。また、発動性が低いため日常生活動作全般に対して促しが必要だったが、早期に改善し、病棟生活は自立した。	意欲・発動性の低下 不安 家族の支え
（２）リハビリテーション	
疲れやすく、外的な刺激に気を取られやすいために一つの作業に長時間集中できなかった。一度に多くの情報を処理できず、反応が遅れたり、話の展開に着いていけずに戸惑うこともあった。疲労時には動作が全般的に遅くなるなど、本来の能力を十分に発揮できなくなることもあった。また、思い立ったことがあると十分に考えずに衝動的に行動してしまう様子も見られていた。	易疲労性 注意の持続困難 複数の刺激の中から指定されたターゲットを探す課題。
そこで、まず身体的な持久力の向上と注意・集中力の向上を目的として身体面では、歩行訓練やストレッチなど体力増加・バランス能力向上を目的とした訓練を行った。（右頭蓋骨が欠損している状態のため、ヘッドギア作成までは激しい運動は控えた）また、認知訓練として検索課題、簡単な計算、漢字の書き取りなど、比較的負荷が少ない課題を本人の調子に合わせて行った。	検索課題
徐々に改善が見られ、入院から２ヶ月ほど経過した頃には一定以上の時間（40分程度）集中して作業に取り組めるようになった（本人の興味や関心の程度によってムラはあった）。疲れやすさが改善したことや、ヘッドギアが完成し、安全性が確保できたことから、本人の好きなキャッチボールなどをリハビリに取り入れたり、リハビリの時間外に自主トレーニングを行うよう指導した。また、認知訓練の課題を病室でも取り組んでもらったり、学校の勉強を行う時間を増やした。また、買い物や公共交通機関の利用などの外出訓練を行うなど、本人の退院後の生活に関連する訓練を設定した。	耐久性の向上 訓練時間を中心とした関わりから、訓練時間外に自主トレーニングを行うなど、自分で訓練プログラムを管理するように変えていった。
（３）学校の教師を交えた面談	
入院時から、早期に復学したいという本人の希望が強くあった。そこで、入院から１ヶ月後に学校の先生に来院してもらい、医師、看護師、家族を交えて面談を行った。そこで、医師から本人の現時点の状況や予後についての説明があった。家族もできる限り本人の意見を尊重してあげたいと考えていることを確認した。学校側には、進級の条件や復学後にどの程度の配慮がしてもらえるかについて情報提供してもらい、進級を前提とした復学ができる時期や必要な能力について確認した。２ヶ月後に再度、医師、看護師、家族を交えて面談を行い、医師から本人の状況や前回の面談からの変化や今後の予後について説明があった。また、身体的な耐久性や残存している高次脳機能障害を考慮し、入院中に病院から登校し、徐々に授業を受ける時間を増やしていくリハビリ通学を行い、その様子を見ながら退院や復学の時期を決めることが提案された。その結果、欠損している右頭蓋骨の形成術後、状態が落ち着いてからリハビリ通学を開始することとし、まず２週間は午前中のみの通学を行い、様子を見ながら授業時間の拡大、復学時期について検討していくこととした。 リハビリ通学期間は、病院からの通学となるため、早朝からの送迎が必要となったが病院と学校間の送迎については両親が調整をし、通学の支援を行った。	主治医との面談（医師・看護師・MSW・家族・学校） 本人の希望・家族の希望の確認。 復学、進級条件の確認 リハビリ通学の提案
（４）リハビリ通学の準備	
リハビリ通学を開始する前に、ソーシャルワーカー、心理士が学校を訪問し、教師やクラスメートに対して現在の本人の状態や、復学後に懸念される事項について説明を行った。その結果、教師だけではなく、一部のクラスメートも理解を示し、チームを組んで、本人が困っている時に支援する体制を作ってくれた。	学校訪問 学校やクラスメートを対象としたオリエンテーション。

入院から２ヶ月頃に作業療法士が公共交通機関の利用について確認するために外出訓練を行った際には、料金の支払い場面で戸惑ったり、頭が疲れたと訴える様子が見られていたので、リハビリ通学開始前に心理士が同行し、自宅から学校まで電車通学が可能かどうかや疲れ具合について確認した。公共交通機関の利用はスムーズであり、混雑した電車を使っての移動でも疲労の訴えはなかった。また、授業を集中して受けることが出来るか、授業のスピードについていけるか、他者とのトラブルを起こさないか、危険な行動を起こさないかなどについて作業療法士が学校訪問し、確認を行った。授業中に疲れてしまうことはあるものの、授業態度は良好で、わからないところは友達に聞くなどの対応ができていた。休み時間には友人からの声かけもあり、他者とのコミュニケーションは良好だった。	リハビリ通学開始前のアセスメント（公共交通手段の利用、通学、授業態度など）
リハビリ通学期間は両親の送迎で病院から登校した。外泊時に自宅から登校する場合には電車で登校し、下校時には家族が迎えに行った。	家族の通学支援
授業の様子や帰院後の生活状況について情報を共有する目的で、学校とセンター間で連絡ノートを使用した。また、学校側の不安や疑問点も記入してもらい、アドバイスを行った。連絡ノートは本人が帰院時に持参してもらうようにして、本人、家族も自由に見ることができていた。	連絡ノートの作成
（５）リハビリ通学の開始 最初は、２時間の授業を受ける形でリハビリ通学を開始した。最初は２時間でも疲労を訴えており、帰院後にはベッドで休む姿が見られた。しかし、疲れを自覚し、早めに寝るなど自らの体調管理を行うことができていた。学校で過ごす時間を少しずつ増やしていったが、疲れて授業に集中できなかったり、宿題を忘れてしまう様子が見られるようになってきた。通学を継続することで耐久性は徐々に向上し、授業にも集中できるようになってきた。しかし、状況に適した行動が選択できずにクラスメートに必要以上にちょっかいを出してしまうことがあったり、注意されても自分の行動を抑制できないことが時折あるなど、クラスになかなか馴染めない様子も見られた	リハビリ通学の開始
（６）復学 １日通学した後にも勉強や余暇活動に取り組めていることや、課題に集中できる時間が延びてきたことから、自宅からの通学が十分可能であると評価した。まだ、学校生活には十分適応できていないが、大きなトラブルもなく過ごせていることから、受傷から約５ヶ月後に自宅退院し、復学した。しかし、高次脳機能障害の症状が残存していることから、今後、学校	復学 外来フォローの継続

生活で対人関係に何らかの支障が生じたり、精神的に悩むことが出てくる可能性を考え、外来通院による支援を継続していくこととした。 **３　まとめ** 本事例では、本人の「復学して進級したい」という意思を尊重して、早期に学校に介入を依頼し、進級を前提とした復学の条件や時期について確認できた。その結果、本人、家族、学校、当センターが「復学」「進級」という共通の目標を設定できた。また、本人の状態に合わせたアプローチを適切な時期に行うことができ（図１）、連携しながら、互いの立場からの支援を行った。（図２）復学前に、リハビリ通学を行い、本人を支援する体制を築くことができたこともスムーズに復学できた一つの要因と考える。	

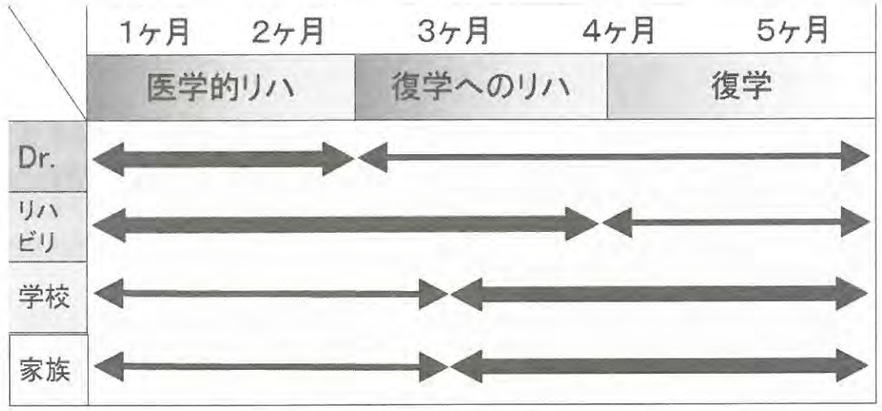

図１．家族、学校、当センターが介入を行った時期

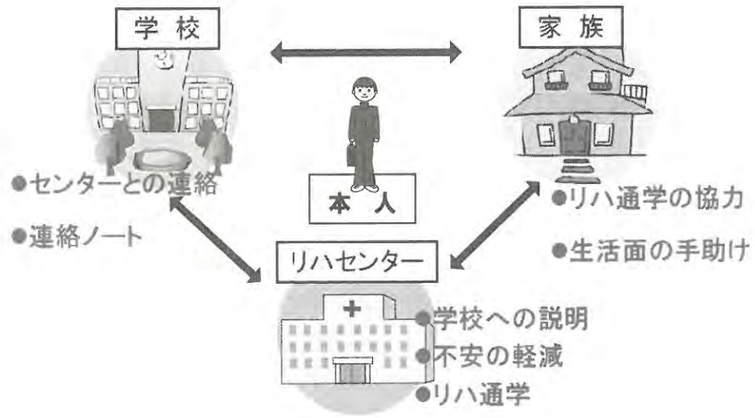

図２．復学に至るまでのリハセンター、学校、家族の連携

用語の説明

（注１）JCS（ジャパン・コーマ・スケール）
覚醒（目を覚ますこと）の程度を９段階（１～３００）で表しており、数値が大きいほど意識障害が重い。JCS２００は、痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる状態を指す。

（注２）瞳孔不同
左右の瞳孔の大きさが異なることをいう。健常人の約１５%に肉眼でも識別 出来るほどの瞳孔不同があり、生理的瞳孔不同という。瞳孔径の左右差が１mm 以上の場合に病的と診断する。

（注３）外傷性くも膜下出血
脳を包んでいる髄膜の３層のうち、硬膜の内側にある薄いくも膜と脳の間に出血が広がること。一般に、くも膜下出血という病名は脳の動脈の一部が膨らんで弱くなっているところの破裂が原因で出血した場合を指すが、けがが原因の場合に外傷性くも膜下出血と呼ぶ。

（注４）急性硬膜下血腫
硬膜と脳の間に血腫が形成され、脳が圧迫されたもの。

（注５）開頭外減圧術
脳が腫れてくると頭の中の圧力が上昇して、脳を圧迫して、具合が更に悪くなり、生命の危険も生じてくるので、頭蓋内圧が著しく上昇したときに、頭蓋骨の一部分を手術にて除去することで、圧力を外に逃がす手術。

＜岩手県立療育センターを利用し地域生活に至った事例＞

事例：A さん 40 歳代男性　独身　以前は運転手をしていた
原因疾患：一酸化中毒による高次脳機能障害者
高次脳機能障害：自発性低下、記憶障害、注意障害、遂行機能障害

事例の概要	活用した社会資源 主な支援ポイント
1　事例の経過 一酸化中毒発症直後、話の内容につじつまが合わないことが多いことから、兄が心配となり病院受診。一酸化炭素中毒による脳の障害と告げられた。入院せずに兄の家で生活。その後、兄が今後の生活をどうしてよいか役場に相談に行き、役場保健師からいわてリハビリテーションセンターを紹介された。 発症約１ヶ月後にいわてリハビリテーションセンター受診。診察の結果、運動機能に問題なかったが、記銘力が著しく低下していた。高次脳機能障害の詳細な評価・治療、社会的支援の調整を図り自立した生活につなげていくことを目的に入院となった。	住所地の役場保健師から支援普及事業支援拠点機関であるいわてリハビリテーションセンターに紹介 回復期リハビリテーション病院受診⇒入院
2　入院時の状況・経過 **＜入院時＞**意欲の低下が顕著に認められた。病室から食堂までの経路を覚える事が出来なかったため、病棟内の地図や部屋番号を記したメモリーノートを使用して対応した。また自分の年齢や日付もわからなかった。本人の訴えは「頭がボーッとする」「眠い」「覚えられない」などであった。病棟での様子は、日中は眠ってはいないが、臥床していることが多かった。 医師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚療法士、心理士、ソーシャルワーカーによるスタッフミーティングを実施し、生活関連動作の向上を図り、福祉サービス利用しながら自立した生活が送れることをリハビリテーションの目標とした。 記憶障害に関しては、メモリーノートを上手く活用できるようになることを目的に、心理士が中心にかかわった。また、体力や柔軟性の向上を理学療法、作業能力や家事・買い物等の具体的な生活関連動作は作業療法が実施した。情報量が多くなると理解が難しくなり、また自らコミュニケーションを取ろうとしなくなるなどの傾向があり、この点には言語療法を行った。看護は規則正しい生活リズムと混乱のない院内生活の援助を行った。入院時からソーシャルワーカーがかかわりを持ち、今	地図やメモリーノートの利用 物忘れを防ぎ、記憶の代わりとするためメモ帳使用。記入内容は、予定や今日行ったこと、場合によっては手順（マニュアル）など。行動の援助や振り返りに用いる。メモリーノートは、使う人が書きやすい普通のノートで構わない。 リハビリテーション目標の設定⇒多職種チームによる係わりの開始

後の社会的支援の情報提供を行った。各種訓練に対する拒否はなかった。

＜入院１カ月＞

地図を用いることにより、院内の移動は可能となった。

洗濯は洗濯機を使って、促さなくても行うようになった。1日の訓練等のスケジュールは、メモリーノートを見ながら行っていたが、声かけが必要であった。訓練室でのリハビリ時間以外は、この時期においても病室で臥床していることが多かった。作業療法士は臥床を防ぐため、工作課題を訓練室でのリハビリ時間以外に自主的に行うように促したが、本人から拒否があった。

作業療法における調理訓練では、味噌汁のだしを入れた事を忘れたり、手洗い、食器の片付けせず散乱したまま終わろうとしたり促しが必要であった。手順や、味付けは問題なかった。同時に２品を調理作業することが難しく、また、火の管理の不安があった。

＜入院２か月＞

夜間の不眠の訴えが多くなり、それに伴い日中寝てしまっているようになった。そこで薬物が処方され２週間ほどで不眠の訴えはなくなった。

自分でスケジュールを組み立てること、スケジュールに従って時間管理すること、買い物時の金銭管理、キャッシュカードの使い方の確認等を目的として、路線バスを利用した外出訓練を行った。キャッシュカードの使用は問題なく行われた。バスの時間に合わせた行動は難しく促しが必要であった。買い物した内容は覚えていたが、どのくらいお金を使ったかの認識はなかった。

自発性の低下や健康管理等のセルフケアも含めて一人暮らしに不安があることから、退院後には直接自宅に戻るのではなく、その前段階として福祉施設の利用を検討することになった。

本人の了解も得て、実際に施設を見学することとし、岩手県立療育センター障がい者支援部を見学した。また、療育センター以外の施設の見学についても、検討することとした。

＜入院３か月＞

院内は禁煙となっているが、精神的にイライラがつのり隠れて喫煙。１日５本の約束で特定の場所のみで喫煙することとなった。喫煙本数や場所は守られていた。

スケジュールは変更がなければ、一応自己管理できるようになった。そのためかメモリーノートの必要性を感じなくなった

いわてリハビリテーションセンターでは、訓練室でのリハビリ時間のみでなく、院内での生活時間全てをリハビリの時間と捉えている

路線バスを利用した外出訓練

退院後の方向の検討（１）

岩手県療育センター障がい者支援部の見学

自立支援法による施設。日中活動事業の自立訓練、生活訓練、就労移行支援と居住支援事業の施設入所支援がある。(注１)

ようで、利用しないことが多くなった。心理士がメモリーノートのメモの部分だけでも書くように促したが、それに応じないことの方が多くなった。

夜間は眠れているが朝起きられない傾向があった。以前よりも日中に起きてテレビを見たりすることも見られたが、まだ臥床していることが多かった。投薬内容の検討もなされたが、大きな変化はなかった。

県立療育センター障がい者支援部以外の施設として、就労継続Ｂ型の施設を見学する予定としたが、本人が見学予定施設で実施している、農作業等の屋外での作業を嫌がり中止した。

＜入院４カ月＞

屋内で行う組み立て作業や軽作業の施設に見学に行ったが「行く気がしない」「工賃が安い」等の理由で利用することは望まなかった。この時期本人の意思を看護師が確認したところ、「仕事はまだやる気がしないが退院はしたい」とのことだった。

院内は自由に行動できるようになった。一方で、数時間前の出来事も思い出せず、その内容が気になる等の記憶障害は残存していた。決まった時間・行動は問題を生じなくなったが、予定の変更や新しい場面では混乱と不安が生じた。また自ら行動を起こすことは難しい状況であった。

今後の就労や社会生活する上での退院後の方向性を本人、兄を交えて検討した。そこでまだ１人暮らしは、本人、御家族とも不安があり福祉施設の検討がなされた。最終的に岩手県立療育センター障がい者支援部を利用して就労（福祉就労を含め）を目標に入所となった。

３　岩手県立療育センター障がい者支援部入所

＜入所時＞

施設内の位置関係はすぐに覚えた。スケジュールに関しては部屋の掲示と日課票と腕時計を使用することで対応したが時おり促し必要であった。近所のコンビニまでの単独外出(徒歩)は可能。疲れの訴え、臥床していることが多く、夜間眠れないとの訴えがあった。

プログラムとして毎日、午前・午後１時間ほどの運動と手芸（スキルクリーン）と工芸（陶芸）、週２回、学習プログラムとして計算・漢字書き取り等を行うこととした。

＜入所１カ月＞

プログラムに対する持続性が低く、その場所から離れてしまう、運動の時間には横になっていることが多々見られた。入所

就労継続Ｂ型施設の見学を試みたが、最終的に見学せず

（注２）

他施設の見学実施

本人からの退院希望の表明

本人、兄を交えた退院後方向性の検討（２）⇒県立療育センター障がい者支援部利用の方向とした

県立療育センター障がい者支援部には、週２回、いわてリハビリテーションセンターから職員（作業療法士）が派遣され、評価、訓練、ケース検討等に幅広く参画している

施設におけるプログラムの設定

者とは問題なく過ごされ、交流も見られてきた。 入所支援会議を開催し、本人の意向・訴えである「疲れやすく、何もやる気がしないことが多く困っています。早く仕事を始めないと出来なくなるかもしれないが、力仕事や事務仕事は自分に向かない。」をベースに検討実施。 支援会議の結果、以下のような取り組みをすすめることとなった。 (1) 精神障害者保健福祉手帳の取得 いわてリハビリテーションセンターソーシャルワーカーから、各種制度利用のため、発病から6カ月経過したので精神保健福祉手帳の申請が可能であるとのことより進めていくこととした。 (2) 目標の設定と取り組みのポイントの確認 短期目標としては日常生活能力の向上（自発的行動）と活動に対して持続的に取り組めるように、長期目標としては就労（福祉就労を含む）と一人で外出が出来るようになることが挙げられた。 具体的な支援計画として、以下のとおりとした。 日常生活能力の向上 ・ メモを利用によるスケジュール管理の自立 ・ 声かけなどの援助を徐々に減らし、自発的な行動ができるよう支援 ・ 活動性向上及び課題も検討しながら持続性を養う 社会生活能力の向上 ・ 路線バスを利用して外出訓練を実施し、経験を積んで自立に向け支援 ・ 調理訓練を行い簡単な調理が出来るようになる。 施設入所支援サービスとして ・ 余暇の充実を図る **＜入所2ヵ月＞** 学習のプログラムについては、比較的持続して取り組んでいたが、運動や作業系の課題については、途中で席を立ち作業室から出て行ってしまっていた。また、バスを利用した外出訓練を予定したが、本人は買うものがないなどと話して拒否した。 調理実習では、焼きそばを作ったりしたが、買い物、作業手順は問題なかったが、手を洗わなかったり、作業途中で喫煙しに行こうとしたり何度か声かけが必要だった。 **＜入所4カ月＞** タクシーを利用して通院することとし、医療機関受診を一人で行えるよう職員が見守り実施した。タクシーの手配、診察を	支援会議の開催 開催目的：現在の状況と入所における目標・支援内容の確認等 出席者：家族、施設職員、住所地の福祉課等、ソーシャルワーカー（いわてリハビリテーションセンター）、作業療法士（岩手県立療育センター障がい者支援部連携担当）

受けることなどを一人で行った。本人は、職員に頼ろうとする行動は見られたが、問題なく行えた。 日中のプログラムに参加せず、喫煙や寝ていることが多くなってきた。（いびきがあり、日中寝ていることがあるので、無呼吸症候群の診察をうけるが、特に問題なかった） **＜入所6ヵ月～11ヵ月＞** 手芸の作業プログラムには興味を示さないため、パソコン入力作業を提案した。表を見ながらローマ字入力で自分の経歴等を入力したが、一時的に取り組んだのみであった。 その後、兄と職員の助言もあり、本人が持続して行なえるプログラムを検討した。パズル、オセロ、ゲーム機を使った脳トレソフト、パソコンでのスケジュール等であった。作業室から出て行ってしまう頻度は軽減した。 その後、本人の希望で運動のプログラム以外は日中工芸科（陶芸）で過ごすこととした。ゲーム機で脳トレーニングを行いながら、日によってムラはあったが、工芸は以前より取り組む場面が見られてきた。 「高次脳機能障がい者当事者グループ訓練」に参加することとし、「グループディスカッション」と「グループワークのプログラム」を行った。グループディスカッションでは、働くということについての意識や問題、当面の具体的・現実的な目標を確認することを行った。自らの問題点は訓練に集中できない具体的には現在30分くらいしか集中できず、部屋をでてしまうことを上げ、目標としては、訓練中に1時間半は席をたたないこととした。このプログラムに関しては、最後まで席を立つことなく1時間30分の間、自発的に話すことは少なかったが、意見を求めると発言していた。グループワークでは、活動には自ら参加する姿勢が見られてきた。共同作業などでは、周りの人に気配りすることも見られた。しかし喫煙をして遅れるなど、時間を守ることはできなかった。 生活場面では週末は近隣のコンビニに行く程度であったが、3Km程離れたところまで歩いて行く、友人に連絡し、面会に来てもらうなど今までに見られない行動が見られた。 **＜12ヵ月～18ヵ月＞** 訓練中部屋を出ることは無くなってきた。臥床することも見られなくなった。 高次脳機能障がい者の訓練が新たに加わり、午前に前日の振り返りと今日のスケジュールをメモリーノートに記入する（30分ほど）こととし、午後は計算、仮名拾い（新聞に字に平仮名の字を決めて、その字に○をつける。）を行い、それぞ	高次脳機能障がい者当事者グループ訓練への参加 （注3）

れの解答を当事者同士でつけてもらうこととした。30 分ほどこれらのプログラムを毎日行った。メモをとることはあまりしなかったが、それ以外のプログラムは比較的集中して行っていた。 施設内作業体験として、洗濯物たたみの作業を開始した。作業時間の 30 分を集中し、まじめに取り組んでいたとの評価を受けた。 本人は、これまであまり退所後のことは考えていなかったが、退所し就労していく人達の影響もあって、将来への不安を訴えるようになって来た。それと共に就労への意欲向上が見られてきた。そこで関係機関（援護の実施機関、相談事業所）から情報を得て、就労継続支援Ｂ型施設見学を実施した。以前のように施設を見学後拒否することなく、本人としての検討もなされた。一人暮らしに不安（本人自身も）があるため、退院後の生活の場をグループホームとすることで検討を行った。グループホーム、就労継続 B 型施設（自動車部品の組み立て）の体験を行ったが、本人からも施設側からも特に問題は出されなかった。 **＜退所＞** 退所にあたり、日中活動は就労継続支援Ｂ型施設を利用し、夜間はグループホームを利用することとなった。 そこで関係機関の職員と情報共有と今後について話し合う支援会議を開催した。就労継続施設では体験では問題なく今後他の作業も検討していく、グループホームでは生活面に大きな問題なかったが慣れるまで生活場所とスケジュール等の明示に対して配慮することとなった。 医療機関はいわてリハビリテーションセンターが継続して対応し、さらに本人、家族からの相談も行っていくこととした。 岩手県立療育センターの利用期間は、最終的に１年６ヵ月ほどとなった。 ４　現在の様子（退所後６カ月経過） 日中活動では、「作業は細かい部品もあり目が疲れるが、なんとかやっている」とのこと。（後施設側でも作業検討している）　生活の場面では眠れないことが時々あるが、それ以外は問題なく過ごしている（本人・施設職員から） **＜まとめ＞** 自発性の低下と記憶障害があり、疲れやすく臥床していることが多かった。いわてリハビリテーションセンターに入院して	将来への不安を感じ始める、就労意欲の向上が見られる 就労継続支援Ｂ型施設見学 グループホーム利用の検討と体験（就労継続 B 型施設を含む） 関係機関職員との支援会議開催 医療機関における継続的な対応、本人・家族からも相談を受ける

地域生活に向けての訓練を行ったが、４ヵ月の期間では難しかった。引き続き地域生活を行うために岩手県立療育センター障がい者支援部で訓練を継続した。約１年６ヵ月入所し、自発性の向上が見られた。また施設を退所し就労した人達を見て、自らも就労や地域生活する意欲が高まり、施設見学や実習を行った。そしてグループホーム利用し、福祉就労施設で働くこととなった。	

(注１)岩手県立療育センター障がい者支援部（盛岡市手代森）

障害者自立支援法による施設であり、日中活動事業の自立訓練、生活訓練、就労移行支援と居住支援事業の施設入所支援がある。

A さんは、いわてリハビリテーションセンター退院後に生活訓練と施設入所支援を利用した。

なお、利用は、市町村や相談支援事業者にて利用申請し、調査・障害程度区分認定を受けてからとなる。

(注２)障害者就労継続施設（事業所）

障害者自立支援法に定めるサービス。障害者就労継続設 A 型施設は 65 歳未満で、雇用契約に基づく就労が可能な人、B 型は授産施設や作業所など非雇用型の施設で就労可能な人を利用対象にしている。

（注３）高次脳機能障がい者当事者グループ訓練

療育センターと岩手県立大学・いわてリハビリテーションセンターとの協同で就労支援プログラムの研究と実践を目的に始めた。参加者は高次脳機能障がい者で就労（福祉就労も含む）を希望し、約１時間 30 分の参加が可能で、日常会話に支障のないこととした。参加者のルールとしては就労に関連して、時間を守る、挨拶をする、その場を離れない、自分から活動に参加する、私語を慎む、話を聞く、携帯電話は使用しないこととした。プログラム内容は就労を目的に皆で考える活動（グループディスカッション）と協力し合って活動するグループワークが中心である。具体的には作品作り（当事者が講師になって）、調理、協同でのレクレーション、スポーツなどルールに従った行動などを目的に行った。その他病識の理解、向上に当事者が自分の障がいについての講義、履歴書の書き方、面接、就労継続施設見学等も行った。

高次脳機能障がい者の「障害年金」受給について

身体に目立った障がいがなく、記憶力や注意力等の認知機能だけが障がいされた高次脳機能障がい者も障害年金を受給できる場合があります。

受給できる方は？
年金保険料の納付用件を満たし、障害の条件に該当する方に支給されます。

○原因となった事故や病気での初診日に被保険者であること。
○初診日の前々月までの被保険者のうち３分の２以上の保険料を納めた期間があること。
○初診日から１年６ヵ月を経過した日(障害認定日)に一定程度の障害の状態にあること。

一定程度の障害って？
医師の診断書によって認定されますが、概ね下記のとおりです。

○１級：日常生活にも他人の介護を必要とする程度。
○２級：必ずしも他人の介護は必要ではないが、日常生活が困難で、労働して収入を得ることができない程度。
○３級：労働するのに著しい困難があり、労働が制限される程度。

まずはどこに相談に行ったらいいの？
まずは主治医、医療機関の医療相談室ご相談ください。
納付用件の確認及び申請書類の入手は下記が窓口になります。

○国民年金の場合(障害基礎年金)：市町村役場の障害年金担当窓口。
○厚生年金の場合(障害厚生年金)：社会保険事務所窓口。
○共済年金の場合(障害共済年金)：共済組合窓口。

申請の際に大事なことは？
診断書は高次脳機能障害の診断を受けた医療機関で書いてもらうことになりますが、主治医に困っていることを理解してもらうことが重要です。

○日常生活や仕事上で困っていることを詳しくメモして主治医に渡してください。
○診断書は市町村役場等の窓口で「精神の障害」の診断書様式を入手して持参してください。
○平成 21 年 10 月から制度の改正により精神科の医師以外でも「精神の障害」の診断書の記載が可能になりました。

※詳細は医療機関の医療相談室もしくは下記までお問い合わせください。

いわてリハビリテーションセンター　総合相談科
〒020-0503　岩手県岩手郡雫石町七ツ森 16-243
TEL:019-692-5800　FAX:019-692-5807　E-mail:info@irc.or.jp

おわりに

この事例集は、いわてリハビリテーションセンターが県から事業受託している、高次脳機能障害がい者支援普及事業の一環として実施したものである。

事例集の作成にあたっては、岩手県高次脳機能障がい者支援普及事業連絡協議会（会長岩手医科大学小川学長）においてご助言をいただくとともに、同協議会のワーキンググループ（メンバー名、別記）において企画内容等についてご検討をいただいた。

また、岩手県障がい保健福祉課、いわて脳外傷友の会イーハトーブの方々にも多大なご支援を頂戴した。

ここに記して御礼を申し上げる。

いわてにおける高次脳機能障がい者支援の取り組みはまだまだ緒についたばかりである。私たちは、さまざまなリスクの中で生きていくことを宿命づけられている。高次脳機能障がいのみならず、障がいは当事者やご家族のみの状況ではなく、私たち全てにかかわりを有している。一人ひとりが自らのことと考え、取り組みの輪がさらに大きく広がることを念願している。

この事例集の編集最終段階において、東北関東大地震が発生し、未曾有の大震災となっている。あまりにもたくさんの尊い命が失われ、多くの方が被災者となり、悲しみと不安の中での生活を強いられている。こころからのお見舞いを申し上げるとともに、一日も早い復興のため、全ての人々ともに出来ることから力を尽くして取り組みを進めたい。

平成２３年３月
高次脳機能障がい者相談支援事例作成チーム
いわてリハビリテーションセンター

副センター長	立　木　　光
副センター長	赤　羽　卓　朗
作業療法第２科長	浅　野　文　博
主任医療社会事業士	上　田　大　介
医療社会事業士	畑　山　知　世
理学療法士	鎌　田　一　葉
心理相談員	吉　田　賢　史
医療社会事業専門員	阿　部　泰　子
地域支援部	山　市　知　子
地域活動支援センター	チャレンジド・カフェ・イーハトーヴ
所長	川　村　美智子

岩手県高次脳機能障害支援ワーキンググループ委員

岩手医科大学　　医療相談室長　斉藤　俊哉
岩手県医療社会事業協会　会長　山舘　幸雄
岩手県福祉総合相談センター　心理判定員　野村　誠
岩手県立療育センター　障がい者支援部　主任職業支援員　佐藤　俊子
岩手障害者職業センター　主任職業カウンセラー　堀野　修
岩手保養院　医師　北畠　顕浩
地域生活支援センター久慈　所長　元木澤　英典
地域活動支援センター友とぴあ　精神保健福祉士　菊地　康
盛岡市障害福祉課　主査　工藤　弘幸
滝沢村福祉課　主任保健師　浅野　英利子
岩手県立大学　准教授　田中　尚
もりおか広域圏障害者地域生活支援センターMy 夢　コーディネーター　工藤　宏行
もりおか障害者自立支援プラザ　所長　大信田　康統

「高次脳機能障がいを知ってますか？」
～当事者・家族の「悩み」「思い」「願い」と相談支援事例～

作成　平成２３年３月
発行　いわてリハビリテーションセンター（担当：地域支援部）
020-0503　岩手県岩手郡雫石町七ツ森１６－２４３
電話　019-692-5800　FAX　019-692-5807

印刷　新生園