

障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループヒアリング
NPO 法人日本脳外傷友の会 理事長 東川悦子

〈基本方針〉

地域生活支援事業都道府県事業である「高次脳機能障害支援普及事業」を恒常事業とし、「高次脳機能障害支援事業」（失語症・MTBI等を含む）として、専門相談・支援体制を充実する。実施主体を都道府県だけでなく、政令市・中核市を含むこととする。

〈趣旨〉

高次脳機能障害者は、受傷発症直後は医療機関（医療保険）での治療やリハビリテーションを行い、その後、障害福祉サービスや介護保険制度を利用して地域生活を送る。さらに、職業準備性が整う中で、就労支援機関を利用して、復職や新規就労といった社会参加につながっていく。あるいは、社会保険制度として、医療保険、介護保険、年金、自動車保険、労災保険、雇用保険、生命保険等の制度利用することとなるが、これらは申請主義であり、制度の仕組みを理解したものの助言が必要となる。また、高次脳機能障害者は中途障害者であり、認知機能の障害を負った今までとは異なる自分を受け止めて、新たな自分として人生を再構築する必要がある。

これらより、高次脳機能障害への専門的な支援は、障害特性の理解だけではなく、地域の医療機関、障害福祉事業所、介護保険事業所等だけでは対処が難しい、

複雑な制度活用を理解した拠点機関の常勤のコーディネーターが地域支援者と連携して行うことが必要である。恒常的な事業として、「高次脳機能障害支援事業」を明文化いただきたい。

〈論点項目について〉

「障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方」

移動支援に関しては、通所・通学には利用できない自治体が多い。原則的に、通所・通学に関しても移動支援の支給決定ができることとして欲しい。また、障害理解を促進するため「重度訪問介護従事者養成研修」「移動支援従事者養成研修」「精神障害者ホームヘルパー養成研修」「相談支援従事者・サービス管理者研修」等に高次脳機能障害に関する講座を設ける。

「障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方」

高次脳機能障害者は障害認識が低い場合があり、自分でできることと、実際にできることの差異が生じる場合がある。しかし、本人のみの聞き取りでは、障害支援区分が実際よりも低い区分で決定がなされる案件が生じている。本人のみならず、家族等からも十分な聞き取りを行ったうえで障害支援区分を決定していただきたい。

「障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方」

前述の通り、高次脳機能障害者は障害認識が低い場合があり、現実のニーズとはかけ離れたサービス等利用計画が策定されることが懸念される。

また交通事故の多額な賠償金等資産保全の観点からも成年後見制度の利用は重要であるが、契約行為に関して当事者の権利を尊重し、意思決定への支援を重視し、十分な配慮が必要である。

「手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため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」

意思疎通に関しては、高次脳機能障害をはじめとする認知機能に障害を呈するものは、必要な情報を理解できない、思考が収束しない、状況判断が難しい等により意思疎通に支障が生じる場合がある。本人の能力に応じた、適切な情報提供や思索への補助等の支援を行うことが望ましい。

「精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り」

高齢障害者については、65歳以降介護保険に移行することによって、サービス供給量が減少し、自己負担が増加する場合がある。また、介護保険だけでは必要なサービスが補えない事案も見られる。65歳以降においても、障害福祉サービスの利用が可能であるという情報を全自治体に徹底周知すべきである。

<資料 1 >

中島（2006 高次脳機能障害ハンドブック 医学書院）は、高次脳機能障害者の医療・生活支援・職能訓練・職業訓練・就労支援に関する連続したケアの提供が必要としている。

重 度 ↑ ↓ 軽 度	利用者	医 療	社会適応訓練 ・生活訓練	職能訓練	職業訓練	就業支援	→施設入所 →在宅介護 →在宅生活 →福祉就労 →就職・就学 復職・復学
		△	×～	×	×	×	
		△	×～	×	×	×	
		△	△	×	×	×	
		○	○	×	×	×	
		◎	◎	○	○	○	
		◎	◎	◎	◎	◎	
相談・家族支援・環境調整・マネジメント							

図1 高次脳機能障害者支援への連続したケア

図1 高次脳機能障害者への連続したケアの提供

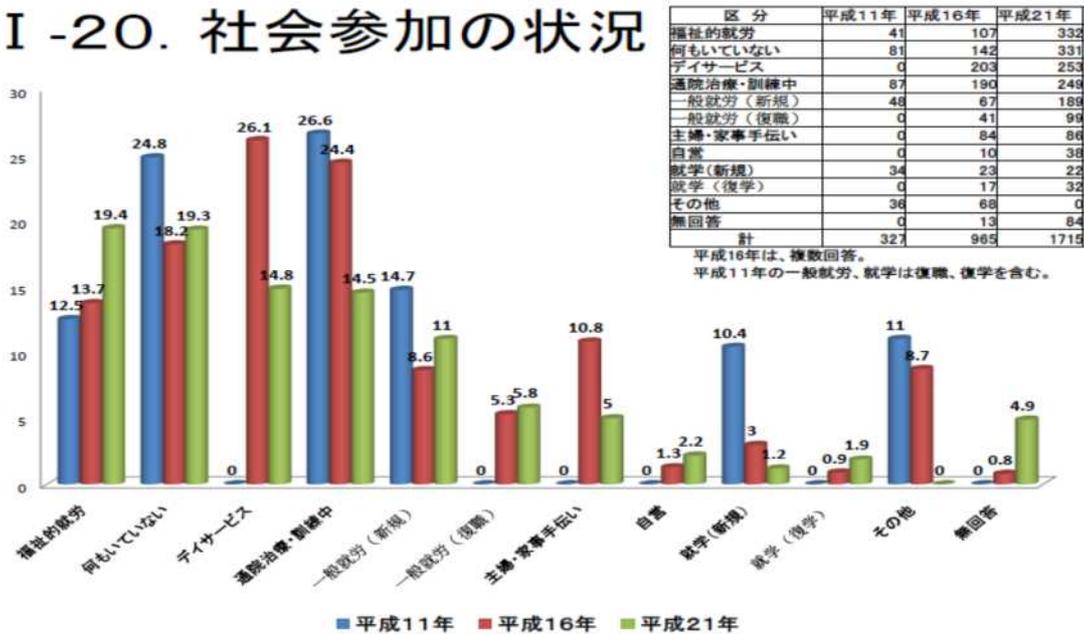
モデル事業で目指した連続したケアとは、図1-1に示すように、けがや病気で入院した後に高次脳機能障害者として診断・治療を受け、その後の社会生活に向けて適切な医療と福祉の連携により正しいサービスの提供がなされることである。どこに行ったら相談に乗ってくれるのか、どこにも受け皿がないという当事者の訴えは、あるべき連携がちぎれちぎれになっていたからにほかならない。

高次脳機能障害をもつ者では当然、重症度が個人ごとに異なり、それに従って社会生活における痛結が異なってくるはずである。この違いを認識したうえで、訓練や支援が切れ目なく実施されるべきであると考えられた。さらにこれを具体化し、全国共通して使用できる「高次脳機能障害標準的訓練プログラム」、「高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム」が作成された。

<資料 2>

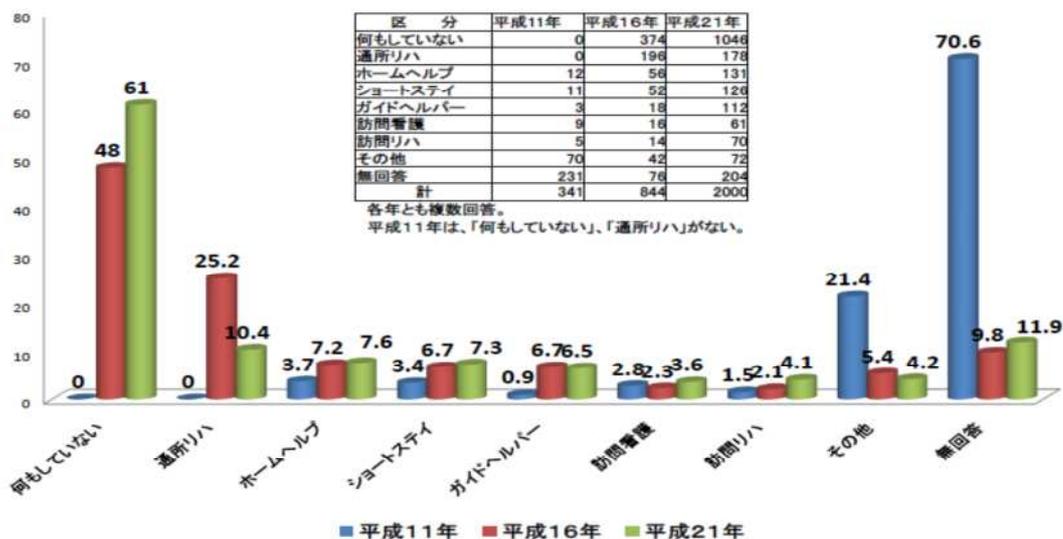
日本脳外傷友の会が実施した高次脳機能障害者生活実態調査（H21）より、社会参加の状況として、福祉的就労（19.4%：障害福祉サービス）、デイサービス（14.8%：介護保険・障害福祉サービス）、通院治療（14.5%：医療保険）、一般就労（16.8%）、主婦家事手伝い（5%）、自営（2.2%）、就学（3.1%）となっており、障害福祉サービス、介護保険サービス、医療保険による治療リハビリを行っている。

I -20. 社会参加の状況



また在宅サービスの利用としても、通所リハ（10.4%：介護保険・障害福祉サービス）、ホームヘルプ（7.6%：介護保険・障害福祉サービス）、ショートステイ（7.3%：介護保険・障害福祉サービス）、ガイドヘルパー（6.5%：障害福祉サービス）、訪問看護（3.6%：介護保険）、訪問リハ（4.1%：医療保険）と、障害福祉サービス、介護保険サービス、医療保険による在宅リハビリ等を利用している。

I -23. 在宅サービスの利用状況

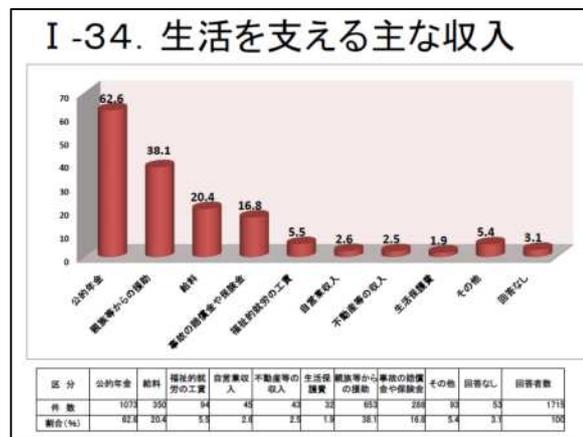
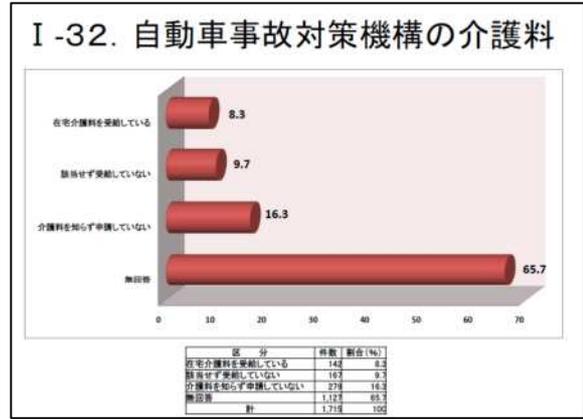
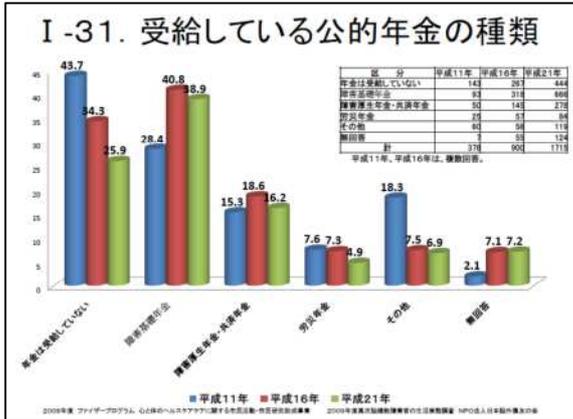


これらより、障害福祉、介護保険、医療保険を組み合わせた在宅サービスのマネジメントが要される。

<資料3>

日本脳外傷友の会が実施した高次脳機能障害者生活実態調査（H21）より、受給している年金は、障害基礎年金（38.9%）、障害厚生・共済年金（16.2%）、労災年金（4.9%）となっている。自動車事故対策機構の介護料を受給しているものは8.3%おり、自賠責保険における「神経系統に関する障害」の後遺障害等級が1・2級の非常に重度な障害者が含まれている。あるいは、生命保険の高度障害・障害特約が認められたものも12.8%いる。

これらより、社会保険制度では、医療保険、介護保険、年金、自動車保険、労災保険、雇用保険、生命保険等の制度利用に関して、制度の仕組みを理解したものの助言からの専門的な助言や支援が必要となる。



<資料 4>

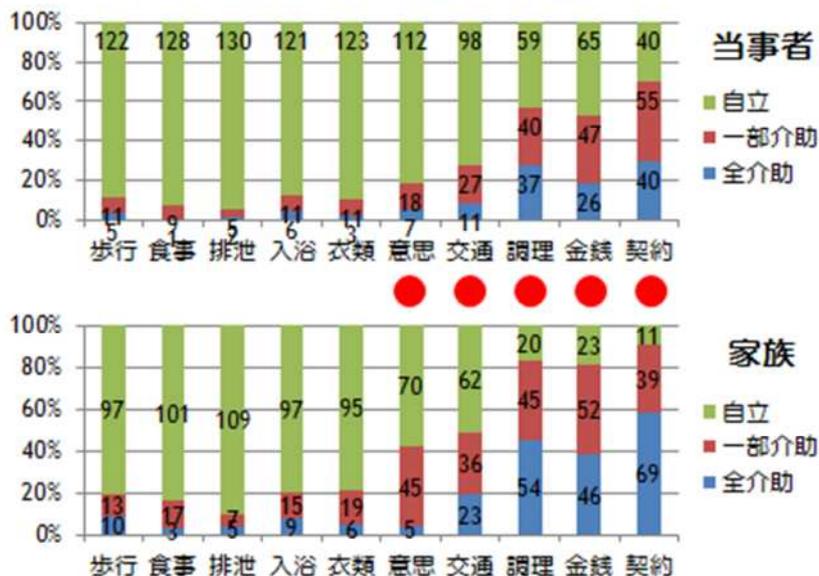
H25年には、脳外傷友の会ナナにおいて、日本脳外傷友の会が実施した高次脳機能障害者生活実態調査（H21）と同様の調査を、当事者と家族に対して実施した（H25年度神奈川県高次脳機能障害地域支援事業報告書）。このなかで、歩行・食事・排泄・入浴・衣類の着脱衣といった基本的な生活動作の自立度は、当事者と家族で差異はなかった。ところが、意思疎通・交通機関の利用・調理・金銭管理・契約行為については、当事者よりも家族の方が介助の必要性を認識していた。一概に「自立していると思っている本人よりも、介助が必要と感じている家族が正しい」とは言い切れないが、障害認識に乏しいという障害特性より、本人だけではなく、家族等から生活状況を聞き取る必要性があると考えられる。

日常生活状況

当事者	歩行	食事	排泄	入浴	衣類	意思	交通	調理	金銭	契約
自立	122	128	130	121	123	112	98	59	65	40
一部介助	11	9	5	11	11	18	27	40	47	55
全介助	5	1	2	6	3	7	11	37	26	40

家族	歩行	食事	排泄	入浴	衣類	意思	交通	調理	金銭	契約
自立	97	101	109	97	95	70	62	20	23	11
一部介助	13	17	7	15	19	45	36	45	52	39
全介助	10	3	5	9	6	5	23	54	46	69

日常生活状況



<資料 5>

高次脳機能障害者76名の長期支援経過に関する資料である。ここでは高次脳機能障害者への長期支援の転機として、「1年未満で通所」「1～3年で通所」「1～3年で復職」「2～3年で新規就労」「5～7年で新規就労」「概ね児童・生徒は1年未満・学生は1年以降で復学・就学」「（高次脳機能障害が知られていない頃に受障したために）長期間支援につながらない」の7群に分類されている。特に着目していただきたい点は2点ある。

1点目は、「1～3年で通所」である。障害の状態が重篤な場合、医療機関退院後早期に介護保険・障害福祉サービスへ移行する。しかし、体に麻痺がなく認知機能のみの障害がある場合、受傷から1～3年間は本人が福祉サービスの利用を所望しない。この期間に適切な支援や助言が無ければ、一般社会に埋もれていき、「長期間支援無し」のグループへと移行していく可能性がある。

2点目は、5～7年の経過を経て就労に至るものもある。これらのものは、受傷から1～2年間は通過症候群と呼ばれる不穏・社会的不適応な状態で生活することとなる。そして、通過症候群の状態が落ち着いた後に、ようやくリハビリテーションや社会生活支援への適応を見せる群がある。

このように、高次脳機能障害の障害特性を理解して、必要な社会保険、社会福祉サービスを組み合わせつつ、長期間にわたり、本人と家族、支援者をバックアップするものが、高次脳機能障害拠点機関、相談支援コーディネーターである。これらより、地域当事者・家族会と連携しつつ、広域にわたって専門的支援を行う「高次脳機能障害支援事業」を恒常事業とする必要があると考える。

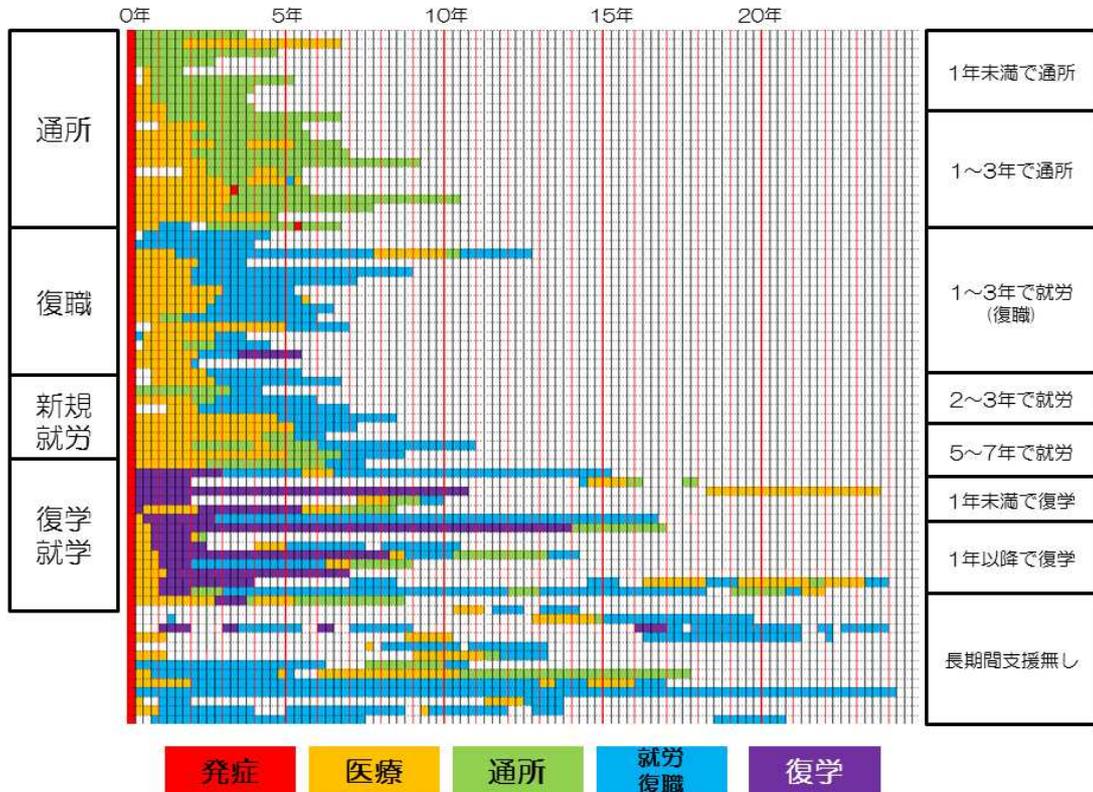


Figure 1:受傷発症を起点とした経過

神奈川県リハ：瀧澤・永井（2014 高次脳機能障害学会 ポスター発表資料）