

東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり

もしかしら高次脳機能障害がもしれません

出典：東京都バングレット2007年版第5巻

調査票記入の際は、本しおりを参考に記入してください。

目次

- 1. 高次脳機能障害者実態調査の概要.....1
 - (1) 調査の目的
 - (2) 調査対象機関
 - (3) 調査内容
 - (4) 調査日程
- 2. 調査票の記入にあたって.....2
 - 貴病室のとりまごの担当者様
 - (1) 調査記入用紙
 - (2) 調査票の配布
 - (3) 調査票の記入
 - (4) 調査票の返信
- 3. 高次脳機能障害とは.....3
 - (1) 高次脳機能障害とは
 - (2) 高次脳機能障害者診断基準
 - (3) 主な原因疾患
- 4. 東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会名簿.....7

2. 調査票

(1) 東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり (病院調査用)

1. 高次脳機能障害者実態調査の概要

- (1) 調査の目的

高次脳機能障害者の実数及び生活状況について把握し、東京都における高次脳機能障害者に対する支援施策を構築するための基礎資料とします。
 - (2) 調査対象機関
 - ① 病院 (都内全病院 651 病院)
 - ② 診療所 (調査区域を限定し、287 の診療所を抽出して調査)
 - (3) 調査内容
 - ① 医療機関調査
 - 退院患者調査

高次脳機能障害の発生数と、都内の高次脳機能障害者数の把握を目的として、調査期間中に退院した都内在住の脳損傷者に対し調査を行います。
 - 通院患者調査、精神科入院患者調査

医療機関を利用している高次脳機能障害者数の把握を目的として、調査期間中に医療機関に通院している都内在住の脳損傷者、精神科に入院している都内在住の脳損傷者に対し調査を行います。(精神科入院患者調査は、精神科を含む病院のみ実施。)
 - ② 本人調査

急性期を過ぎた高次脳機能障害者の生活状況の把握、公的支援の受給状況の把握等を目的として、調査対象医療機関を通じて同意が得られた高次脳機能障害者に対し調査を行います。
- (4) 調査日程
 - 平成 19 年 12 月中旬 各医療機関へ調査票配付
 - 平成 20 年 1 月 医療機関調査
 - 調査期間
 - 1. 退院患者調査 平成 20 年 1 月 7 日～20 日の 2 週間
 - 2. 通院患者調査 平成 20 年 1 月 15 日～21 日の 1 週間
 - 3. 精神科入院患者調査 平成 20 年 1 月 21 日の 1 日
 - 報告書作成
- (5) 調査方法

調査票の発送・回収による書面調査を行います。
- (6) 調査集計結果

関係団体及び調査協力医療機関に対して調査集計結果を送付します。
- (7) その他

調査にあたっては、高次脳機能障害者実態調査検討委員会を設置しています。

この調査に関するお問い合わせ先

東京都福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課 計画担当
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号都庁第一本庁舎 26 階南側
電話 03 (5320) 4451 (直通)
FAX 03 (5388) 1417

調査委託先

株式会社 国際開発コンサルタンツ 計画設計部 まちづくりグループ
〒104-0032 東京都中央区八丁堀 2-23-1 エンパイヤビル
電話 03 (3555) 1711
FAX 03 (3555) 1712

2. 調査票の記入にあたって

貴病院分のとりにまめ担当者様へ

(1) 調査記入用紙

●医療機関調査

貴院内で記入していただく調査票には、病院とりまとめ用、退院患者用、通院患者用、入院患者用の4種類があります。なお、**入院患者用の調査票については精神科のみが対象となりますので、精神科を含まない病院については同封しております。**

●本人調査

本人調査票と印字されている封筒に患者様にお渡し願いたい資料が一式封入されています。

(2) 調査票の配布

- お手数ですが、高次脳機能障害をあわせもつ患者様がいらっしゃる各診療科へ、調査票（退院患者用・通院患者用・入院患者用<精神科を含む場合>）を必要部数配布してください。
- 調査票が不足した場合には、お手数ですが調査票をコピーして配布していただくか、本しおり1ページに記載されているくこの調査に関するお問い合わせ先へまでご連絡いただければ、必要部数を送付させていただきます。
- 本人調査は、調査票（本人用）に同居されているご家族（同居されている方がいらっしゃらない場合は付き添いの方もしくはご本人）が記入していただきます。この調査票について、**貴病院で高次脳機能障害をあわせもつ退院患者様から1名を選んでいただき、調査協力依頼をしてください。**また、**本人調査の提出期限は1月21日になっておりますのでなるべく早い時期にお渡しください。**なお、選定にあたっては、後日謝礼として図書券500円分を進呈するため、**返信用封筒（本人調査用）裏面の差出人の欄に氏名・住所等を記載することが可能で東京在住の通院患者様にご協力いただいただけではないようお願いいたします。**

■お渡しいただきたい資料（本人調査票と印字されている封筒に一式封入してあります）

- 協力依頼書
- 東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり<本人用>
- 調査票<本人用>
- 返信用封筒

(3) 調査票の記入

- 病院とりまとめ用の調査票以外は、患者様一人につき調査票は1枚としていきますので、調査期間中、**2診療科以上で重複して診療を受けている患者様がいらっしゃる場合は、主に診療科で回答いただくよう、調整をお願いします。**
- 各調査期間終了後、配布した調査票を回収していただき、診療科ごとの枚数等をご確認の上、調査票（病院とりまとめ用）に記入していただきます。なお、**調査票（病院とりまとめ用）については、該当の患者様がいない場合についても、郵内の高次脳機能障害者数の推計に必要ですので、必ず提出してください。**

(4) 調査票の返信

貴院内で行う調査票（病院とりまとめ用、退院患者用、通院患者用、入院患者用）と精神科を含む病院のみ）の記入が終わりましたら、すべてをとりまとめのうえ、

1月28日必着で、調査票全て（病院とりまとめ用、退院患者用、通院患者用、入院患者用）と精神科を含む病院のみ）を同封してお戻し返信用封筒でご返送ください。

主治医の方へ

(5) 調査対象

貴病院内で行う調査はそれぞれ以下の期間に、先生が担当された患者様について記入してください。

- 退院調査・・・平成20年1月7日～20日（2週間）に退院した患者様
- 通院調査・・・平成20年1月15日～21日（1週間）に通院した患者様
- 入院調査（精神科を含む病院のみ）・・・平成20年1月21日現在に入院している患者様

(6) 調査票の記入

- 病院とりまとめ用の調査票以外は、患者様一人につき調査票は1枚としていきますので、調査期間中、**2診療科以上で重複して診療を受けている患者様がいらっしゃる場合は、主に診療科で回答いただくよう、調整をお願いします。**
- 各調査票への記入が終わりましたら本調査のとりにまめ担当者様へお渡しください。

3. 高次脳機能障害とは

(1) 高次脳機能障害とは

高次脳機能障害とは、病気や交通事故など様々な原因で、脳が部分的に損傷を受けたために生ずる、言語や記憶・注意などの知的な機能の障害を指します。

新しいことが覚えられない、注意力や集中力の低下、感情や行動の抑制がきかなくなるなどの精神・心理的症状が出現し、周囲の状況にあった適切な行動が選べなくなり、生活に支障をきたすようになります。

しかし、他の障害と比較して外見からは分かりにくく、本人も自分の障害を十分に認識できていないことが多いため、人間関係のトラブルを繰り返すこともあり、社会復帰が困難な状況に置かれています。また、身体の障害は完治または軽症であり、精神障害とも認められない場合があるので、医療・福祉のサービスの受けられず、その多くが社会の中で孤立してしまっている状況にあります。具体的な症状は、本しおりの5ページ以降をご覧ください。

(2) 高次脳機能障害者診断基準（厚生労働省）

本調査で対象とする疾患は、下記の診断基準に基づくものとします。「先天性疾患、同産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とするものは除外する。」という点から、アルツハイマー型認知症も除外されます。

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前記主要症状（Ⅰー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つた外傷や疾病の急性期症状を脱した後に行う。
- 3 神経心理学検査の所見を参考にすることができる。

<参考>

高次脳機能障害者の ICD-10 における「精神及び行動の障害」の分類による診断カテゴリー

- F 0 器質性精神障害
- F 0 4：器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらなないもの
- F 0 6：脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害
- F 0 7：脳の疾患、損傷及び機能不全による人格及び行動の障害

(3) 主な原因疾患

高次脳機能障害となる主な原因疾患として、脳血管障害、脳外傷、脳炎・低酸素脳症などが挙げられます。

①脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）

脳血管障害には、脳の血管が閉塞する脳梗塞（脳血栓と脳塞栓）、脳血管が破れて出血をおこす脳出血（高血圧性脳出血）、及び脳血管にできた瘤（脳動脈瘤）の破裂が主な原因であるくも膜下出血があります。

脳梗塞と脳出血はいずれも片麻痺を呈しやすく、合併する高次脳機能障害は脳の損傷部位ごとにそれぞれ異なります。

一方、くも膜下出血は、脳底部に位置する脳動脈瘤が破裂するために、前頭葉や側頭葉の底面に出血がみられやすく、そのために、突然興奮し怒り出す、やる気がない、脱抑制などの人格行動障害や記憶障害などの高次脳機能障害がみられやすくなります。

②脳外傷

脳外傷の主な原因は、20～30歳代を中心とする若年者では交通事故、50歳以降では転倒・転落事故です。いずれの場合でも、頭部への強い外力により、脳自体に傷や血腫が生じたり、頭蓋内にできた血腫によって脳が圧迫されたりします。その結果、意識障害や高次脳機能障害（運動麻痺やふらつきなど）を引き起こします。

特に、昏睡状態が長く続くような重度の場合は、前頭葉や側頭葉も損傷されていることが多く、回復しても、人格・性格の障害や記憶障害が顕著に現れることがあります。

③脳炎・低酸素脳症

■脳炎などの感染症

脳炎や脳膿瘍、エイズ脳症など、細菌やウイルスの侵入により脳に障害をきたす場合は、大脳全体に障害が及ぶ例もあれば、損傷が局所にとどまる例もあり、様々です。したがって、損傷箇所により呈する高次脳機能障害も様々です。

■低酸素脳症

低酸素脳症は、溺水や窒息、喘息の発作等による呼吸停止、心筋梗塞など、脳に一時的に酸素が供給されないことが原因で発症します。発症時の低酸素状態の程度と時間及び脳の損傷部位や範囲によって呈する症状は異なりますが、記憶を司る部位が損傷を受けやすいことから、記憶障害が顕著します。

④その他の

その他に、頻度は少ないのですが、アルコール依存や薬物中毒、ビタミン欠乏症などの栄養障害、ホルモン異常、全身性エリテマトーデス（SLE）、神経ペーチェットなど様々な疾患が高次脳機能障害を呈することがあります。なお、「認知症」と診断を受けた方も、ここで紹介している様々な症状が表れることがあります。

(4) 主な症状

①注意障害（注意力・集中力の低下）

一つのことなどに注意を集中したり、多数の中から注意して必要なことを選んだりすることなどが難しくなります。気が散り、疲れやすいため、教分しか課題が行えないこともあります。

②遂行機能障害

生活上で必要な情報を整理し、計画し、処理していく一連の作業（目標を決める→計画する→手順を考える→実施する→結果を確認する）が難しくなります。その結果、生活上起こる様々な問題を解決していくのが困難になります。この際、動作を始めるのが難しくなったり、中断するのが難しくなることがあります。

③記憶障害

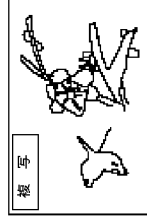
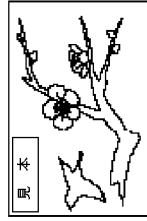
比較的古い記憶は保たれているのに、新しいことを覚えるのが難しくなります。約束したことを忘れたり、日時を間違えたり、場所が分からなくなったり目的の地へ着くことができずに迷子になることがあります。日々の暮らしで、覚えておくべきことを忘れてしまうので、生活するのが難しくなります。また、勉強や仕事の上では新しいことを学び、覚えていくことが必要ですが、このようになると難しくなります。

④失語症

話す、聞く、読む、書くなどの障害です。他の人に意志を伝えたり、他の人が伝えてきたことを理解したりすることが難しくなります。

⑤半側空間無視

自分が意識して見ている空間の片側（多くの人は左側）を見落とす障害です。したがって、見ている領域が移れば、見落とす範囲も変わっていきます。今まで見ていた領域の中にある部分を見ようとする、その部分の半側をもまた見落とします。（図1及び図2）。具体的には、左半側無視では、食事の際に左側の食べ物を食べ残す、ドアを通ろうとして左側にぶつかると、車いすや歩いて廊下を移動する際に、徐々に右側に寄っていくなどの状態が見られます。



(図1：左半側無視のある人の様子)

(図2：右半側無視のある人の様子)

⑥地語的障害（場所の認識の障害）

地理や場所についての障害です。よく知っている場所で道が分からなくなったり、自宅の見取図や、近所の地図が書けないなどの状態が見られます。

高次脳機能障害者実態調査



東京都

調査票＜病院とりまとめ用＞

貴病院分のとりのまとめ担当者様へ

本調査票は、別添「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」に基づき、病院のとりのまとめ担当者様が各調査票【退院患者用、通院患者用、入院患者用（精神科を有する病院のみ）】を取りまとめの上、記入してください。

【ご記入にあたって】

- この調査によっておつかいがいい回答は、統計的に処理し、調査の目的以外には使用いたしません。
- 本調査票（病院とりまとめ用）は、**該当の患者がいらない場合についても、都内の高次脳機能障害者数の推計に必要ですので、必ず提出してください。**
- 各調査票の調査期間は、**退院患者調査は平成20年1月7日～1月20日**の2週間、**通院患者調査は平成20年1月15日～1月21日**の1週間、**入院患者調査（精神科を有する病院のみ）は平成20年1月21日**の1日です。
- 本調査票において高次脳機能障害とは、病気や交通事故など様々な原因で脳が部分的に損傷を受けたために、言語や記憶、注意などの知的な機能に障害が起きた状態を指します。なお、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患者は除外します。また、ICD-10による分類ではFO器質性精神障害のうち、FO4、FO6、FO7に分類されるものが該当となります。（詳細は、「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」3～4頁を参照してください。）
- ご記入が終わりましたら調査票全て（病院とりまとめ用、退院患者用、通院患者用、入院患者用）を返信用封筒にて**1月28日必着**までご返送ください。

＜この調査に関するお問い合わせ先＞

東京都福祉保健局 障害者施策推進部
精神保健・医療課 計画担当
〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎26階南側
tel 03-5320-4451（直通） fax 03-5388-1417

※選択内容が記載されているものには、該当選択肢に○印つけてください。また、()内は、直接記入してください。

問1. 病院名をお答えください。

問2. この調査票（病院とりまとめ用）記入者の所属・氏名等をお答えください。

注) 調査票の内容についてお問い合わせいただく場合がありますので、必ず記入してください。

1 所属
2 職種
3 氏名
4 電話番号
5 FAX番号

問3. 稼働病床数及び平均在院患者数をお答えください。

稼働病床数()	床)	平均在院患者数()	人)
----------	----	------------	----

問4. 貴病院の標榜診療科の有無をお答えください。また、各診療科ごとに調査期間中の**高次脳機能障害を有せもつ退院患者数（平成20年1月7日～20日）**、**通院患者数（平成20年1月15日～21日）**、**入院患者数（平成20年1月21日時点）**及び、それぞれの調査票回収件数をお答えください。なお、**該当者がいない場合は「0」と記入してください。**

診療科名	標榜診療科の有無		高次脳機能障害者の病院内該当患者数		うち、調査回収件数	
	有	無	退院	入院	退院	入院
1 救急診療科	1 有	2 無	人	人	件	件
2 脳神経外科	1 有	2 無	人	人	件	件
3 神経内科	1 有	2 無	人	人	件	件
4 外科	1 有	2 無	人	人	件	件
5 内科	1 有	2 無	人	人	件	件
6 リハビリテーション科	1 有	2 無	人	人	件	件
7 整形外科	1 有	2 無	人	人	件	件
8 精神科	1 有	2 無	人	人	件	件
9	1 有	2 無	人	人	件	件
10	1 有	2 無	人	人	件	件
11	1 有	2 無	人	人	件	件
12	1 有	2 無	人	人	件	件
合計			人	人	件	件

注1) 入院患者については、**精神科に入院している患者**についてのみ記入して下さい。

注2) 1～8以外の診療科で調査対象の患者がいる場合は、9.以降の空欄に、その診療科目と件数を記入してください。

【問 5・6については医師・ケースワーカー等にご確認の上記入してください】

問5. 高次脳機能障害者のマネジメントをする上で必要と思われるものに○印をつけてください。

- | |
|-----------------------------|
| 1 脳損傷の後遺障害に関する情報 |
| 2 通所・入所施設に関する情報 |
| 3 在宅生活全般についての相談支援窓口 |
| 4 公的支援や制度に関する情報 |
| 5 家族会や支援団体に関する情報 |
| 6 患者の心のケアに対する対応方法 |
| 7 高次脳機能障害者に関するアセスメント方法などの研修 |
| 8 関係機関によるネットワーク |

問6. 今後、国や都にどのような支援を望みますか。(自由見欄)

--

高次脳機能障害者実態調査

東京都

調査票＜通院患者用＞

主治医の方へ

本調査票は、**調査期間中(平成20年1月15日～1月21日)**に診察した、**高次脳機能障害をあわせもつ通院患者**について記入してください。ただし、厚生労働省の診断基準に準拠し、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患者は除外し、脳血管性の認知症は含むことにします。また、対象者は都内在住の方で、年齢制限はありません。

【ご記入にあたって】

- この調査によっておおうかがいした回答は、統計的に処理し、調査の目的以外には使用いたしません。
- 本調査票は、**診察した医師**が記入してください。
- 本調査票は、別添「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」に基づき、設問に回答してください。
- ご記入が終わりましたら、調査票（病院とりまとめ用）の記入担当者にお渡しください。
- 本調査票において高次脳機能障害とは、病気や交通事故など様々な原因で脳が部分的に損傷を受けたために、言語や記憶、注意などの知的な機能に障害が起きた状態を指します。なお、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患者は除外します。また、ICD-10による分類ではFO器質性精神障害のうち、FO4、FO6、FO7に分類されるものが該当となります。（詳細は、「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」3～4頁を参照してください。）
- **本調査票が足りなくなったら場合はお手数ですがコピーをとっていただくか、下記までご連絡いただければ複製部数を速付させていただきます。**

＜この調査に関するお問い合わせ先＞

東京都 福祉保健局 障害者施策推進部
 精神保健・医療課 計画担当
 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1都庁第一本庁舎26階南側
 tel 03-5320-4451（直通） fax 03-5388-1417

※ 回答欄の選択肢に○印、又は()内に直接記入してください。また、複数回答の設問には、該当するもの全てに○印をつけてください。

問1. 本調査票の記入者についてお答えください。

注) 調査票の内容についてお問い合わせいただく場合がありますので、さしつかえなければご氏名を記入してください。

1 医師 診療科	1 救急診療科	2 脳神経外科	3 神経内科	4 外科	5 整形外科
	6 リハビリテーション科	7 内科	8 精神科	9 その他()	
ご氏名	()				
2 その他	職 種	1 看護師 2 ソーシャルワーカー 3 OT 4 PT 5 ST 6 その他()			
ご氏名	()				

【問2以降の設問は、対象患者(高次脳機能障害者)についてお答えください。】

問2. 対象患者の性別をお答えください。
 1 男 2 女

問3. 対象患者の生年月日をお答えください。
 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ

問4. 対象患者の現住所(区市町村名まで)がわかればお答えください。
 東京都(区・市・町・村)

問5. 対象患者の所在についてお答えください。

1 自宅	()				
2 施設等入所	施 設 名	()			
	1 介護保健施設	1 介護老人福祉施設(特養)	2 介護老人保健施設(老健施設)		
		3 指定介護療養型医療施設			
	2 社会福祉施設	1 ケアホーム	2 グループホーム	3 福祉ホーム	
		4 その他()			
3 その他	()				

問6. 対象患者の初回来院年月日をお答えください。

昭和・平成 年 月 日

問7. 対象患者の来院経路について番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 発症(受傷)当時から貴病院で診療 2 他の医療機関からの紹介

3 その他()

問8. 対象患者の高次脳機能障害の原因について○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 脳 外 傷	1 交通事故	2 転倒・転落	3 その他()
2 脳血管障害	1 脳梗塞	2 脳出血	3 くも膜下出血 4 その他()
3 その他疾患	1 脳腫瘍	2 低酸素脳症	3 脳炎 4 その他()

昭和・平成 年 月 / (1 初発 2 再発)

問9. 問8で選択した原因の発症(受傷)年月をお答えください。

問10. 対象患者の現在の状態についてお答えください。
○且日常生活力 ※全ての項目について、該当する番号に○印をつけてください。

食 事	一人できる	一部介助や見守りが必要 (例えばおかずを回してもらふ)	全部介助が必要 (経口摂取不可を含む)
1 車椅子からベッドへの移乗	1	2	3
2 整 姿	1	2	3
3 トイレ動作 (洗濯、整髪、洗顔、髪剃りなど)	1	2	3
4 入 浴	1	2	3
5 歩 行 (45m以上の歩行)	1	2 (45m以上の介助歩行)	3 (歩行不能)
6 階段昇降	1	2	3
7 着 替 え	1	2	3
8 排便コントロール	1 (失禁なし、すべて自立)	2 (時に失禁あり、時に介助要)	3 (左記以外)
9 排尿コントロール	1 (失禁なし、すべて自立)	2 (時に失禁あり、時に介助要)	3 (左記以外)

○高次脳機能障害 (用語解説については「調査のしおり」P.65をご確認ください) ※該当する障害全てに○印をつけてください。

1 注 意 障 害	(例: すぐに飽きるなど)
2 遂行機能障害	(例: 一日の予定を立てられない)
3 記 憶 障 害	(例: 数日前の出来事を思い出せない)
4 失 語 症	(例: 言葉がうまく語せない、理解できない)
5 半側空間無視	(例: おかずの左半分を残す)
6 地誌的障害	(例: よく道に迷う)
7 失 認 症	(例: “くし” をみても何に使うのかわからない)
8 半側身体失認	(例: 麻痺している上下肢に注意が払われない)
9 失 行 症	(例: お茶の入れ方を忘れてしまった)

○行動と感情の障害 ※該当する番号全てに○印をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 抑うつ状態	(例: 気分が落ち込みがち、引きこもり)
2 幻覚妄想	(例: 現実にはないものが見える、聞こえる)
3 興奮状態	(例: ささいなことでも興奮する)
4 意欲の障害	(例: やる気がない)
5 情動の障害	(例: 暴言、暴力、衝動的)
6 不安	(例: 心配ばかりしている、なにかを怖がっている)
7 感情失禁	(例: 悲しみや喜びの感情を抑えきれず、表情や行動面で表出してしまふ)
8 その他 ()	

問11. 対象患者の貴院通院中の治療について○印をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 内科的治療(薬物療法を含む)	2 外科的治療	3 精神科的治療
4 リハビリテーション(理学療法、作業療法、言語聴覚療法を含む)		
5 その他 ()		

高次脳機能障害者実態調査



東京都

調査票<入院患者用>

主治医の方へ

本調査票は、**脳損傷（脳外傷、脳血管障害など）を主たる理由として、調査時点(平成20年1月21日)に貴病院の精神科に入院している患者について記入してください。**
 ただし、厚生労働省の診断基準に準拠し、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患者は除外し、脳血管性の認知症を含むこととします。また、対象者は都内在住の方で、年齢制限はありません。

【ご記入にあたって】

- この調査によっておうえかがいした回答は、統計的に処理し、調査の目的以外には使用いたしません。
- 本調査票は、**主治医**が記入してください。
- 本調査票は、別添「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」に基づき、設問に回答してください。
- ご記入が終わりまりましたら、調査票（病院とりまとめ用）の記入担当者にお渡しください。
- 本調査票において高次脳機能障害とは、病気や交通事故など様々な原因で脳が部分的に損傷を受けたために、言語や記憶、注意などの知的な機能に障害が起きた状態を指します。なお、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患者は除外します。また、ICD-10による分類ではFO器質性精神障害のうち、FO4、FO6、FO7に分類されるものが該当となります。（詳細は、「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」3～4頁を参照してください。）
- **本調査票が足りなくなったら場合はお手数ですがコピーをとっていただくか、下記までご連絡いただければ必要部数を送付させていただきます。**

<この調査に関するお問い合わせ先>

東京都福祉保健局 障害者施策推進部
 精神保健・医療課 計画担当
 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1都庁第一本庁舎26階南側
 tel: 03-5320-4451 (直通) fax: 03-5388-1417

※ 回答欄の選択肢に○印、又は()内に直接記入してください。また、複数回答の設問には、該当するもの全てに○印をつけてください。

問1. 本調査票の記入者についてお答えください。

注) 調査票の内容についてお問い合わせさせていただきたく場合がありますので、さしつかえなければご氏名を記入してください。

1 医師	診療科	1 精神科	2 神経科	3 その他()
	ご氏名	()		
2 その他	職種	1 看護師	2 ソーシャルワーカー	3 OT
	ご氏名	4 PT	5 ST	6 その他()

【問2以降の設問は、対象患者(高次脳機能障害者)についてお答えください。】

問2. 対象患者の性別をお答えください。

1 男	2 女
-----	-----

問3. 対象患者の生年月日をお答えください。

明治・大正・昭和・平成	年	月	日	生まれ
-------------	---	---	---	-----

問4. 対象患者の現住所(区市町村名まで)がわかればお答えください。

東京都()	区・市・町・村()
--------	------------

問5. 対象患者の貴院入院前の所在についてお答えください。

1 自宅	医療機関名	()
2 病院	診療科	1 救急診療科 2 脳神経外科 3 神経内科 4 外科 5 整形外科 6 リハビリテーション科 7 内科 8 精神科 9 その他()
3 施設等入所	施設名	()
	1 介護保険施設	1 介護老人福祉施設(特養) 2 介護老人保健施設(老健施設)
	3 指定介護療養型医療施設	
	2 社宅福祉施設	1 ケアホーム 2 グループホーム 3 福祉ホーム
4 その他	4 その他()	()

問6. 対象患者の貴院入院年月日をお答えください。

昭和・平成	年	月	日
-------	---	---	---

問7. 対象患者の貴院入院経路について番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 他の医療機関からの紹介	2 外来一般診療	3 その他()
---------------	----------	----------

○重症脳機能障害(閉鎖意識)については、「調査のしおり」P.6を「重く」ご覧ください。 ※該当する障害全てに○印をつけてください。

1	注意障害	(例:すぐに飽きるなど)
2	遂行機能障害	(例:一日の予定を立てられない)
3	記憶障害	(例:数日前の出来事を思い出せない)
4	失語症	(例:言葉がうまく話せない、理解できない)
5	半側空間無視	(例:おかずの左半分を残す)
6	地誌的障害	(例:よく道に迷う)
7	失認症	(例:“くし”をみても何にかわかわからない)
8	半側身体失認	(例:麻痺している上下肢に注意が払われない)
9	失行症	(例:お茶の入れ方を忘れてしまった)

○行動と感情の障害 ※該当する番号全てに○印をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1	抑うつ状態	(例:気分が落ち込みがち、引きこもり)
2	幻覚妄想	(例:現実にはないものが見える、聞こえる)
3	興奮状態	(例:ささいなことで興奮する)
4	意欲の障害	(例:やる気がない)
5	情動の障害	(例:暴言、暴力、衝動的)
6	不安	(例:心配ばかりしている、なにかを怖がっている)
7	感情失禁	(例:悲しみや喜びの感情が抑えきれず、表情や行動面で表出してしまう)
8	その他	()

問13. 対象患者の貴入院中の治療について○印をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1	内科的治療(薬物療法を含む)	2 外科的治療	3 精神科的治療
4	リハビリテーション(理学療法、作業療法、言語聴覚療法を含む)		
5	その他	()	

問8. 対象患者の貴入院中(現疾患)に、受診した全ての診療科の番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1	救急診療科	2 脳神経外科	3 神経内科	4 外科	5 整形外科
6	リハビリテーション科	7 内科	8 精神科	9 その他	()

問9. 対象患者の高次脳機能障害の原因について番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1	脳外傷	1 交通事故	2 転倒・転落	3 その他	()	
2	脳血管障害	1 脳梗塞	2 脳出血	3 くも膜下出血	4 その他	()
3	その他疾患	1 脳腫瘍	2 低酸素脳症	3 脳炎	4 その他	()

問10. 問9で選択した原因の発症(受傷)年月をお答えください。

昭和・平成 年 月 / (1 初発 2 再発)

問11. 対象患者の発症(受傷)時の意識レベルと昏睡期間についておわかりになる範囲でお答えください。(以下の各評価スケールは、「調査のしおり」P.6をご覧ください。)

1	(1) Japan Coma Scale (1 ・ 2 ・ 3 ・ 10 ・ 20 ・ 30 ・ 100 ・ 200 ・ 300)
	(2) Glasgow Coma Scale ()点 (=開眼反応点数 + 言語反応点数 + 運動反応点数)
	(3) 1 昏睡 2 半昏睡(痛み刺激で反応あり) 3 錯乱(正常な応答ができない状態) 4 清明
2	おおよその昏睡持続時間(開眼し相手がわかるまでの期間) () 時間・日・週・月

問12. 対象患者の現在の状態についてお答えください。

○日常生活能力 ※全ての項目について、該当する番号に○印をつけてください。

食 事	一人できる		一人ではできない	
	一部介助や見守りが必要 (例:はおがずを掴ってもらふ)	全部介助が必要 (風呂採取不可を含む)	一人ではできない	全部介助が必要 (風呂採取不可を含む)
1	1	2	2	3
2	1	2	2	3
3	1	2	2	3
4	1	2	2	3
5	1	2	2	3
6	1	2	2	3
7	1	2	2	3
8	1	2	2	3
9	1	2	2	3
10	1	2	2	3

高次脳機能障害者実態調査



東京都

調査票＜退院患者用＞

主治医の方へ

本調査票は、**脳損傷（脳外傷、脳血管障害など）を主たる理由として入院し、調査期間中(平成20年1月7日～1月20日)に退院した患者**(調査期間以前からの入院患者を含む)について記入してください。ただし、厚生労働省の診断基準に準拠し、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患者は除外し、脳血管性の認知症を含むことにします。また、対象者は都内在住の方で、**年齢制限はありません。**

【ご記入にあたって】

- この調査によっておとうかがいした回答は、統計的に処理し、調査の目的以外には使用いたしません。
- 本調査票は、**主治医**が記入してください。
- 本調査票は、別添「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」に基づき、設問に回答してください。
- ご記入が終わりまりましたら、調査票（病院とりまとめ用）の記入担当者にお渡しください。
- 本調査票において高次脳機能障害とは、病気や交通事故など様々な原因で脳が部分的に損傷を受けたために、言語や記憶、注意などの知的な機能に障害が起きた状態を指します。なお、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患者は除外します。また、ICD-10による分類ではFO器質性精神障害のうち、FO4、FO6、FO7に分類されるものが該当となります。（詳細は、「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」3～4頁を参照してください。）
- **本調査票が足りなくなったら場合はお手数ですがコピーをとっていただくか、下記までご連絡いただければ必要部数を送付させていただきます。**

＜この調査に関するお問い合わせ先＞
 東京都福祉保健局 障害者施策推進部
 精神保健・医療課 計画担当
 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎26階南側
 tel 03-5320-4451 (直通) fax 03-5388-1417

※ 回答欄の選択肢に○印、又は()内に直接記入してください。また、複数回答の設問には、該当するもの全てに○印をつけてください。

問1. 本調査票の記入者についてお答えください。

注) 調査票の内容についてお問い合わせさせていただきたく場合がありますので、さしつかえなければご氏名を記入してください。

1 医師	診療科	1 救急診療科	2 脳神経外科	3 神経内科	4 外科	5 整形外科
		6 リハビリテーション科	7 内科	8 精神科	9 その他()	
	ご氏名	()				
2 その他	職種	1 看護師	2 ソーシャルワーカー	3 OT	4 PT	5 ST
	ご氏名	()				

【問2以降の設問は、対象患者(高次脳機能障害者)についてお答えください。】

問2. 対象患者の性別をお答えください。
 1 男 2 女

問3. 対象患者の生年月日をお答えください。
 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ

問4. 対象患者の現住所(区市町村名まで)がわかればお答えください。
 東京都(区・市・町・村)

問5. 対象患者の貴院入院年月日をお答えください。
 昭和・平成 年 月 日

問6. 対象患者の貴院入院経路について番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。
 1 救急搬送 2 他の医療機関からの紹介 3 外来一般診療
 4 その他()

問7. 対象患者の貴院入院前の所在について番号に○印をつけ、()内に具体的に記入してください。

1 自宅	医療機関名	()
2 病院	診療科	1 救急診療科 2 脳神経外科 3 神経内科 4 外科 5 整形外科 6 リハビリテーション科 7 内科 8 精神科 9 その他()
3 施設等入所	施設名	()
	1 介護保健施設	1 介護老人福祉施設(特養) 2 介護老人保健施設(老健施設) 3 指定介護療養型医療施設
	2 社会福祉施設	1 ケアホーム 2 グループホーム 3 福祉ホーム 4 その他()
4 その他	()	()

(NO.)

○事故後脳機能障害 (脳機能障害)については、「障害のしおり」P.6をご覧ください。 ※該当する障害全てに○印をつけてください。

1	注意障害	(例: すぐに飽きるなど)
2	遂行機能障害	(例: 一日の予定を立てられない)
3	記憶障害	(例: 数日前の出来事を思い出せない)
4	失語症	(例: 言葉がうまく話せない、理解できない)
5	半側空間無視	(例: おかずの左半分を残す)
6	地誌的障害	(例: よう道に迷う)
7	失認症	(例: “くし”をみても何に使うのかわからない)
8	半側身体失認	(例: 麻痺している上下肢に注意が払われない)
9	失行症	(例: お茶の入れ方を忘れてしまった)

○行動と感情の障害 ※該当する番号全てに○印をつけその他の場合は()に具体的に記入してください。

1	抑うつ状態	(例: 気分が落ち込みがち、引きこもり)
2	幻覚妄想	(例: 現実にはないものが見える、聞こえる)
3	興奮状態	(例: ささいなことでも興奮する)
4	意欲の障害	(例: やる気がない)
5	情動の障害	(例: 暴言、暴力、衝動的)
6	不安	(例: 心配ばかりしている、なにかを怖がっている)
7	感情失禁	(例: 悲しみや喜びの感情を抑えきれず、表情や行動面で表出してしまう)
8	その他	()

問14. 対象患者の貴院入院中の治療について○印をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1	内科の治療 (薬物療法を含む)	2	外科の治療	3	精神的治療
4	リハビリテーション (理学療法、作業療法、言語聴覚療法を含む)				
5	その他	()			

問15. 対象患者の退院後の行き先について番号に○印をつけ、()内に具体的に記入してください。

1	自宅				
2	病院 (他の医療施設)	医療機関名	()		
		診療科	1 リハビリテーション科 2 内科 3 神経内科 4 精神科		
			5 脳神経外科 6 外科 7 整形外科 8 その他		
3	施設等入所	施設名	()		
		1 介護保険施設	1 介護老人福祉施設 (特養) 2 介護老人保健施設 (老健施設)		
			3 指定介護療養型医療施設		
		2 社会福祉施設	1 ケアホーム 2 グループホーム 3 福祉ホーム		
			4 その他	()	
4	その他	()			

(NO.)

問8. 対象患者の貴院入院中 (現疾患) に、受診した全ての診療科の番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1	救急診療科	2	脳神経外科	3	神経内科	4	外科	5	整形外科
6	リハビリテーション科	7	内科	8	精神科	9	その他	()	

問9. 対象患者の高次脳機能障害の原因について番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1	脳外傷	1	交通事故	2	転倒・転落	3	その他	()	
2	脳血管障害	1	脳梗塞	2	脳出血	3	くも膜下出血	4	その他
3	その他疾患	1	脳腫瘍	2	低酸素脳症	3	脳炎	4	その他

問10. 問9で選択した原因の発症 (受傷) 年月をお答えください。

昭和・平成	年	月	／	(1)	初発	2	再発
-------	---	---	---	-------	----	---	----

問11. 対象患者の発症 (受傷) 時の意識レベルと昏睡期間についておわかりになる範囲でお答えください。(以下の各評価スケールは、「調査のしおり」P.6をご覧ください。)

1	(1) Japan Coma Scale (1・2・3・10・20・30) 点 (= 開眼反応点数 + 言語反応点数 + 運動反応点数)
(2)	Glasgow Coma Scale () 点 (= 開眼反応点数 + 言語反応点数 + 運動反応点数)
(3)	1 昏睡 2 半昏睡 (痛み刺激で反応あり) 3 錯乱 (正常な応答ができない状態) 4 清明
2	おおよその昏睡持続時間 (開眼し相手がわかるまでの期間)
()	時間・日・週・月

問12. 対象患者の退院年月日をお答えください。

平成	20	年	1	月	日
----	----	---	---	---	---

問13. 対象患者の退院時の状態についてお答えください。

○転帰 (Glasgow outcome scale) ※該当する番号に○印をつけてください。

1	回復良好 (少々の神経学的あるいは心理学的障害は残したものの通常の生活に復帰)
2	中等度障害 (障害が残る制限はあるものの日常生活は自立)
3	重度障害 (精神的あるいは身体的障害が重度で、日常生活に介護を要するもの)
4	植物状態 (数週あるいは数ヶ月以上応答も自発言語もないもの)
5	死亡

○日常生活能力 ※全ての項目について、該当する番号に○印をつけてください。

食事	一人でする		一人ではできない	
	一人でできる (標準時間内で食べられる)	一部介助や見守りが必要 (例: おかずを抑つてもらふ)	全部介助が必要 (盛口摂取不可を含む)	
1	1	2	3	
2	1	2	3	
3	1	2	3	
4	1	2	3	
5	1	2	3	
6	1	2	3	
7	1	2	3	
8	1	2	3	
9	1	2	3	
10	1	2	3	

高次脳機能障害者実態調査

東京都

調査票＜診療所とりまとめ用＞

貴診療所分のとりまとめ担当者様へ

本調査票は、別添「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」に基づき、診療所とりまとめ担当者様が調査票【通院患者用】を取りまとめの上、記入してください。

【ご記入にあたって】

- この調査によっておうえかがいした回答は、統計的に処理し、調査の目的以外には使用いたしません。
- 本調査票（診療所とりまとめ用）は、**該当の患者がいない場合についても、都内の高次脳機能障害者数の推計に必要ですので、必ず提出してください。**
- **通院患者調査は平成20年1月15日～1月21日の1週間です。**
- 本調査票において高次脳機能障害とは、病気や交通事故など様々な原因で脳が部分的に損傷を受けたために、言語や記憶、注意などの知的な機能に障害が起きた状態を指します。なお、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患者は除外します。また、ICD-10による分類ではFO器質性精神障害のうち、FO4、FO6、FO7に分類されるものが該当となります。（詳細は、「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」3～4頁を参照してください。）
- ご記入が終わりましたら調査票全て（診療所とりまとめ用、通院患者用）を返信用封筒にて**1月28日必着**でご返送ください。

＜この調査に関するお問い合わせ先＞
 東京都福祉保健局 障害者施策推進部
 精神保健・医療課 計画担当
 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1都庁第一本庁舎26階南側
 tel 03-5320-4451 (直通) fax 03-5388-1417

2) 診療所調査用

※選択内容が記載されているものには、該当選択肢に○印つけてください。また、()内は、直接記入してください。

問 1. 診療所名をお答えください。

問 2. この調査票（診療所とりまとめ用）記入者の所属・氏名等をお答えください。
(注) 調査票の内容についてお問い合わせいただく場合は、必ず記入してください。

1 所属	_____
2 職種	_____
3 氏名	_____
4 電話番号	_____
5 FAX番号	_____

問 3. 貴診療所の標榜診療科の有無をお答えください。また、各診療科ごとに調査期間中の**高次脳機能障害をあげてもつ通院患者数（平成20年1月15日～21日）**及び、調査票回収件数をお答えください。なお、**該当者がいない場合は、0**と記入してください。

診療科名	標榜診療科の有無		高次脳機能障害者の通院患者数		うち、回収件数
	有	無	患者数	回収件数	
1 脳神経外科	1 有	2 無	人	人	件
2 神経内科	1 有	2 無	人	人	件
3 内科	1 有	2 無	人	人	件
4 リハビリテーション科	1 有	2 無	人	人	件
5 整形外科	1 有	2 無	人	人	件
6 精神科	1 有	2 無	人	人	件
合計					

【問 4・5については医師・ケースワーカー等にご確認の上記入してください】

問 4. 高次脳機能障害者の診察をする上で必要と思われるものに○印をつけてください。

1 脳損傷の後遺障害に関する情報	<input type="checkbox"/>
2 通所・入所施設に関する情報	<input type="checkbox"/>
3 在宅生活全般についての相談支援窓口	<input type="checkbox"/>
4 公的支援や制度に関する情報	<input type="checkbox"/>
5 家族会や支援団体に関する情報	<input type="checkbox"/>
6 患者の心のケアに対する対応方法	<input type="checkbox"/>
7 高次脳機能障害者に関するアセスメント方法などの研修	<input type="checkbox"/>
8 関係機関によるネットワーク	<input type="checkbox"/>

問 5. 今後、国や都にどのような支援を望みますか。(自由意見欄)

高次脳機能障害者実態調査



東京都

調査票＜通院患者用＞

主治医の方へ

本調査票は、**調査期間中(平成20年1月15日～1月21日)**に診察した、**高次脳機能障害をあげてもつ通院患者**について記入してください。ただし、厚生労働省の診断基準に準拠し、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患者は除外し、脳血管性の認知症は含むことにします。また、対象者は都内在住の方で、年齢制限はありません。

【ご記入にあたって】

- この調査によっておうえかがいした回答は、統計的に処理し、調査の目的以外には使用いたしません。
- 本調査票は、**診察した医師**が記入してください。
- 本調査票は、別添「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」に基づき、設問に回答してください。
- ご記入が終わりましたら、調査票（診療所とりまとめ用）の記入担当者にお渡しください。
- 本調査票において高次脳機能障害とは、病気や交通事故など様々な原因で脳が部分的に損傷を受けたために、言語や記憶、注意などの知的な機能に障害が起きた状態を指します。なお、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患者は除外します。また、ICD-10による分類ではFO器質性精神障害のうち、FO4、FO6、FO7に分類されるものが該当となります。（詳細は、「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり」3～4頁を参照してください。）
- **本調査票が足りなくなったら場合はお手数ですがコピーをとっていただくか、下記までご連絡いただければ必要部数を送付させていただきます。**

＜この調査に関するお問い合わせ先＞

東京都福祉保健局 障害者施策推進部
 精神保健・医療課 計画担当
 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎26階南側
 tel 03-5320-4451 (直通) fax 03-5388-1417

※ 回答欄の選択肢に○印、又は()内に直接記入してください。また、複数回答の設問には、該当するもの全てに○印をつけてください。

問1. 本調査票の記入者についてお答えください。

注) 調査票の内容についてお問い合わせいただく場合がありますので、さしつかえなければご氏名を記入してください。

1 医師	診療科	1 脳神経外科	2 神経内科	3 内科	4 リハビリテーション科	5 整形外科
		6 精神科	7 その他()			
	ご氏名	()				
2 その他	職種	1 看護師	2 ソーシャルワーカー	3 OT	4 PT	5 ST
		6 その他()				
	ご氏名	()				

【問2以降の設問は、対象患者(高次脳機能障害者)についてお答えください。】

問2. 対象患者の性別をお答えください。

1 男	2 女
-----	-----

問3. 対象患者の生年月日をお答えください。

明治	・	大正	・	昭和	・	平成	年	月	日	生まれ
----	---	----	---	----	---	----	---	---	---	-----

問4. 対象患者の現住所(区市町村名まで)がわかればお答えください。

東京都()	区	市	町	村
--------	---	---	---	---

問5. 対象患者の所在についてお答えください。

1 自宅	施設名	()
2 施設等入所	施設	1 介護施設 2 介護老人福祉施設(特養) 3 指定介護療養型医療施設 1 ケアホーム 2 グループホーム 3 福祉ホーム 4 その他()
3 その他	()	()

問6. 対象患者の初回来院年月日をお答えください。

昭和	・	平成	年	月	日
----	---	----	---	---	---

問7. 対象患者の来院経路について番号に○印つけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 発症(受傷)当時から貴診療所で診療	2 他の医療機関からの紹介
3 その他()	()

問8. 対象患者の高次脳機能障害の原因について○印つけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 脳外傷	1 交通事故	2 転倒・転落	3 その他()
2 脳血管障害	1 脳梗塞	2 脳出血	3 くも膜下出血
3 その他疾患	1 脳腫瘍	2 低酸素脳症	3 脳炎
	4 その他()	4 その他()	4 その他()

問9. 問8で選択した原因の発症(受傷)年月をお答えください。

昭和・平成 年 月 / (1 初発 2 再発)

問10. 対象患者の現在の状態についてお答えください。

○日常生活能力 ※全ての項目について、該当する番号に○印をつけてください。

	一人でできる	一人ではできない	一部介助や見守りが必要 (例えばおかずを掴んでもらう)	全部介助が必要 (経口摂取不可を含む)
1. 食事	1 (無難時間で食べられる)	2	2	3
2. 車椅子からベッドへの移乗	1	2	2	3
3. 整容 (洗面、髪髻、歯磨き、髪剃りなど)	1	2	2	3
4. トイレ動作 (衣履操作、後始末を含む)	1	2	2	3
5. 入浴	1	2	2	3
6. 歩行 (45m以上の歩行)	1	2	(45m以上の介助歩行)	3 (歩行不能)
7. 階段昇降	1	2	2	3
8. 着替え	1	2	2	3
9. 排便コントロール	1 (失禁なし、すべて自立)	2	(時に失禁あり、時に介助要)	3 (左記以外)
10. 排尿コントロール	1 (失禁なし、すべて自立)	2	(時に失禁あり、時に介助要)	3 (左記以外)

○高次脳機能障害(脳神経症)については、「障害のしかり/程度を教えてください」 ※該当する障害全てに○印をつけてください。

1 注意障害	(例:すぐに飽きるなど)
2 遂行機能障害	(例:一日の予定を立てられない)
3 記憶障害	(例:数日前の出来事を思い出せない)
4 失語症	(例:言葉がうまく話せない、理解できない)
5 半側空間無視	(例:おかずの左半分を残す)
6 地誌的障害	(例:よく道に迷う)
7 失認症	(例:“くし”をみても何に使うのかわからない)
8 半側身体失認	(例:麻痺している上下肢に注意が払われない)
9 失行症	(例:お茶の入れ方を忘れてしまった)

○行動と感情の障害 ※該当する番号全てに○印をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 抑うつ状態	(例:気分が落ち込みがち、引きこもり)
2 幻覚妄想	(例:現実にはないものが見える、聞こえる)
3 興奮状態	(例:さいさいなこと興奮する)
4 意欲の障害	(例:やる気がない)
5 情動の障害	(例:暴言、暴力、衝動的)
6 不安	(例:心配ばかりしている、なにかを怖がっている)
7 感情失禁	(例:悲しみや喜びの感情が抑えきれず、表情や行動面で表出してしまふ)
8 その他 ()	

問11. 対象患者の貴診療所通院中の治療について○印をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 内科的治療(薬物療法を含む)	2 外科的治療	3 精神科的治療
4 リハビリテーション(理学療法、作業療法、言語聴覚療法を含む)		
5 その他 ()		

調査票＜本人用＞

本調査票は、同居されているご家族の方が記入してください。また、同居されている方がいらっしゃる場合、付き添いの方もしくはご本人が記入してください。

【ご記入にあたって】

- この調査は、高次脳機能障害をあわせもつ患者様で、都内の医療機関に入院されている方にお願いです。
- 本調査票は、別添「東京都高次脳機能障害者実態調査のしおり（本人用）」に基づき、設問に回答してください。
- 調査にご協力いただいた方には、後日、謝礼として図書券500円分を呈いたしますので、返信用封筒裏面の差出人に住所・氏名を必ず記入してください。
- この調査票に記入された事項は、統計以外の目的に使用したり、他に漏らしたりすることは絶対にありません。
- ご記入が終わりましたら、本調査票と一緒にお渡した返信用封筒に入れて、**1月21日（月）**必着で、ご返送ください。

＜この調査に関するお問い合わせ先＞
 東京都福祉保健局 障害者施策推進部
 精神保健・医療課 計画担当
 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1都庁第一本庁舎26階南側
 tel 03-5320-4451（直通） fax 03-5388-1417

3) 本人調査用

■ご記入者についてお伺いします

問1. ご記入者はどなたですか。該当する番号に○をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 父	2 母	3 配偶者	4 子	5 兄弟姉妹
6 本人	7 その他()			

■ご本人についてお伺いします

問2. ご本人の性別をお答えください。該当する番号に○をつけてください。

1 男性	2 女性
------	------

問3. ご本人の生年月日をお答えください。

明治・大正・昭和・平成	年	月	日	生まれ
-------------	---	---	---	-----

問4. ご本人の現住所を区市町村名までお答えください。

東京都()	区・市・町・村()
--------	------------

問5. ご本人の居所をお答えください。該当する番号に○をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 自宅	1 持ち家 2 借家 3 寮・社宅・官舎 4 その他()
2 施設等入所	施設名() 1 介護保健施設 1 介護老人福祉施設(特養) 2 介護老人保健施設(老健施設) 3 指定介護療養型医療施設 2 社会福祉施設 1 ケアホーム 2 グループホーム 3 福祉ホーム 4 その他()

問6. どなたかと一緒に住んでおられますか。該当する番号に○をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 一人暮らし	1 父	2 母	3 配偶者	4 子()	5 兄弟姉妹()	6 その他()
2 同居 ※該当する方の全てに○をつけて下さい	家族人数(ご本人を含む) 名					

問7. 主に生計を立てている方は次のうちのどなたですか。該当する番号に○をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 本人	2 配偶者	3 親	4 兄弟姉妹	5 子	6 その他()
------	-------	-----	--------	-----	----------

■ご本人の障害の状態についてお伺いします

問8. ご本人の傷病の発症(受傷)時期と、そのときのご本人の年齢についてお答えください。

発症(受傷)時期	昭和・平成	年	月	日	ごろ
その時のご本人の年齢					

問9. ご本人の障害の原因について該当する番号に○をつけ、その他の場合は()に具体的に記入してください。

1 脳外傷	1 交通事故	2 転倒・転落	3 その他()	
2 脳血管障害	1 脳梗塞	2 脳出血	3 くも膜下出血	4 その他()
3 その他疾患	1 脳腫瘍	2 低酸素脳症	3 脳炎	4 その他()

問10. 現在の障害は**医療機関**からなんと症状を指摘されましたか。また、**ご家族**からみてどのような障害がありますか。それぞれ、該当する項目の欄全てに○印をつけ、その他の障害の場合は()内に具体的に記入してください。

※用語解説については、「調査のしおり」P4～5をご覧ください。

障害	内容	医療機関からの指摘	家族から見た障害の状況
1 注意障害	(例：すぐに飽きるなど)		
2 遂行機能障害	(例：一日の予定を立てられない)		
3 記憶障害	(例：数日前の出来事を思い出せない)		
4 失語症	(例：言葉がうまく話せない、理解できない)		
5 半側空間無視	(例：おかずの左半分を残す)		
6 地誌的障害	(例：よく道に迷う)		
7 失認症	(例：“くし”をみても何に使うのかわからない)		
8 半側身体失認	(例：麻痺している上下肢に注意が払われない)		
9 失行動	(例：お茶の入れ方を忘れてしまった)		
10 行動と感情の障害	(例：怒りやすい、幼稚、引きこもり)		
11 その他	()		

問11. 発症(受傷)後、**最初にかかった医療機関**について、それぞれ該当する番号に○をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

医療機関	1 救急病院	2 一般病院	3 診療所	4 その他
診療科	1 救急診療科	2 脳神経外科	3 神経内科	4 外科
	6 リハビリテーション科	7 内科	8 精神科	9 その他

問12. **問9の疾患**について、どのような診療科にかかっていましたか。該当する番号全てに○をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 脳神経外科	2 神経内科	3 外科	4 整形外科	5 リハビリテーション科
6 内科	7 精神科	8 その他		

問13. 発症(受傷)からこれまでの、転院の状況について該当する番号に○をつけてください。また、転院したことがある場合は、その転院回数及び理由を記入してください。

1 転院したことはない	転院回数()	転院理由()
2 転院した	転院回数()	転院理由()

問14. 身体の障害について当てはまるものがありましたら該当する番号全てに○をつけて下さい。

1 手足のまひ	2 手足のふるえ	3 歩行時のふらつき	4 飲み込み(嚥下)が悪い	5 特になし
---------	----------	------------	---------------	--------

問15. 次の日常動作が一人でできず、それぞれ別の項目について、該当する番号に○印をつけて下さい。

食事	一人でできる	
	一人介助や見守りが必要 (例：お茶やおかずを初っから)	全部介助が必要 (風呂採取不可を含む)
1 食卓からベッドへの移乗	1	3
2 整容 (洗面、髭髻、歯磨き、髷剃りなど)	1	3
3 トイレ動作 (衣服操作、後始末を含む)	1	3
4 入浴	1	3
5 歩行 (45m以上の歩行)	1	3
6 階段昇降	1	3
7 着替え	1	3
8 排便コントロール	1	3
9 排尿コントロール	1	3

問16. ご本人が外出する頻度・主な方法・外出先について、それぞれ該当する番号に○をつけてください。

外出頻度	1 ほとんど毎日	2 週2～3日	3 週1回
	4 月2回	5 月1回	6 ほとんど外出しない
外出方法	1 自家用車を運転する	2 公共交通機関(電車・バス)を利用する	
※該当する項目全てに○をつけてください	3 タクシーを利用する	4 リフトタクシーを利用する	
	5 徒歩	6 その他	
自立度	1 自立している	2 見守りが必要	3 介助が必要
※1つ選択してください			
外出先	1 病院	2 勤務先	3 学校
	4 授産所	5 作業所	6 デイケア
※該当する項目全てに○をつけてください	7 デパート、ショッピングセンター	8 コンビニ	9 趣味の集まり
	10 美術館・博物館・映画館	11 障害者の集まり	12 その他

問17. 外出頻度が発症前と比べて減少しましたか。該当する番号に○をつけてください。減少した場合は、その理由に該当する番号全てに○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 減少していない	
2 減少した	1 外出先(社会参加の場)がない
	2 外に出たがらない
※該当する項目全てに○をつけてください	3 身体障害のため、外出しづらい
	4 道に迷う、計画的に行動できない、または危険を回避できない
	5 対人関係のトラブルをおこす可能性がある
	6 人とのコミュニケーションが困難である
	7 介助者がいない(見守り・外出介助がないと外出できない)
	8 刺激や人間関係が煩わしい
	9 その他

問18. ご本人の感情面で以前と変わったところがありますか。該当する番号全てに○をつけ、その他の症状がある場合は()内に具体的に記入してください。

1 抑うつ状態	(例：気分が落ち込みがち、引きこもり)
2 幻覚妄想	(例：現実にはないものが見える、聞こえる)
3 興奮状態	(例：ささいなことでも興奮する)
4 意欲の障害	(例：やる気がない)
5 情動の障害	(例：暴言、暴力、衝動的)
6 不安	(例：心配ばかりしている、なにかを怖がっている)
7 感情失禁	(例：悲しみや喜びの感情を抑えきれず、表情や行動面で表出してしまふ)
8 その他	()

■障害者手帳についてお伺いします

問19. 現在、障害者手帳をもっていますか。該当する番号に○をつけてください。 1 持っている 2 申請中 3 持っていない

問20. 問19で「持っている」を選択した方のみお答えください。障害者手帳の等級に該当する番号に○印をつけてください。また、障害者手帳の取得時期を記入してください。

種別	等級	取得時期
1 身体障害者手帳	① 1級	昭和・平成 年 月取得
	② 2級	昭和・平成 年 月取得
	③ 3級	昭和・平成 年 月取得
2 愛の手帳(療育手帳)	④ 4級	発症(受傷)してから()年後に取得
	⑤ 5級	昭和・平成 年 月取得
	⑥ 6級	昭和・平成 年 月取得
3 精神障害者保健福祉手帳	① 1度	昭和・平成 年 月取得
	② 2度	昭和・平成 年 月取得
	③ 3度	発症(受傷)してから()年後に取得
4 発達障害者支援センター	④ 4度	昭和・平成 年 月取得
	⑤ 5度	昭和・平成 年 月取得
	⑥ 6度	発症(受傷)してから()年後に取得

問21. 問20で「身体障害者手帳」を選択した方のみお答えください。身体障害者手帳に記載されている全ての障害内容について、障害名(等級)と表記を記入してください。

等級	表 記 等

問22. 自立支援医療(精神通院医療・更生医療・育成医療)を利用していますか。 1 利用している 2 利用していない

■公的支援の状況についてお伺いします

問23. 受給している年金(A欄)・手当(B欄)のすべての番号に○印をつけてください。その他、現在、生活保護(C欄)を受給していますか。該当する番号に○印をつけてください。また、年金・手当・生活保護の月額合計をお聞かせください。

A 年金		B 手当		C 生活保護	
1 障害基礎年金(国民年金)	1 特別障害者手当	1 受給している	2 受給していない	1 受給している	2 受給していない
2 障害基礎年金(厚生・共済)	2 心身障害者福祉手当				
3 労災年金	3 失業保険				
4 老齢基礎年金	4 傷病手当				
5 その他()	5 その他()				
6 なし	6 なし				
A、B及びCの月額合計 (円)					

問24. 問23以外に公的給付を受給していますか。受給している場合は、給付の種類を記載してください。

問25. 介護保険の認定を受けていますか。該当する番号に○をつけてください。また、受けている場合は要介護(要支援)認定の区分に○をつけてください。

1 受けている	要支援	1	2	1	2	3	4	5
2 受けていない	要介護							

■生活上の支援やサービスに関してお伺いします

問26. 生活をjする上で、下記のサービスを利用しましたか。また、利用していない場合は、これらのサービスについてどう思われますか。それぞれの項目について該当する番号に一つ○をつけて下さい。

項目	内容	利用した	利用していないが、		利用しているが、適切なサービスがない	
			是非必要	どちらともいえない		
相談支援	医療や生活について、総合的な相談やサービスの利用支援を行います。	1	2	3	4	5
ケアマネージメント	障害や介護保険のサービスを組み合わせて利用するときには計画的なプログラムの作成や援助を行います。	1	2	3	4	5
訪問介護(ホームヘルプ)	自宅での入浴、排せつ、食事の介護や家事、日常生活の援助を行います。	1	2	3	4	5
訪問入浴	入浴設備や簡易浴槽を備えた移動入浴車などで自宅を訪問し、入浴援助を行います。	1	2	3	4	5
短期入所(ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の療養などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	1	2	3	4	5
移動支援	円滑に外出できるように、移動を支援します。	1	2	3	4	5
児童デイサービス	障害児に、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等を行います。	1	2	3	4	5
施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	1	2	3	4	5
共同生活介護(ケアホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	1	2	3	4	5
共同生活援助(グループホーム)	夜間や休日の援助を行います。	1	2	3	4	5
福祉ホーム	住居を必要としている人に、低額な料金で、居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。	1	2	3	4	5
居住サポート事業	相談支援事業者が24時間相談を受け、安心して賃貸住宅に入居できることを支援します。	1	2	3	4	5
生活介護	施設に入所し、常に介護を必要とする人に昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。	1	2	3	4	5
自立訓練(機能訓練・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。	1	2	3	4	5
デイサービス	デイサービスセンターなどで食事、入浴やレクリエーションの提供を行います。	1	2	3	4	5
デイケア	医療施設や介護老人保険施設で、心身の機能向上のために必要な訓練を行います。	1	2	3	4	5
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	1	2	3	4	5
就労継続支援(雇用型、非雇用型)	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	1	2	3	4	5
地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会を提供、社会との交流等を行う施設です。	1	2	3	4	5
医療診療	具合が悪くなったときに、医師が患者の自宅を訪問して診察をします。	1	2	3	4	5
訪問看護	自宅に看護師が訪問し、服薬や病氣・生活の相談に乗ります。	1	2	3	4	5
訪問リハビリ	自宅にリハビリ専門職が訪問し、実際の生活の場でリハビリを実施します。	1	2	3	4	5
その他	(具体的に記入してください)	1	2	3	4	5

問27. 問26で相談支援サービスを利用した方を「**利用した**」を選択した方にお伺いします。相談支援サービスを利用したのほどのようなところですか。該当する番号に○印をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 病院の相談室	2 区市町村窓口	3 保健所	4 福祉事務所
5 東京都心身障害者福祉センター	6 東京都立(総合)精神保健福祉センター		
7 その他()			

問28. 問26で相談支援サービスを利用した方を「**利用した**」を選択した方にお伺いします。相談支援機関に特に望まれる項目はどれですか。該当する番号全てに○をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 自宅内の生活介護に関する情報提供
2 外出時の生活介助に関する情報提供
3 医療機関に関する情報提供
4 デイサービス等日中活動に関する情報提供
5 リハビリテーションに関する情報提供
6 就労に関する情報提供
7 患者家族会に関する情報提供
8 その他()

■ご本人の就労についてお伺いします

問29. 発症(受傷)した時、収入になる仕事をしていましたか、該当する番号に○をつけてください。

1 していた	2 していない
--------	---------

問30. 問29で「**していた**」を選択し、なおかつ**現在就労している方のみお答え下さい**。現在の仕事は発症前の仕事と同じですか。該当する番号に○印をつけてください。

1 同じ就労場所と同じ仕事をしている
2 同じ就労場所であるが、仕事が変わった
3 違う場所で仕事をしている。

問31. 現在、就労していますか。該当する番号に○をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 就労している	1 正社員として働いている) <例：自営、内職等>
	2 契約社員・パートとして働いている	
	3 アルバイトとして働いている	
	4 作業所等、福祉的就労にしている	
	5 その他()	
2 就労していない	1 休職中	
	2 いったん就職(復職)したが離職した	
	3 発症(受傷)後、一度も就労経験がない	

問32. 発症(受傷)後に**就職した経験のある方**にお聞きします。仕事をする上での悩みについて該当する番号全てに○印をつけるか、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 悩みは特にない	2 仕事がおこなせない	3 対人関係のトラブルがある	4 仕事内容が不満である
5 収入が少くない	6 その他()		

問33. 現在、**就労していない方**にお聞きします。今後、就職(復職)する希望はありますか。該当する番号に○をつけてください。

1 希望する	2 希望しない
--------	---------

問34. 発症(受傷)後の就職(復職)のために利用している、または利用したことのある機関はどこですか。該当する番号全てに○をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 役所の就労相談窓口	2 公共職業安定所(ハローワーク)	3 障害者職業センター
4 障害者就労支援センター	5 職業能力開発訓練校	6 社会福祉施設や授産施設
7 その他()	8 特になし	

問35. 就労支援について、今後、特に必要と思われる内容に該当する番号全てに○をつけ、その他の場合は()内に具体的に記入してください。

1 職業についての相談	2 職業能力についての評価	3 職業訓練を受けられる機関
4 ジョブコーチによる支援※	5 職場に障害を理解してもらうための支援	
6 職業の紹介	7 その他()	

※ジョブコーチとは、障害のある方が働く職場に直接訪問して、仕事の段取りを考えたり、相談にのるなどして就労を継続的に支援する人のことをいいます。

問36. ご本人やご家族の方がお困りの点や、将来不安に思っていること、福祉施策への提言等がありましたら、ご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。この調査票は、同封しております返信用封筒で投函して下さい。**平成20年1月21日(月) 必着**でお願いいたします。

なお、本調査にご協力いただいた方には後日、協力謝礼として「図書券500円分」を送付させていただきます。**返信用封筒裏面の差出人の欄にかならず住所・氏名を記入してください。**

3. 東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会設置要綱

東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会設置要綱

(設 置)

第1 東京都における高次脳機能障害者に関する実態調査（以下「調査」という。）を実施するため、東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2 委員会は、次の事項について検討分析し、その結果を福祉保健局長（以下「局長」という。）に報告する。

- (1) 調査の内容及び調査方法の検討に関すること。
- (2) 調査の実施に関すること。
- (3) 調査結果の分析に関すること。
- (4) その他局長が必要と認める事項

(構 成)

第3 委員会は、高次脳機能障害に関する医学的知識及び経験を有する者、高次脳機能障害者の福祉に関する知識及び経験を有する者及び東京都職員のうちから局長が委嘱し又は任命する10名以内の委員及び3名以内のアドバイザーをもって構成する。

(委員の任期)

第4 委員及びアドバイザーの任期は、委嘱又は任命の日から平成20年3月31日 までとする。

(会長の選任及び代理)

第5 委員会に会長を置く。

- 2 会長は、委員の互選により選任する。
- 3 会長は、委員会を代表し、会務を総理する。
- 4 会長に事故があるときは、あらかじめ委員のうちから会長の指名する者がその職務を代理する。

(招 集)

第6 委員会は、会長が招集する。

(関係者の出席)

第7 会長が必要と認めるときは、委員会に関係者を出席させ、又は他の方法で意見を聴くことができる。

(庶 務)

第8 委員会の庶務は、障害者施策推進部精神保健・医療課及び東京都心身障害者福祉センターにおいて処理する。

(その他)

第9 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は、会長が別に定める。

附則 この要綱は、平成19年10月2日から施行する。

■東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会名簿

検討委員会委員		
学識経験者	◎渡邊 修	首都大学東京大学院 人間健康科学研究科教授
	橋本 圭司	東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座助教
医療機関	猪口 雄二	医療法人財団寿康会寿康会病院 理事長
	山口 武兼	都立豊島病院 副院長
	武山 ゆかり	東京都リハビリテーション病院 医療福祉連携室相談科 医療ソーシャルワーカー
精神保健福祉センター	菅原 誠	中部総合精神保健福祉センター 保健福祉部生活訓練科長
地域支援機関	安宅 雪子	杉並区保健福祉部障害者生活支援課 地域生活支援係「オブリガード」 作業療法士
	和田 敏子	社会福祉法人世田谷ボランティア協会 ケアセンターふらっと施設長
	岡本 正久	足立区障害福祉センターあしすと 自立生活支援係長
当事者団体	今井 雅子	東京高次脳機能障害協議会（TKK） 副理事長
アドバイザー		
	玉木 一弘	東京都医師会 理事
	山田 雄飛	東京精神科病院協会 副会長
	林 泰史	東京都リハビリテーション協議会 座長

◎：会長

平成 20 年 3 月発行

登録番号 (19) 223

高次脳機能障害者実態調査 報告書

東京都福祉保健局障害者施策推進部

編集・発行 東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健・医療課
東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話 03 (5320) 4451 ダイヤルイン