

高次脳機能障害とその支援 ～支援拠点機関の紹介～ 2025

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
患者支援・医療連携室 伊藤 望



今日のお話

- 歴史編 ～高次脳機能障害とは
- 秋田県の取り組み編 ～高次脳機能障害相談・支援センターとは
- より良くなるための第一歩編 ～現状と課題



今日の目標

秋田県の今後の高次脳機能障害の支援について
新たな「気づき」と「繋がる力」がうまれること



高次脳機能障害 歴史編



高次脳機能障害支援普及事業の背景

けがや病気により脳に損傷を受けた方で、**一見平常に戻ったように見えても**、退院後に家族や友人から「単なる怠け者になってしまった」とか「人が変わってしまった」と気付かれる方がいます。

そのような方は、身体の障害がないか軽いにもかかわらず、**社会生活や日常生活の場に戻って初めて事態が深刻であることに気付き**、きちんと診察を受けたら**その原因が高次脳機能障害**にあったということが常です。ここに高次脳機能障害をもつ人たちが抱える問題が凝縮されています。



そもそも『高次脳機能』とは？



そもそも『高次脳機能』とは？

生存するために必要な
指令を出す機能

呼吸をする
寝る
食べる 等

動物全般に共通する機能

見る
聞く
知覚する
動く 等

思い出す
考える
伝える 等

人間で特に発達している機能

高次脳機能障害とは？



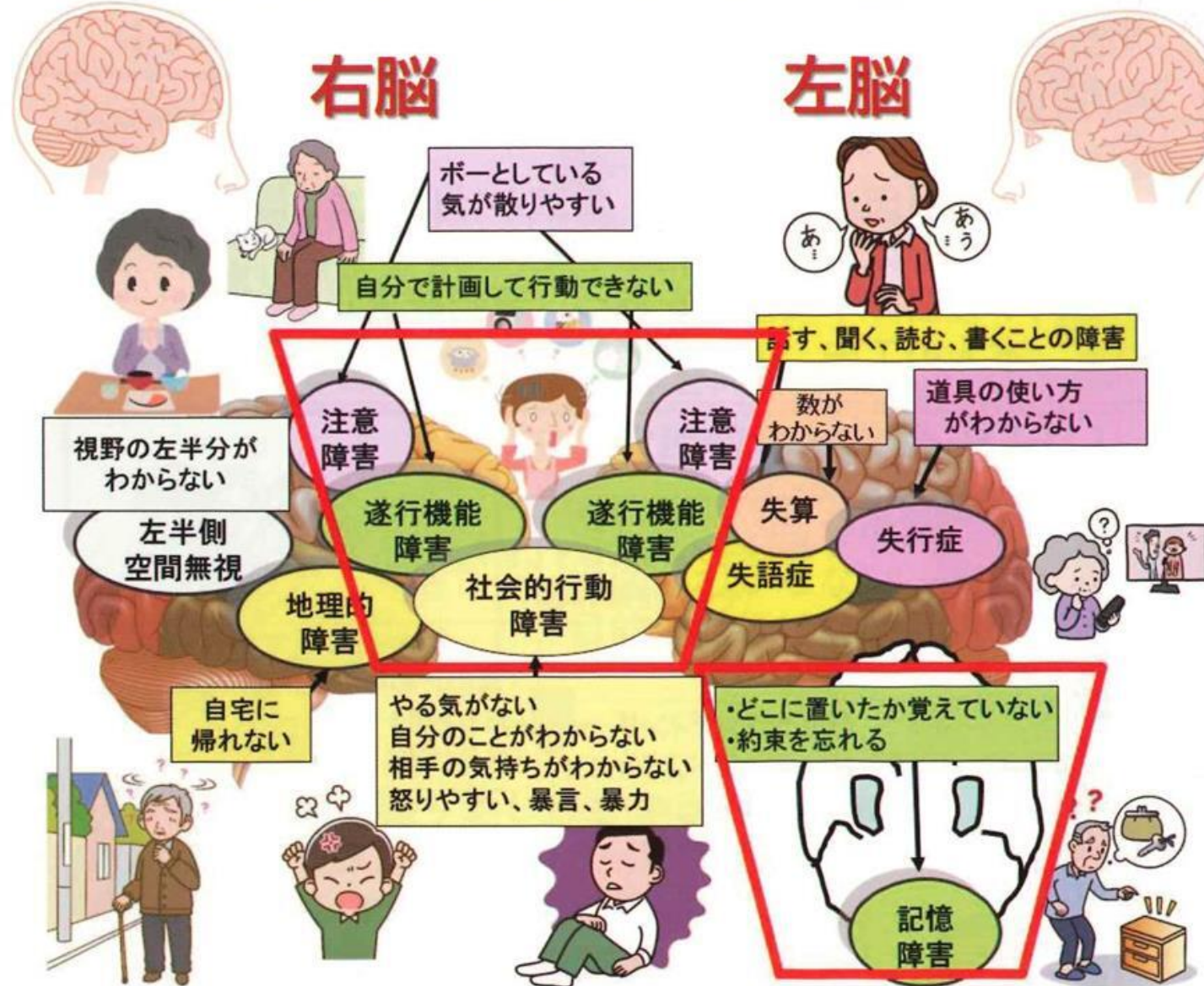
思い出す
考える
伝える 等

人間で特に発達している機能

生死に直接関わらなくてもひととして社会で生きていくために重要なはたらきで、**高次脳機能**と呼ばれています。

高次脳機能に関わる部分が、
頭のケガや脳の病気によって、傷ついたとき、
記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの症状が表れ、
これらの症状により、「日常生活または社会生活に制約がある状態」
それが**高次脳機能障害**である。

主な高次脳機能障害と関連する脳損傷部位



主な原因は、脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)、脳外傷、脳炎

脳卒中や事故後こんな症状はありませんか？

遂行機能障害

- 自分で計画を立ててものごとを実行することができない。
- 人に指示してもらわないと何もできない。
- 約束の時間に間に合わない。

社会的行動障害

- 興奮する、暴力を振るう。
- 思い通りにならないと、
大声を出す。
- 自己中心的になる。
これらの症状により、
日常生活または社会生活に
制約がある状態。

注意障害

- ぼんやりしていて、ミスが多い。
- ふたつのことを同時に行うと混乱する。
- 作業を長く続けられない。

記憶障害

- 物の置き場所を忘れる。
- 新しいできごとを覚えられない。
- 同じことを繰り返し質問する。



ミスが多い...

怒りっぽい...

やる気がない...

理解できない...

性格が変わった？



脳卒中や事故後こんな症状はありませんか？

遂行機能障害

自分で計画を立てても
実行することが

失語症？

聴く
話す
読む
書くことが難しい。

注意障害

地誌的障害？

よくわかっている場
所なはずなのに迷っ
てしまう。

社会的行動障害

失認症？

見えてるけど、
目の前にあるものが
なんだかわからない。生活に

失行症？

手は動くのに、
使い慣れた道具が
うまく使えない。

記憶障害

易疲労？

疲れやすく、集中力や
注意力低下、あくび、の返し
眠気などで作業ミスをし
てしまう。

半側空間無視？ 半側身体失認？

片側だけ気づかない
でみおとしてしまっ
たり、片側の手足だ
け使わない。

一生懸命やってる
のに...わかっても
もらえない...

もう元
に戻ったのに

ミスが多い...

怒りっぽい...

やる気がない...

理解できない...

性格が変わった？



高次脳機能障害者支援の歴史的な流れ

～H12年度

身体障害者手帳

視覚障害
聴覚・言語障害
肢体不自由
内部障害

精神保健福祉手帳

統合失調症
中毒／依存症
知的障害
精神障害
その他の精神疾患

介護保険制度

原則65歳以上

若年の脳損傷や脳血管
障害後遺症はどの制度の
対象にも該当しない!!

参議院での議論を経て
厚生労働大臣が
モデル事業の予算要求

H13～17年度

高次脳機能障害 支援モデル事業

実態調査：

- ・原因
- ・症状
- ・訓練
- ・生活支援等の状況調査

支援の枠組作り：

- ◆診断基準作成
H16年度(2004)
診断書により
福祉サービス利用可能
- ◆標準的リハプログラム
作成(医療・福祉)

試行的実践：

- ・事例収集
- ・分析
- ・評価

H18年から24年度
障害者自立支援法

高次脳機能障害支援 普及事業

一般事業化と普及啓発：

- ◆障害者自立支援法(現：障害者総合支援法)78条
都道府県の地域生活支援事業
「特に専門性の高い相談支援に関わる事業」として
高次脳機能障害支援普及事業が明記
- ◆内閣府 障害者施策推進本部
重点施策実施5か年計画(H20～H24年度)
高次脳機能障害支援拠点機関の設置、
地域支援ネットワーク構築および
支援技術の確立と普及が明記
- ◆精神障害者保健福祉手帳 障害等級判定基準
H23年度 高次脳機能障害が明記
- ◆国民年金・厚生年金保険障害認定基準
H25年度 高次脳機能障害が明記

H25年度～
障害者総合支援法

高次脳機能障害及び その関連障害に対す る支援普及事業

H22年度
全都道府県設置
目標達成!



今回の見直しの基本的な考え方

* 概要資料より一部抜粋

1. 障害者が希望する地域生活を実現する地域づくり

障害者が希望する地域生活を実現・継続するための支援の充実／地域共生社会の実現／医療と福祉の連携の推進／精神障害者の地域生活に向けた包括的な支援

2. 社会の変化等に伴う障害児・障害者のニーズへのきめ細かな対応

障害児に対する専門的で質の高い支援体制の構築(※児童福祉法改正法等で対応)／障害者の多様なニーズに応じた就労の促進

3. 持続可能で質の高い障害福祉サービス等の実現

各論点について

1. 障害者の居住支援について

- ・ 医療的ケア、強度行動障害、高次脳機能障害等に対応できる専門人材の配置の推進方策を検討する必要がある。また、在宅等で状態が悪化した強度行動障害を有する者に集中的支援をグループホーム・障害者支援施設等で行うための具体的方策を検討すべきである。
- ・ 自立生活援助において、対象者の状況に応じた適切な支援ができるよう、ICTの活用による効果的な支援や継続的な支援が必要な者の標準利用期間及び更新の在り方について検討すべきである。
- ・ 障害者総合支援法におけるグループホームの支援内容として、一人暮らし等を希望する利用者に対する一人暮らし等に向けた支援や退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援が含まれる点について明確化すべきである。さらに、現行のグループホームの支援の充実について検討しつつ、障害者が希望する地域生活の実現に向けた多様な選択肢を設ける観点から、指定基準(省令)において、本人が希望する一人暮らし等に向けた支援を目的とする新たなグループホームのサービス類型を検討すべきである。
- ・ 地域生活支援拠点等の整備を推進するため、市町村の整備の努力義務化なども含め、必要な措置を講ずるべきである。
- ・ 障害者支援施設における重度障害者の支援体制の充実に向けて、障害者支援施設が果たしている専門的な支援等における役割を踏まえ、人員配置や支援内容に対する報酬上の評価等を検討するとともに、利用者の地域移行により一層取り組むこと等について検討する必要がある。

2. 障害者の相談支援等について

- ・ 地域の相談支援体制全体の中で各主体が果たす役割・機能を整理し、地域の相談支援体制構築の手引きを作成する等により普及すべきである。
- ・ 相談支援事業の中立・公正性を確保するため、サービス提供事業者からの独立性・客観性を確保する方策について検討すべきである。
- ・ 地域の相談支援の中核である基幹相談支援センターについて、市町村の設置の努力義務化なども含め、必要な措置を講ずるべきである。
- ・ 地域住民の多様な支援ニーズに対応するため、他法他施策による相談支援等との連携強化を図る場合の窓口について基幹相談支援センターが担うことを基本とすることを明確化して周知する必要がある。
- ・ 協議会の機能強化と活性化に向けて、個別の課題から地域の課題を抽出し、解決を図る機能を促進するため、守秘義務規定を設けるべきである。

相談支援の質の向上や提供体制を整備するための方策

①基本報酬等の充実（算定要件の見直しと単位数の引き上げ）

- 支援の質の高い相談支援事業所の整備を推進するため、算定要件を追加(※)した上で、**基本報酬を引き上げ**

※「協議会への定期的な参画」及び「基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組への参画」を要件に追加

報酬区分	常勤専従の 相談支援専門員数	サービス利用支援費 ※	
		現行	報酬引き上げ
機能強化（Ⅰ）	4名以上	1,864単位	2,014単位
機能強化（Ⅱ）	3名以上	1,764単位	1,914単位
機能強化（Ⅲ）	2名以上	1,672単位	1,822単位
機能強化（Ⅳ）	1名以上	1,622単位	1,672単位
機能強化なし		1,522単位	1,572単位

※1 継続サービス利用支援費、(継続)障害児支援利用援助費も同様に引き上げ

※2 複数事業所の協働による機能強化型報酬の対象事業所の追加

「地域生活支援拠点等を構成する事業所」に加えて、「地域生活支援拠点等に係る関係機関との連携体制を確保し、協議会に定期的に参画する事業所」を追加

- 主任相談支援専門員加算

地域の相談支援の中核的な役割を担う相談支援事業所であって、地域の相談支援事業所に助言指導を行う場合に更に評価。

現行	改正後
100単位	(新) 300単位（中核的な役割を担う相談支援事業所の場合） 100単位（上記以外）

- 地域体制強化共同支援加算（支援困難事例等の課題の協議会への報告）
算定対象事業所を追加(※2と同じ)

③相談支援人材の確保及びICTの活用について

- 市町村毎のセルフプラン率等について国が公表し見える化した上で、今後、自治体の障害福祉計画に基づく相談支援専門員の計画的な養成等を促す方策を講じる。
- 機能強化型事業所で主任相談支援専門員の指導助言を受ける体制が確保されている場合、常勤専従の社会福祉士・精神保健福祉士を「相談支援員」として配置可。
- 居宅訪問が要件の加算について、一部オンラインでの面接を可能とする。
- 離島等の地域において(継続)サービス利用支援の一部オンラインでの面接を可能とするとともに、居宅や事業所等の訪問を要件とする加算を上乗せ等を認める。

②医療等の多機関連携のための加算の拡充等

- 医療等の多機関連携のための各種加算について、加算の対象となる場面や業務、連携対象の追加(訪問看護事業所)、算定回数などの評価の見直しを行う。



加算名	算定場面	現行	改正後
医療・保育・教育機関等連携加算	面談・会議	100単位	計画作成月：200単位 モニタリング月：300単位
	(新) 通院同行	—	300単位
	(新) 情報提供	—	150単位
集中支援加算	訪問、会議開催、参加	各300単位	同左
	(新) 通院同行	—	300単位
	(新) 情報提供	—	150単位
その他加算	訪問	200・300単位	300単位
	情報提供	100単位	150単位

※通院同行は各病院1回最大3回、情報提供は病院・それ以外で各1回算定可

- 要医療児者支援体制加算等

医療的ケアを必要とする障害児等を支援する事業所を更に評価。

加算名	現行	改正後
要医療児者支援体制加算	35単位	対象者あり：60単位 対象者なし：30単位
行動障害支援体制加算		
精神障害者支援体制加算		
(新) 高次脳機能障害者支援体制加算	—	

- 支給決定に際して市町村に提出された意思意見書について、本人の同意を得た上で、相談支援事業所がサービス等利用計画案の作成に活用できる旨周知。

障害福祉サービスにおける高次脳機能障害を有する者への支援の充実

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、高次脳機能障害を有する者への支援については、次の項目を新たに評価。

① 相談支援事業所

高次脳機能障害の支援者養成に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を配置している旨を公表している場合を評価。

【新設】

- 現に、高次脳機能障害を有する利用者に対して指定計画相談支援を行っている場合

高次脳機能障害支援体制加算（Ⅰ） **60単位**

- 該当する利用者がいない場合

高次脳機能障害支援体制加算（Ⅱ） **30単位**

② 通所サービス（自立訓練（機能訓練）等）及びグループホーム

高次脳機能障害を有する利用者が一定数以上であって、専門性を有する職員が配置されている場合を評価。

【新設】

高次脳機能障害者支援体制加算 **41単位／日**

高次脳機能障害を有する利用者が全利用者の100分の30以上であって、高次脳機能障害の支援者養成に関する研修を修了した従業員を事業所に50：1以上配置している場合

高次脳機能障害支援養成研修の実施について
(令和6年2月19日 各都道府県 障害保健福祉主管部(局)長 課長通知)

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課長
精神・障害保健課長

高次脳機能障害を有する者が暮らしやすい社会を実現するため、障害福祉サービス等の利用を希望する者に対して、同障害の特性に応じた支援を実施できる支援者の養成が求められている。

このため、高次脳機能障害の特性に対応できる、専門性を持つ人材を確保する観点から、新たに別添のとおり、「高次脳機能障害支援養成研修実施要綱」を定めたので、本事業の円滑な実施について特段の配慮をお願いする

(別添) 高次脳機能障害支援養成研修実施要綱

1 目的

高次脳機能障害についての知識を得ることやその障害特性を理解することで、高次脳機能障害の障害特性に応じた支援を実施できる、障害福祉サービス事業所等に従事する支援者を養成することを目的とする。

2 実施主体

実施主体は、都道府県とする。なお、指定都市又は中核市（特別区を含む）で適切に実施できる場合には、事業の全部又は一部を委託することができる。

また、事業の全部又は一部を適切に実施することができると認められる団体等に委託することができる。

4 研修内容

標準的なカリキュラムは、別紙のとおりであり、この内容以上のものとする。

なお、必要に応じて時間数を延長することや必要な科目を追加しても差し支えないものとする。

5 研修テキスト

本研修テキストについては、標準的なカリキュラムに沿った内容のテキストとする。

なお、令和2年度から4年度まで実施した厚生労働科学研究「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」において、基礎研修及び実践研修のテキスト等の研修パッケージを作成しており、研修パッケージの貸出方法について、高次脳機能障害情報・支援センター（国立障害者リハビリテーションセンター）のホームページで公開されているので参照いただきたい。

6 修了証書の交付等

実施主体の長は、研修修了者に対して氏名、生年月日、修了した研修の課程、修了年月日を記載した修了証書を交付するとともに、研修修了者の名簿を作成し管理すること。

7 事業実施上の留意点

- 実践研修の受講者は、基礎研修の修了者とする。
- 国は、本研修の実施に要する経費について、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業の実施について」（平成19年5月25日障発0525001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業実施要綱」第3の3に規定する研修事業として、別に定める交付要綱に基づき、予算の範囲内で補助するものとする。

～秋田県高次脳機能障害相談・支援センターとは～
秋田県の取り組み編



秋田県における高次脳機能障害支援普及事業

H21年4月1日より事業がスタート

秋田県立リハビリテーション・精神医療センターが拠点病院となり、
高次脳機能障害支援コーディネーターが配置

【目的】

高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行う。

高次脳機能障害の正しい理解を促進するための普及・啓発活動を行う。

高次脳機能障害の支援手法等に関する研修等を行い、高次脳機能障害に対する支援体制の確立・整備に取り組む。





秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

平成9年4月1日 秋田県としては3つ目の県立病院として開設
平成21年4月から地方独立行政法人秋田県立病院機構として県から移管
同年、秋田県の高次脳機能障害支援拠点機関
平成25年10月1日より、秋田県認知症疾患医療センター開設

診療科：リハビリテーション科と精神科

ベッド数：合計 300 床

■リハビリテーション科 100床
(回復期リハ病棟・療養病棟 各50床)

■精神科 200床
(内100床は認知症病棟)
精神科救急病棟
医療観察法に基づく指定通院・鑑定入院医療機関



高次脳機能障害の相談窓口



秋田県高次脳機能障害相談・支援センター

(秋田県立リハビリテーション・精神医療センター患者支援・医療連携室内)

<時間> 9:00~16:00 (平日)

<TEL> 018-892-3751(代)

<FAX> 018-892-3816(直)

担当：佐藤・伊藤



相談・支援センターについて

患者の皆様へ

高次脳機能障害とは

高次脳機能障害Q&A

相談・支援センターについて

秋田県高次脳機能障害相談・支援センターとは

連絡先・受付時間

高次脳機能障害
パンフレット



PDFファイル
ダウンロード



高次脳機能障害
ポスター



PDFファイル
ダウンロード



高次脳機能障害
リーフレット



PDFファイル
ダウンロード



国立障害者リハビリテーションセンター

高次脳機能障害
情報・支援センター



[ホーム](#) > 相談・支援センターについて

相談・支援センターについて

about



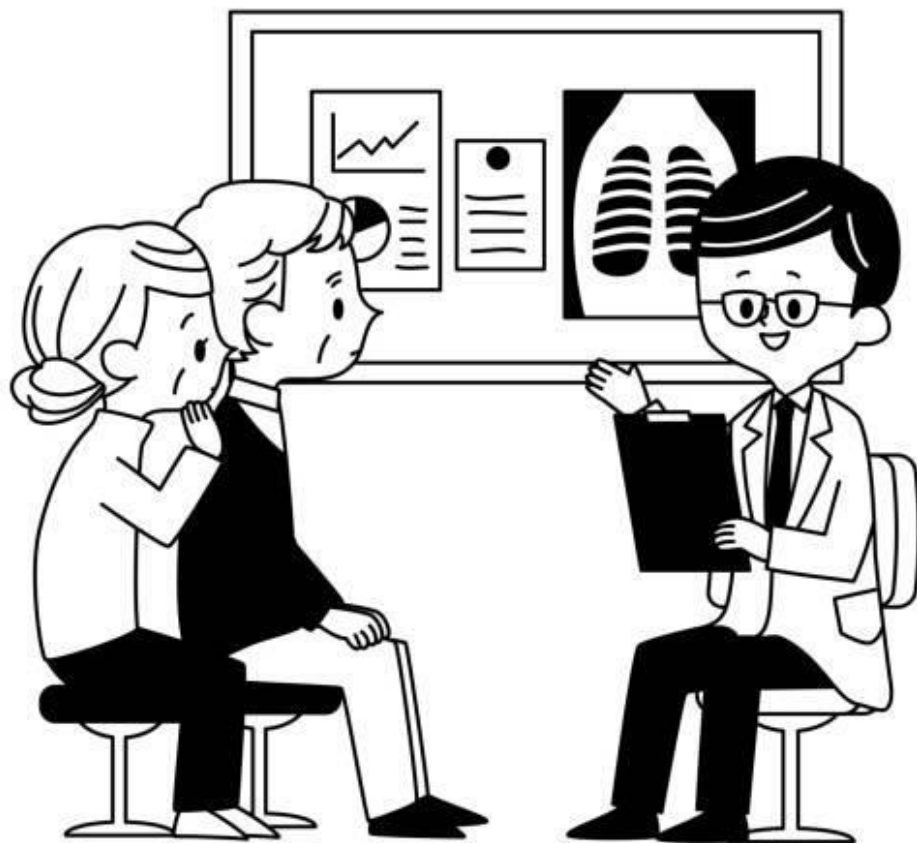
> [秋田県高次脳機能障害相談・支援センターとは](#)

> [連絡先・受付時間](#)



リハセンの高次脳機能障害外来

担当医：下村 辰雄 医師



毎週**金**曜日（予約制）

①9：00

②10：00

③11：00

1人1時間、1日3名まで

※**予約制**のため受診の際は
事前にお電話にてご相談下さい。

※**かかりつけ医**がある時は
基本的に紹介状が必要です。



相談から受診、入院、退院の流れ

電話、来所、FAXによる相談



受 診



診断・治療
リハビリテーション
行動観察
社会資源の提供

主に入院治療

評価のみの場合
1～2週間程度



関係機関への情報提供

在宅・復学・復職・施設・転院



何度も言いますが…

高次脳機能障害の特徴

- ①外見上は障害が目立たない
- ②本人自身も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、特に社会活動場面（職場、学校、買い物、市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。



困ったときは勇気をだして相談してみましよう



🔍 相談窓口

- お住まいの市町村担当課（高齢者・障害福祉）
- 地域包括支援センター
- 障害者基幹相談支援センター
- 当事者会・家族会
- 権利擁護センター
- 公共職業安定所（ハローワーク）
- 障害者就業・生活支援センター
- 障害者職業センター



入院していた病院や拠点センターである私たちでもOK！
高次脳機能障害情報・支援センターにも情報はたくさんあります！

相談場面で配慮すること

3選!!



その①

本人・家族がおかれている状況を理解しましょう

- 戸惑いや混乱、不安の中にいることを理解し話をしっかりと聞きましょう。
- 相談は継続的にかかわっていく必要があることを忘れないようにしましょう。
- 本人の表現をサポートすることを心がけましょう。
- 本人の体調や疲労に配慮しましょう。



相談場面で配慮すること

3選!!



その② 相談の内容を整理する

- 本人の生活状況を具体的に把握しましょう。
- 発症・受傷後の経過や障害に対する受け止め方や考え方を把握しましょう。
- 家族や周囲の人で本人のことをよく知る人の話も参考にしましょう。



相談場面で配慮すること

3選!!



その③ 情報提供の仕方に配慮しましょう

- 内容を整理して伝えましょう。
- 後から確認できるようにメモや資料を渡しましょう。身近なものを活用することもあります！

『相談してよかったあ』の
成功体験 を！！



相談場面でどんなことを情報収集すればいい？

- ①原因疾患を確認しましょう。
- ②発症・受傷からの期間を確認しましょう。
- ③障害および日常生活の状況を確認しましょう。
- ④本人・家族のニーズを確認・明確にしましょう。
- ⑤障害に対する認識について確認しましょう。（受容の程度）
- ⑥発症・受傷前の生活状況について確認しましょう。
- ⑦現在の環境について確認しましょう。



現状と課題
～より良くなるための第一歩～編



高次脳機能障害支援の現状と課題



～より良くなるための第一歩～

高次脳機能障害の支援体制については支援普及事業開始から10年以上経過し、全都道府県に支援拠点機関が設置され、制度上の整備は確実に進んできてはいる。

けれども...



全国的に高次脳機能障害の認知度が高いとは言えず、拠点機関についてもまだまだ認知度は低い。



拠点機関としてできる支援が全国的にも足並みがそろっているとは言えず、各県でバラバラである。



拠点機関の専門性によって提供できる支援体制や役割が異なる。



高次脳機能障害支援の現状と課題

～より良くなるための第一歩～

障害福祉サービス等の運用面においては、
高次脳機能障害の障害特性に十分対応しているとは言えない状況



これは地域が悪いのではなくシステムの問題



➡ 2024年度から地域支援事業所に高次脳機能障害支援職員配置に関する加算が実現！
加算を満たすためには厚労省から指定された研修受講が必須。
専門性の高い人材の育成。秋田県は研修開催について今年度は見送り。

☑ 次年度以降の動きを要チェック！！

➡ 障害者ピアサポート研修の開催予定にあわせた連携
高次脳機能障害の当事者や家族が講師を務めることも想定されている。
支援者のつながりだけでなく、当事者の社会参加が推進される見込み。

➡ 研修パッケージ化！『高次脳機能障害支援・情報センター』をチェック！



支援コーディネーターとして感じていること（秋田の課題）



医療だけで支えることは困難。

社会行動障害に対して一定程度の医療的介入は必要だが、「生活のしづらさ(生活課題)」が医療場面で出現することは少なく、推測しかできない。



当事者の社会参加を促進したうえで生じる生活のしづらさ（生活課題）への対応。

医療・保健・福祉等の分野が一方通行ではなく、双方向のコミュニケーションを行い、オーダーメイドで支援体制を構築、サービス調整を図る必要がある。



年齢・病態の特性から（介護保険・障害福祉）サービスにつながらないケースが多数。

制度の谷間に落ちやすい人たちが多いことを理解してほしい。

困っていても支える仕組みがないといっても過言ではない...そんな現状を打開するために、我が県の支援ネットワークの在り方を改めて考えなければならない。



現状の枠組みで支えることは困難で、各制度の特徴やサービスの限界を共有しながら、チャレンジ精神をもってサービス提供を行う必要がある。

当事者と“ともに”試行錯誤してほしい。試行錯誤の結果の“つまづき”は大切。
それは支援の失敗ではなく、今後出会う当事者を支えるための課題発見につながる。



秋田県には拠点機関が1カ所しかなく、支援が行き届かない方がいるのではないかと。

2024年度の改正に伴い、今後さらに表面化する恐れがある。地域格差が生じる。



高次脳機能障害支援体制加算及び高次脳機能障害者支援体制加算の算定について (高次脳機能障害者に該当するか確認する方法について)

対象者（報酬告示）

- 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、かつ、日常生活又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、社会的行動障害等の認知障害である障害者等（以下「高次脳機能障害者」という。）

具体的な確認方法（＊留意事項通知より引用）

（一）算定に当たっての留意事項

イ 高次脳機能障害者の確認方法について

加算の算定対象となる高次脳機能障害者については、以下のいずれかの書類において高次脳機能障害の診断の記載があることを確認する方法によること。

- （ア） 障害福祉サービス等の支給決定における医師の意見書
- （イ） 精神障害者保健福祉手帳の申請における医師の診断書
- （ウ） その他医師の診断書等（原則として主治医が記載したものであること。）

支援コーディネーターとして伝えたいこと！！

🔑 支援キーワード ♂

- 諦めないこと
- 理解すること
- 伝えること
- 繋がること
- 途切れず繋がり続けること
- 繋がった支援の輪を支えること

地域支援者の皆様と一緒に支援の輪を広げていきたい！
私たちも頑張ります！力を貸してください！



支援コーディネーターとして伝えたいこと！その2！！

高次脳機能障害の特徴を知るために、検査や評価は大事！

だ・け・ど、これだけは忘れないで！！

 高次脳機能障害の症状はひとりひとり異なる！
どんな機能障害や障害特性があるのか！？どんな困り感があるのか！？

 人物像を捉えるために病前の状態把握・本人のアセスメントは大変重要！
病前と比べて明らかにすることが大切なんです！
その人を知ろう！想像力が大事！

 評価とは、検査して点数をつけて優劣をつけたり、
できないことを見つけることではありません！

どんな特性があるかを診断・評価し、
最適な対応法を考えるために必要なんです！



番外編

ライフステージから見た高次脳機能障害
～本人と家族編～



ライフサイクルと高次脳機能障害

乳児・幼児期
0～3歳

児童期
4～5歳

学童期・青年期
6～13歳・13～22歳

成年期
22～40歳

壮年期
40～65歳

老年期
65歳～

幼児期・児童期・学童期

成長・発達の間であるものの集団（園生活、学校生活）を支えること

青年期

思春期の課題へ対応しながら、就労に向けた準備を行うこと

成年期

就労を目標とすること。生涯働き続けることができる環境整備

壮年期・老年期

機能低下を早期に発見し、支援体制を強化すること



ライフサイクルと高次脳機能障害

乳児・幼児期
0～3歳

児童期
4～5歳

学童期・青年期
6～13歳・13～22歳

成年期
22～40歳

壮年期
40～65歳

老年期
65歳～



高次脳機能障害はいつでも誰でもなる可能性がある！
ライフサイクルや年齢に関係なく**介入すべき共通点**

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

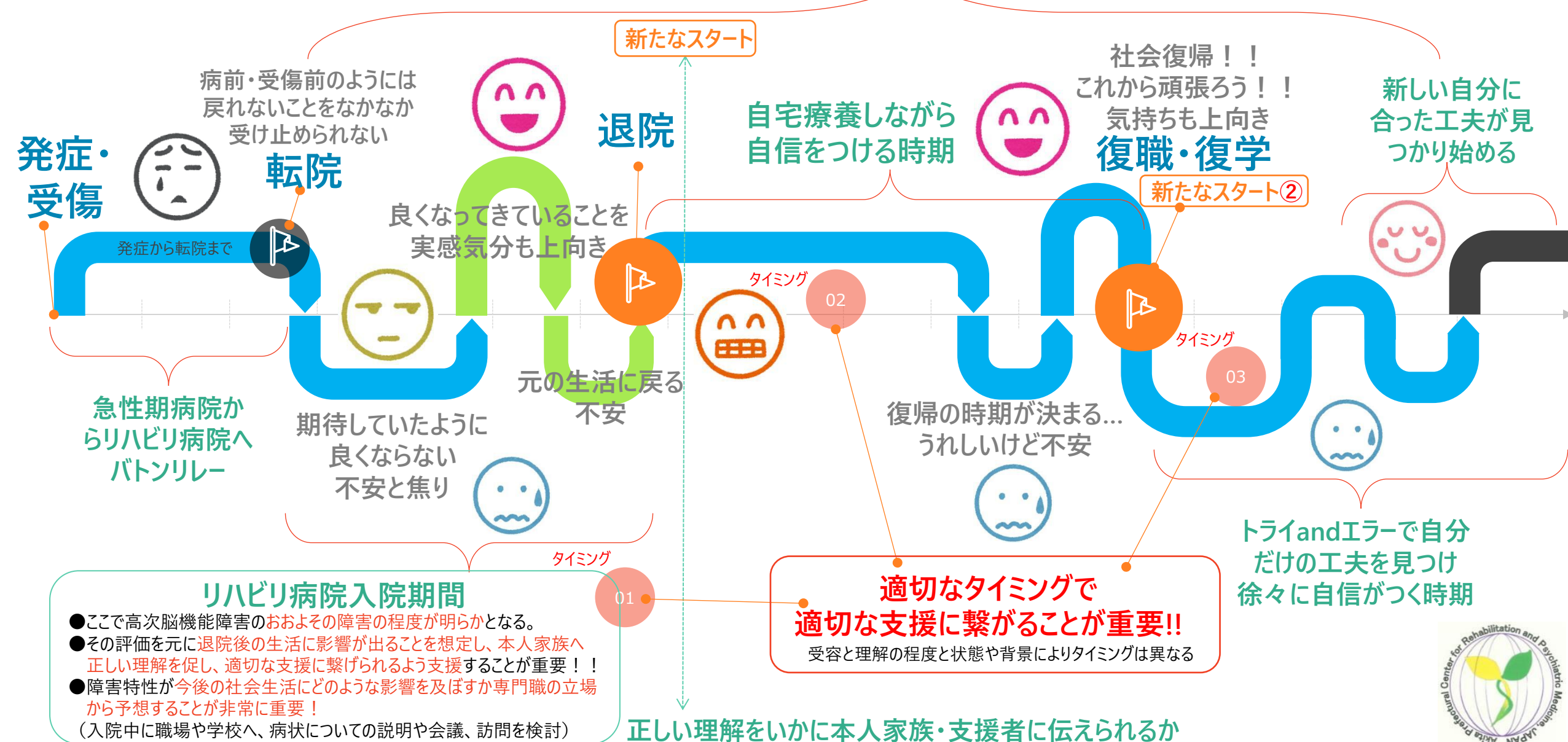
③社会的行動障害に対する介入

④環境（学校・職場・家族）に対する介入



高次脳機能障害と生きる人のロードマップ

新しい自分と向き合う大切な時間



高次脳機能障害と生活リハビリロードマップ

家族の気持ち編

ショック

戸惑い・混乱
不安・なんとか命だけは...
命が救われて安堵

回復への期待

前と違う感じがする...大丈夫？
何かおかしいんだけど...
高次脳機能障害って何？
予後、見通しがわからない

新しい自分と向き合う大切な時間

地域生活の再開...喜んだのは束の間... なんか変...

社会生活に思ったように戻れない...
この先どうしたらいいの？
諦められない。きっと良くなる。
仕事に戻れる？
これから生活どうしよう...家のローン
運転できるの？

新しい自分に
あった工夫が見
つかり始める

発症・
受傷

転院

退院

良くなってきていることを
実感気分も上向き

タイミング

02

医学リハ

入院中：医療・リハビリ
身辺自立
身の回りの自立

社会リハ

退院後：自分での生活の安定
日中活動確保
生活リズム・
外に出る・
家族以外の人と話す

職業リハ

復職（復学）・新規就労支援・就労継続支援

働くため・学ぶための準備：
医学的安定・生活リズム・通勤・体力・意欲
・自己理解・対人関係・周囲の理解

社会参加

正しい理解をいかに本人家族・支援者に伝えられるか

番外編

高次脳機能障害 制度活用編



医学リハ

入院中：医療・リハビリ
身辺自立
身の回りの自立

社会リハ

退院後：自分での生活の安定
日中活動確保
生活リズム・
外に出る・
家族以外の人と話す

職業リハ

復職（復学）・新規就労支援・就労継続支援

働くため・学ぶための準備：
医学的安定・生活リズム・通勤・体力・意欲
・自己理解・対人関係・周囲の理解

社会参加

介護保険：デイケア・デイサービス・訪問看護等／医療保険：通院リハ・訪問リハ・精神科デイ等

障害福祉サービス：生活介護・地域活動支援センター・就労継続支援B型・就労移行支援等

就労支援機関：地域障害者職業センター 就業・生活支援センター ハローワーク等

一般雇用
障害者雇用
特例子会社
就労継続支援A型
等

在職中：休職期間の確認

退職後：働けない場合→傷病手当金受給（最長1年6ヶ月）
働ける場合→求職登録→雇用保険基本手当（失業手当）

交通事故

所得：休業補償
医療：治療費

労災

所得：休業（補償）給付
医療：療養（補償）給付

病気

所得：傷病手当金（健保のみ、国保無し）1年6ヶ月
医療：健康保険（療養給付）

症状固定

自賠責保険後遺障害等級決定
任意保険金額決定

労災保険後遺障害等級決定：
労災年金 または 労災一時金
医療費：アフターケア医療

＜共通制度＞身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳
通院医療費：自立支援医療
初診から1年6ヶ月：障害年金申請

高次脳機能障害の手帳

【精神障害者保健福祉手帳】

◆交付対象者

高次脳機能障害
発達障害

◆障害等級

- 1級：精神障害があつて、日常生活を送ることが困難
- 2級：精神障害があつて、日常生活に著しい制限を受ける
- 3級：精神障害があつて、日常生活に制限を受ける

（発症から6ヶ月以上経過時の状態で該当する場合に申請が可能となります。）



高次脳機能障害の手帳②

【身体障害者手帳（音声・言語機能又はそしゃく機能の障害）】

◆交付対象者

高次脳機能障害（失語症）

◆障害等級

3級：音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失

4級：音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害

（発症から6ヶ月以上経過時の状態で該当する場合に申請が可能となります。）



小児の高次脳機能障害の手帳

小児の高次脳機能障害は発達障害者支援法に基づき療育手帳の対象となります。

【療育手帳】

◆交付対象者

児童相談所または知的障がい者更生相談所において
知的障害であると判定された者

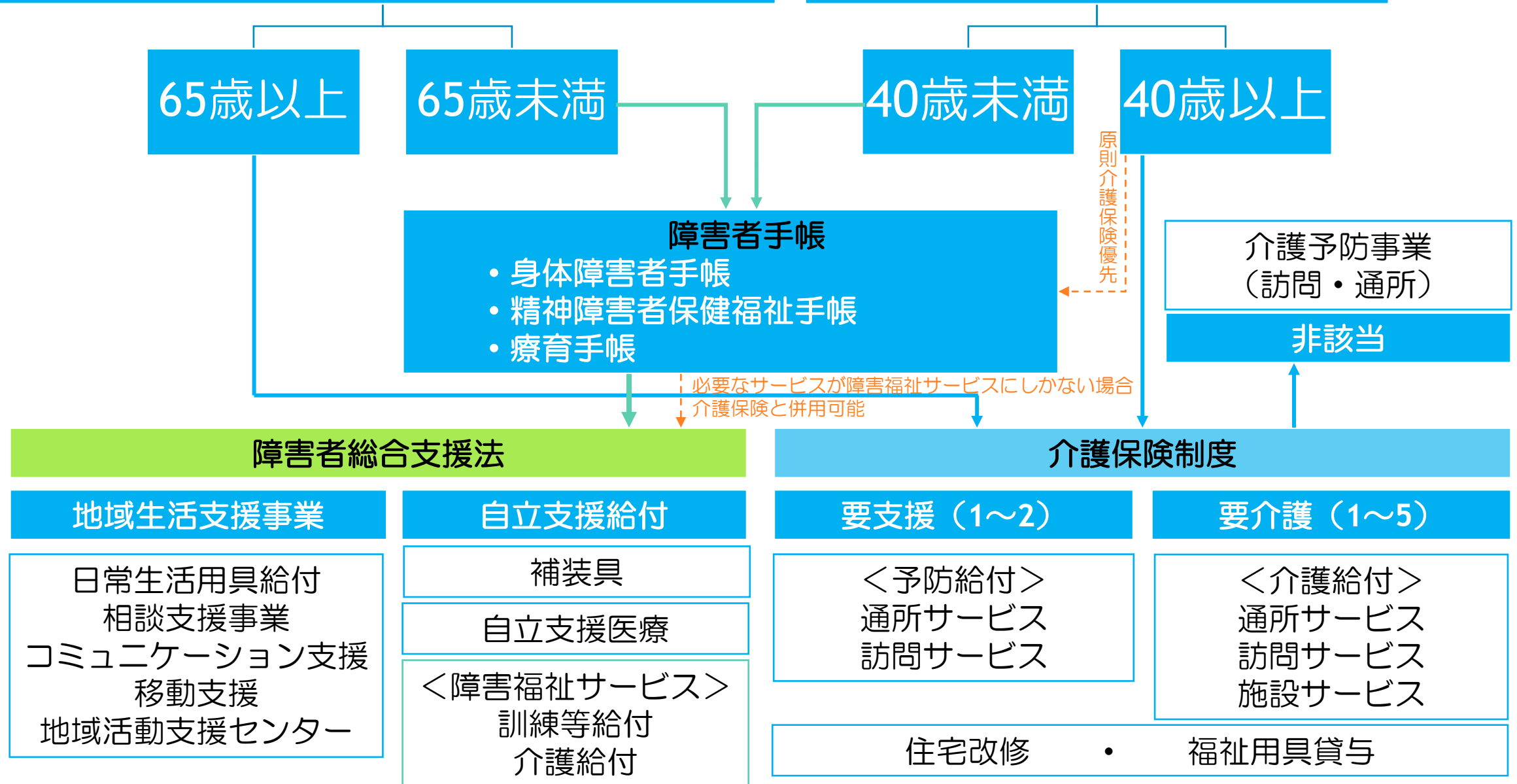
◆障害等級

重度（A）

それ以外の（B）

外傷性脳損傷、低酸素脳症、脳炎等

脳血管疾患（脳卒中）



医療から福祉へ

18歳

- ①障害者総合支援法 医師意見書
- ②精神障害者保健福祉手帳

40歳

- ①介護保険 主治医意見書

65歳

介護保険特定疾病

- ・脳血管疾患
- ・初老期における認知症
- ・パーキンソン病 等
指定難病

その他

- ・脳外傷
- ・脳腫瘍
- ・低酸素脳症
- ・中枢神経系感染症

障害者総合支援法

◆介護給付

居宅介護、重度訪問介護
行動援護、療養介護
重度障害者当包括支援
生活介護、同行援護
短期入所（ショートステイ）
施設入所支援
放課後等デイサービス

◆訓練給付

自立訓練（機能訓練・生活訓練）
就労移行支援
就労継続支援（A型・B型） 就労定着支援
共同生活援助（グループホーム）
自立生活援助

◆地域生活支援事業

相談支援、コミュニケーション支援、移動支援
地域活動支援センター、福祉センター

◆都道府県単位で、高次脳機能障害及び

その関連障害に対する普及事業

介護保険法

◆在宅サービス

訪問介護、訪問入浴介護
訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
通所介護（デイサービス）
通所リハビリテーション（デイケア）
短期入所生活介護（ショートステイ）
短期入所療養介護

◆施設サービス

特老、老健、療養型医療施設
居宅介護サービス、グループホーム 等

40～65歳の脳血管障害は
介護保険が優先！！しかし、
介護保険制度にないサービスは
総合支援法のサービスの利用が
可能（厚労省、H19.3）



制度活用について



- ☑ 高次脳機能障害は「精神障害」または「身体障害」に位置づけられる。
- ☑ 障害者手帳を取得することで様々な福祉サービスの利用が可能になります。
- ☑ 脳卒中を原因とする40～65歳の高次脳機能障害の方は「介護保険」の申請ができる。（介護保険が優先）
しかし、介護保険制度にないサービスは総合支援法のサービスの利用が可能。
(厚労省、H19.3)
- ☑ 条件を満たしていれば、高次脳機能障害は「障害年金」の受給対象になります。



番外編

知ってたら便利な豆知識編



精神障害者保健福祉手帳診断書作成医

精神保健指定医、又は精神障害の診断・治療に従事する医師。
てんかん、発達障害、高次脳機能障害等について、精神科以外の科で診療を受けている場合は、それぞれの専門の医師。



まずは、今かかっている医療機関に相談しましょう！



精神保健福祉手帳

記入例3

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏 名	〇田 〇夫	明治・大正・昭和・平成 36年 5月 7日生（49歳）	男・女
住 所	〇〇県〇〇市〇〇町1-3		
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを、記載する)	(1) 主たる精神障害 <u>高次脳機能障害</u> ICDコード (F06) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード () (3) 身体合併症 <u>なし</u> 身体障害者手帳 (有/無) 種別 () 級		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 20年 3月 1日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 20年 7月 10日		
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(推定発病時期 平成20年 3月頃) 平成20年3月にくも膜下出血を発症、動脈瘤クリッピング術実施。麻痺などの運動機能障害はないが、記憶障害、注意障害などを残した。4か月後に自宅療養となり、終日何もしない状態が続く一方で家族に暴言を吐くなどの問題行動も目立つようになり、平成20年7月10日当院初診となった。その後、再度、回復期リハビリテーション病棟に入院し、認知リハビリテーションを実施し、3か月後に日常生活の自立度に改善をみて退院した。 2度目の退院後、診断書を持って自立訓練事業所に週3回通所し、生活訓練を実施。訓練による能力の改善はまだ不十分ではあるが、家庭生活も含め問題行動は少なくなっている。 *器質性精神障害の（認知症を除く）の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 くも膜下出血 平成 20年 3月 1日）		
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）	(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () (2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 () (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 () (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 () (5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 () (6) 情動及び行動の障害 ① 爆発性 ② 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 () (7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 () (8) てんかん発作（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 () (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月 から） (10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等） 2 認知症 ③ その他の記憶障害（高次脳機能障害） 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () ⑤ 遂行機能障害 ⑥ 注意障害 7 その他 () (11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的・反復的な関心と活動 4 その他 () (12) その他 ()		

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 記憶障害：自分で作成したメモを見ることができ、大きな支障なく生活することができ、軽度。 注意障害：左側の引き写しは行っても気付かないなどのミスが多く、すぐに疲れる。中等度。 遂行機能障害：他人に従えないと自分ではその日に何をすべきか決められず、無為に過ごす状態が続く。中等度 情動及び行動：暴言を吐くことが1か月に1度ある程度で軽度。 画像診断の所見は症状を説明できる器質性病変である。 検査所見：検査名、検査結果、検査時期 平成21年3月時点頭部MRI：両側前頭葉に梗塞巣を認め、側脳室及び第三脳室の軽度拡大を認めた。 神経心理学的検査：WAIS-III（F105、V103、P107）、三宅式（有関係9-9-10、無関係3-7-9）、REYの図形直後再生26.5/36、RBMT（アロワール点17/24、スクリンゲ点7/12）、PASAT49/60
⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する） 1 現在の生活環境 入院・入所（施設名）（在学）（ア 単身・イ 家族等と同居）・その他（ ） 2 日常生活能力の判定（該当するものを○で囲む） (1) 適切な食事摂取 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (2) 身の清潔保持、規則正しい生活 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (3) 金銭管理と買物 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (4) 通院と服薬（※不要） 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (5) 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (6) 身の安全保持・危機対応 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (7) 社会的な手続や公共施設の利用 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (8) 趣味・娯楽への関心、文化的・社会的活動への参加 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 3 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む) (1) 精神障害を認め、日常生活及び社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。 ⑦ ⑥の具体的程度、状態等 日常生活では衣食の最低限のこののみ自立しているが、入浴は助める必要がある。服薬は自分では規則的にできず、薬剤管理もできない。金銭感覚に欠け、あればあるだけ使ってしまう傾向にあり、キャッシュカードは持たせられない。家族の見守りを必要とする局面がしばしばある。自立訓練事業所では作業効率が悪く、自暴自棄になったり他者とトラブルがたまにある。まとまった作業をするためには職員の手助けが必要である。 ⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護の有無等） 自立訓練（生活訓練）事業所に週3回通所し、調理実習、手芸（皮縫工）などの活動に参加している。 ⑨ 備考 本人は、就労移行支援事業所利用を経て、障害者就業・生活支援センターの支援を受けながらの就労を現時点での目標としている。
上記のとおり、診断します。 平成〇〇 医療機関の名称 〇〇総合病院 医療機関所在地 〇〇県〇〇市〇〇町2-2 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 診療担当科名 精神科 医師氏名（自署又は記名捺印） 〇木 〇美



H23年4月1日～
診断書に
「知能・記憶・学
習・注意の障害」
の項目が加わった。



障害年金＜精神の障害用診断書作成医＞

小児科，脳神経外科，神経内科，リハビリテーション科，老年科を専門とする医師が主治医の場合，精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば作成が可能です。



まずは、今かかっている医療機関に相談しましょう！

庁文発第1022001号

平成21年10月22日

社会保険庁運営部年金保険課長通知

「国民年金・厚生年金保険診断書（精神の障害用）の作成医について」



障害者年金診断書（精神の障害用）



• H25.6.1～
障害年金診断書
(精神の障害用)に
高次脳機能障害の項目が
追加

精神障害者年金保険 診断書 (精神の障害用) 様式第120号の4

氏名 (フリガナ) 生年月日 昭和 年 月 日生 (歳) 性別 男・女

住所 市町村 区 町 丁目 番 号

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷病の発生日 昭和 年 月 日 ③ 傷病で障害の申立て (年 月 日) 本人の受給 障害の程度 ④ ①のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 年 月 日 ⑤ 既に障害 ⑥ 傷病が治った(症状が安定した状態をいつまでか) 平成 年 月 日 ⑦ 症状のよくなる見込み 有・無・不明 ⑧ 既往症

⑨ 障害者の氏名 請求人の被褥 請求年月日 年 月 日

⑩ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (年 月 日)

⑪ これまでの発育・養育歴等 (出生から発育の状況、教育歴及びこれまでの職業をできるだけ詳しく記入してください) ア 発育・養育歴 イ 教育歴 ウ 職歴

エ 治療歴 (書ききれない場合は⑫「備考」欄に記入してください) (※ 同一医療機関の入院・外来は分けて記入してください)

医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法	転帰(軽快・悪化・不変)
	年 月～年 月	入院・外来			
	年 月～年 月	入院・外来			
	年 月～年 月	入院・外来			
	年 月～年 月	入院・外来			

⑫ 障害の状況 (平成 年 月 日 現在)

ア 現在の病状又は状態 (該当のローマ数字・英数字を○で囲んでください)

⑬ 現在の病状又は状態 (該当のローマ数字・英数字を○で囲んでください)

⑭ 加齢障害等

⑮ 加齢障害等

⑯ 加齢障害等

⑰ 加齢障害等

⑱ 加齢障害等

⑲ 加齢障害等

⑳ 加齢障害等

㉑ 加齢障害等

㉒ 加齢障害等

㉓ 加齢障害等

㉔ 加齢障害等

㉕ 加齢障害等

㉖ 加齢障害等

㉗ 加齢障害等

㉘ 加齢障害等

㉙ 加齢障害等

㉚ 加齢障害等

㉛ 加齢障害等

㉜ 加齢障害等

㉝ 加齢障害等

㉞ 加齢障害等

㉟ 加齢障害等

㊱ 加齢障害等

㊲ 加齢障害等

㊳ 加齢障害等

㊴ 加齢障害等

㊵ 加齢障害等

㊶ 加齢障害等

㊷ 加齢障害等

㊸ 加齢障害等

㊹ 加齢障害等

㊺ 加齢障害等

㊻ 加齢障害等

㊼ 加齢障害等

㊽ 加齢障害等

㊾ 加齢障害等

㊿ 加齢障害等

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、納期により抹消)



障害年金（音声または言語機能の障害用）



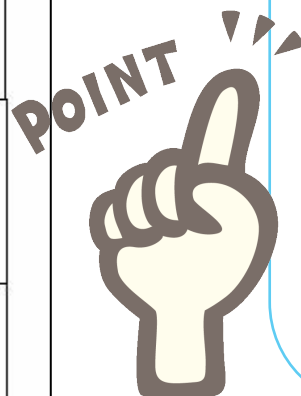
• H27.6.1～
障害年金診断書
(音声または言語機能の障害用)に
「会話による意思疎通の程度」
「音声言語の表出及び理解の程度」
の欄が設けられた。

(6) 音声又は言語機能の障害 ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでください。）	
1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が難とも成立する。	3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。
2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。	4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が難とも成立しない。
イ 発音不能な障害（構音障害、音声障害又は器音障害による障害がある場合に記入してください。）	
1 4種の発音（該当するもの1つを○で囲んでください。） 口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等） 2 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ち行音等） 2 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯茎硬口蓋音（しや、ちや、じゃ等） 2 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 軟口蓋音（か行音、が行音等） 2 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	Ⅱ 発音に関する検査結果（発音発語明瞭度検査など）
ウ 失語症の障害の程度（失語症がある場合に記入してください。）	
1 音声言語の表出及び理解の程度（該当するもの1つを○で囲んでください。） 単語の発語（単語の例：家、靴下、自転車、電話、水） 2 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 短文の発語（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる） 2 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 長文の発語（4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた） 2 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 単語の理解（例：単語の呼称と同じ） 2 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 短文の理解（例：短文の発語と同じ） 2 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 長文の理解（例：長文の発語と同じ） 2 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	Ⅱ 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）
⑮ 現病時の日常生活能力及び労働能力（必ず記入してください。）	
⑯ 予後（必ず記入してください。）	
⑰ 備考	
本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、）	
上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師氏名	



医師診断書（高次脳機能障害診断書）

様式1-1 医師診断書		（高次脳機能障害診断用：高次脳機能障害支援普及事業）	
氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	男・女
住 所			
①高次脳機能障害の発症原因となった疾患名	該当するICD-10コードを○で囲む* F04, F06, F07		
②発症から現在までの病歴 （発症年月、受診歴等）			
③ 現在の病状、障害像等（障害を構成する主たる項目に○で、従たる項目を△で囲む）			
(1) 記憶障害 1 前向健忘 2 逆行健忘 (2) 注意障害 1 全般的注意障害 2 半側空間無視 (3) 遂行機能障害 1 目的に適った行動計画の障害 2 目的に適った行動の実行障害 (4) 社会的行動障害 1 意欲・発動性の低下 2 情動コントロールの障害 3 対人関係の障害 4 依存的行動 5 固執 6 その他（ ）			
④ ③の病状・状態像等が日常生活に与える影響の程度（該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む）			
1 高次脳機能障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 2 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 3 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 4 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5 高次脳機能障害を認め、そのために身のまわりのことはほとんどできない。			
⑤ ①の病名の受傷・発症を説明する器質的脳病変の検出に用いた画像診断、神経生理学的検査の結果			
⑥ ③の病状・状態像等に関する神経心理学的検査結果			
1 WAISスコア（PIQ VIQ FIQ ） 2 ミニメンタルスケールあるいは長谷川式簡易痴呆スケールスコア（ 点） 3 その他			
⑦ 現在の福祉サービスの利用状況（社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等）			
⑧ 備考 ICD-10コード* 外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などで記憶障害が主体の場合F04、注意障害・遂行機能障害が主体の場合F06、人格および行動障害が主体の場合F07に該当する			
平成 年 月 日			
医療機関所在地 名 称 電話番号 医師氏名（自署または記名捺印）			



障害者総合支援法のサービス申請は、
精神保健福祉手帳を取得していなくても、
医師診断書で可能！！

（ICDコードが記載されているもの）

（ICD10：F04.06.07 症状性を含む器質性精神障害）

平成18年3月22日

厚生労働省・援護局

障害保健福祉部精神保健福祉課 事務連絡

「障害者自立支援法における障害福祉サービスの支給申請に係る精神障害者であることの確認について」



高次脳機能障害とは おさらい



厚生労働省の高次脳機能障害診断基準

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

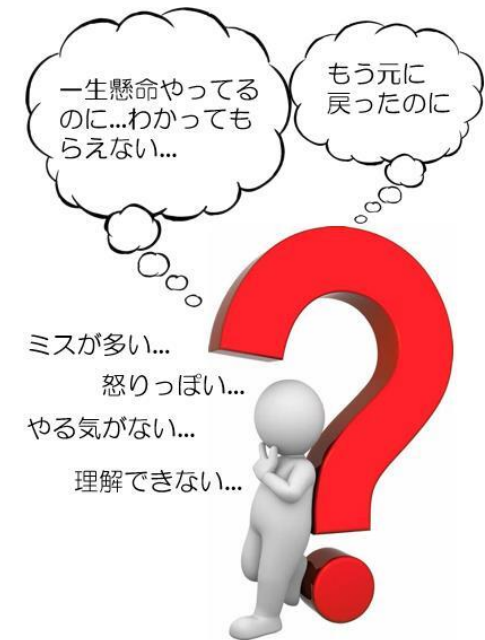
- 1 脳の**器質的病変**に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（I-2）を欠く者は除外する。
- 2 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
- 3 **先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患**を原因とする者は除外する。

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。

*器質的病変とは、病気や外傷によって生じる脳の“傷”のことです。

*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存在を明らかに出来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ます。



(参考：国リハHP)



高次脳機能障害

脳損傷が原因となる認知障害 (学術的・医学的な定義)

- 失語症
- 失行症
- 失認症
- 認知症

行政的な定義

- 記憶障害
- 注意障害
- 遂行機能障害
- 社会的行動障害



くどいけど言わせて！！

高次脳機能障害の特徴

- ①外見上は障害が目立たない
- ②本人自身も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、特に社会活動場面（職場、学校、買い物、市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。



番外編

高次脳機能障害
似ているけど違うこと編



高次脳機能障害と間違えられやすい状態

(1) 認知症

(2) 発達障害



高次脳機能障害と認知症の違い

高次脳機能障害は脳損傷の時期が明らかである。

高次脳機能障害そのものは進行性の障害ではない。



高次脳機能障害と発達障害の違い

■発達障害支援法の発達障害の定義

「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の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」 （発達障害者支援法における定義 第二条より）

■高次脳機能障害（厚生労働省の定義）

脳が損傷した原因となる事故や病気的事实と、脳の損傷が確認されていなければなりません。そして脳の損傷により、日常生活や社会生活への適応に問題が生じることです。

◆両障害の違い◆

発達障害は原因を規定せず、幼少期に発症するという症状重視であるのに対し、高次脳機能障害は発症原因を明確に規定していることです。



ご清聴
ありがとうございました
(^-^)

