

地域で高次脳機能障がいの方々を 支えるヒント集

～支援会議や市町村地域自立支援協議会等を活用して～

平成 30 年 3 月

高次脳機能障がい相談支援体制連携調整部会
高次脳機能障がい支援体制整備検討ワーキンググループ

～はじめに～

本ワーキンググループでは、高次脳機能障がいの方々に関わる支援機関が連携し、ご本人、ご家族の安心した地域生活に寄与できることを願い、様々なツールを作成してきました。

平成25年度には、「高次脳機能障がい支援ハンドブック」を作成し、高次脳機能障がいについての基礎知識や当事者・家族会などの紹介を事例を含めて行っています。また平成27、28年度には、高次脳機能障がいのあるの方々に関わる医療や福祉介護・就労、行政の関係者が、支援に関して必要な情報を入手し、また、支援の工夫点等を共有するための情報伝達手段として「使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～」を作成しました。

現在、多くの市町村では、支援に悩まれている支援者が集まって支援会議等を開催し、どのような形で障がい者の方やそのご家族を支えていけるか検討されています。ただ、高次脳機能障がいのように、障がいの個別性が高く支援方法も確立されていない分野、また、福祉だけでなく医療面からのアプローチが必要な分野において、その障がい特性や必要とすべき配慮をよく理解した上で検討できているかと言えば、十分ではない点もあるのではないのでしょうか。

そこで、本ワーキンググループでは、今年度、「地域で高次脳機能障がいの方々を支えるヒント集～支援会議や市町村地域自立支援協議会等を活用して～」を作成することを考えました。

ヒント集では、高次脳機能障がいの特性を踏まえた支援会議や事例検討型研修の例や、各市町村における社会資源の活用例などを取り上げています。

ヒント集に掲載した取り組みは、1人の高次脳機能障がいの方を支えるために、どの地域にでもある点と点を繋ぎ合わせて実現させたことであったり、支援者のちょっとしたひらめきから始まっています。

このヒント集に取り上げた実例等から、「もしかしたら私たちの地域でも、こんなことならできるかも」といった気付きにつなげていただき、また、「使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～」等も併せて活用していただくことで、地域におられる高次脳機能障がいの方やそのご家族の支援の充実に役立てていただけると幸いです。

高次脳機能障がい相談支援体制連携調整部会
高次脳機能障がい支援体制整備検討ワーキンググループ

【目次】	
はじめに	P. 1
第1章 支援にあたり必要な視点と地域づくり	P. 3
第2章 支援会議について	
1. 支援会議の目的	P. 5
2. 支援会議のポイント	P. 5
3. 支援会議の進め方	P. 8
4. 支援会議の実際	P. 10
第3章 事例発表、事例検討型研修について	
1. なぜ、事例検討型研修会をするのか	P. 16
2. 事例検討型研修を行う際の工夫例	P. 16
3. 事例発表、事例検討型研修の具体例	P. 17
コラム～高次脳機能障がい当事者、家族の思い～	P. 23
第4章 個別課題・地域課題解決に向け、社会資源の新たな活用方法を考えるために	P. 27
第5章 各市町村内における取組の紹介～窓口対応の工夫と社会資源活用の工夫～	
1. 市町村内の各相談窓口との連携について	P. 31
2. 市町村にある社会資源の活用について	P. 31
取組例	P. 32
第6章 高次脳機能障がいの理解を深めるための取組の紹介	P. 38
取組例	P. 39
おわりに	P. 43
資料編	P. 44

《ヒントとして特に活用してほしいところ》

＜高次脳機能障がいの方々の支援に関わる全ての支援者＞

⇒当事者、家族の思い：コラム～高次脳機能障がい当事者、家族の思い～（P.23）

＜市町村障がい福祉担当課、基幹相談支援センター等地域自立支援協議会の事務局機能を担う方々＞

⇒地域の資源を活かして地域づくり：第1章、第5章、第6章

⇒地域資源や地域課題の抽出や整理方法のヒントとなるツールの紹介：第4章

＜支援会議等を主催する相談支援専門員、MSW や PSW 等の医療機関の立場から地域の支援者と連携する方々＞

⇒地域の支援者が行う支援会議の目的や会議の実際（支援者間連携含む）：第2章

第1章 支援にあたり必要な視点と地域づくり

・ 基本的視点

障がい者やそのご家族を支援する上で、一番大切なことは、ご本人・ご家族の思いやニーズの聴き取りです。そして、それに寄り添い、こたえるためにはどのようにすればいいかを、関わる支援者が共に知恵を出し合い、支援方法や時には新たな資源を開発することまでを含み考えることが障がい者ケアマネジメントにおいて求められます。

<参考>

障がい者ケアマネジメントとは…

「障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。」

障がい者ケアマネジメントの実施主体

「障害者ケアマネジメントの実施主体は第一義的には市町村であり、市町村が自ら実施するか、あるいは都道府県及び市町村が委託している市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業及び精神障害者地域生活支援センターにおける相談支援において、障害者ケアマネジメントを実施する。」

出典：平成14年3月31日厚生労働省 「障害者ケアガイドライン」

・ 個別の事例の積み上げから地域づくりへ

現在、多くの市町村では、支援が難しいケースについて支援会議を開催し、得られた情報からご本人の言動の背景や障がいの状態を考え、より適切な支援方法について検討しています。また、発達障がいや高次脳機能障がい等の個別の障がいに対する知識を深めるため、市町村自立支援協議会の枠組み等を活用して事例検討型研修等を行っています。

支援者は、これらの会議等に参加し、他の参加者から新たな視点についての気づきを得たり、多くの事例に触れることで力量が向上していきます。

地域に力量のある支援者が増えることは、地域全体の支援力の底上げにつながります。

- ◆支援会議：市町村等が主催し、あるケースに関係する支援者、ご本人やご家族が集まり、課題等を整理・検討したり、それぞれがもつ情報を共有したりすることで、今後の支援の方向性を決める会議。それぞれの機関で役割分担を明確にすることで、一つの機関で抱え込まず支援を継続していくことができます。
- ◆事例検討型研修：事例をもとに、支援を考える際に大切にしなければならない視点や支援の組み立て方を考える研修会。ケースに関わる支援者だけでなく、地域の様々な分野の支援者も参加することで、様々な立場からのアプローチについて学ぶ機会ともなります。

・市町村もチームの一員です

市町村地域自立支援協議会の機能として、一般的に支援会議や事例検討の場等を活用し、個別事例における支援課題を明らかにし、その課題解決が図れたのかどうか、同じような課題がある事例があるのかどうかといったことから地域課題を見いだしたり、優先度の高い課題の整理と共有を行い、多職種によるチームアプローチによるコミュニケーションを行うことなど解決に向けた仕組みづくりを行うことが求められます。

市町村は援護の実施者として、基幹相談支援センターや委託相談事業所等と連携しながら、地域自立支援協議会の機能を充実させる役割を担っています。また、地域の事業所の力をいかに結集し、どのように支えていくのか考えるコーディネート機能を自らの市町村でいかに持つべきか考え、実践していく大きな役割を担っています。

・高次脳機能障がい支援における多職種・多機関連携の必要性

高次脳機能障がいは、事故や疾病等による中途障がいです。また、障がいの状態像の個別性が高く、受傷・発症以前からあるご本人の強み等を活かすことに力点を置いた支援をする必要があることから、多岐にわたるアセスメントが必要です。そのために、支援に関わる医療及び福祉関係者の情報を繋ぎ、それぞれの知見を共有することで、その方の現在の状態像が正しく把握でき、それをもとに支援方法が組み立てられるため、多職種の協働の取り組みが不可欠です。

また、高次脳機能障がいは支援方法が確立されていないため、支援者間でどのような支援が功を奏したのか、奏さなかったのかについて、積み上げていくことが必要です。一つの事業所では高次脳機能障がいの方を支援したという経験がわずかという場合が多い中、地域の事業所や支援機関が一堂に会し事例検討型研修等を行うことは、その地域での支援方法の積み上げに繋がります。さらに、実際に顔を合わせることで、地域での支援者の繋がりを作る機会にもなり、実際の支援の際に、より適切な支援機関と連携がとりやすくなります。

高次脳機能障がいについて

「高次脳機能障がい」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がい全般を指し、この中にはいわゆる巣症状としての失語・失行・失認のほか、記憶障がい、注意障がい、遂行機能障がい、社会的行動障がいなどが含まれます。

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、記憶障がい、注意障がい、遂行機能障がい、社会的行動障がいなどの認知障がい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方々がおられることが判明し、それらの方々も含み支援対策を推進する観点から、国において診断基準が定められました。

そのため、本ヒント集における「高次脳機能障がい」についても、国の診断基準に従い、以下の主要症状等を示される方として定義しています。

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がい、注意障がい、遂行機能障がい、社会的行動障がいなどの認知障がいである。

高次脳機能障がい診断基準に関しては、以下の URL をご覧ください。

⇒ http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/rikai/

第2章 支援会議について

◆支援会議：市町村等が主催し、あるケースに関係する支援者、ご本人やご家族が集まり、課題等を整理・検討したり、それぞれがもつ情報を共有したりすることで、今後の支援の方向性を決める会議。それぞれの機関で役割分担を明確にすることで、一つの機関で抱え込まず支援を継続していくことができます。

1. 支援会議の目的

支援会議は、以下の目的で開催します。

- ①ご本人とご家族の状況把握、課題の整理とその解決に向けた支援のための会議です。
- ②ご本人に関わる関係機関が集まり、それぞれが持つ情報を出し合って、その評価と共有化を行います。
- ③課題を整理・検討の上、支援方針を確立し、関わる機関それぞれの役割分担の下に支援していきます。
- ④ケースに複数の課題がある場合、それらを一度に解決することはできません。そのため、必要とする支援と優先順位について共有し、短期・長期それぞれの支援目標を決定します。

2. 支援会議のポイント

(1) 共通するポイント

◆見立て(仮説)の共有から始める

個別支援について検討する際には、何か検討すべきことが起きている時なので、いきなり対応を検討しがちですが、事例についてどう見立てているのか、という共通認識からスタートしないと、それぞれのイメージがずれてしまうこととなります。

また、例えば医療に係る情報が専門的であれば、それを平易な言葉に置き換えることを求める等して、見立て(仮説)を多職種で共有するための工夫も必要です。

◆強みをどう引き出していくかに力点を置く

その人が本来持っている強さ、健康面、得意なこと、潜在的な能力等、またその人を支える社会資源等の環境面での強み(ストレングス)にも着目することが大切です。難しいことや困っていることはもちろんのこと、当たり前に行っていることの中にも強みがあると理解しなおすことで、新たな気づきにつながることもあります。

◆ご本人とご家族の困っていることだけでなく、今支援をしている人の困りごとも必ず共有する

支援する人の困り感(例えば、粗暴行為で困っている場合、そのことでどう困るのかということ)まで掘り下げて共有することで、支援チームとしての意識醸成につながります。また、支援する人の心理的負担の軽減にもつながります。

◆多機関・多職種連携を上手く進めるには、お互いの「現状」「限界」の相互理解と他者を責めないことが大事

参加する機関のお互いの役割を正しく理解し、どうすれば前に進めるかを共通の目標にすることが必要です。

◆うまくいっている時にもヒントあり

困っていることにばかり目が行きがちですが、うまくいっている時の状況や背景を探ることで、ヒントが得られる場合があります。

◆会議のたびに、その時話し合うことをまず確認する必要あり

論点を焦点化しないと結論が導き出せないため、緊急度や優先度を共有し、その時々
の会議で何を話し合うべきなのかを確認する必要があります。特に、何か大きなトラ
ブルがあった際など、真実を追求したくなりますが、支援会議の場は真実を追求する
場ではなく、支援を組み立てることを目的にしている場、問題解決の場であることを
理解することが大切です。

◆現在把握している情報で最大限の工夫をする

会議を進める中で、必要な情報が提供されないこともあります。把握ができていな
い情報を明らかにすることも支援会議の役割の1つです。わからない情報が出てきた
ときには、関わりのある機関それぞれが連携し情報収集を行います。情報収集におい
てもそれぞれの得意分野を活かし、役割分担することが大切です。

◆参加者全員で話し合う

支援会議は、誰か1人の意見を聞く場ではなく、参加した人全員が持っている情報
や意見を交換し、ご本人の支援を考える場です。他の参加者の話を聞くこと、自分の
知っていることや意見を言うことの両方が大切です。

◆結論を確認する

支援会議の終了時には、参加者全員で会議の成果（取り組む内容や役割分担など）
を確認し、次の支援に活かすことが大切です。

(2) 高次脳機能障がい支援ならではの視点について

◆ご本人・ご家族から聴き取りをするポイント

- ・受傷・発症前後、障がいが固定した後、生活環境が変わるたびに、ご本人・ご家族が
感じる変化を聴き取りましょう。
- ・ご本人やご家族の状態（経済状況、社会活動への参加状況等）を確認しましょう。
- ・受傷・発症前に得意だったこと、関心のあったことは、支援のきっかけにつなげやす
いので、そういう情報も収集しましょう。

ご本人の支援を考える際に、どのような情報を集めるべきがよく分からない等の際には、
「使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～」の様式やマニュアルにヒントがあるので
活用してください。（様式の説明を資料編 P.52 に載せています）

※使たらええで帳については、大阪府障がい者自立相談支援センターのHP からダウンロー
ドしてください。

⇒ <http://www.pref.osaka.lg.jp/jiritsusodan/kojinou/index.html>

◆ご本人・ご家族の思いに寄り添う

- ・ご本人やご家族の人生観を大切にしましょう。高次脳機能障がいや中途障がいのため、受傷・発症に至るまでに担っていた役割、社会的地位、描いていた将来像などが、ある日突然に奪われるという経験をされています。また、そのことでご本人・ご家族ともに混乱していることもあります。そのことを踏まえ、その方の人生に寄り添う視点が大切です。その上でご本人の今の状態像やニーズを含めた支援目標が設定できているかの確認も必要です。
- ・ご本人やご家族が支援について話し合うような場に参加する場合には、ご本人の突然の受傷・発症により混乱されていたり、支援会議の場自体が初めてという可能性を踏まえ、安心して思いを表現できるような雰囲気作りが大切です。

◆早め早めに対応する

- ・高次脳機能障がいや生活の中で様々な症状があらわれてくるため、課題が生じてから会議をするよりも、困りごとが顕在化しないためにどうしたら良いかを事前に話し合うことも大切です。
- ・早め早めに対応することで、ご本人・ご家族や支援者が良好な関係性を継続でき、ご本人の安定につながります。

◆障がい受容や病識の獲得、その時々障がいの状態像に応じた支援を考える

- ・ご本人やご家族が、病識や障がい受容のどの段階にあるのかを確認しましょう。
- ・できなくなったことに着目するより、今ある力、残った力を活かすという視点も必要です。
- ・障がい固定等の時期が過ぎた後でも、程度の差はあるものの長期的なスパンで改善していくという視点が大切です。支援者は、日々の支援の中でふとした変化を見逃さないようにしましょう。
- ・高次脳機能障がいの方が、怒りやすいポイントやきっかけは、ご本人からよくよく話を聞くと、確かにそうだと思うような内容であることが多いと言われます。(例：ゴミ収集車との接触事故により高次脳機能障がいになられた方が、同じタイプのゴミ収集車をみたら怒りをあらわにされる)。そのポイントやきっかけについて、ご家族を含め関わる支援者全員で共有し、そのようなポイントやきっかけに、ご本人を可能な限り近づけない等ご本人の状態に即した工夫について検討しましょう。

※病識や障がい受容の段階：資料編 P.53「ご本人の状態に即した個人情報の取り方やサービスの検討状況について」を参照ください。

個人情報の取り扱いについて

個人情報保護法により、個人情報は特定された利用目的の範囲を超えて取扱ってはならず（目的外利用の禁止）、本人の同意なしに本人以外の第三者に提供することが禁止（第三者提供の禁止）されています。一方で、高次脳機能障がいは病識欠如という状態像や障がい受容の程度により、支援者間で話し合う場で個人情報を共有することが必要な場合でも、ご本人の了解が得られないこともあります。その際に要（かなめ）役となるのが行政です。

行政は各行政主体で個人情報保護条例を制定しています。個人情報保護条例においては、本人収集原則、目的外利用・提供の禁止がありますが、各条例には例外規定を設けており、行政目的として必要であれば、本人の同意を得ずとも本人以外の方から情報を収集したり、他の支援者に情報提供するということを認めている場合があります。各市町村で、自らの自治体の個人情報保護条例を確認し、行政が要役となり、情報収集や情報提供できる可能性も検討してください。

3. 支援会議の進め方

(1) 開催決定

各機関をつなぐ役割を担う相談支援事業所や基幹相談支援センター、市町村等が中心となり、支援会議を開くことを決定します。ご本人と関わりのある機関から支援会議開催の提案を受けることもあります。

【支援会議開催の基準（例）】

- ・複数機関が関わる中で、機関ごとの本人理解やご本人の言動等の捉え方に違いが出てきたとき
- ・新たな課題が出てきたときやご本人やご家族の状況等に変化があったとき（良い変化も悪い変化も含む）
- ・支援が新しく始まるときや新たな支援機関が増えたとき
- ・支援の方向性がずれていないか確認する必要性が生じたとき（関わる機関が多くなればなるほど、開催頻度は増やした方がよいこともある）
- ・決めていた支援方針通りにできずご本人と支援者の関係が悪化した場合や、次のステップに進もうとしている場合など、ご本人に変化が生じる可能性があるとき

(2) 参加機関の決定

相談支援専門員や基幹相談支援センター、市町村職員等、会議の主催者が参加機関を決定します。参加機関の決定の際には、以下の点に留意しましょう。

- ・ご本人と関わりのある事業所等には、必ず参加を呼びかけます。
- ・障がい福祉の分野では、ご本人やご家族の参加が原則ですが、ケースバイケースです。

- ・すでにケースに関わっている機関に対しては、他に参加してもらう必要がある機関についての意見を求めることも大切ですし、情報を収集する過程において、そのケースにどの機関が関わっているのかが分かる場合があります。
- ・高次脳機能障がいとは、関わる機関の中心が医療機関から市町村や地域の支援機関にシフトしたり、支援機関が多岐にわたることがあります（資料編P. 45、46、53～61参照）。福祉事業所が支援方法を組立てる際に、医療機関が持っている情報が有用なことが多く、介護保険第2号被保険者の場合、退院時から支援されているケアマネージャーが退院時の医療情報を把握されている場合もあります。
- ・高次脳機能障がいの方を支援する際、福祉サービスの利用にすぐに繋がらない場合もあります。また場合によっては、ご家族全体の生活が成り立たなくなる可能性があるなど、ご本人の支援だけに留まらない場合もあります。その場合は、ご本人を支援する障がい福祉分野以外に、ご本人を取り巻くご家族の支援に関わる支援者との連携も大切です。
- ・必要に応じて、大阪府高次脳機能障がい相談支援センターも参加します。

(3) 会議の開催時期及び開催時間の決定

- ・相談支援事業所などを中心に、できるだけ速やかに開催時期を決定します。
- ・会議に要する時間は、原則1時間～2時間とします（1時間半が目安）。

(4) 会議のプロセスと進行の流れ

会議のステップ	流 れ
ステップ1 【導入】	1) 司会者があいさつ ・会議開催に至った経過、目的の説明 ・資料の説明 ・会議の流れと時間の確認 2) 出席者の紹介 ・所属機関の役割紹介も忘れずに行う
ステップ2 【情報の共有・課題の明確化】	3) 今までの経過について全員で共有 ・会議開催までに得られた基礎情報の説明（これから支援が始まる ときなど必要に応じて実施） ・各機関から今までの経過を報告 4) 状況を明確化し、支援における課題を整理する ・課題が何かを検討していく
ステップ3 【対応と役割分担の検討】	5) アプローチの検討 ・どういったことから課題が解決できるのか。 ・最も実現できそうなものは何か ・優先順位は？短期目標、長期目標は何か 6) 利用できる社会資源等についての検討
ステップ4 【今後の方針の確認】	7) 今後の支援方針の決定 8) 役割分担の決定 ・各機関の役割の決定 ・情報集約する機関は必ず決める 9) 会議の決定事項の確認 10) 次回会議開催日の決定

(5) 会議実施の際の工夫点

◆参加者全員が話し合ったことを具体的に共有しましょう

- ・新たに出てきた課題やまだ解決されていない課題、次回までに取り組む内容、役割分担、次の開催時期は会議の最後に参加者全員で必ず確認しましょう。
- ・様々な意見を1つに集約していくためにホワイトボードを活用したり、毎回の会議に特定の記録様式を用いるなどの工夫も試みてください。(資料編P. 47に、支援会議の様式例を掲載しています。)

4. 支援会議の実際

ケース概要

31歳の男性。25歳時、バイク走行中に自動車と衝突し、脳挫傷、多発骨折等により救急搬送された。事故後約2週間意識が戻らなかった。複数の病院を経て、事故から約1年後、自宅へ退院となった。

ADLは、排泄・更衣・整容・入浴等は一部介助が必要な状態である。記憶障がい等の高次脳機能障がいが見られ、コミュニケーションは難しい。

回復期病院にて高次脳機能障がいと診断され、医師から、ご本人の機能回復には、外出の機会を増やし、様々なことを経験させて、刺激を与えることが大切と言われたため、自宅退院後、ご両親が様々な施設に見学に行くも、ご両親の思いと提供できるサービスにズレがあったり、ご本人が利用を嫌がったりしていた。現在は、生活介護を利用している。

今回、A相談支援事業所相談支援専門員が、「ご本人が大声をあげたり、記憶障がいなどにより、支援がうまくいかない」とのB生活介護事業所からの相談に対し、「自分自身が高次脳機能障がいの支援経験があまりなくどうしたらよいかわからない」と、基幹相談支援センターに相談をした。

同じころ、母から市障がい福祉担当課に相談があり、「通所をしているが、毎回、母が送迎をしている。大声をあげて抵抗されるためとてもしんどい。いつまでも母が本人を支えることはできないから、この先どうなるのか不安」と泣きながら相談があった。

市障がい福祉担当課と基幹相談支援センターが話し合い、ご本人の思いに沿った支援になっているのか等、支援について再度検討したほうが良いだろうとのことで、支援会議の開催に至った。

まずは情報共有が必要なため、キーパーソンである母、現在関わりのある支援機関に参加を呼びかけた。併せて、ご本人の障がい特性やその行動の背景にはどういふことがあるのかの理解を深めるため、高次脳機能障がいの専門相談機関である大阪府高次脳機能障がい相談支援センターにも参加を呼びかけた。

※実際に会議をするうえで、使たらええで帳を活用できそうなことについては、「ヒント!」として、二重線で囲んでいます。

《第1回目支援会議》

開催目的	関わりのある支援機関及びご家族からの情報を全員で共有し、課題を整理する
参加機関 (役割)	<p>母（キーパーソン）</p> <p>市障がい福祉担当課職員（援護の実施機関、サービス支給決定権者）</p> <p>基幹相談支援センター（会議の主催者、地域の相談支援の拠点）</p> <p>A 相談支援事業所</p> <p>B 生活介護事業所（週3回利用）</p> <p>大阪府高次脳機能障がい相談支援センター（高次脳機能障がい専門相談機関）</p>
話し合った 内容	<p>各事業所、ご家族から、ご本人の様子についての情報を共有</p> <p><A 相談支援事業所></p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活介護事業所からサービス利用しているものの、支援が上手くいかないと感じている。 ・ご家族から、「本人に社会参加してほしい」と聞いている。 ・高次脳機能障がいのことについて詳しくわからず、ご本人の意向をどのように確認したらいいか悩んでいる。 <p><B 生活介護事業所></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の送迎は利用されず、ご本人をなだめながら、母が何とか連れてこられている状態。 ・以前、生産活動に参加してもらおうとしたところ、大声を出すなど抵抗を示されたため、今はレクリエーションが活動の中心になっている。 ・レクリエーションのトランプに楽しく参加していても、トイレなどでその場を離れると、戻ってきたときに、どこまでやったのか、次に何をしたらよいのかを覚えておられない。職員が横について促そうとすると、大声をあげることがある。 ・ご本人がやろうとされているタイミングで「〇〇やりましょう」と声をかけると怒ってしまわれることがある。 ・事業所に来る時に、怒ることがあると聞いているが、来ると積極的ではないものの活動に参加できる。笑顔が見られることも多いため、通所すること自体は受け入れていただいていると思っているが、それでいいのだろうか。 <p><家族></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の「楽しい」という顔を見られたらうれしいし、少しでも社会の中に入れる機会を増やしたい。そのためにサービス利用と思うが、無理に通所させようとするとうる。送迎も来てくれるが、結局時間に間に合わない。サービス利用は必要と思っているし、色々してもらってありがたいけど、迷惑かけていると思うと、それもしんどい。 ・私が、いつまで本人への対応ができるのかも心配。このままではいけないから、繋がれるところとは繋がっておきたいと思うが、その繋がりを維持するのは大変。本人のことを理解してくれる人を増やしたい。

<p>話し合った内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は記憶が難しいことも分かっていない様子。通所もなんで行くのかわかっていない。 ・発症前は穏やかな性格で、魚が好きで釣りによく出かけていた。また、こつこつと作業に打ち込む職人氣質だった。人と一緒に作業をしたりするのは苦手かもしれない。 <p><市障がい福祉課></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご本人のより良い生活を実現するため、みんなで一緒に考えられたら良いと思っている。 <p><基幹相談支援センター></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用に消極的だったり、怒りをあらわにされる場面が多いのは、ご本人の意向を十分にくみ取れていないことを態度で示されているのかもしれない。もう少し深く聴き取る必要があるのではないかと助言。 <p><大阪府高次脳機能障がい相談支援センター></p> <ul style="list-style-type: none"> ・高次脳機能障がいについて説明。また、以前されていたことは比較的取り組みやすいこと、役割があることは大切であること。もともと就労していた方なので、今できることに取り組んでいただく中で、ご自分の役割だと思えるような作業があるか確認してみてもいいのではないかと助言。 ・スケジュールを視覚的に提示するなど、見通しを持つことができると記憶の補完にもなり、何をしたら良いのか分かりやすくなるのではないかと助言。
<p>検討したアプローチ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人の思いやニーズをつかむため、それぞれが関わる中で、表情等を見て確認していく。 ・ご本人が大声を出す等の行動は、「できること」なのに「させてもらえない」、「何をしたら良いかわからない」というご本人なりの訴えではないかと助言。 ・活動に見通しが持てるようにスケジュール等を視覚的に提示してみる。 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>ヒント!</p> <p>★高次脳機能障がいの状態像を確認するために、使たらええで帳様式5「高次脳機能障がい確認リスト」、ご本人の基本的な情報（特に発症前後で顕著に変わったこと、趣味や困りごと）を漏らすことなく聞くために、使たらええで帳様式2「本人情報」を活用すると便利です。</p> </div>
<p>次回までの役割分担</p>	<p><u>*A 相談支援事業所相談支援専門員</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご本人、ご家族から受傷前後で変わったこと（好きな事、嫌いな事）等についてもう少し聴き取りをする。 <p><u>*B 生活介護事業所</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご本人が怒る時のきっかけを記録する。記録する際は、周囲の状況もわかるように、どういう環境で、何があって、どうなったかを記録する。

次回までの 役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ・見通しを持てるように作業内容を絵や文字を用いて視覚的に提示する。 *<u>家族（母）</u> ・ご本人が見通しを持てるよう、絵や文字などで送迎時間を提示する。 <p>○次回、会議開催は3か月後とする。</p>
---------------	---

《2回目支援会議》

参加機関	<p>母（キーパーソン） 市障がい福祉担当課職員（援護の実施機関、サービス支給決定権者） 基幹相談支援センター（会議の主催者、地域の相談支援の拠点） A 相談支援事業所 B 生活介護事業所（週3回利用）</p>
開催目的	1 回目会議の役割分担に沿って、取り組んだこと等を共有し、今後の対応を検討する
話し合った 内容	<p>各事業所等から経過の報告</p> <p><A 相談支援事業所></p> <ul style="list-style-type: none"> ・発症後も魚が好きなことに変わりないことを母から聞いた。今後、ご本人とやり取りをする際に活かそうと思った。 <p><B 生活介護事業所></p> <ul style="list-style-type: none"> ・スケジュールを活用し、1日の過ごし方の見通しを持てるようにした。初めはこれをしたら次はこれというところからやってみた。場所と取り組む内容は出来る限り一致させている。それを覚えてこられたようで、今では場所の写真と文字を提示するとわかるようになってきている。 ・怒った時の状況等を記録したところ、やはり、できることなのに支援者が先にやってしまった時に怒ることが多いことがわかった。できるだけご本人のペースにあわせ、プログラムの声掛けをすることで、怒ることが減ってきた。 ・1回だけだが、生産活動（タオル折り）に取り組む機会があったので参加してもらった。その時も作業の見通しが持てるようにしたところ、ニコニコしながら取り組まれていた。「どうですか？」と尋ねると、たたみ終わったタオルを見て、満足そうにしていた。 <p><家族></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人は日によってできることとできないことの波がある。 ・時計を使って、送迎時間を提示。生活介護事業所の職員から、他の人が使っている、朝の準備の流れの手順書を頂いたので本人に見せてみたら、スムーズに準備ができた。
検討したア プローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・自分のペースで取り組める活動では積極的に取り組んでおられる。役割を担うということに喜びを感じておられる様子。できることの幅を少しずつ広げていくような取り組みをしてはどうか。

次回までの 役割分担	<p>*A 相談支援事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> 今後の支援の参考のため、ご家族や生活介護事業所が行っている支援の工夫を書きためておく。 <p>*B 生活介護事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> 引き続き、ご本人が進んで取り組まれる生産活動の提供を行う。手順書などを示し、見通しを持てるように工夫をする。 ご本人にとって分かりやすいスケジュール提示を記録しておく。 <p>*母</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族が行っている工夫を支援者に伝える。 <p>○次回会議は3か月後に開催。</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>ヒント!</p> <p>★高次脳機能障がいの状態像やご本人・ご家族の希望や配慮してほしいと思われる点を、新たに加わる支援者に引き継ぐため、使たらええで帳様式5「高次脳機能障がい確認リスト」と、使たらええで帳様式6「__さんの配慮してほしいこと（日常生活場面での配慮事項等）」を活用すると便利です。</p> </div>
---------------	---

《3回目支援会議》

参加機関	2回目と同じ機関
開催目的	2回目の役割分担を踏まえ、それぞれの経過を報告
話し合った 内容	<p>各機関から経過の報告。</p> <p><A 相談支援事業所></p> <ul style="list-style-type: none"> 別件でB生活介護事業所に行った際、楽しそうに過ごしているご本人の様子が見られた。 母から、最近の変化として、笑顔が増えてきてすごくうれしいと聞いている。 <p><B 生活介護事業所></p> <ul style="list-style-type: none"> 見通しを持ってもらうように工夫することで、ご本人の安心感にも繋がった。 落ち着いて過ごしている。怒ることもなくなった。外出や日帰り旅行など、様々な活動にも参加できるようになった。 魚が好きと聞いていた通り、日帰り旅行で行った水族館では楽しそうに過ごされていた。 生産活動は以前より抵抗感なく取り組んでおられるように思う。 <p><家族></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の笑顔がよく見られるようになって、安心している。 みんなで何度か話し合うことで、本人の理解者が増えていったように思う。これからも本人の理解者を増やしていきたいと思う。

話し合った内容	ご本人の生活が安定したことから、定期的な会議の開催は終了。今後は、A相談支援事業所が実施するモニタリングの機会等を活用し、情報共有することを確認した。
今後検討が必要な内容	<p>< A相談支援事業所 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所が安定したことで、生活リズムの安定が図れた。生活リズムが安定してきた中で、今後は生活の質の向上に目を向け、例えば余暇の充実や仲間作りなどについて、ご本人のニーズを確認し、検討していく必要がある。 <p>《 今後検討が必要なこと 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○もともとは魚釣りにも行っていたと聞いている。水族館でも楽しそうに過ごしていたとのことであり、魚釣りにも行きたいと思っているのではないか。 ○同じような年齢あるいは同じような中途障がいの仲間との交流をしたいと思っているのではないか。 ○いずれにしても、まず、ご本人の意向を確認する必要がある。

支援会議で支援方針や役割分担を決定し、それに基づいた支援を行いますが、その後、今すぐではないものの時機を見て検討が必要なこと、すぐには解決が難しいけれど解決策を探らないといけないことなど、引き続き検討すべき内容が残される場合があります（残された課題）。

そこから地域課題の抽出、社会資源の改善・開発につながる場合があります（第4章（P.27）も参照）。

第3章 事例発表、事例検討型研修について

◆事例検討型研修：事例をもとに、支援を考える際に大切にしなければならない視点や支援の組み立て方を考える研修会。ケースに関わる支援者だけでなく、地域の様々な分野の支援者も参加することで、様々な立場からのアプローチについて学ぶ機会ともなります。

1. なぜ、事例検討型研修会をするのか

1つの事例について、参加者それぞれの視点から考えることや対応方法について意見交換し、立場が違う他の支援者の意見を聞くことで、自分自身の関わっている事例についてもより幅広い視野で見るという気づきを得ることができます。他の支援者が実際に支援した経過や内容を知ること、類似事例や状況への対応方法、新たな社会資源活用の工夫のヒントを得ることができ、支援の幅を広げることにつながります。

また、多機関の参加者（障がい福祉のみならず、医療や介護、児童等に関わる事業者、生活困窮者支援等を担当する行政等）で意見交換をすることで、それぞれの機関がどのような役割を果たしているかを把握することができるため、実際の対象者を支援する際に、支援者間の連携がとりやすくなります。

例えば、障がい福祉の支援者だけで検討を行った場合には、エピソードから考えられるご本人の言動の背景を理解し、対応方法を検討することはできません。そこに医療の専門職が入ることで、脳の損傷部位等から考えられる障がいの状況等に関する評価の情報を得られたりするので、障がい福祉の支援者だけで考えるよりも幅広い視点を得ることができるということです。

さらに事例提供者にとっては、現在進行形の事例の場合には支援を行うヒントを得たり、取扱う課題への支援が終了している場合には、他のアプローチがなかったのか等、支援の振り返りをする機会にもなります。

2. 事例検討型研修を行う際の工夫例

【グループワークを行う場合の工夫】

- ・ねらいに応じてグループ分けを工夫する。

例)

さまざまな意見を共有したい場合	さまざまな職種の支援者が参加する場合には、多職種がなるべく均等に配分されるようにグループ分けを行う。
今後の連携につなげたい場合	参加者の所属機関が地理的に近い者同士が同じグループになるようにグループ分けを行う。

- ・グループワークのシートに、所属機関・氏名を記載する欄を作り、参加者それぞれの所属機関がどんな役割を担っているのか把握しやすいようにする。

【議論が滞らないようにする工夫】

- ・実際に支援したケースの経過に左右されずに検討を行うために、初めの段階では一部の情報を提示し、ある程度検討が行われた後で、実際の支援経過の報告を行い、さらに検討を進める。

【参加者から広く様々な意見を引き出す工夫】

- ・「どんな意見もOK」というスタンスが重要。事例提供者の支援が適切だったのかを判断する場ではなく、参加者全員で支援について深める場として活用する。そのスタンスを最初に参加者で共有するというのも一つの方法。
- ・まんべんなく、いろいろな人の意見が出せるよう、特定の人に発言機会が偏らないよう配慮することが大切。
- ・多くの場合、事例提供者は発表することに緊張しているので、参加者が温かい雰囲気をつくるようにすることも大切。

3. 事例発表、事例検討型研修の具体例

大阪府では、平成 25 年度から平成 29 年度まで、「地域支援ネットワーク体制整備事業」として、二次医療圏域（府内 8 圏域）毎に、身近な地域で医療や福祉サービス事業所が連携できる体制づくりを行うため、各圏域の地域コーディネーター拠点機関に委託し、各年度の事業内容の企画立案をする作業部会等の開催と、圏域内の医療・福祉関係者等を対象とした研修会や事例報告等を実施してきました。

平成 29 年度は、各圏域において、高次脳機能障がいの事例を通して、医療・介護・福祉の事業所が共に支援を考えるための事例発表、事例検討を行っていただきました。

以下に、いくつかの実施内容を紹介します。

取組① 事例検討	
事例検討にあたっての作業	<p><検討の枠組み></p> <p>圏域の支援ネットワーク作業部会で、どのような事例検討を行うか話し合った。</p> <p>作業部会のメンバーは、圏域内の医療機関(セラピスト)、障がい福祉サービス事業所、行政機関、社会福祉協議会、基幹相談支援センター、相談支援事業所、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター等。</p> <p><事例選定について></p> <ul style="list-style-type: none"> 作業部会のメンバーから支援について検討したい事例を募り、検討することにした。
扱った事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> 50代男性。脳出血により、失語症、歩行障がい、高次脳機能障がい（注意障がい、社会的行動障がい）等がある。ご本人は意欲低下やご家族等身近な人への暴言があり、ご家族の負担が大きい。近隣に通えるサービス事業所がない。また、サービス事業所につながっても、意欲低下もあり活動にあまり参加できず、長時間事業所で過ごせない。ご家族の思いと合わないこともあり、どのようにご本人、ご家族の生活を支えるのかが課題
事例検討の内容	<p>事例の方には精神症状があったため、精神心理面の専門職の意見を得られるのではないかと考え心理職に、また福祉サービス利用が課題でもあったので、サービスをつないだり調整したりする立場の意見を得たいと考え相談支援事業所職員にも事例検討に参加してもらった。</p> <p>当日は、中心となって関わっている基幹相談支援センターから事例の経過等について報告の後、グループに分かれて意見交換を行った。</p> <p>(意見)</p> <ul style="list-style-type: none"> 住んでいる地域のインフォーマルを含めたネットワークを知ることも重要。 キーパーソンである妻の負担軽減のため、まずは妻の話を聞くことが必要。同じ境遇の人からの話も聞けたら良いのではないか。家族会の紹介はできないか？ 失語症がありご本人の意向が出てきにくいので、ご家族のニーズや支援者の思いだけの支援とならないように留意する必要がある。ご本人のニーズを探っていくことも重要。 ご家族を含めた支援者が、単独で支援してしまう状況を作らず、支援者自身が支援される場も必要。そういう点でも、チームで支援すること、支援者同士の横のつながりも大切になってくる。

取組② 事例検討	
事例検討にあたっての作業	<p><検討の枠組み></p> <p>圏域の支援ネットワーク作業部会で、事例検討の内容について検討を行った。作業部会のメンバーは、圏域内の医療機関（精神保健福祉士（PSW）、セラピスト）、障がい福祉サービス事業所、当事者会・家族会の代表、行政機関、基幹相談支援センター。</p> <p>作業部会のメンバーから、基本的な知識を伝えることも大切ではないか、という意見があったため、事例検討会とは別に、基礎知識を得る勉強会も実施した。</p> <p><事例選定の意図></p> <ul style="list-style-type: none"> ・以前から作業部会等で「引きこもっている若い当事者を何とかしたい」という意見があり、社会参加につながりにくいケースを検討することにした。 <p><参加者について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・検討をできるだけ具体的なものにしたいため、ご家族にも参加してもらった。
扱った事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・20代男性。交通事故による頭部外傷により、失語症、右麻痺、高次脳機能障がい（注意障がい、発動性の低下、易疲労性等）がある。発動性の低下の影響もあり時間がかかったが、ようやく障がい福祉サービス利用につながった。他者とのつながりを持ちつつ次の段階の支援をどう考えていけばいいかが課題。
事例検討の内容	<p>事例の経過と親としての思いを、母親から報告していただいた。その後、グループに分かれて、事例の方が他者との交流を持つことのできる居場所をつくるためにどのような方法があるかを、5ピクチャーズ*を活用しながら検討した。</p> <p>（意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご本人も母親と同じように、社会参加したいという思いを持っているのではないか ・ご本人が困りごとを困りごととして認識できることが大切ではないか ・こうありたいと思う将来像を描くことができるよう、経験を積み重ねる関わりを行うと良いのではないか ・ステップアップのために次の事業所に移ったとしても、現在利用している事業所でできていることを継続できるような関わりが必要ではないか <p>（参加者の感想）</p> <p>「ご家族の意見を聞くことができ、視野が広がった」との意見が多かった。 「具体的に事例を掘り下げるには時間が短かった」との意見もあった。</p>
<p>*5ピクチャーズとはミスポジション論に基づき、「こうありたい自分」と現状のズレに焦点をあてて、「こうありたい自分」になるために何を必要としているかを導き出す手法です。5ピクチャーズは本人のストレングスを活かし、本人の思いに寄り添った支援を考えるための一つのツールとして活用できます。詳しくは、大阪府相談支援ハンドブックを参照してください。 ⇒http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienhandbook.html</p>	

取組③：事例検討	
事例検討にあたっての作業	<p><検討の枠組み></p> <p>圏域の支援ネットワーク作業部会で、事例検討の内容について検討を行った。圏域の中でも、医療と福祉の連携について地域差があると思われたため、今回の事例検討会は、連携の例が少ない地域の事例を挙げ、その地域での連携を具体的にイメージできるようにしたいと考えた。また、参加対象をその地域の医療、障がい福祉、介護領域の支援者とした。事例選定は作業部会のその地域のメンバーである、基幹相談支援センター、医療機関（セラピスト）が中心に行った。</p> <p><事例選定の意図></p> <p>事例検討会で連携を具体的にイメージできるよう、医療と福祉の連携が必要な事例を挙げた。</p>
扱った事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10代男性。交通事故による頭部外傷により、右麻痺、高次脳機能障がい（遂行機能障がい、易疲労性等）がある。就労移行支援事業所を利用するが、周囲の人の目が気になり通所できなくなり、引きこもる時期を経て、再度通所できるようになってきた。ご本人の意向をくみながら、今後どのように支援をしていくのか、メンタルヘルスにどう配慮するのが課題。
事例検討の内容	<p>事例の経過を指定特定相談支援事業所から報告したのち、グループに分かれて意見交換を行った。グループには医療機関と福祉支援者、行政などが含まれるように工夫した。</p> <p>ご本人のメンタル面のケアのため医療機関につなぐ場合どのように支援していけばいいのか、若く可能性を秘めているご本人をどう支援していくのかを話し合った。</p> <p>グループワークを通して、支援方法の検討だけでなく、医療と福祉が連携するにあたっての問題点（時間的な点、制度面、支援者の意識のズレ等）を共有することもできた。また、参加機関の役割の共有や、顔の見える繋がりが構築できた。</p> <p>（参加者の感想）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ さまざまな職種の人から、また、障がいだけでなく介護分野の人からも、これまで知らなかった支援内容や考え方を聞くことができ、とても勉強になった。 ・ あまり知らない社会資源を知ることが出来た。支援に活かしたい。 ・ 地域の事業所との交流ができてよかった。 ・ 同じ障がいのある方を支援する者同士が、情報や悩みを共有できる場があればいいと感じた。

取組④ 事例発表	
事例報告にあたっての作業	<p><検討の枠組み></p> <p>圏域の支援ネットワーク作業部会で、どのように事例発表をするのか検討を行った。</p> <p>作業部会のメンバーは、圏域内の医療機関（医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、セラピスト）、障がい福祉サービス事業所、行政機関、相談支援事業所。</p> <p><事例選定の意図></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携に焦点を当て、地域にどのような社会資源があり、どう活用できるのか、どのタイミングでどのような支援があればよいのかなど、参加者がイメージできるようにしたいと考えた。 ・自宅へ帰る準備段階から、地域生活の支援ができる相談支援専門員が並行して関わった事例について取り上げることにした。 <p><発表の準備></p> <ol style="list-style-type: none"> ①事前に発表者で集まり、事例と今回の発表のテーマ（他職種連携）について共有。発表内容について精査。 ②資料は発表者それぞれが作成したが、リレー形式での発表に合わせ、全体の支援の流れがわかるよう、資料を追加。 ③完成したものを全員で共有し、話す内容が重複しないよう調整。
扱った事例の概要	<p>・30代男性。脳出血により、右麻痺と失語症、高次脳機能障がい（注意障がい）がある。退院後は自宅で生活する予定だが、退院後の生活をどう組み立てていくかが課題。</p>
事例報告の内容	<p>関わった支援者（回復期病院MSW・相談支援専門員・地域包括ケア病棟MSW）がリレー形式で講演した。その際には、それぞれの立場で「スムーズな支援を行うためには、他支援者にどのような準備や環境づくり、を望むのかにも触れた。（参加者の感想）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携の様子が具体的に話されたのでわかりやすかった ・自分の専門外の具体的な支援が知れてよかった ・介護保険対象外の方の地域連携支援の流れがわかった ・多職種との連携の重要さを改めて感じた ・各職種ごとに情報・目標の共有、退院後の生活を見据えた早期の連携が大切だと思った。 ・ケースごとに、どこに相談したらよいのか、つなげたらよいのかわからない。社会資源をどう活用するのか、どのような制度があるのか等を学べる機会が欲しい。

A市社会福祉協議会における職員のスキルアップのための事例検討会の取り組み

社会福祉協議会は、地域生活での様々な困りごとについて相談を受けており、困りごとに対応するには、分野によって制度が異なるフォーマルな社会資源を繋ぎ合わせたり、インフォーマルな社会資源をうまく組み合わせたり、と様々な工夫をしています。

A市社会福祉協議会では、そのような工夫に対応できるよう職員のスキルアップを図るために職員研修として事例検討会を実施しました。

<事例検討会の実施方法>

- アルバイトや非常勤職員も含め、担当分野をこえた全ての職員が参加し、1つの事例について2回実施。
- 1回につき2時間で終える。
- 1回目：事例について、その人を支援する際、最大の理想形の支援について、グループに分かれて話し合う。
(「絵に描いた餅」を描くが、その餅はとびきり美味しそうな餅を描くようにした)
- 2回目：1回目で話し合った理想形の支援になるよう、何をしたらよいか、どのような制度の活用、組み合わせが考えられるかを話し合う。
(その餅を作るためにどうしたら良いか考える)

<工夫したこと>

- 1回目は理想形の支援について話し合うため、できるかどうかといった現実的な感覚にとらわれず、自由な発想で支援を考えるように、ということを中心に心がけるようにした。
- 2回目はそれを具現化するために、逆算的にやれることを考えるため、ある制度とある制度をうまく組み合わせる、地域のちょっとした資源を活用するといった視点で、検討するようにした。
- グループ分けについては、1つのグループにいろいろな部門の職員が入るようにした。

<実施してみて…>

- 社会福祉協議会において支援する際に、自由で柔軟な発想が必要であるため、すべての職員に参加してもらったが、アルバイトの職員等から思いがけないような豊かな発想が出てきたこともあった。
- 1年間、定期的にさまざまな事例について検討したが、事例検討会をする中で、担当部門を超えて連携する、という職員の意識醸成にもつながった。

高次脳機能障がい当事者、家族の思い

高次脳機能障がいの当事者や家族の思いを知ることは、支援をする上で非常に大切です。事故や病気になるまで送っていた当たり前の生活の変更を余儀なくされ、喪失感や戸惑い、悲しみといった気持ちを抱えておられ、周囲のサポートが必要な状況にあります。また高次脳機能障がいの影響を受け、生活の中で日々困りごとを感じておられます。代償手段を身につけてひとつ出来ることが増えても、また新たに困りごとが生じる場合もあり、何年たっても苦労されています。

この度、府内の当事者会、家族会に協力をいただき、これまでの経緯や当時の気持ち、今の思い、どのように後遺症と向き合っているかなどを話していただきました。ご本人、ご家族の思いなどを知っていただくとともに、当事者会や家族会は「孤立を防ぐ仕組み」として非常に貴重な資源であることをご理解いただければと思います。またピア活動について相談があった際には、社会福祉協議会との連携調整など当事者・家族会の立ち上げの支援なども行っていただければと思います（具体的な取り組みについては第4章で紹介しています）。

◆当事者の声

《Aさんの思い》

◇これまでの経緯、現在の状況

Aさん：現在36歳。29歳の時、出勤中に大型車にはねられる事故に遭う。

精神障がい者保健福祉手帳3級。

- ・受傷後、病院でのリハビリにてADL面は回復し、元の職場に復帰したが、同僚の顔や職場での自分のポジションを教えてもらうことから始めなければいけなかった。
- ・取引先には、高次脳機能障がいについて伝えずに仕事を続けた。仕事のやり取りの中で、高次脳機能障がいがあることを分からないようにすることは、とても努力が必要だった。
- ・記憶障がいがあり、「以前、あなたが作った資料だよ」と言われても思い出せないし、電話でのやりとりを記憶するのが難しく、必死でそれを補完しようと頑張り続けた。また、誰が自分の障がいのことを知っているのか思い出せず、相手の反応を探り探り接しなければいけないことも、とても疲れた。
- ・職場の上司から、「事故現場を通っても、別に何も感じないでしょ。もう大丈夫だよね。」と言われ、これまで頑張ってきた気持ちの糸がプツンと切れ、退職を決意した。
- ・その後、ハローワークで職を探し、障がい者枠ではない就労を何度かする。求職中は、失業手当を受給。
- ・4年前から実家の近くで一人暮らしをしている。

◇今の思い

- ・私は、身体面の障がいはほとんど残らず、高次脳機能障がいも軽いほうだと思う。職場や自宅で、「大丈夫な」自分を一生懸命に見せているが、本当の自分はどこなんだろうと思う。

- ・友達にも、高次脳機能障がいのことを説明しづらく、わずかな友人にしか知らせていない。その友人にも、悩みを打ち明けることはできない。
- ・手続きの時には、父親が付き添ってくれるし、母親も心配をしてくれる。両親の気持ちはありがたいが、両親が考える自分と実際の自分とのずれを感じることもあり、気を遣ってしまう。両親の心配に答えたりすることが正直しんどい。受傷後、物音に非常に敏感になり、ドアをバンと閉めたりされると、とても苦痛なので一人暮らしの方が楽。
- ・最初に紹介された当事者会では、一人暮らしをして働いているという后感心されるばかりで、自分の悩みや苦勞を共有できる場ではないと感じた。次に紹介された会では家族も交え、自由に好きなことを話し、それを受けとめてくれる雰囲気があり、自然と足が向いている。会でやっている硝子細工は、何もかも忘れて打ち込める趣味であり、息抜きの時間である。
- ・今は、仕事も探せば見つかるし、若いので何とか努力で記憶等を埋めているが、それがいつまでも続けられるかは不安。

◆家族の声

《Bさんの思い》

◇これまでの経緯、現在の状況

Bさん：夫が7年前（当時、56歳）に仕事にくも膜下出血で倒れ、回復期の病院も含め8か月入院。記憶障がいや地誌的見当識障がい（道に迷う）が残っている。身体障がい者手帳2級、精神障がい者保健福祉手帳所持。

- ・夫の職場からは、入院期間中も定期的に連絡があった。退院後は社内の他の部署で障がい者雇用で週3日勤務。定年まで働くことができた。
- ・退職後は、介護保険を利用し、デイサービスに週3回通いながら、自宅で生活している。

◇当時の不安、今の思い

- ・夫が入院中は、何がなんだかかわからず、とにかくこれからの生活をどうしたらいいのか不安しかなかった。
- ・毎日、病院に通うことが精いっぱい、医師やMSW等から説明されてもあまり頭に残らず、言われるようにしかできなかった。その時は、福祉制度やサービスに関する知識がなく、説明されても理解できなかった。その頃に身体障がい者手帳を取得したが、あまり記憶にない。
- ・退院にあたって高次脳機能障がいについて詳しい説明はなく、地誌的見当識障がいがあるため「出て行って道に迷ったらどうしよう?」「退院してやっていけるのだろうか」と不安になり、夜も眠れなかった。子供たちに負担をかけたくないで、「自分でなんとかしなくちゃいけない」と思うものの、朝起きると、「ああ、また同じ一日が始まるのか」と気持ちが沈み、涙がこぼれた。振り返れば、症状固定後は、ゆっくり年単位で良くなっていくと思えるが、当時は何も分からず、この先どうなるのか不安だった。
- ・高次脳機能障がいに関する本の中で、家族会が紹介されており、相談機関に近くのと

事者・家族会について教えてもらった。

- ・夫の復職後、職場までの送り迎えをした。夫を送っていき当事者・家族会に立ち寄り、また迎えに行くという生活を退職まで続けた。今振り返れば、会に行き不安な気持ちを言ったり、他の方の体験談を聞くことで、苦しさを克服できたと思う。
- ・近所の方は色々と気遣ってくれるが、本音で相談はできない。当事者・家族会では、同じ境遇だからこそ本音を話せたし、家族会の先輩が冗談を言いながら笑っている様子を見て、「ああ、笑って暮らしていけるんだ」と希望の光を見た気がした。

《Cさんの思い》

◇これまでの経緯、現在の状況

Cさん：兄が5年前（当時、34歳）職場からの帰宅中に交通事故に遭い、重度の後遺症が残る。急性期病院や回復期病院を転々とし、事故に遭って1年3か月後によろやく実家に退院となった。

現在も24時間見守りが必要で、母親を中心に家族で支援している。また生活介護事業所、訪問リハビリ、ヘルパー等を利用している。

キーパーソンは弟である自分。サービス利用に係る手続きや身の回りのことがしやすいよう、事故後、実家近くに転居した。

◇当時の思い

- ・交通事故の被害者であり、目撃者がいないことから目撃者探しを含め、家族で行った。兄が生死をさまよう中、警察等の関係機関への迅速なアプローチが必要だった。喪失感や悲しみ、被害に遭った怒り等を抱えながら対応していくのはとても大変だった。
- ・意識がない状態が長く続いていた。目は開いていたため、兄と小さいころによく遊んでいた公園の絵を描き見せたところ、それまで全く反応のなかった兄の手が動いた。とても嬉しく、家族全員で泣いて喜んだ。それをきっかけに少しでも刺激になれば、と兄が好きだった音楽を聞かせたり、絵を見せたりする取り組みを家族で始めた。
- ・複数回の手術、何度も繰り返された死の山を乗り越え、回復期病棟へ転院となった時は嬉しかった。回復期は、家族からいうと希望期である。よろやく回復に向けた初めの段階に来た。だから家族としては、回復期には1日でも、1時間でも長くいてリハビリをしてほしいと思った。
- ・兄は何度も転院したが、医療制度上入院日数が決まっており、早く退院を、と迫られるため、次の準備に奔走しないといけなかった。病院に行くたびに退院への話があり、精神的に追い込まれた。
- ・治療のため10カ月ほど頭蓋骨がない状態だったのだが、兄はその状態の頭部を掻き毟る、転倒事故などもあり、身体拘束をされた。家族としては拘束された姿を見るのもつらく、身体拘束をされずに兄が安全に過ごせるよう、一日も欠かさず交替で病院に行き、頭部を掻き毟ろうとしている兄に好きなものを提示する等で気をそらせるようにした。
- ・家族は悲しんでいる暇もないくらい、様々な手続きや制度に追われている。この大変な状況を何とかしたくて行政に相談に行っている。本人、家族は急に日常を奪われ、

疎外感、孤立感を感じている。そのことを理解して、配慮ある対応をしてほしい。

- 兄の入院中、市の広報で高次脳機能障がいの家族会を知った。兄のことで疲弊しきっていた母が元気になればと思い、母を連れて家族会に参加した。そこでは、同じ家族の立場としての思いを聞いたこと、そして様々な手続きをするために、例えば記録をしっかりとっておくなどの工夫している点などを聞いたことがとても大きかった。
- 兄が1年3カ月の入院を経て、ようやく家族のもとへ帰ってきてくれた時は、とても幸せだった。その間に父の病気もあったが、父も兄も「生きていてくれた」ことに心から感謝した。これまでの人生で当たり前のことに気づけていなかっただけで、こんな状態の家族にも幸福はあるのだと思った。

◇これまでの経験を活かして、家族会活動へ

- 兄の事故から約1年後、父が心臓疾患で倒れた。父が運ばれた病院で、子どもが事故に遭ったひとり親家庭の母親が「私一人で、どうしてよいのかわからない…」と途方に暮れている姿を偶然見かけた。その時、兄の事故は大変だが、自分には一緒に支え合い、役割分担ができる家族がいると気づいた。その出来事がきっかけとなり、同じ家族の立場として、同じ境遇の人のために寄り添いたいと思うようになった。
- 福祉サービスを利用すると、相談支援専門員などの専門家に初回相談ができるようになる。しかしそこまでには、一定の期間が必要。家族が事故に遭い、「今すぐ」誰かに助けてほしいと思っている者にとって待機期間は長く、辛く不安な気持ちを募らせてしまう。そのことを分かってほしいし、誰かが寄り添うことが必要だと感じている。
- 兄の交通事故から5年が経った。重度の後遺症があるが、生活自体は落ち着いている。時折、事故に遭う前の兄を思い出し、ふと辛くなる時がある。兄は「ピンチこそが最大のチャンス」とよく口にしていた。私はその言葉を原動力として、問題が生じた時に何とかプラスに変えていけるように取り組んできた。それは、家族会の活動や兄が利用している支援事業所、行政等への働きかけにも繋がっている。
- 家族会には同じ境遇の気持ちを分かち合える仲間がいる。心の受け皿としても、経験者ならではの情報の共有という点においても、家族会の存在意義があり、家族会の役割の重要性を日々感じている。
- ひとりの人間が他の人を救うことなんて、できないかもしれない。なぜならどんなに願っても、時間は決して戻らないし、悲しみが消え去ることはないから。それでも、心の傷が少しでも広がらないよう、同じ境遇にいる誰かが手を差し伸べて、寄り添う。そのひとつひとつの思いやりが「支援のバトン」となって、次の人へと繋がっていく。支援のバトンをひとつでも多く繋いで、ひとりぼっちで悲しむ人を支えることを目標に活動していきたい。



《支援者のつぶやき》

高次脳機能障がいは、見えない障がいとは聞いていたが、生活の中でそれぞれ苦労されていることを忘れてはいけないなあ…。

支援者として出来ることがあると思うけど、ご本人やご家族の思いをすっかりわかることは難しい。思いを分かち合える場所である当事者会や家族会は、ご本人やご家族にとって大切な場だなあ。

ご本人やご家族の思い、抱えている悩みに共感できる支援者でありたいな。

第4章 個別課題・地域課題解決に向け、社会資源の新たな活用方法を考えるために

各市町村の社会資源はさまざまありますが、ご本人やご家族の望む生活や地域生活の充実に繋がることを念頭に置いて、地域をアセスメントする必要があります。特に「必要だが現状ではすぐに活用できる資源が地域にない」という状況、あるいは、支援会議で明らかになった残された課題(今すぐ解決できないこと)の中で多くの事例に共通する内容は、その地域の課題であり、多くの知恵を結集して協議する場(地域自立支援協議会)を活用して共有したり検討したりすることが大切です。

また課題の解決のためには、インフォーマルな資源も含めた地域の資源を、柔軟な発想で存分に活用しましょう。そのために、まずは、地域にある資源をできるだけ多く知ってください。

地域課題の抽出や地域資源・課題を共有するために、府内の市町村等では以下のような取り組みを行っているところがありますので、参考にしてください。

■地域資源を把握するために

- ・障がい福祉サービス提供事業所を中心とした資源の紹介冊子等の作成
- ・会社や店舗など、障がい福祉サービス提供事業所以外の情報をまとめた一覧の作成

■地域課題の抽出のために

地域自立支援協議会で事例検討型研修をし、出された意見の中で共通する課題を整理する。

■課題を共有するために

地域自立支援協議会で、①定例会で日々の支援において課題に感じていることを出し合うグループワークを実施。②出てきた課題を協議会事務局メンバーで整理、一覧にして見える化する。③その後、期間限定の課題調整ワーキンググループ(メンバー: 相談支援事業所、市)を設置し、課題ごとに対応・実践できそうな部会やネットワークに繋ぐ。又は、期間限定の検討チームを作って解決策をまとめる。

どの地域においても、自分たちの地域の現状を踏まえ、目指すべき姿を描き、そのために何をすべきか考えていただければと思います。

地域の社会資源を再度見直し、地域課題の抽出や解決のために、「社会資源を発見してみようシート」や「地域課題分析シート」のツールも活用してください。

※具体的な取り組みや工夫については、第5章、第6章で紹介しています。

◆「社会資源を発見してみようシート」(資料編P. 48)◆

ご本人の望む生活(ニーズ)を実現するための課題について、今ある社会資源をどう活用するかとどこがそれに対応するか、及び、今後、どのような社会資源があったらいいか検討するためのシートです。参加者それぞれが持つ情報を出し合うことで、新たな発見につながることもありますし、「今後あったらいい資源」を検討することで、今まで社会資源とは思っていなかったものが、実は支援に役立つ社会資源となる発見に繋がります。

次ページでは、第2章の事例において、継続的な支援会議が終結した後に、今後検討が必要とされた内容(P. 15)について、別の機会にて検討を行ったことを想定し、「社会資源を発見してみよう」シートの記載例を作成しましたので、事例と合わせてご覧ください。

社会資源を発見してみよう（記載例）

利用者名 ○○ ○○ 会議名 _____

○本人の望む生活

魚釣りに行きたい

○実現するために検討すること 及び 社会資源の状況等

実現するために検討すること (残された課題)	現在ある社会資源の活用 (インフォーマルも書いてみよう)	実施できる事業所・団体等 (できるだけたくさん)	今後あったらいい資源
外出の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・移動支援を利用する ・受傷前、魚釣りに一緒に行っていた従兄が近くにいる 	同性・同世代のヘルパーがいる 事業所 2 か所： ●ヘルパー事業所、★事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・魚に詳しいヘルパー ・魚釣りの仲間
交通機関の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・家の近くにバス停がある ・バスの運転手は優しい人が多い ・低床バスが走っている ・最寄駅にはエレベーターがある ・ICカードが使える 	△△バス会社 ◆電鉄	<ul style="list-style-type: none"> ・駅のバス停案内の分かりやすい表示を話し合う場（駅前のバス乗り場は、複数あり分かりにくい）
どこで釣りをするのか？ （骨折の影響により足首が曲がりにくいいため、足場の悪い海や川に行けるか不安）	<ul style="list-style-type: none"> ・ごはん屋さんで魚釣りができる店がある ・最寄駅から、乗り換えをせずに釣堀のある駅まで行ける。その釣堀はコンクリートで固められている。 ・釣堀には常連の人が数名いて、とても優しい人たち 	<ul style="list-style-type: none"> ●◇●レストラン ■□釣堀センター（少し遠い） 	<ul style="list-style-type: none"> ・近くで釣りができるところ ・もともと海釣りが好き。海で足場が安定している釣りができるところ ・どの程度歩けるのか評価してくれる病院

本人・家族・地域のストレングス ※地域の社会資源が思い浮かばないとき記載してみましよう

- ・交通機関の利用に慣れている
- ・こつこつと取り組める
- ・好きなことは熱中する
- ・親がいない
- ・本人のことを大切に思っている家族がいる
- ・年齢の近い従兄がいる
- ・近くに公園がある
- ・小さいころから本人を知っている近所の人がいる
- ・幼馴染がいる
- ・釣り具屋が本人を昔から知っている
- ・本人がよく行っていたスーパーが家のそばにある
- ・昔ながらの商店街がある
- ・図書館に魚の本のコーナーがあり、蔵書も多い。

・「地域課題分析シート」（資料編 P. 49）

「地域課題分析シート」は 5 ピクチャーズ（P. 19 参照）をもとに、地域の課題について検討するシートです。

（使い方）

- ①まず、「社会資源」に関して、フォーマルなもの、インフォーマルなもの、人のネットワークなど様々な地域のストレンクス（例 ターミナル駅がある、昔ながらの商店街がある、頼りになる往診医がいる 等）について話し合います。研修でこのシートを活用する場合には、地域のストレンクスを話し合うことに時間をかけるようにしています。
- ②次に、地域の将来像、こうなってほしいこと（例 認知症サロンのようなものがあるご本人、ご家族が相談できる 等）を話し合います。
- ③そして、今の地域の現状（例 地区によってある資源とない資源がある 等）について話し合い、そこから地域課題（例 当事者・家族会が少ない 等）を導き出します。
- ④その上で、②で議論した地域の将来像に近づけるために、どんなアクションが必要なのか、「すでに試していること」（例 障がい特性についての研修会に参加する等）、「まだ試していないアイデア」（例 地域自立支援協議会で研修会を企画する等）を考えます。

◆「地域課題分析シート」を活用した研修の参加者の声

「限られた時間の中で、それぞれの項目を検討することは難しかったのですが、それでも同じ圏域で活動している相談支援従事者が、圏域内の社会資源について共有したり、支援する際の悩みを共有したり、顔の見える関係ができたことは、とても有意義だった」との意見が多く寄せられました。

次ページでは、第5章の取組3（P. 35）をもとに、「地域課題分析シート」の記載例を作成しましたので、取組とともにご覧ください。

「第5章 取組3 (P.35) : 市町村社会福祉協議会が事務局を担い設立された家族交流会について～社会資源の活用～」の事例を基に、記載。

地域課題分析シート

【地域課題】

- ・ 家族が高次脳機能障がいについて学ぶ場があるといいなあ。
- ・ 家族が困りごとを話し合えるような場があればいいなあ。
- ・ 疲れ切った家族が安らげるところがあったらなあ。

【将来像】地域

- ・ 高次脳機能障がいがあっても、仲間や相談できるところがあり、本人も家族も孤立せずに生活できる地域

【現状】地域

- ・ 高次脳機能障がいの家族が孤立している。
- ・ 相談先がわからず、家族で抱え込んでいる。
- ・ 介護に心身ともに疲れ切っている家族がいる。

【解決のためのアクション】地域と相談支援専門員

すでに試したこと

- ・ 市役所や医療機関、日中事業所に、同じように家族が孤立して疲弊しているケースがあるのか聞いてみる。

まだ試していないアイデア

- ・ 高次脳機能障がいに関わるそれぞれの機関の強みを活かして、実行委員会を立ち上げ、「家族交流会と学習会」を立ち上げる。

【地域のストレンクス（社会資源）】

- ・ 高次脳機能障がいの方を多く支援している日中事業所がある
- ・ 急性期・回復期の機能をもつ病院が市内に4つある
- ・ 社協が車いす貸出事業を行っている
- ・ ひとつの事例から地域の困りごとを想像できるCSWがいる
- ・ 高次脳機能障がいの家族が置かれている状況を理解してくれ、場所の確保に協力してくれる市役所職員がいる
- ・ 認知症家族の会がある
- ・ 認知症家族の会の事務局を担っている社協がある
- ・ CSWの声かけで医療や福祉の関係機関が集まれる雰囲気がある

第5章 各市町村内における取組の紹介

～窓口対応の工夫と社会資源活用の工夫～

1. 市町村内の各相談窓口との連携について

高次脳機能障がい、中途障がいであるゆえに、これまでの生活が一変することによる今後の生活への不安の方が大きいです。そのため、医師等からの高次脳機能障がいの症状や制度についての説明を十分に理解し、退院後の生活に備えるといったことを考える余裕がなかったり、また、幸いにも身体に障がいが残らなければ、高次脳機能障がいに気づかないまま退院することもあります。

そのような場合でも、退院後早い時期に、生活に困り、市町村の相談窓口にくられることがあります。市町村は、地域に戻られた際の最初の相談窓口として、大きな役割を担っています。

相談にくられる際には、生活保護や生活困窮に係る相談窓口など、市町村の障がい福祉担当以外の相談窓口や市町村社会福祉協議会等の担当窓口に来られることも想定されますので、地域に戻られた後、適切な支援につなぐ重要なタイミングを逃さぬよう、常日頃からの情報交換が大きなポイントです。

2. 市町村にある社会資源の活用について

中途障がいゆえの課題として、ご本人はもちろんのこと、ご家族も障がいを受容するまでに時間がかかることがあります。また、高次脳機能障がいの症状の1つである病識の欠如により、ご本人が支援の必要性の理解が難しい場合には、最大の支援者であるご家族も疲弊してしまいます。そのような場合は、すぐに障がい福祉サービス等に繋ぐということが難しいことがあり、まずはインフォーマルサービスを活用しての見守りや居場所づくりによって、支援者との信頼関係を構築し、ご本人が支援者の助言を受け入れる準備が整うまで寄り添い、気持ちの準備ができてから障がい福祉サービス等に繋ぐことが、結果として適切な支援に繋がります。

そのようなインフォーマルサービスはニーズに合うものがすぐに見つかるわけではなくともかもしれませんが、市町村社会福祉協議会や基幹相談支援センター等、地域の関係機関が持っている事業や機能を組み合わせることで、生まれてくる可能性があります。市町村は、日ごろからそれらの関係機関と協力し、新たな社会資源活用の工夫や開発を地域の支援者と考えられるよう、調整役・先導役となることが期待されています。

社会資源の中で一番力を発揮してくれるものが、P. 23の「高次脳機能障がい当事者、家族の思い」にあるように、当事者・家族会といったピアサポーターの力です。貴重な地域資源としての当事者・家族会の活動を支えることも、市町村の大きな役割です。

市町村や市町村社会福祉協議会における以下の取組を紹介します。

取組例

1. 市町村での相談対応（高次脳機能障がい者の相談体制充実に向けて）について
2. 基幹相談支援センターでの取組（適切な支援に繋ぐための情報提供）について
3. 市町村社会福祉協議会が事務局を担い設立された家族会について～社会資源の活用～
4. 市町村社会福祉協議会と障がい福祉サービス事業所との連携で始まった野球交流会について～社会資源の活用～

取組1：市町村での相談対応（高次脳機能障がい者の相談体制充実に向けて）について

① A市では、市役所の障がい福祉の窓口によくの方が相談に来られます。高次脳機能障がいの方に関わらず、障がいのある方の相談にタイムリーに対応するために、平成28年度から基幹相談支援センターに毎日、市役所に出張相談に来ていただいています。

今後、そういう対応をしていることを医療機関にも伝えて、早い段階で連携を図ることもできるのでは、と考えています。

A市の職員は「それぞれのサービス事業所が、現場でご本人やご家族をきちんと支えていくためには、行政が市民生活を支える責任があること、市民の権利擁護を図る責務があることを認識していかないといけない」と考えて、この基幹相談支援センターによる出張相談との連携を考えられました。



ポイント！

市町村における相談体制充実のため、総合相談機能を持つ基幹相談支援センターと連携している事例です。

② B市は、保健福祉総合センターのなかに福祉担当の窓口があります。そちらでは市民活動の推進のために部屋の貸出をしていたり、ロビーなどは自由に使えて、冷暖房も効いているため、自然と高齢者や障がい者も含めた市民の憩いの場ともなっています。

自由にアクセスできる気軽さから、障がい福祉の窓口にふらっと来て延々と話をされる方もおられ、話を聞いていると、「高次脳機能障がいの方だよね」と職員間で確認するような方もおられます。これまでのやり取りの中で、その方の今の状況から判断し、どのようにアプローチして、どのようなサービスに繋げるか、職員が検討することもあります。



ポイント！

保健福祉総合センターが、「居場所」になっていて、気軽に世間話をしに来られる中で、自然な形での見守り（寄り添い）ができる可能性を秘めている事例です。

このような資源も、一つの貴重な社会資源なので、そのメリットを活かすことを考えていただければと思います。

③ 高次脳機能障がいの方の中には、身体障がいもある方もおられます。C市では、身体障がい者手帳や障がい福祉サービスの利用申請の際に、「病院から言われてきた」とか「なんか記憶面が…」というような話があった場合には、高次脳機能障がいの可能性を考え、手帳担当者から専門職の相談員につなげる仕組みがあります。その場合、専門職の相談員は委託相談や指定特定相談支援事業所と一緒に関わって、指定特定相談支援事業所に引き継いでいくという形をとっています。

病院から退院後の支援について障がい福祉担当課に退院後の障がい福祉サービス等の利用相談があった際には、必要に応じ入院中の病院での障がい支援区分の認定調査を、市役所の職員が実施し、計画相談事業所にも同行の協力を求めて、入院中の状態の把握や退院後の生活に関する希望を聴き取り、今後の支援を一緒に考えていくというようにしています。また、障がい福祉サービスと介護保険サービスの両方を踏まえた上で生活の組み立てを考えることが想定される場合には、事業所に繋げる段階から介護保険サービスでも障がい福祉サービスでも対応可能な事業所を選んでおき、ご本人やご家族の意向、状況等を踏まえ、より適切な支援ができるよう工夫をすることもあります。



ポイント！

市町村に手帳等の手続きに来られた際、その聴き取りの中で、高次脳機能障がいの可能性がある場合に、専門職に繋ぎ、専門職が計画相談支援事業所や医療機関のMSW等と、退院時、又は、地域に戻られてからの支援をどうするか多職種で連携して検討されている事例です。医療機関の退院時点で高次脳機能障がいの方を把握することで、その後の円滑な支援に結びつけることが可能になります。

高次脳機能障がいの支援者の声として、医療機関からは退院時に支援の繋ぎ先がなく困っている、地域の支援者からは重要な障がいの状態等の医療情報が入手できないという声をよく聞きます。そのような場合に、医療・介護の連携の橋渡し役があることが非常に大きな力になります。

取組2：基幹相談支援センターでの取組（適切な支援に繋ぐための情報提供）について

< A基幹相談支援センターの状況 >

A基幹相談支援センター（以下、基幹センター）において、高次脳機能障がいに係る相談者は、ご家族が中心です。また基幹センターのことは市の障がい福祉担当課から聞いて来られる方が多いです。市の障がい福祉担当課では、ご本人・ご家族から相談があった際に、相談先が複数あると迷ってしまうため、まず初めに総合相談機能を持つ基幹センターを紹介し、相談に繋がりやすくするという工夫を行っています。

また、高次脳機能障がいの方に関しては、生活困窮の相談窓口やコミュニティソーシャルワーカー（以下CSW）、高齢者の見守りや居場所となっているところで困っている状況を聞いた人が市役所等への相談を勧め、基幹センターに繋がる場合もあります。

< A基幹相談支援センターで心がけていること >

基幹センターへ相談に至る理由は様々ですが、継続して支援者と繋がってもらうためには、「相談して良かった」や「何かあったら相談できる場所だ」と相談者に感じてもらうことが大切です。そのため、相談者が今一番欲しがっている情報を伝える（手帳制度、障がい福祉サービスの利用の仕方といった情報を求められることが多い）ことをしながら、信頼関係を構築することを大切にしています。その上でご本人やご家族のニーズや状況等のアセスメントを実施し、次の支援に繋げています。ご本人とはなかなか会えないこともあるため、家庭訪問等、ご本人やご家族にとって負担のない形で会うようにしています。ただし、基幹センターは、権利擁護等の他の機能も有しているため、相談支援事業所との役割分担として、アセスメントを実施後は支援の中心機関となる他の機関に繋ぎ、定期的に協議したり、必要に応じて再アセスメントするという形で支援を実施しています。

< 適切な情報提供のために >

基幹センターが中心となり、市内の障がい福祉サービスの資源情報をまとめた冊子を作成し、日中活動の場は、事業所の所在地、連絡先だけでなく、事業所からのコメントとしてどのような活動を行っているのかを記載、また外観や作業風景等の写真も掲載し、具体的な事業所の支援内容をより詳細に伝える工夫をしています。

また基幹センターが事務局を担っている地域自立支援協議会において、障がい福祉サービスを利用する際の手続きとして必要なサービス等利用計画やモニタリング等について説明する冊子を作成し、障がい福祉サービスに馴染みのないご本人・ご家族にもわかりやすい情報提供ができるよう工夫しています。

ポイント！

高次脳機能障がいは、中途障がいであるため、ご本人やご家族は、どのような制度やサービスがあるのか全くわからず、藁にもすがる想いで窓口にお問い合わせされることがほとんどです。突然の受傷・発症で非常に混乱している状況下での手続きとなるため、そのような状況にも配慮した丁寧な相談支援が必要です。

そのため、ご本人、ご家族の状況やタイミングに応じて、その時々に応じた情報提供を心がけることが大切です。

取組3：市町村社会福祉協議会が事務局を担い設立された家族交流会について

～社会資源の活用～

A市社会福祉協議会では、市内の中途障がい者の日中活動事業所、医療機関、市の障がい福祉担当課等とともに平成28年6月から、高次脳機能障がい者の家族交流会を開催しています。

<きっかけとなった事例>

きっかけは、前年に車いす貸出事業の利用相談が社協にあったことでした。職員が貸出の理由を聞くと「心停止による低酸素脳症が原因で後遺症がある夫を自宅で介護している。夫は暴言を吐くなど、以前とは性格が変わってしまった。どこに相談したら良いのかもわからない」とのこと。すぐさま、CSWが支援することになりました。担当CSWが事情をたずねると、夫は高次脳機能障がいの診断を受けていること、通院が途絶え、サービスも利用しておらず、夫の介護に心身ともに疲れていることがわかりました。そこで市の障がい福祉担当課と連携し、夫の通院を再開、障がい福祉サービスの利用にもつなげました。

<設立に向けて>

「他にも同じようなケースがあるかもしれない。家族の孤立を防ぐ仕組みが必要」と考えたCSWは、上司や市の担当者と相談し、まずは関係機関との情報共有の場を設けることにしました。A市内で中途障がい者を支援する日中活動事業所をはじめ、急性期・回復期の機能を担う4病院のMSWに呼びかけ情報交換会を開催したところ、「家族の障がい受容が難しく、障がいの理解や当事者同士での支えあいの仕組みが必要」と意見が一致。各機関の強みを活かして家族交流会の開催に向けた準備が始まりました。市は広報や場所の確保、日中活動事業所ではポスターの作成や家族への周知、病院は対象家族への情報提供などを担います。

社協は、認知症家族の会の事務局を担っており、今回も家族交流会の事務局としてサポートを行うことになりました。CSWは「認知症と高次脳機能障がいは、脳に起因する点で症状に共通する部分も多い。また認知症家族の会発足時、認知症の認知度も低く、少ない情報の中で家族は困惑・疲弊していた」とその共通点を語ります。

<実施しての声>

平成28年6月、1回目の「家族交流会と学習会」を開催し、ご本人やご家族、支援者、市民など約90人の参加がありました。参加者からは「企画に感謝いっぱい」「ぜひ続けて欲しい」との声が多く聞かれ、ニーズの強さを実感したそうです。平成29年1月に開催した2回目の家族交流会でも「同じ立場の家族と話ができて心が救われた」「悩んでいるのは自分だけでないと励まされた」「自分もがんばろうという気持ちになれた」など、悩みを共感しあう中で前向きに障がいと向き合おうとするご家族の姿がありました。

<B市のCSWが語る 支援者にとっての家族会の良さ>

同じような取り組みを10年ほど前から行っているB市社会福祉協議会のCSWは、B市における家族会について、例えば「CSWによる一定の支援が終わり、関わりの中心が別の機関となったご本人、ご家族のその後の生活の様子を知ることができること」、「他の当事者、家族の支援の際の参考になることも多いこと」、「定期的に顔を合わせる機会があることで、生活の中で出てきた些細な困りごとを早めにキャッチすることができ、早期の支援に繋がられる機会にもなっていること」、「新たな高次脳機能障がいの方の相談の際に同じ立場の人の話がきける場として紹介できること」など、そのメリットは非常に大きく、当事者、家族だけでなく、支援者にとっても非常に貴重な社会資源となっていると話しています。

*当事者、家族からみた「当事者・家族会」の良さについては、P.23「高次脳機能障がい当事者、家族の思い」をご覧ください。



ポイント！

直接的な高次脳機能障がいに関する相談以外の相談の中で、その背景にある困り事を聞き取り、他にも同様の事例で悩んでおられるご家族がおられるのではないかと考えて、市内にある事業所や医療機関のMSWにも声がけされ、「家族の孤立を防ぐ仕組み」としての家族会を立上げられた事例です。

個別の事例から地域の課題を考え、それを解決するための仕組みを考えるということは、地域づくりにおいて非常に重要です。

取組4：市町村社会福祉協議会と障がい福祉サービス事業所の連携で始まった

野球交流会について

～社会資源の活用～

A市社会福祉協議会では、CSWを配置し、制度の狭間の問題など個別の課題に対応し、地域の課題として共有する場を設け、課題提起し、新たな支援対策を検討する取組を行っています。また、以前から「福祉の店」の運営について、社会福祉協議会と市内の障がい福祉サービス事業所が定期的に話し合う場があったため、継続的に顔の見える関係を構築してきました。

CSWが関わっていたある高次脳機能障がいのBさんが、市内のD障がい福祉サービス事業所に通い始めました。受傷前は野球を非常に熱心にされていたBさんは、受傷後の新たな生活の中で一生懸命やりがいを探そうとしておられました。テレビの野球中継を見ている際には、目を大きくして関心を持っている様子がうかがえたので、「もう一度マウンドに立ってもらうことはできないか」とCSWとD障がい福祉サービス事業所の支援者が話をしたことがきっかけとなり、野球交流会の構想が持ち上がりました。

野球交流会は、CSWが培ってきた地域の人たちとのつながりで、自治会が管理しているグラウンドを借りることができたり、野球の審判をされている方に、車いすの人も参加できるルールの助言や審判をしていただいたり、これまで活動していた野球チームが解散したので使わない道具があると道具を寄付してくださる方がおられたり、と地域の方の多くの協力により、実現しました。

この野球交流会は、D障がい福祉サービス事業所の利用者20人ぐらいと、A市社会福祉協議会の発達障がい者や引きこもりがちな人等の居場所活動に参加しているメンバーとの対戦で、今では年2回実施する恒例行事となり、これまで10回も開催されています。

Bさんを含めD障がい福祉サービス事業所の利用者が、野球交流会にむけ練習に励まれているのはもちろんのこと、普段は失語などでなかなか言葉が出ない方も、野球交流会の場では、「頑張れ」みたいな声が出たりします。事業所の活動の中では、表情の変化や発語が少ない方でも、そのようないつもと違う刺激のなかで笑顔や言葉が出たり、覚醒状態が良くなるというのが、このような機会でもわかり、利用者の新たな可能性を知ることができる場ともなりました。

ポイント！

地域づくりの大きな担い手である市社協と高次脳機能障がいの方を支援する事業所との連携が土壌となり、一人の当事者の思いをきっかけに、新たな社会資源としての「野球交流会」を実現した事例です。

まだ、参加者は、D事業所の利用者のみですが、障がい福祉サービスにはまだ繋がるのが難しい段階の方にとって、スポーツを介したつながりは、とても貴重な居場所となり得るインフォーマルサービスです。

地域資源の開発には、今ある点と点を結び付けて線にするというのが近道です。みなさんの地域でも、新たな社会資源になる「点」がいっぱいあるかもしれません。みなさんの創意工夫、発想力で、新たな社会資源が生まれることが期待できます。

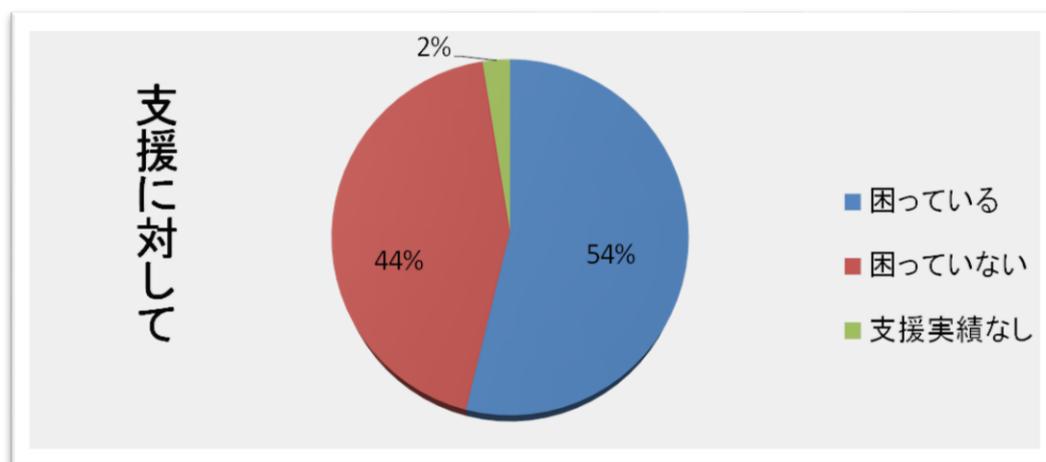
第6章 高次脳機能障がい者の理解を深めるための取組の紹介

H29年度に大阪府が実施した相談支援従事者専門コース別研修「高次脳機能障がい支援コース」に参加した相談支援専門員やケアマネージャーから、高次脳機能障がい者を支援する上での悩みとして、以下のような声が寄せられました。

〔平成29年度相談支援従事者専門コース別研修「高次脳機能障がい支援コース」アンケート結果〕

◆「高次脳機能障がい者を支援するにあたり支援に悩むなどの事案」の有無

⇒「困っている」が全体の54%。



◆「高次脳機能障がい者を支援する上で、困る内容」（抜粋）

- ・病識の欠如により様々な配慮をしているが、意欲の低下も著しい
- ・社会資源の乏しさ
- ・家族の理解不足、家族の焦り
- ・もともとの性格がどう影響しているのかわからない
- ・社会的行動障がい（セクハラ行為など）
- ・他の障がいとの重複障がいがある場合
- ・高次脳機能障がいとわかっていない状況で支援がスタートしてしまい、その後どのように支援してよいかわからない。

支援方法が確立されていない高次脳機能障がいにおいて、それぞれの支援者が高次脳機能障がいについて深く知り、支援についてのトライ＆エラーを共有できる枠組みの構築が重要です。特に支援が難しい事例においては、個別支援に関し、支援者間で情報を共有し、支援方策について共に考える仕組みの構築が望まれています。

そのため、市町村は、高次脳機能障がいについて、支援者の理解を促す取り組みや、支援者が悩んでいる事例について共有して検討できるような取り組みが必要です。

地域の活動例として、以下の取組を紹介します。

取組例

1. 泉州圏域で実施されている高次脳機能障がい者等支援に対する医療・介護連携について
2. 地域自立支援協議会での高次脳機能障がいに関する勉強会について
3. 事業所の連携で実施している事例検討会（勉強会）の取組について

取組1：泉州地域で実施されている高次脳機能障がい者等支援に対する医療・介護連携について

①泉州圏域における高次脳機能障がいに関する研修会

平成25年度、大阪府高次脳機能障がい支援普及事業の泉州圏域地域コーディネート拠点機関に葛城病院が委託されました。その活動を開始する際、泉州地域リハ懇話会（※）の構築時の要となった中核組織作りが極めて重要と考えられましたので、圏域の北、中、南の3地域の回復期リハ病院（4）、精神科病院（1）、障害者就業・生活支援センター（3）、地域活動支援センター（2）の賛同を得て、地域支援ネットワーク会議を構築しました。それにより地域支援に必要な事項を整理し、高次脳機能障がいの治療経験のある医師が医療面からみた高次脳機能障がいの解説を、医療スタッフが評価や訓練の仕方を、就労支援関係者がその手段や関係機関との連携について、医療従事者のみならず福祉関係者も対象として講演をしています。

平成25年度から29年度まで、高次脳機能障がいの基礎知識、支援関係機関による連携、就労支援、福祉サービス、当事者からの提言など8回（16演題）の研修会を行っています。

主な参加者は、医療機関のセラピスト、MSWや介護保険のケアマネージャー、高齢や障がいのサービス事業所職員、行政の担当者等であり、それぞれの職種の視点で疑問に思っていることについて地域支援ネットワーク会議メンバーから助言を得る機会となっています。

圏域に高次脳機能障がいに関する地域支援ネットワーク会議が存在することは、泉州地域リハ懇話会にも報告されており、急性期病院、保健所、他の機関から地域コーディネート拠点機関に、高次脳機能障がいの方の紹介が多数されています。

※泉州地域リハ懇話会とは…大阪府における保健・医療・福祉サービスを効果的に提供する地域リハ・システムの構築を目的として、二次医療圏域毎に1か所の医療機関を「地域リハビリテーション地域支援センター」として指定。泉州圏域では府中病院がH12年7月に指定を受け、センターが中心となり、事業内容については泉州地域リハビリテーション連絡協議会（圏内保健所、市町村、関係機関、施設の代表者等で構成）において検討し、医学的リハビリテーションの充実、市町村のリハビリテーションサービスの支援・調整を行ってきた。H25年度末の大阪府地域リハビリテーション推進事業の廃止後も、自主的な取り組みをセンターを中心に継続し、住民の医療（リハビリテーションを含む）や介護、福祉に関する相談を受けたり、12市町の関連施設と連携を取り、泉州圏域全体の地域リハや地域包括ケアの推進のために活動。

②和泉・岸和田・泉佐野保健所管内における医療・介護連携

泉州地域リハ懇話会の下部組織として、各保健所管内別に、医療機関が中心となり、介護関係者との間に医療・介護連携の会議を構築しており、それぞれの地域で必要な事項に関して会議が開催されています。圏域全体の問題としてあげられた事項については、泉州地域リハ懇話会にて検討することになっています。

このように医療・介護連携の仕組みづくりの必要性が高まり、介護支援専門員が疑問に思ったことなどを医療機関との間でFAXにてやり取りができる仕組みの構築に至った地域もあります。具体的には、介護支援専門員が連携連絡票（資料編P.50）を医療機関にFAX送付し、回答を得ています。

ポイント！

医療と介護（福祉）の連携の必要性が叫ばれて久しいですが、特に高次脳機能障がいにおいては、十分とはいえない状況です。しかし、圏域の中で連携が進んでいる所においても、初めは、患者・利用者及びそのご家族の困り事を解決するために同じ支援者として共に協力するということから始まり、信頼関係の構築から、連携する職種・機関も広げてこられました。まずは、同じ当事者を共に支える仲間づくりからです。

取組2：地域自立支援協議会での高次脳機能障がいに関する勉強会について

A市では、障がい者地域自立支援協議会のケアマネジメント推進作業部会（H29年度～相談支援部会に名称変更。以下「ケアマネ部会」）において、高次脳機能障がいの事例報告を交えた勉強会を開催しています。

<A市障がい者地域自立支援協議会について>

A市の協議会では、課題別に部会を設置しており、ケアマネ部会は「障がい者相談支援」の質を高める目的で設置しています。市内の全相談支援事業所と基幹相談支援センター、市障がい福祉担当者が集まり、事例検討や社会資源の情報交換、障がい特性について理解を深める為の勉強会など、毎月テーマを決めて開催しています。企画と運営は、委託相談支援事業所の担当者と基幹相談支援センターが協力して行なっています。尚、A市の基幹相談支援センターは、市直営ですが、精神分野に関しては、精神障がい者の支援に関する経験が豊富な委託相談事業所が担っています。

<勉強会に至る経緯>

ケアマネ部会においては、年度当初に参加者の意見を聞きながら、年間の取り組み内容を決めています。その中で相談支援従事者が多職種連携の要役となるため「高次脳機能障がい」の理解を深めたいとの声が、複数の相談支援事業所から挙がっていました。

背景には、ご本人の障がいや状況をどう捉えてよいか分からず、感情コントロールの低下やイライラ、意欲の低下などに戸惑うなどご本人もご家族もサービス提供者も困り、相談支援事業所としても悩む事例がありました。相談員自身が高次脳機能障がいに関する知識をもっと深め、ご本人のことで知り、ご本人のニーズをもっと実現に繋げるための支援目標や支援内容を考えるためのヒントが欲しいということで、支援について十分に相談できたり、継続的に情報を共有できる機会が必要なため、定期的に行うケアマネ部会での勉強会としました。

<勉強会の具体的な内容>

具体的には、H28年度に2回シリーズで当該圏域の地域コーディネーター拠点機関より講師を招いての勉強会を開催しました。1回目に「高次脳機能障がいとは」といった基礎編。2回目に「高次脳機能障がい事例編」といった実際の支援事例の報告を中心とした応用編を実施しました。

事例編では、相談支援事業所が高次脳機能障がいの支援を得意とするサービス提供事業所と協力した事例を報告。アセスメント内容、支援目標に沿った支援の実施状況、モニタリングや再アセスメントを続けながら支援目標や支援内容を見直していった経過を通じ、相談支援専門員として支援計画を立てる上でのポイントや支援実施機関との連携の工夫について学びました。

参加した相談支援事業所からもそれぞれの経験を報告しあったり、現在関わっている方への支援についての質問や意見が交わされ、情報や知識を共有できる機会となりました。

<地域自立支援協議会の場を活用することについて>

個別の支援現場において、知識を深めてご本人のことをよく知ることだけでなく、連携を活かすことが必要だったり、新たな社会資源やネットワーク作りが必要なこともあります。そのためにも新たな社会資源の開発や人材の育成につながる自立支援協議会という場を活用していきたいと考えています。



ポイント！

高次脳機能障がいに関しては、その状態像に関し、医療面からの知識も得ることが、福祉事業所における支援を組み立てる上で、非常に有益です。また、一つの事業所で扱う事例が少ない場合には、どのように支援したらいいか悩んでおられる支援者も多いと思います。

そのため、地域自立支援協議会の場を活用した、高次脳機能障がいに関する勉強会や、事例報告・事例検討は、支援力の向上を図るために、大きな力になると思います。

取組 3：事業所の連携で実施している事例検討会（勉強会）の取組について

<勉強会開催に至った経緯>

高次脳機能障がいへの就労支援が現在ほどメジャーでなく、どの機関も連携先やつなぎ先に困っていたH23年当時、高次脳機能障がいの方の支援について連携していた事業所（自立訓練施設と就労移行支援事業所）の間で、自分達でつながりを増やす試みの一環として、それらの事業所と繋がりのあった医療機関や障害者職業・生活支援センターも含めて4ヶ所が事務局となり、その年の3月から勉強会をすることになりました。

<実施内容>

事務局を含め地域の支援者としては、「実際にどのように支援の展開を行うか」が一番知りたいと考え、勉強会では基本的に事例検討を実施することとしました。事例を聞いて「そういう形なら自分たちの事業所でもできる」と思ってもらい、連携できる先が増えることも期待しました。また、発表者にとっても、実際に困っているケースを検討したり、振り返ったりすることが有益で、基礎知識や技術を学ぶのは他の研修会などですで行われていたこともあり、事例検討を中心とした勉強会としました。

<事例検討の進め方>

進め方としては、①発表者の所属する事業所の説明⇒②事例発表⇒③グループワークという流れで実施。他機関と話す時間を作り、他機関（特に他分野、医療なら福祉、福祉なら医療）のことを知ったり、つながりを作ったりすることが一番の目的と考えているため、特にグループワークに力を入れて取り組んでいます。事例は、話合いのきっかけを作るものであり、また、必ず他機関と連携している事例を取り上げるようにしています。

<グループの分け方>

グループ分けの工夫としては、他職種、他分野と話が出来るように配分し、事務局メンバーが各グループに1人は入るようにしています。地域に関しては、分けられるほど多様ではないため、特に考慮していません。

<グループワークでの検討内容について>

テーマに関しては、事前に発表者と事務局が打合せして決定し、事例発表者が発表後、話合いのテーマを提示します。「自分の事業所に同じようなケースが来たらどのように対応するのか」が基本でもう少し具体的なアドバイスを求めるようなテーマを設定することもあります。



ポイント！

支援者が分野を超えて高次脳機能障がいに関して事例報告・事例検討を行うことは、支援力の向上を図るために、大きな力になります。

各市町村の支援者間で、このような事例報告・検討ができるよう、自立支援協議会や事業者連絡会等、既存の連携の枠組みを活用し、医療・介護に携わる支援者間の情報交換、支援に係る工夫の共有等ができるよう、市町村はその調整役となることが期待されています。

この勉強会は、大阪府の支援拠点機関との共催という形をとり、府の拠点機関は会場の貸し出しをしています。事業所間の連携で勉強会をしたいと思っても、会場確保に苦労するということが耳にします。会場確保への市町村の協力があると、支援者にとって身近な地域での研修の機会が増えることに繋がり、それにより支援の質の向上にもなります。

おわりに～高次脳機能障がいの方を支える地域づくりをすすめるために～

第5章、第6章で掲載した市町村での取組例や地域資源の活用例は、どの取り組みも、第2章で扱っている支援会議や第3章でふれている事例検討型研修などを通して浮かび上がった、地域での困りごと(地域課題)に対して、今、地域にある社会資源や支援機関等の機能を組み合わせて解決できないかということと考えた連携や支援者のちょっとしたひらめきから始まったものです。

ヒント集に掲載した取組例や活用例、さまざまなツールを参考に、自分たちの市町村ではどのような取り組みや工夫ができるかを地域の支援者同士で考えてみてください。

「自分たちの地域ではそのようなものはないから」とあきらめるのではなく、「自分たちの地域ではこんな風に加工作らできるかも？」という新たなひらめきが生まれることを期待しています。

資料編

- ◆ 受傷・発症から社会参加までに関連するサービス
(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・支援センター
ホームページ「高次脳機能障がいを理解する」をもとに作成) …本編 P. 9 参照

- ◆ 福祉・介護サービスのフローチャート …本編 P. 9 参照

- ◆ 支援会議における様式例 …本編 P. 10 参照

- ◆ 社会資源を発見してみようシート …本編 P. 27 参照

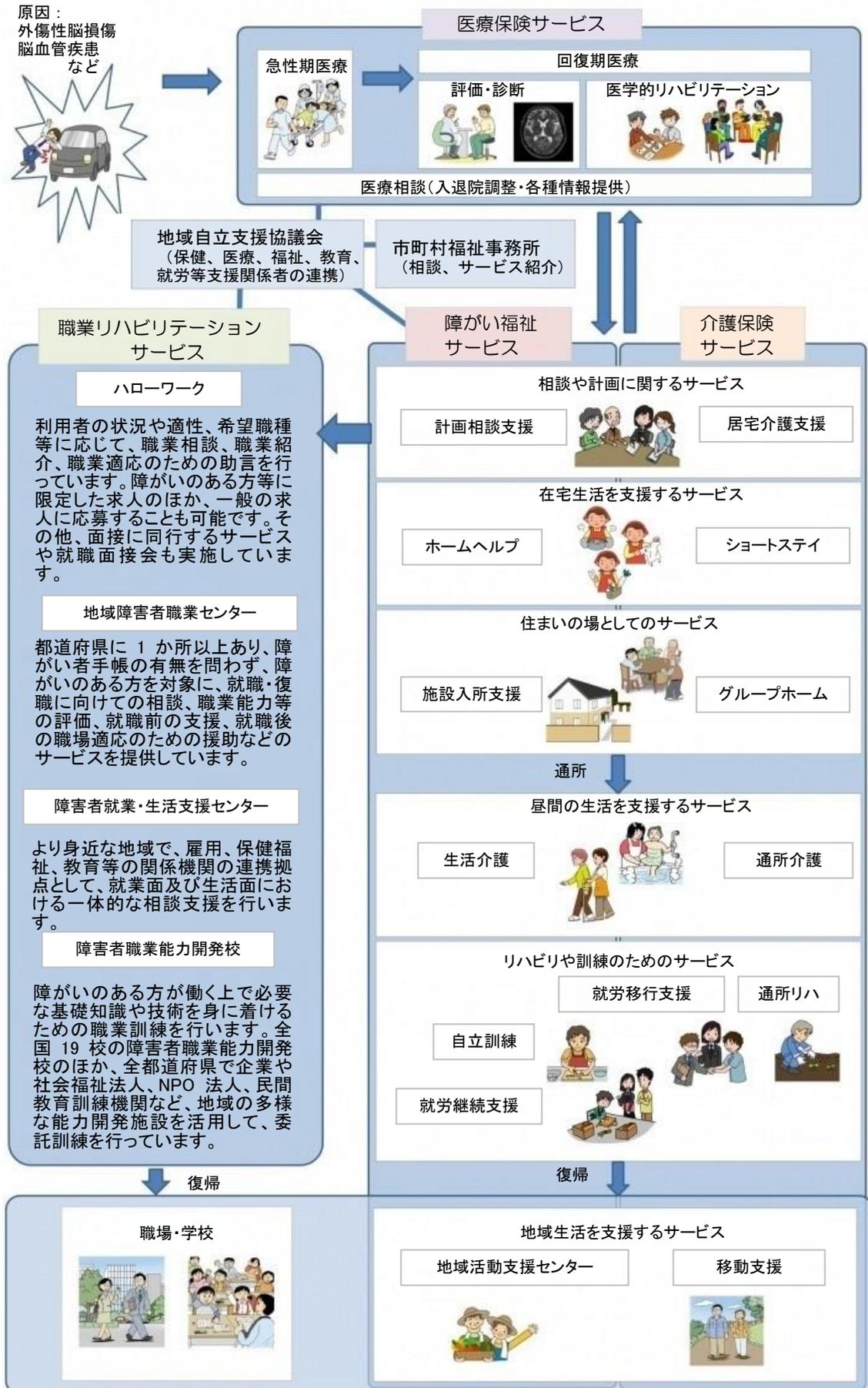
- ◆ 地域課題分析シート …本編 P. 29 参照

- ◆ 医療と介護の連携連絡票 …本編 P. 40 参照

- ◆ 使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～の活用マニュアルから
…本編第2章参照

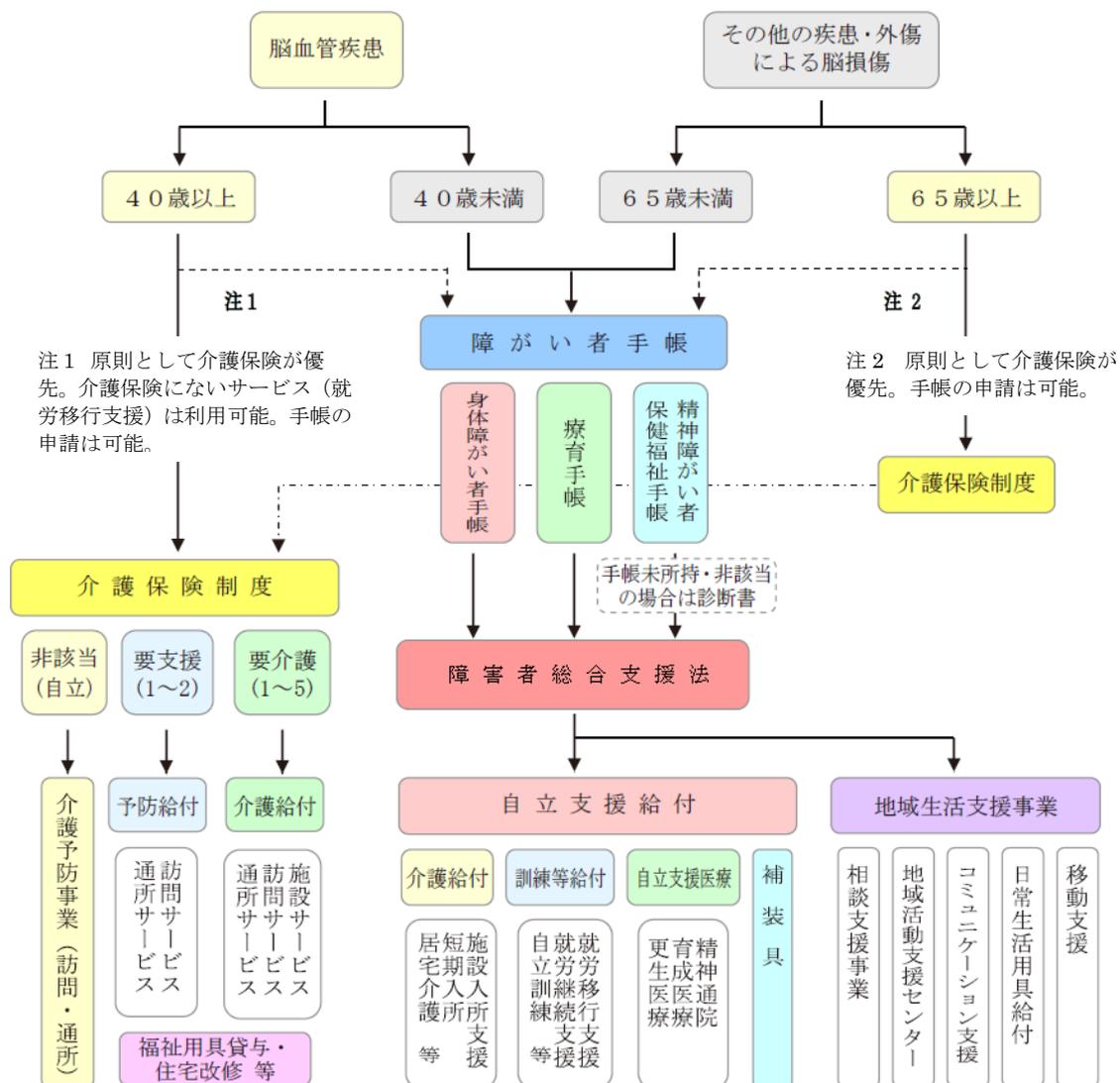
受傷・発症から社会参加までに関連するサービス

外傷性脳損傷や脳血管疾患などにより高次脳機能障がいが残った場合に、地域生活に戻るまでには下の図のようなサービスがあります。



受傷・発症から社会参加までに関連するサービス 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 ホームページ「高次脳機能障害を理解する」をもとに作成

障がい福祉や介護保険のサービスを活用する場合、ご本人の年齢や原因疾患によって、利用できる制度やサービスが異なります。



福祉・介護サービスのフローチャート 埼玉県総合リハビリテーションセンター「高次脳機能障害の理解と支援のために」2008より引用

65歳以上の方、40歳以上で脳血管疾患が発症因の方は、原則として介護保険によるサービスが優先になります。しかし、厚生労働省からの「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成19年3月28日障企発第0328002号・障障発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知）等の通知により、個別のケースに応じて、当該障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か等について、申請に係る障がい福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、適切に判断することとされています。また、高次脳機能障がいの方の地域生活を支えるためには、障がい福祉や介護保険サービスといった、いわゆるフォーマルな制度だけでなく、インフォーマルも含めた地域にある資源を活用することが大切です。

いずれにしろ、高次脳機能障がい専門の制度等はないため、ご本人やご家族のニーズを踏まえ、個別に検討することが大切です。

支援会議における様式例

利用者名		会議場所		記録者	
会議日時	平成	年	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
会議出席者 (所属・氏名)					
配布資料					
開催目的					
話し合った 内容					
検討した アプローチ (結論)					
今後検討が 必要な内容 (できれば 検討時期も)					
次回会議予定	平成	年	月	日 ()	時 分 ~ 場所 :

社会資源を発見してみよう

利用者名 _____ 会議名 _____

○本人の望む生活

--

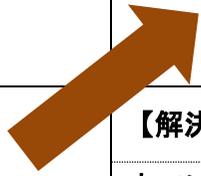
○実現するために検討すること 及び 社会資源の状況等

実現するために検討すること (残された課題)	現在ある社会資源の活用 (インフォーマルも書いてみよう)	実施できる事業所・団体等 (できるだけたくさん)	今後あったらいい資源

本人・家族・地域のストレングス ※地域の社会資源が思い浮かばないとき記載してみましよう

地域課題分析シート

【地域課題】	【将来像】 <u>地域</u>	
【現状】 <u>地域</u>	【解決のためのアクション】 <u>地域と相談支援専門員</u>	
	すでに試したこと	まだ試していないアイデア
【地域のストレンクス（社会資源）】		



和泉市における介護支援専門員とかかりつけ医師、歯科医師、薬剤師等との連絡調整において、効率的・効果的に必要な情報を共有することを目的としたシート（和泉市ホームページから。下記はかかりつけ医師との連絡調整用）

医療と介護の連携連絡票										
(平成28年3月改定)										
機関名 及び所在地					↔	居宅介護支援事業所名 及び所在地				
電話						電話				
FAX						FAX				
氏名						介護支援専門員氏名				
日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信賜れば幸いです。										
*本人の同意について										
<input type="checkbox"/> ご本人の同意を得ています。同意した日 平成 年 月 日										
<input type="checkbox"/> ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。										
居宅療養管理指導 (なし ・ あり)										
本人	氏名				介護度		未申請		申請中	
	住所				TEL		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日		明・大・昭 年 月 日生		(歳)		男 ・ 女			
連絡 内容・理由		<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 認定更新								
		<input type="checkbox"/> 認知症関連(□もの忘れ相談会結果 <input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チーム員活動)								
		<input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> その他:								
<本人の照会・相談内容等>										
平成 年 月 日					氏名					
返信										
上記の回答内容		<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (月 日 時頃 お出でください)								
		<input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時頃 電話ください)								
		<input type="checkbox"/> 文書・FAX 回答します								
上記の通り連絡いたします。										
平成 年 月 日					氏名					
※この医療と介護の連携連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。										
和泉市医療と介護の連携推進審議会										

次ページ以降は、「使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～」の活用マニュアルから抜粋したものです。

＊「使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～」の構成

使たらええで帳のそれぞれの様式について、内容を一覧表にまとめたものです。

＊「ご本人の状態に即した個人情報の取り方やサービスの検討状況について」

本編第2章でも触れたように、高次脳機能障がいの方を支援するうえでは、ご本人やご家族が、病識や障がい受容のどの段階にあるかを考慮することは重要です。この表は、ご本人の状態がどの段階にあるかで、考えられる個人情報の同意の取り方やサービスの検討状況の目安を示したものです。

第1段階から第4段階へ一方向に進むとは限らず、状況等に応じて行きつ戻りつしながら、徐々に段階が進みます。実際に支援する際に、ひとつの目安として知っておいていただければと思います。

＊「受傷・発症から社会生活の安定に至るまでの事例について」

使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～の活用例として、マニュアルに記載している4つの事例をそのまま抜粋しています。

使たらええで帳を活用してどう連携したのかという事例ですが、高次脳機能障がいの方が受傷・発症されてから社会生活の安定に至るまで、どのような経過があったのか、どのような機関が関わって来られたのかについてもわかるものになっています。

高次脳機能障がいの方が医療機関を退院されてから、社会生活の安定に至るまでの流れは、その方の障がい状態だけでなく、ご家族や支援者の状況、戻ろうとしている社会生活の状況等、多くの要因によって異なります。そのため、一概には言えませんが、社会生活の安定に至るまでの流れの例として、支援を考える際の参考にしていただければと思います。

<参考>

「使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル」は高次脳機能障がい支援体制整備検討ワーキンググループにおいて、平成27、28年度に開発した、情報連携のためのツールです。

大阪府障がい者自立相談支援センターのHPからダウンロードできます。

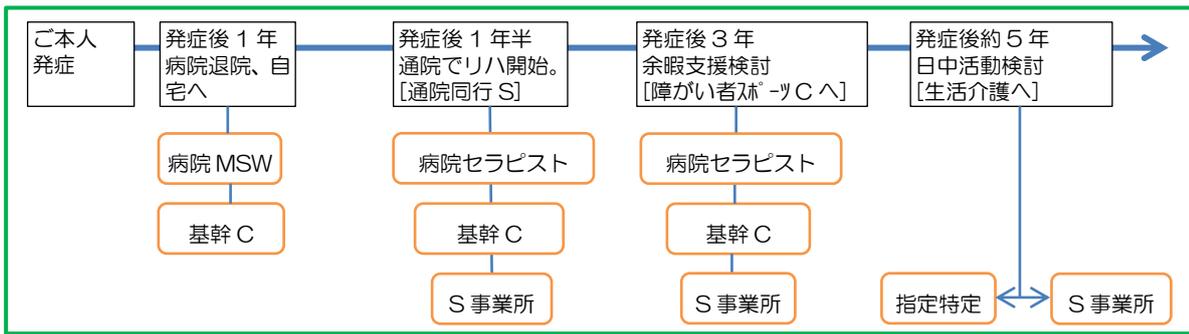
⇒ <http://www.pref.osaka.lg.jp/jiritsusodan/kojinou/index.html>

◆「使たらええで帳～高次脳機能障がいファイル～」の構成

使たらええで帳は、【全体支援経過表】【本人情報】【医療情報提供依頼】【就労情報】【高次脳機能障がい確認リスト】及び【___さんの配慮してほしいこと】から構成されており、それぞれの内容は以下のとおりです。

表紙	
様式1 【全体支援経過表】	発症から現在までの支援経過を時系列で把握でき、ご本人・ご家族の状況等についても整理できるよう、生育歴や家族関係図と発症からの経過等を記載する表です。
様式2 【本人情報】	ご本人の現在の生活の状況や置かれている環境、医療面の情報やご本人・ご家族等のニーズを記載する様式です。
様式3 【医療情報提供依頼】	検査所見も含め高次脳機能障がいの診断の根拠となる発症時の状態像やその後のリハビリ状況、現在の身体状況等、ご本人の医療に関する情報を医療機関から取得するため、ご本人から各医療機関に情報提供を求める際の様式です。
様式4 【就労情報】	支援者が、就労に向けた準備段階にある方の就労ニーズや就労に関する希望をご本人から聞き取り整理したり、就労支援機関や就労希望先又は実習先企業に対して理解しておいていただきたいこと等、必要な情報を提供するための様式です。
様式5 【高次脳機能障がい確認リスト】	支援者が、ご本人の障がいの状態像を確認するため、高次脳機能障がいの注意、記憶、遂行機能、社会的行動・感情の障がい及び日常生活動作の状況等を、ご本人・ご家族から聞き取ったり、支援者が行動観察して記載するための様式です。 支援者が支援の手立てやステップアップを考えていく際に活用いただくことを想定しています。
様式6 【___さんの配慮してほしいこと】(日常生活場面での配慮事項等)	支援者が行っている支援における工夫や配慮を記載したり、ご本人・ご家族が望む配慮を聞き取ったりするための様式です。ご本人が生活しやすいよう、現在支援している他の支援者と共有したり、支援を引き継ぐ際に伝達することを想定しています。
参考資料 【生活の大変さ指標】	上記【高次脳機能障がい確認リスト】と同じ項目で、支援の必要性を「問題なし」から段階を追って指標化し、それぞれどんな支援が必要かを記載したものです。 サービス事業所等において支援方法を検討される際のヒントとして活用いただく他、市町村における個別の事例検討において、各事例をこの指標にあてはめていただき、全体の傾向とどのような支援方法が功を奏したか否かを集約・分析いただくことで、支援ノウハウの蓄積をしていただきたいと思います。

1. 病識がないためサービスを拒む方に対し、医療機関と基幹 C とが連携して障がい受容に寄り添い、障がい福祉サービスに繋いだ事例



<p>事例の概要</p>	<p>18歳の時に交通事故により頭部外傷した男性。左半身の麻痺があり、歩行は不安定。身体障がい者手帳2級所持。注意障がいや意欲低下により動作が止まってしまうため、食事に2時間程度要するなど、生活上の動作全般に時間がかかることもあり、日常生活全般に、声かけ・介助が必要である。また自発的に話すことが少なく、応答に時間を要する（失語症の症状は特になし）。兄弟に対しての暴言や、公共の場で他者の嫌がる発言をすることもある。回復期病院にて高次脳機能障がいの診断を受けているが、精神障がい者保健福祉手帳はご本人の拒否により申請はしていない。</p> <p>回復期病院では、ご本人のリハビリ意欲が乏しく、「退院後の通院リハビリは厳しい」と判断される。退院して自宅に戻るのに際し（発症後1年）、日中一人になることから回復期病院MSWから基幹相談支援センターに退院後の支援の依頼があった。</p>
<p>支援経過及び具体的な支援・使ええで帳の活用内容</p>	<p>基幹相談支援センターの相談支援専門員がご本人、ご家族のニーズや状況をアセスメント＜①「全体支援経過表」、「本人情報」を相談支援専門員が記入。「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を回復期病院が記入＞。</p> <p>ご本人は、もともとあり余る元気で周囲が手を焼いており、友人と遊びまわっていた末の事故であったこと、障がいの認識ができていないことから、今すぐに日中活動などの障がい福祉サービスの利用は難しいと判断。ご本人に、大きな事故に遭って入院によるリハビリは終え退院したが、日常生活を送るためにも引き続きリハビリを受けた方が良いことを伝える。ご本人も体が思うように動かせないことはわかっており、「リハビリは受けない」との意向を示したため、近くの医療機関に通院によるリハビリを打診。週2回リハビリの利用を始めた。（発症後1年半）。</p> <p>相談支援専門員が、通院の付き添いができないというご家族の状況を踏まえ、通院同行のサービス利用を勧め、利用開始。</p> <p>相談支援専門員は、通院先医師やセラピスト、通院同行の事業所ヘルパーと連絡を取り合い、ご本人の状況を把握。並行して、ご本人の暴言等によるご家族の負担感を軽減するため、母と月1回継続的に面接を実施。通院先から得た対応方法のヒントをヘルパーに伝えることも併せて行った＜②セラピストが記入した「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用＞。</p>

ご本人はリハビリを受ける中で、体を動かすことに対して意欲的に取り組む様子を見せているとの情報をセラピストから得た相談支援専門員は、余暇支援のサービス利用を検討する。(発症後3年) <③「全体支援経過表」「本人情報」「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用し、月1回(母との面接に合わせて)相談支援専門員が中心になって情報収集し共有。>。

最初は近場の散歩などからはじめて、徐々に行き先も増やしていき、いまでは障がい者スポーツセンターなど、外出を楽しめようになってきた。まだ食事に2時間近くかかったり、いろいろとこだわりがあったりするものの、定期的に継続してサービスを利用していく中で、ヘルパーとの関係性も徐々に積み上がってきている。

また、障がい者スポーツセンターでは、高次脳機能障がいの人が集まり、一緒に活動をする時間があり、その時間帯に利用することで、ご本人が他の高次脳機能障がいの人と交流する機会を設けた。その交流を通して、ご本人と同じような状態の同世代の仲間ができ、ご本人の障がい認識が高まり、今の状況を受け入れ始めた。その結果、リハビリにも意欲的に取り組むことが増え、また暴言や他人が嫌がる発言をすることなどが少なくなり、日常動作に時間はかかるものの、声かけで切り替えができるようになってきており、ご家族の負担感も減ってきた。<④通院リハ時、ご本人とセラピストで「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用し、障がい状態を確認>。

発症から約5年後、ご本人の障がい認識が高まったことを受け、日中活動の場を検討。指定特定相談支援事業所がサービス等利用計画を作成し、生活介護事業所の利用を開始する。現在は生活介護を週4日、移動支援を週1日というペースで、継続的に福祉サービス利用をするまでに至っている<⑤「全体支援経過表」「本人情報」「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用し情報共有>。

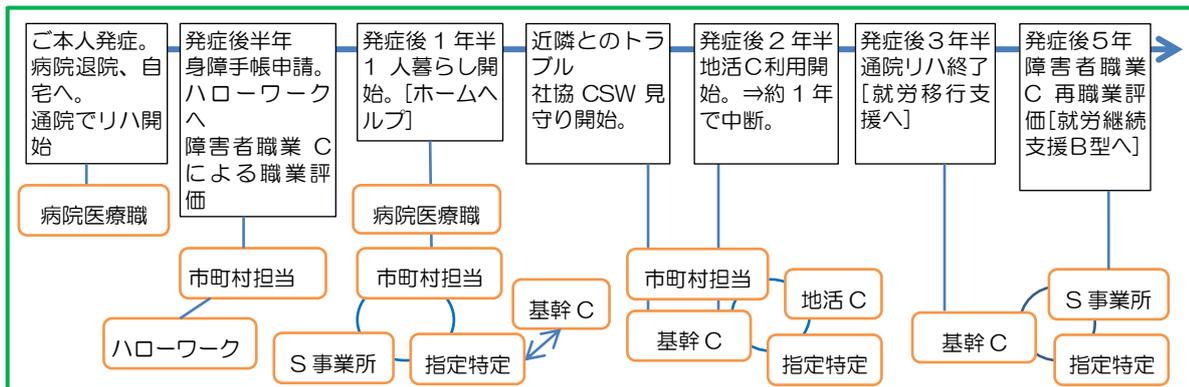
生活介護事業所では、対人面ではあまり刺激を増やさないよう少人数での活動の場を設定したり、日常動作の声かけをする等の配慮点を職員間で、情報共有し、支援にあたった<⑥「配慮してほしいこと」を参考に支援を検討し、職員間で情報共有>。

また、通所開始から1か月間の行動を観察し、ご本人の事業所内での状態をアセスメントした<⑦「高次脳機能障がい確認リスト」「生活の大変さ指標」を活用>。その後、事業所では、ご本人・ご家族の希望とすりあわせて個別支援計画を立てた。また、ご本人が好きな体を動かすレクリエーションを取り入れながら意欲を引き出し、安定して通所できるよう配慮している。

徐々に他の人がやっている軽作業や創作活動にも興味を示し、まだ日によって波はあるが、一定時間集中して取り組むことが可能になってきている。

事業所からご家族にも定期的に連絡を取り、家庭での様子の聞き取りを行うとともに、事業所での様子をご家族に伝えるなど情報を共有し、支援に役立てている<⑧「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用>。

2. 障がい受容が不十分な方に対し、市町村と基幹Cが就労ニーズに対して専門機関と連携するとともに障がい受容に寄り添い、障がい福祉サービスに繋いだ事例



<p>事例の概要</p>	<p>23歳の時に交通事故により発症した男性。回復期病院にてリハビリを実施。病院から後遺症について説明したものの、取り紛れていてご本人もご家族も記憶していない。左上肢麻痺はあるものの身体面の機能が概ね回復したため、発症後3か月で退院となった。</p> <p>発症から6か月後、父が身障手帳の申請に市役所に行った際、障がい福祉課職員が発症原因を確認。交通事故による頭部外傷であることを聞き取ったため、記憶面等で発症前との違いをご家族に確認すると、数分前にした会話も忘れていたことがあるとのエピソードが聞かれたため、高次脳機能障がいの可能性を指摘し、診断できる医療機関を紹介。高次脳機能障がいと診断される。週2回通院でのリハビリを受けることになる。身障手帳5級取得。高次脳機能障がいとしては、注意障がいや記憶障がいも顕著であるが、易怒性がありご家族への暴言や物を壊したりする様子もあった。</p>
<p>支援経過及び具体的な支援・使えらえで帳の活用内容</p>	<p>母はご本人の障がいを受け入れられず、「この子は、やればできる子なんで、働くことだってできる」と言い続ける。ご本人も障がいの認識は難しく、アルバイトなどで働くもうまくいかず、転職を繰り返していた。その状況を聞いた障がい福祉課職員がハローワークに相談するよう勧める。相談を受けたハローワークの支援員が障害者職業センターでの職業評価を勧め、判定を受ける。その結果を受け、ご本人、ハローワーク支援員、障がい福祉課職員で、「今は就労の段階ではないのでは」と話し合った。</p> <p>その後、母からの就労へのプレッシャーなどからイライラすることが多くなり、父に対して手を挙げるといったことがある。父に対してどうしても暴言や暴力が出てしまうことに落ち込んでいるご本人の様子をみた障がい福祉課職員が、ご本人、ご家族と相談し、ご本人は実家近くで一人暮らしすることとなる（発症から1年半後）。</p> <p>一人暮らし開始に当たり、経験不足により調理や洗濯等を一人で行うことが難しかったため、ご本人も障がい福祉サービスの利用を受け入れる。指定特定相談支援事業所でサービス等利用計画を作成し週3回のヘルパー利用を開始。＜①相談支援専門員、障がい福祉課職員が協力して「全体支援経過表」「本人情報」を作成。ご本人の同意を得て通院先セラピストに「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を記入してもらう＞。</p> <p>併せて、母にご本人の障がいを受け入れてもらうため、市内にある家族会に参加するよう促した。</p> <p>衝動性コントロールの難しいご本人と指定特定相談支援事業所の相談支</p>

援専門員との関係が悪化したため、基幹相談支援センターに相談し、基幹相談支援センターの相談支援専門員がともに支援をしていくこととなった。

衝動性コントロールが難しく落ち込んでいるご本人の精神面を心配した基幹相談支援センターは、障がい福祉課、主治医と相談。基幹相談支援センターが月1回継続してご本人の面接を行うこととなった。隣の家の子どもの方が気になりトラブルになるなど、近隣とのトラブルが増えたため、障がい福祉課職員から社会福祉協議会 CSW に見守りを依頼。近隣トラブルの際にも CSW が調整するなどの協力を得た。

発症から2年半後、ご本人の就労への希望は高いものの生活リズムが整っていないため、基幹相談支援センターの相談支援専門員の勧めにより地域活動支援センターの利用を開始。地活では利用者間のトラブルが絶えず、主治医の助言を参考に、ご本人、地活支援者、障がい福祉課職員、相談支援専門員と何度もケア会議を重ねるが、利用継続は難しいとのことで、1年ほどで利用中断となる<②「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」「生活の大変さ指標」を活用し、ケア会議で情報共有>。

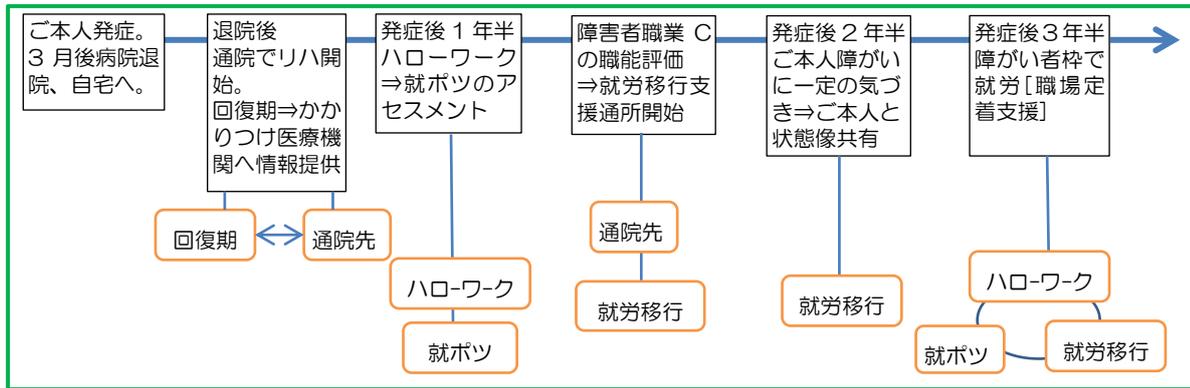
主治医から、ご本人の就労ニーズを踏まえ、しっかりと作業に取り組める環境のほうが良いのではないかと助言を得て、通院リハビリを終了し、就労移行支援事業所の利用を開始する。ご本人は作業には取り組むものの、集中力の継続が難しいこと、疲れやすくミスも多いこと、次の作業工程が覚えられず行動が停止することなどがある<③「全体支援経過表」「本人情報」「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」「生活の大変さ指標」を活用し情報共有>。

就労移行支援事業所職員との振り返りでは、ご本人が就労に向けての課題を受け入れられない様子があり、また、うまくいかないことが積み重なり事業所内でのトラブルが増える。ご本人、主治医、支援者で話し合い、障害者職業センターで再度評価を受けることとなった。再評価の結果も「今は就労の段階ではない。しっかりと就労に向けた訓練をしたほうが良い」との評価であった（発症後5年）。

評価を受け、ご本人、支援者、主治医で話し合い就労継続支援 B 型事業所への通所に変更。作業が簡単な内容になったこともあり、ご本人の混乱が少なくなり、上手くいくことが増える。B 型事業所職員も上手くできたことを中心に振り返りを積み重ねていった。また、モニタリング時に、基幹相談支援センター、指定特定相談支援事業所の相談支援専門員がともに面談する際にも、上手くいったことを話題の中心に取り上げていくことで、上手くいかないことへの振り返りもできるようになり、少しずつ自分の状態を受け入れられるようになってきた。

発症から7年経った現在、通所先では、イライラすることがあるものの、職員の促しによって少しずつ切り替えができるようになってきており、トラブルもほとんどなくなってきた。3か月に1回のモニタリング時にご本人、支援者が集まり、ご本人の状況を共有し、一致した対応ができるよう、連携しながら支援を行っている。また母もご本人の障がいを受け入れることができるようになり、日々ご本人なりに生活をしていることを肯定的に受け止められるようになり、父母との関係性も改善してきている<④モニタリング時「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用>。

3. 就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、医療機関等が連携し、ご本人のニーズと就職先の求める職業能力とに折合がつくよう調整を図った事例



<p>事例の概要</p>	<p>相談時40代後半（飲食店自営）の男性。家族は妻（パート勤務）、長男（就労）、長女（学生）とご本人の4人家族。脳梗塞を2度発症し、急性期病院で手術、回復期病院でのリハビリを経て退院し自宅に戻る。ADLは自立しているが、軽度の身体障がいと記憶障がいが残存し、回復期病院で高次脳機能障がいの診断を受ける。退院後、一旦家業に復帰するが、「手が震えて字がうまく書けない、言葉がすぐに出てこずうまく話せない、体のバランスが悪く動作も緩慢、仕事内容が覚えられない」等の症状のため、接客を伴う仕事の継続は難しいと判断し店をたたんだ。</p> <p>ご本人は、再度飲食業の職に就きたいという気持ちが強く、就職活動のためハローワークの障がい担当の専門員に相談。精神障がい者保健福祉手帳の取得をすすめられる。近くの医療機関に通院し、リハビリ訓練を受ける。発症から半年後、精神障がい者保健福祉手帳申請の診断書を作成してもらい2級の手帳を取得。ご本人は障がい者枠での就労を希望しており、ハローワークから地域の就業・生活支援センターにつながる。</p>
<p>支援経過及び具体的な支援・使たからえで帳の活用内容</p>	<p>近くの医療機関でリハビリ訓練を受ける際、主治医がご本人を通じ回復期病院から診断結果等の情報を得た。＜①「医療情報提供依頼」により提供を求め、回復期医療機関から診療情報提供書及び看護サマリー、リハビリサマリーが提供される＞。</p> <p>発症から1年半後、ハローワークからつながった就業・生活支援センターの担当の就業支援員が、ご本人のニーズや状況のアセスメントをする。＜②「全体支援経過表」、「本人情報」、「就労情報」を活用＞。</p> <p>就業・生活支援センターの就業支援員が同行し、障害者職業センターにて職業評価を受ける。結果、記憶面で細かな点を思い出せない、注意力の面で複数のことを同時に行うのが困難、易疲労性があり考えながら作業をすると疲れが生じやすいこと等がわかった。ご本人と障害者職業センターの職業カウンセラーと就業・生活支援センターの就業支援員が話しあい、すぐに就労を目指すのではなく、一定期間の訓練を経験した方がよいとの助言を受け、就労移行支援事業所に通所を開始する。＜③「全体支援経過表」、「本人情報」、「就労情報」「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用し情報共有＞。</p> <p>この間も近くの医療機関のリハビリには週に1回通っており、就労移行支援事業所からの情報提供の依頼を受け、医療機関のセラピストが、リハビリ計</p>

画による評価から障がいの状態に関する情報を提供。＜④「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用＞。

発症後2年半がたち、ご本人は記憶・言語面等の障がいについて気づきが始めるが、思うように手が動かせなかったり、作業訓練で一度に二つの動作が苦手だったりすることでいら立ちを見せることもあった。職業センターの職業評価の結果や就労移行支援事業所のアセスメントを参考に、「メモや手順書をみての作業の仕方を身につける」、「こまめに休憩をとる」、「いらいらしたときのストレスの発散方法を考える」などに取り組んだ。就労移行支援事業所の担当支援員が、ご本人が一定病識を持ち、障がいに対する認識も得たタイミングで、ご本人と障がいの状態について共有した。＜⑤「高次脳機能障がい確認リスト」を記入＞。

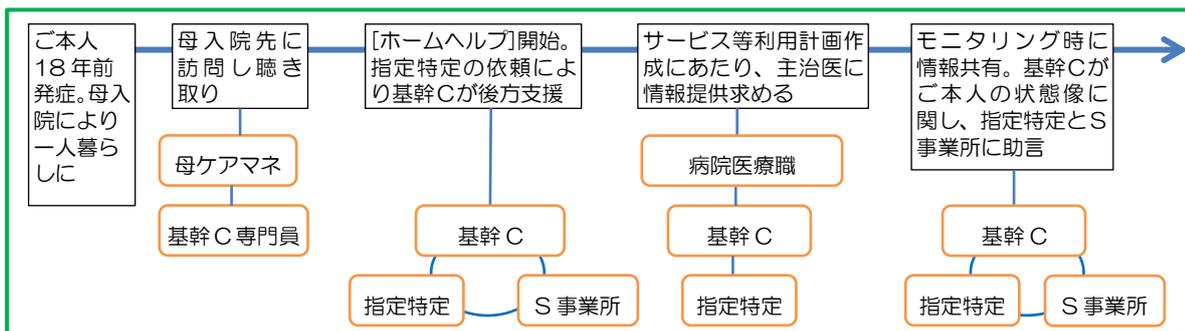
また、就労移行支援事業所でのグループワーク参加によって、同じ障がいの仲間と交流することで、自分に合う仕事は何かを考える機会となった。就職に向かったの実習では、作業をしながら、自分のできている部分と苦手な部分を整理していった。倉庫作業や工場の実習に行き、実習先からの評価を受けて就労する上での課題を聞き、就労支援員の助言を受けながら振り返りを続けた。

ハローワークや就業・生活支援センター、就労移行支援事業所が連携して支援にあたる中で、現在の自分の状況に合致している仕事のイメージを持てるようになり、指先の細かい作業を求められない職種を選ぶようにした。

発症後3年半後の現在、障がい枠の嘱託職員として就労している。職場に定着するまでジョブコーチが入り、職場内の環境調整を行った。＜⑥「就労情報」「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を就労先と情報共有＞。

就業・生活支援センターの就業支援員が定期的に職場訪問をし、就労先とご本人とともに顔を合わせて現状の確認をするなどアフターフォローをしている。＜⑦「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」の活用＞。

4. ご家族の在宅支援に入ったケアマネージャーが市町村に繋ぎ、基幹Cが障がい福祉サービス事業所にご本人の障がいの状態について助言している事例



<p>事例の概要</p>	<p>22歳で交通事故による頭部外傷で高次脳機能障がい有することとなった男性（現在40歳）。自宅で両親と暮らし、父は10年前に他界し、母と二人暮らし。ご本人は、ADLには特に問題はないものの、失語症があり、高次脳機能障がいによる遂行機能障がいにより、見通しが立てられず、指示がなければ行動できない。（リハビリを受けた病院で高次脳機能障がいの診断書交付済み）</p> <p>母は、「この子は何もできないのだから、全て周りの人間が世話してあげないといけないんです」と、これまでご本人の生活の一部始終の面倒をみてきておられた。月に1回の病院受診が唯一外出する機会となっている。</p> <p>キーパーソンだった母が高齢のため介護が必要になり、かつ、病院に入院する必要が生じたため、残されたご本人の生活がちまちまち立たなくなると感じた母のケアマネージャーが市の障がい福祉課に相談し、市担当者が基幹相談支援Cにつないだ。</p>
<p>支援経過及び具体的な支援・使えらえで帳の活用内容</p>	<p>基幹相談支援Cの相談支援専門員がご本人への聴き取りと、キーパーソンである母の入院先をケアマネージャーとともに訪れて聴き取りを行い、ご本人の状況について整理。＜①「全体支援経過表」、「本人情報」「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」＞に記入。</p> <p>ご本人から、母がいなくなると一人で生活するのが不安ということを知り、ホームヘルプサービスの説明をすると、利用を承諾。障がい支援区分認定を受けた。基幹相談支援センターが、指定特定相談支援事業所につないだが、指定特定相談事業所から高次脳機能障がいの方の支援経験があまりなく助言をしてほしいとの依頼があったため、基幹相談支援センターが後方支援を行うこととなった。＜②「全体支援経過表」、「本人情報」「高次脳機能障がい確認リスト」「配慮してほしいこと」を活用＞</p> <p>指定特定相談支援事業所が居宅介護事業所と調整し、サービス等利用計画を作成、利用開始。</p> <p>その間、主治医の診断結果等の情報を得るため、ご本人を通じ主治医から診断結果等の情報を得た。＜③「医療情報提供依頼」により診療情報等の提供を求め、主治医からは診療情報提供書が提供される＞。</p> <p>サービス利用開始後のモニタリング時において、指定特定相談支援事業所及び基幹相談支援センターの相談支援専門員と、居宅介護事業所とが、ご本</p>

人の状況について、上記の①、②の情報を共有。支援をはじめた居宅介護事業所から、ご本人が日常的な会話をかわすことができることから、「本当はわかっているくせに、気まぐれで行動しないで困っている」という声が上がったが、これまでの支援の中でご本人の状態を見立てられている基幹相談支援センターの相談支援専門員から、話ができても内容が伴っていない感覚性失語に関する説明と、これまでやってきたことをその通りにならできるが少しでも変われば混乱してしまうことや気まぐれではなく遂行機能障がいによるものであることを説明し、そのような場面でどのような配慮をすべきかについて居宅介護事業所と指定特定相談事業所の相談支援専門員に助言をした。＜④「配慮してほしいこと」「生活の大変さ指標」を活用＞

助言を受けた居宅介護事業所が、配慮すべき事項に沿って支援をする中で、徐々にご本人との関係がうまく取れるようになってきている。