1 奈良県における高次脳機能障害支援のしくみと現状

1 全国の状況

2007年5月に、厚生労働省より高次脳機能障害支援普及事業の実施についての通知が発出された。その内容は、都道府県において高次脳機能障害者の支援の拠点となる機関(リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院等)において、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との支援ネットワークの充実、普及・啓発事業、研修等を行い、支援体制の確立を図るというものであった。

2 奈良県での高次脳機能障害支援の取組み――支援センターの設置

奈良県では、県内の状況を知るため、2006年度に県内の病院・施設等を対象に高次脳機能障害者の実態調査を行った。

その結果、県内の障害者施設には、高次脳機能障害に該当すると思われる入通所者が約120名 確認された。

2007年度に、県内医療機関関係者、当事者団体関係者をメンバーとする「高次脳機能障害支援体制検討委員会」を設置し、同年11月に第1回目、2008年2月に第2回目の委員会を開催し、高次脳機能障害者の支援機関の設置(場所、機能等)について検討が進められた。

2008年10月に、高次脳機能障害者に対する医療・福祉等の支援を総合的に行う拠点として、奈良県総合リハビリテーションセンター(磯城郡田原本町)内に「奈良県高次脳機能障害支援センター」が設置され、運営は社会福祉法人奈良県社会福祉事業団に委託された。

事業の具体的な内容は、以下のとおりである。

- ① 高次脳機能障害者およびその家族に対する相談支援
 - ② 電話相談(月曜日~金曜日の午前9時~午後5時)
 - (b) 来所相談(予約制)
 - ② 関係機関との個別ケース会議への参加、通所施設への見学同行、職場訪問
 - d 相談支援事業所へのケースの引継ぎ
- ② 高次脳機能障害者の検査・診断
 - ② 非常勤の医師4名により、各医師が月に1回、計月4回を基本として、月4回の診察を 予約制で行う。
 - ⑤ 高次脳機能障害の神経心理学検査と診断

③ 高次脳機能障害普及・啓発事業――研修会の開催 (2008年度は参加者62名)

診断を行う非常勤医師4名については、県立大学病院の精神科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科から各1名ずつの医師がそれぞれ月1回派遣され、毎週1回・月4回、診断にあたっている。どの診療科の医師に診てもらうかは、センターの相談担当者である社会福祉士(常勤)が、利用者からの予約の段階で判断している。

設置以来、相談機関に寄せられた相談件数は、2008年10月~2009年3月でのべ414件(うち新規75件)、2009年4月~9月では、のべ710件(うち新規53件)であった。また、高次脳機能障害との診断がなされた件数が、2008年10月~2009年3月で16件、2009年4月~9月では41件であった。相談件数、相談内容、原因疾病、相談者の年齢を〔表 6〕に示す。

奈良県において、支援センターは、2008年10月と他県に遅れて設立された。ところが2009年4月からの平均相談件数は月100件に上っており、目に見えて相談件数が増加している。また、医師が月4回診断にあたっているが、特色としていえることは、脳神経外科、神経内科、精神科、リハビリテーション科と各専門の医師が交代で当事者を診察していることである。相談支援コーディネーターが関わることで、当事者の状態に応じた適切な医師の診断を仰ぐことができる体制となっている。

適切に高次脳機能障害と診断できる医師が増えることが、この障害の早期対応につながると考えられる。奈良県においては、この障害に対し理解のある医療関係者の養成がなされていくことが期待される。

3 成年後見制度の利用

奈良県の家族会は規模が小さく、今のところ成年後見制度の利用者はない。利用の際の煩雑さもあるが、制度を利用する場合、誰を成年後見人等にしたらよいのかという悩みもある。親は本人の兄弟姉妹に支援を頼みたいが無理には頼めないという、親なき後の問題または成年後見人等のなり手の問題である。家族であっても基本は本人の生き方を大切にするという権利擁護の視点から、成年後見制度を安全弁の一つと認識し活用していくことが必要である。

4 今後の課題

支援センターにおける今後の課題は、第1に、支援センターの機能充実である。2009年10月からは、相談支援コーディネーター(本人の状況に応じ、どの診療科の医師の受診とするかの判断をしたり、前記 2 ① ② ~ ③ の相談支援等を行う)が 1 名増員され 2 名体制となった(ふるさと雇用再生特別基金事業による)ものの、本事業の周知に伴い、さらに多くの相談が寄せられるものと考える。必要な支援を適切に実施できるよう、さらなる支援体制の強化が必要である。

次に、相談支援ネットワークの構築がある。医療機関、障害福祉サービス事業所(相談支援、自立訓練、就労支援等)との連携をとることにより、高次脳機能障害を有する者に対し、発見→医療的支援→福祉的・法律的支援という形での、すき間のない支援を実現することが可能となる。また、高次脳機能障害に対応する医療機関・福祉施設の増加も課題である。医療機関について、

2008年度に県内医療機関に対し、高次脳機能障害の診断やリハビリテーションが可能かどうかの アンケート調査を行ったが、診断等が可能な機関は限られていた。今後、適切な診断や対応がで

〔表 6 〕 奈良県高次脳機能障害支援センターへの相談

①相談件数

相談月	相談件数	来所相談	訪問相談	診	断
2008年10月	延べ 55 (新規21)	6名	0名		0名
2008年11月	延べ 64 (新規16)	10名	1名		2名
2008年12月	延べ 71 (新規8)	9名	1名		4名
2009年1月	延べ 50 (新規6)	10名	2名		4名
2009年2月	延べ 64 (新規9)	10名	2名		3名
2009年3月	延べ110(新規16)	17名	1名		5名

②相談内容

	診 断	病院	リハビリ	就労	生 活	施設	その他
2008年10月	5	4	5	13	9	7	12
2008年11月	31	3	6	9	10	0	5
2008年12月	24	3	3	10	16	4	11
2009年1月	16	0	1	19	8	5	1
2009年2月	22	2	0	24	9	6	1
2009年3月	54	7	0	17	17	5	10

③原因疾病

	脳挫傷	脳出血	脳梗塞	くも膜 下出血	髄膜炎	低酸素 脳症	脳炎後 遺症	脳腫瘍	交通事故 後遺症	不「	明
2008年10月	20	8	6	5	1	1	1	0	6		7
2008年11月	28	7	1	9	0	0	1	2	9		7
2008年12月	47	5	0	5	1	0	1	1	4		5
2009年1月	18	16	1	5	1	2	0	0	5		2
2009年2月	33	1	0	18	0	5	0	0	5		2
2009年3月	59	6	0	10	1	6	2	8	5		13

④年齢

	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	不明
2008年10月	3	0	8	20	16	0	2	6
2008年11月	5	4	9	15	17	4	0	10
2008年12月	2	10	7	12	31	4	0	5
2009年1月	3	4	14	7	16	3	1	2
2009年2月	2	4	3	20	20	13	0	2
2009年3月	5	11	18	20	35	10	0	11

きる医療機関を増やす必要がある。福祉施設について、現行の県内障害福祉サービス事業所では、 高次脳機能障害者の特性に応じたサービスを提供してもらえるところは少なく、また、高次脳機 能障害者は対応が難しいと考えている事業所も多い。高次脳機能障害者のみを対象とする就労移 行・継続支援事業所の設置は難しいが、既存の事業所の管理者や従事者等のスタッフに対する研 修等を充実させ、高次脳機能障害に対する理解を高める中で、障害特性にあわせた支援ができる ようにする等の対応も考えられる。

2 島根県における高次脳機能障害のある人への支援

1 島根県における取組みの流れ

2001年に全国12カ所を拠点として「高次脳機能障害支援モデル事業」が開始された。島根県においては全国のモデル事業に指定されていなかったが、県の機関である身体障害者更生相談所(現「こころと体の相談センター」) 主催による高次脳機能障害の研修会が毎年1回開催されるようになり、関係者を中心として障害についての認知が少しずつ進むきっかけとなった。

その後、障害のある人が住みたい地域で安心して暮らすことができる地域づくりを目指した「しまねはつらつプラン」(2003年6月)において、高次脳機能障害のある人への対応を新たに取り組むべき課題の1つとして位置づけ、保健福祉体制の充実の必要性がうたわれた。

2 支援体制検討会

2004年に厚生労働省から「診断基準(行政的)」が提示されたのを機に、島根県においては、 2005年から2年間、高次脳機能障害支援体制検討会を設置し、具体的な支援体制に関する課題の 整理及び体制整備に関する方向性について、表7のとおり検討が行われた。

〔表 7〕 島根県における支援体制の検討

	2005年度	2006年度
支援体制検討会	県の課題整理	支援体制の検討
支援モデル事業 () は受託機関	福祉サービスモデル (出 雲サンホーム)	医療モデル (エスポアール出雲クリニック) 支援拠点モデル (松江市障害者生活支援センター)
啓発・広報事業	医療機関への研修 (診断 基準の理解)	市町村への周知(障害、施策理解)医療機関への周知 (診断基準の活用)

3 支援体制検討第 I 期: 2005年

(1) 高次脳機能障害支援体制資源調査

医療・保健・福祉機関へのアンケート調査において、島根県における64歳以下の高次脳機能障害患者の新規発生は年間339人と推計された。県民人口あたり0.07%であった。これは2001年度の大阪府調査の0.01%より高い発生率であった。

(2) 障害者デイサービスにおける高次脳機能障害者支援

出雲市においては、前年の2004年12月から、出雲サンホームにおいて、支援費サービスが受けられない高次脳機能障害者を対象とした単独のミニデイサービス事業を開始していた。さらにモデル事業として出雲市における障害者デイサービスにおいて、個々の目標に応じた認知リハビリの取組みを行った。医療機関からのリハビリテーションの流れというより、地域でサービスを受けずに生活していた高次脳機能障害のある人に対して、生活のしづらさを確認し、興味あることを通して認知機能を復活させる取組みや教育・就労・介護保険サービス機関との連携を図り、継続した支援体制を図ることができるような体制作りが行われた。

4 支援体制検討事業Ⅱ期:2006年

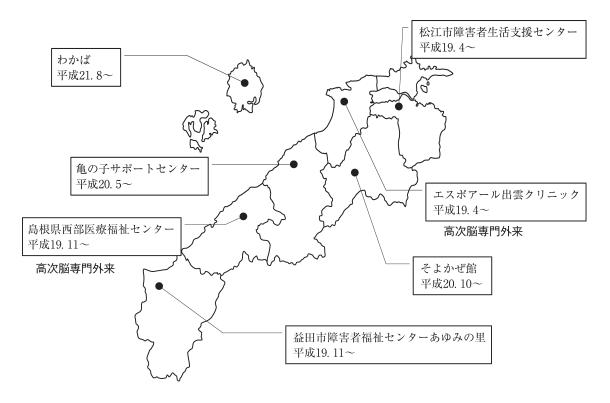
離島や中山間地を抱える県の地理的条件や障害特性を考慮し、支援拠点は生活圏に置くことや 医療から福祉までの連続したケアをめざすべき連携システムの構築を意識した支援体制の構築に ついて検討された(表 8)。生活圏を意識したモデル事業として、2 圏域において、医療モデル と支援拠点モデルを実施した。

2006年度は、相談窓口の明確化とそれを支援する体制の構築、また、身近な地域で支援できる 連携方策について、既存の社会資源の活用と開発を念頭において検討した。県のモデル事業を委 託実施する中で、実際の相談対応の中で連携が必要となる関係機関を取り込みながらネットワー

〔表8〕 支援体制の構築に向けた検討

検討課題	主な項目	今後の対応について
医療サービス	 ・原因疾患等の受傷、発症時(急性期) 及び回復期の対応 ・継続的かつタイムリーな医療の関わり ・高次脳機能障害の診断 ・障害者手帳(障害認定のための診断書)の取得 ・障害福祉サービス事業者等における対応 ・地域における対応 ・就業・就学 ・権利擁護 	 ○県及び圏域相談支援拠点を中心とした相談対応の実施 ・連携機関の発掘 ・ノウハウの蓄積 ・社会資源の活用、開発 ○既存資源(医療、福祉)の連携方策に関する課題の抽出と対応策の検討(例) ・医学的リハビリ終了後における福祉サービス事業所での対応 ・自宅以外の活動場所の確保
支援体制の整備	・高次脳機能障害者支援普及事業の活用・支援拠点機関と相談支援コーディネーター	
当事者、家族への支援	・家族支援・地域住民の理解と支援の促 進	○脳外傷友の会らぶとの連携○圏域相談支援拠点を基盤に実施
人材の育成、広 報	・医療、福祉、保健等の関係者への教育 研修 (障害の理解と、支援体制や支援方策 に関する講演と事例紹介)	○啓発リーフレットの活用 ○フォーラムの実施 ○圏域単位での研修会の実施 ○県西部における研修開催

〔表 9〕 島根県における相談支援拠点設置状況



クの構築を図り、各地域における支援体制について整理を行った。

その結果、本県の高次脳機能障害支援拠点を県立心と体の相談センターに設置するとともに、 地域支援の拠点となる施設を生活圏域ごとに指定し(表 9)、圏域支援拠点事業を委託実施する という 2 層構造での支援体制の構築を目指すことなった。

5 支援普及事業「しまねモデルの展開」: 2007年~

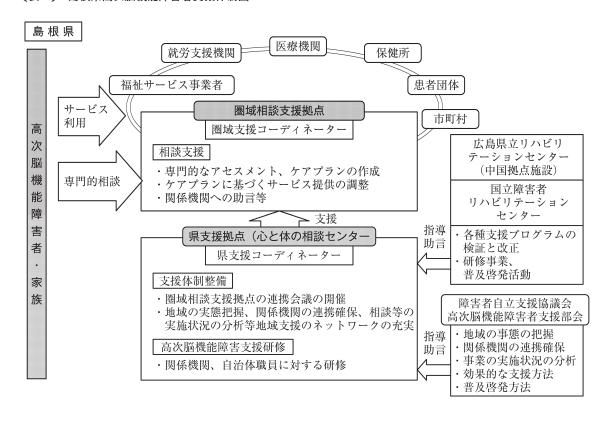
地域での個別対応と全県の支援体制の構築を図る機関を分けることで、それぞれの機能を発揮し、協働・協力体制(表10)を敷きながら地域で生活する高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの構築、高次脳機能障害に関する研修等を行い、高次脳機能障害者に対する支援体制を整備することをめざし(表11)、平成19年より支援普及事業が開始された。

島根県では、地域の特性を活かした支援を展開できるように生活圏で行うことを理想とし、県の医療福祉圏域と同じ7圏域に分け、医療から福祉までの連続した連携システムを各圏域に構築すべく支援拠点と支援コーディネーターを配置した。

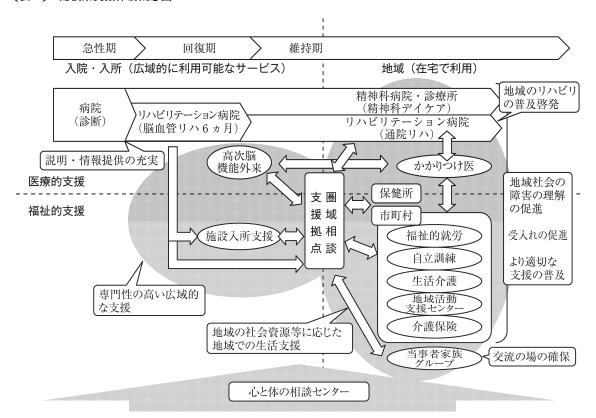
圏域の相談支援拠点は地域において身近な相談窓口であり、その地の医療や福祉資源の特性を活かしネットワーク会議(表12)を開催し、各地域において密接に連携した支援をめざした。また家族支援はもとより、さらに地域の相談担当者をサポートすることによって高次脳機能障害のある人への対応等の啓発を図っている。

そして県全体の支援を図るために、県支援拠点も1カ所設置され、専門コーディネーターが配置されている。県の支援拠点においては、①相談支援として家族会のサロン等活動支援や圏域に

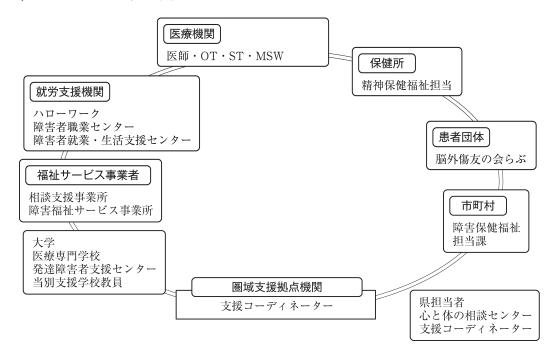
〔表10〕 島根県高次脳機能障害者支援体制図



〔表11〕 島根県支援体制概念図



〔表12〕 ネットワーク会議参加機関



おける困難ケース等の個別対応、②普及啓発として、研修会の企画・開催、障害福祉サービス事業所への指導・啓発、③圏域の支援拠点におけるネットワーク会議・ケースカンファレンスへの参加、圏域拠点への苦情対応・指導、さらに各圏域間の連携調整、④モデル事業の支援・指導等にも対応している。

地域に密着した生活圏域7圏域での活動と県全体をカバーする活動とで二重体制の支援となっており、これは「島根方式」「しまねモデル」とも呼ばれている。

6 出雲圏域の取組み

しかし、島根方式は、いまだ発展途上である。比較的連携が進んでいる出雲圏域の取組みについて述べる。

(1) 既存の地域ネットワークを基に築く高次脳機能障害支援ネットワーク

出雲圏域には、以前から保健・医療・福祉の分野に様々なネットワークが存在している。

「出雲成年後見センター」は成年後見法施行と同年から10年来の活動をしており、成年後見に 関する相談や啓発、第三者後見人候補者の推薦、市町村長申立ての支援、後見活動の支援、後見 人候補者の養成等を行っている。

また、「ふあっと」という、「出雲の精神保健福祉と精神障害者の福祉を支援する会」の活動は、精神障害があっても普通に生きていける地域づくりをめざす任意の活動団体があり、20年以上活動している。

さらに、「フーリングいずも」は、高齢者福祉系のサービス事業者を中心とした交流と学習の場であり、福祉の理念・根本を追求し、出雲の福祉のあるべき姿を語り合い、実際の現場でどのように具体的に動けるかを意見交換している。

その他、「ターミナル・難病・重度障害者いずも在宅支援ネットワーク」においては、介護支

援専門員を中心とした在宅支援従事者が「地域住民の在宅療養の受け入れへの啓発」とそれを支える「保健、医療、福祉関係者の研修やバックアップ」を2本柱とし、その中で在宅療養に必要なネットワークを構築し支援活動を行っている。

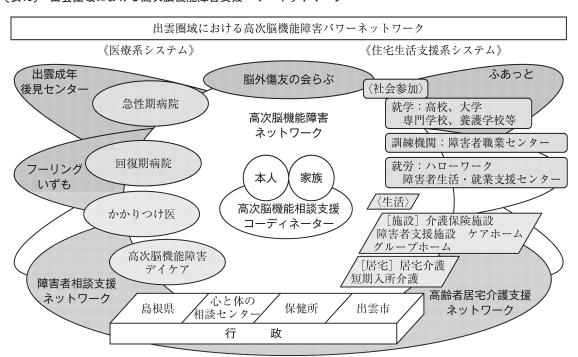
いずれのネットワークにおいても様々な機関の専門職が組織の枠を越えて協働してお互いの知識、技術、人的つながりのノウハウを他の人たちと提供し合い、研鑽し合って皆で作り上げている。それぞれが自主的参加であり、新しい情報や考え方に出会ってさらに自分自身を高めてゆく。これらネットワークの構成員は多くの場合重なり合っており、それらの力が柔軟に広がりを持って、課題や目標を共有することでしなやかな支援体制を組むことができるということはこの地域における最大の特徴である。こうした人的ネットワークに高次脳機能障害の支援も重ね合わせた形で支援体制の構築を図っている。

(2) 高次脳機能障害支援パワーネットワーク

高次脳機能障害のある方への支援のためには、医療においては、多くの診療科が連携を組む必要があり、また在宅においてもリハビリテーションから、生活支援、就学・就労支援と幅広くネットするという意味において、今までの医療や福祉のネットワークをさらに広げる必要があった。幅広い関係機関で開催する支援会議について力をつけて広がれるようにと、あえてパワーネットワーク(表13)と命名し、普及支援事業が始まる前の年から隔月開催を継続して行っている。

医療系システムとしては急性期や回復期病院、かかりつけ医、医療のデイケアが、在宅生活支援系システムとしては障害者施設、介護保険施設、学校や就労施設等がまた、行政として県や保健所、市の担当者等、官民一体となって、利用できる資源やその関わり方等について、ケース検討を通してお互いの資質向上に努めている。

医療において高次脳機能障害は救急科、脳外科、脳神経内科、リハビリテーション科、精神科



〔表13〕 出雲圏域における高次脳機能障害支援パワーネットワーク

等と多くの科が関係している。また、1年、3年、5年……と長い期間をかけてさらに福祉・教育・就労等様々な機関が関わり続けることになり、個々のライフステージに合わせて、必要な機関が支援し続けることへの意義は極めて大きい。

医療から福祉、教育、就労と各機関が自らの関わりを振り返る機会となるとともに、何よりもケースの回復・発展過程を追うことによって、関わる人自身のモチベーションに大きな意義を有しているといえる。

(3) 相談支援拠点や高次脳機能障害デイケアの関わりから考える成年後見制度の利用

高次脳機能障害のある方の特徴として、慣れた環境における生活はある程度可能であるが、何か起きた場合、その状況を的確に把握することの困難性や、その状態においてどの様なことをすれば最もよいのかという総合判断が難しい場合が多くみられる。そのような場合に一緒に情報を整理して本人なりに把握することや、どうすべきかにおいて本人にわかりやすく情報を伝え、自己決定を促す存在として家族や成年後見人が必要とされる。

慣れた環境における生活は可能であっても、その判断の幅は個々によって異なっており、身の 回りのこと一つひとつに声がけを要する等、1日中支援が必要となる場合も多い。このような場 合後見人だけでは、その人の生活を支える事は極めて難しくなるため、本人を支えるネットワー クがどう築かれていくかが大切である。

7 おわりに

出雲においては、「縁結び」という言葉が大切にされているが、人と人とのつながりを大切にする文化を育んできた。高次脳機能障害があってもその人らしく地域で生活できるように、医療・保健・福祉や行政の関係機関だけでなく、民生委員、近隣の商店、近所の住人といった一般市民のネットワークも活用される。

島根県は人口約73万弱の小規模県であり、社会資源も豊かであるとはいえない。しかし、人と 人とのつながりは密である。そうした特長を最大限に生かして、高次脳機能障害を持った人を地 域で支える支援体制をさらに充実させていきたい。

③ 高次脳機能障害のある人への支援に利用できる 社会システム──福祉サービスを中心に

1 福祉制度

(1) はじめに

外傷性脳損傷などの後遺症として記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などを伴う高次脳機能障害は、障害者自立支援法の中には記載されていない。高次脳機能障害は、障害そのものによる生活上の困難さに加え、「見えない障害」という特性があるので、高次脳機能障害者がどの制度利用の対象者となるのかということをどこでどの時期にどのように相談し認定していくのかが非常に難しいとされている。また障害が外見上わかりにくいので障害者制度の対象者となり得ない場合も多く、近年大きな課題となっている。

ここでは、高次脳機能障害に関連する制度を取り上げ、その中での高次脳機能障害者の位置づけ等を考えながら、利用できる福祉サービスについて取り上げる。

(2) 高次脳機能障害者のケアマネジメント

2001年度から2005年度までの高次脳機能障害支援モデル事業の成果として、高次脳機能障害者に対する標準的な社会復帰・生活・介護支援プログラムができた。支援センターで相談を受けた支援コーデイネーターが相談者の支援担当を決め、支援担当者が支援ニーズ調査、支援計画の策定・実施をする。支援内容については、①就労支援、②就学支援、③授産施設支援、④小規模作業所等支援、⑤就業・就学準備支援、⑥在宅支援、⑦施設生活訓練支援、⑧施設生活援助がある。

(3) 障害者基本法、障害者自立支援法

(a) 障害者基本法

「精神障害者」を障害者基本法の障害の範囲とした1993年障害者基本法改正で、「高次脳機能障害者」については「器質性精神障害者」として位置づけられるようになった。

その後、2004年の同法改正により、障害者とは、身体障害・知的障害・精神障害があるために継続的に社会生活に相当の制限を受けた者をいう、とされた(同法2条)。つまり、障害の種別を「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」の三つに分類し、その「相当の制限」についてはそれぞれの障害者福祉法等により示すこととなった。

(b) 障害者自立支援法

2006年4月1日に障害者自立支援法が施行された。この法律は、障害種別に分かれた施策を一元化し、障害者が地域で生活するための支援や就労支援を強化するため、新たなサービスを創設し、従来の在宅と施設に分かれていたサービス体系を再編したものである。あわせてサービス利用に際して、支給決定プロセスの透明化、明確化を図るために障害程度区分を導入し、また利用者負担の見直しにより、障害福祉サービスの安定的な提供を図り、障害のある人が地域で安心して暮らすことができる支援体制の確立をめざした。高次脳機能障害者は、精神保健福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)の対象となりうる。また、身体障害がある場合には身体障害者福祉法の対象ともなる。

(4) 障害手帳制度

高次脳機能障害者はその障害の受傷、発症年齢等によって対象となる福祉制度や障害者手帳の 交付が異なる。以下に障害の法的認定と障害手帳制度について記述した。この法的認定と障害者 手帳制度を理解し適切に利用することは、高次脳機能障害者が生活を継続するうえで重要になる。

(a) 身体障害者福祉法と身体障害者手帳

身体障害者福祉法でいう身体障害者とは、18歳以上で身体障害者手帳の交付を受けた者である (身体障害者手帳は、18歳以下の者にも交付される)。

身体障害者手帳は身体障害者障害程度等級表に該当する者に対して交付される。身体障害は、 肢体、聴覚または平衡機能、視覚、内部(心臓・腎臓・呼吸器・膀胱又は直腸、小腸、ヒト免疫 不全ウィルス)等に分類されている。

(b) 知的障害者福祉法と療育手帳

知的障害者福祉法には、障害の定義は示されていないが、18歳以上の知的障害者を対象にしている。「療育手帳」等の名称(都道府県によって異なる)で呼ばれている知的障害者手帳は、重

度を A と表示、その他は B と表示されている(区分の仕方も都道府県によって異なる)。

(c) 精神保健福祉法と精神障害者保健福祉手帳

精神保健福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)では、精神障害者とは、統合失調症、中毒性精神病、知的障害者、精神病質その他の精神疾患を有する者としている。1995年の法改正により、精神障害者保健福祉手帳が創設された。等級は、1級・2級・3級の3段階である。

(5) その他

(a) 児童福祉法

児童福祉法は、身体に障害のある児童、疾病により長期に療養を必要とする児童を障害児とする。児童福祉法の対象者は満18歳に達するまでとしている。

(b) 介護保険法

2000年から施行されている介護保険法は、65歳以上の第1号被保険者、または16特定疾病(脳卒中など加齢に伴う)で要介護・要支援と認定された40歳以上64歳までの第2号被保険者が対象となる。

(6) 高次脳機能障害者の制度と現状

年々障害者福祉にもスポットがあてられ、新しい取組みが各自治体で行われるようになってきた。高次脳機能障害に関しても、パンフレットの作成、講習会等も開催されている。

しかし当事者にとっては、受傷、発症年齢などによっても対象となる福祉制度が異なるため、本人にも家族にも上記制度の利用がされているかというと、適切なサービスを利用しているケースのほうが少なかった。また、高次脳機能障害が精神障害に分類されているので、利用できるサービスも精神科のデイケア等に制限される。2000年から施行されている介護保険法は、10年を経て介護サービス提供の質も量も担保されるようになった。しかし、年齢制限等の問題がある。40歳以上64歳までの第2号被保険者でも、要介護状態になった原因が加齢に伴う疾病にあり、交通事故等で要介護状態になった人たちには、この介護サービスは提供されない。つまり若い当事者が通所したり、ショートステイ等を利用することができないのである。

(7) おわりに

高次脳機能障害者は、日常生活の中で明らかに困難さがあるにもかかわらず上記のように制度的制限で必要な社会福祉サービスが利用できないケースが多い。しかしそればかりでなく、社会システムが整い利用できるシステムがあっても、本人や家族がサービスを利用しないケースもある。これはヒアリング調査の中でも多く聞かれたことだが、高次脳機能障害の理解のある施設・専門職がいないことで本人や家族側からサービス利用を拒否するという場合である。その結果として一番の居場所が、家族会等が主体となって開設している作業所等となっていた。

このような状況を1日も早く改善できるように、包括的に生活支援ができる社会システムの構築が急務となっている。そのためには高次脳機能障害者本人も家族も安心して通える施設をつくるハード面と、尊厳ある生活を実現できる知識と技術を有する高次脳機能障害を理解した専門職の育成というソフト面を車の両輪とした地域の拠点作りと、そして地域住民の意識の高まりが重要になる。

2 損害保険会社による自立支援サービスとのかかわり

(1) はじめに

「高次脳機能障害」に対し、国としての支援の取組みがなされ、従来の障害者福祉制度では対象とならない障害の一つとして捉えられ、国立障害者リハビリセンターが12の地方拠点機関とともに高次脳機能障害支援モデル事業を実施した。しかし、現在なお、外見上は障害が目立たず、周囲の理解が得にくいという状況は続いており、社会一般的には、高次脳機能障害という疾病名や当事者や家族の会に関しほとんど周知されていないと思われるが、介護保険の主治医意見書・障害者自立支援法の障害者介護給付費の意見書・損害保険会社等の被害者の後遺症名等に「高次脳機能障害」と明記されることは多くなってきている。

(2) 損害保険会社が扱っている自立支援サービス

このサービスは、A損害保険会社が「思いやり特約(自立支援サービス)」として2004年より自動車保険に自動付帯する特約として導入したものである。保険会社は、交通事故により後遺障害を有するようになった方の自立を支援するために保険金を支払うこととなるが、あわせて、受傷者の心理的な問題や経済的な問題の援助、福祉サービスなど社会資源の活用援助などについて、独立型社会福祉士が関わり、自立支援のためのサービスをコーディネートするというものである。サービスの具体的な内容は、次のとおりである。

- ① メンタルヘルス・カウンセリングご紹介、あっせん
- ② ピア・カウンセリングご紹介、あっせん
- ③ 障害年金や手当てなどの制度利用の情報提供、手続等の援助(社会保険労務士による代行 も可能)
- ④ 医療費の補助や助成についての情報提供
- ⑤ 移動やアクセスなどの情報提供
- ⑤ 訪問介護事業者・福祉用具関連事業者のご紹介、選択の仕方などの利用者支援
- ⑦ 理学療法士による住宅改修アドバイスと改修事業者のご紹介
- ⑧ 福祉車両免許取得のご相談・福祉車両販売店のご紹介
- ⑨ 各種講座 (パソコン、英会話等) 受講あっせん
- ⑩ 健康・医療・介護相談

交通事故発生時に搬送され、命が助かったことに大きく安堵している家族は医療機関から脳損傷後の後遺症についての説明を受ける。しかし、日常生活にどのような問題が生じるかについては実感が湧かず、理解が難しい状況である。急性期が過ぎ回復期になる頃、転院や退院の促しがあり、多くの当事者は現実と直面することになる。上記特約によるサービスの提供は受傷者・家族への有効な支援となっている。

また、損害保険会社が自立支援サービスという形で対応がなされている場合には、交通事故による高次脳機能障害者数を把握することは可能であり、当事者や家族との関わりのなかで実態を知り、成年後見制度の必要性についての説明をする機会を得ることができる(しかし、このような高次脳機能障害者は、社会全体で見ればほんの一部であると思われる)。

(3) 障害者自立支援法による福祉サービスとその限界

高次脳機能障害者に対する福祉的支援としては、1で述べられているとおり、器質性精神障害として障害者自立支援法による福祉サービスの対象となり、「その他の精神疾患」として精神障害者保健福祉手帳の申請が可能である。脳血管疾患(特定疾患)を原因とする40歳以上の高次脳機能障害の人は介護保険の申請ができる。そして、条件を満たしていれば、高次脳機能障害は障害年金の受給対象にもなる。

しかし、このような制度やサービスがあっても、医療機関からの説明が不足している場合が多く、当事者や家族自身が公的機関の窓口に問合せを行うがインターネットで得られる以上の情報が得られず、前に進むことができない。また、公的機関のみならず障害者施設によっても待機者が多いことと高次脳機能障害そのものを理解してもらえていない場合もある。全国にある公的機関や障害者施設が全てこういう状態であるとはいえないが、結局は家族自身が情報を得るためには、自ら行動を起こさなければならないのが現実である。退院の促しの際に、それなりの情報が得られていれば戸惑いや悩みが少なくなるのではないかと思われる。

(4) かかわる中での問題点

高次脳機能障害者の家族との話の中で得られた具体的な要望等では、①総合的な相談や社会生活支援を行う事業、②入所施設の整備、③機能訓練の充実等である。また、家族の声の中には、①脳外科の医師は福祉を知らない、② MSW も情報が少ない、③医者や相談員に紹介された施設等で待機者が多かったり条件に合わない場合の次の施策が得られない等であった。保険会社に対しては、高次脳機能障害診断基準の項目に一部は該当するが全体的にみた場合は該当しないと言われ、保険会社の求める該当するための症状とは何かというと、家族が認めたくない重症な状態なものであったという感想もあった。

高次脳機能障害者には多様な症状があり明確なモデルケースはない。それは同時に家族・親子・夫婦であっても受け方・考え方にも違いがある。また、事故後の当事者を取り巻く環境や本人の状況の変化によっても抱える問題や求める福祉サービスの内容は異なってくる。

事故から何年か経た後に新たに発生してくる困難な問題に対応してくれる場所を求めている受傷者は多い。都道府県の障害者自立支援法に基づく地域生活支援事業に関し、専門機関や関係従事者は相談窓口としての役割を果たせずにいる場面が多いのではと感じる。例えば、入所先で問題行動を起こすたびに家族が呼び出され、そのことが、退所の原因となったらどうしようという不安感を常に抱かせることになったり、別のケースでは、家族が回復への期待をもって音楽療法をやらせたいと入所先に伝えると施設内で行うことは無理なので外出という形で自宅で行うように言われたりといった場合等、対応する側の支援体制や方法に配慮が必要ではないだろうか。

(第4章 薄井哲子、遠藤慶子、酒井範子、櫻井美智代、新藤優子)