

高次脳機能障害

支援コーディネーター

多職種連携支援・事例検討会

・制度活用の手引き

日本損害保険協会自賠責運用益拠出金事業助成金

高次脳機能障害の多職種連携支援・事例検討会に関する研究会 報告書

目次

1. はじめに	3
2. 高次脳機能障害者支援について	
(1) 多職種連携事例検討会から見てきたもの	4
(2) ICF の視点	7
(3) 高次脳機能障害の症状は様々な要素が相互的に影響している	7
(4) 多職種連携の様態	8
(5) 事例検討会で掘り下げていくポイント	10
①疾患・障害	10
②生活リズム	11
③障害特性	11
④医療	15
⑤住居	16
⑥生活	16
⑦生活史	17
(6) 高次脳機能障害支援の特徴	17
3. 高次脳機能障害支援事例検討会の進め方	
(1) 事例検討会のすすめ方	20
(2) 司会を行う上での留意点	22
(3) 板書について	23
(4) 事例提供者の選定	24
(5) プランニング	24
(6) まとめ	24
4. 事例を通して学ぶ	
(1) 事例1	26
(2) 事例2	34
(3) 事例3	39

5. 知っておきたい社会制度	
(1) 自動車保険	48
(2) 労災保険	62
(3) 公的年金制度（国民年金・厚生（共済）年金）	81
(4) 障害者手帳	92
(5) 疾病の場合の支援	98
(6) 雇用保険	101
(7) 医療や福祉サービスの活用	106
(8) 復職・就労支援	
① 職業準備性	112
② 就労に関する相談機関	112
(9) 成年後見制度や権利擁護事業	114
(10) その他の制度利用	
① 日本スポーツ振興センター	118
② 住宅ローン：団体信用生命保険	118
③ 生活保護	120
④ 自動車運転	121
(11) 自動車事故対策機構（NASVA）	122
6. おわりに	123

索引

参考図書

参考ホームページ

1. はじめに

高次脳機能障害支援普及事業は、2006年度障害者自立支援法(2013年度より障害者総合支援法)の下で、都道府県の地域生活支援事業に位置付けられましたが、この事業により各都道府県に拠点機関を設置し、支援コーディネーターが配置されることになりました。しかしながら、支援コーディネーターはその職種、経験年数、あるいは雇用条件などがさまざまであり、現実には国研修などで学ぶ機会をもつ以外になかなか知識やスキルを高めることができない実情にあります。

そこで今回、日本損害保険協会「自賠償運用益拠出事業(研究事業)」の助成を受け、高次脳機能障害支援コーディネーターが適切なコンサルテーションを行えること、また、個々の事例をよりの確なサービスや課題解決につなげることが可能となるよう検討会の運営ができることを目的に、2015年から3年間実証的に事例検討会を重ねました。そこから高次脳機能障害の事例検討会運営に必要な要素をある程度整理することができました。

研究経過としては、1年目に高次脳機能障害支援の特別な配慮点、それを踏まえたコンサルテーションや事例検討会の手法について検討を行いました。2年目は、各地で多職種連携によるコンサルテーションと事例検討会を行い、その様式、事例データ、進行方法、まとめ方などについて整理を行いました。そして、3年目には、コンサルテーション、事例検討会の内容、アンケート結果を踏まえて、現在到達している支援手法を「手引き」(本報告書)として取りまとめました。

高次脳機能障害者を支援する際には、ライフサイクルに応じた長期間の支援が必要となりますが、その場合、教育、医療、福祉、介護保険、就労支援など多様な制度活用が求められます。個別的で多様なニーズをもつ高次脳機能障害に対応するには、多職種間で情報共有しながら、連携を構築することが必要であり、そのための手法を示したつもりです。支援コーディネーター個人の資質向上にとどまることなく、都道府県の拠点施設、関係機関のスタッフの“支援力”をも高めることにつながることを期待しています。

本手引きを手にとってくださった方は、支援コーディネーターや病院ソーシャルワーカー、あるいは事業所を運営する家族の方々などさまざまな立場にあることと思います。そのため、本手引きに役に立つ情報もあるでしょうし、もっとほしい情報もあると思います。まずは本手引きを活用し、足りない情報や知りたい情報がある場合は、巻末の本事業の研究メンバーリストをご覧ください、ご連絡ください。一緒に考えていきましょう。

皆様のご指摘、ご助言をいただき、さらに高次脳機能障害者への支援をより一層高めていきたいと思っております。

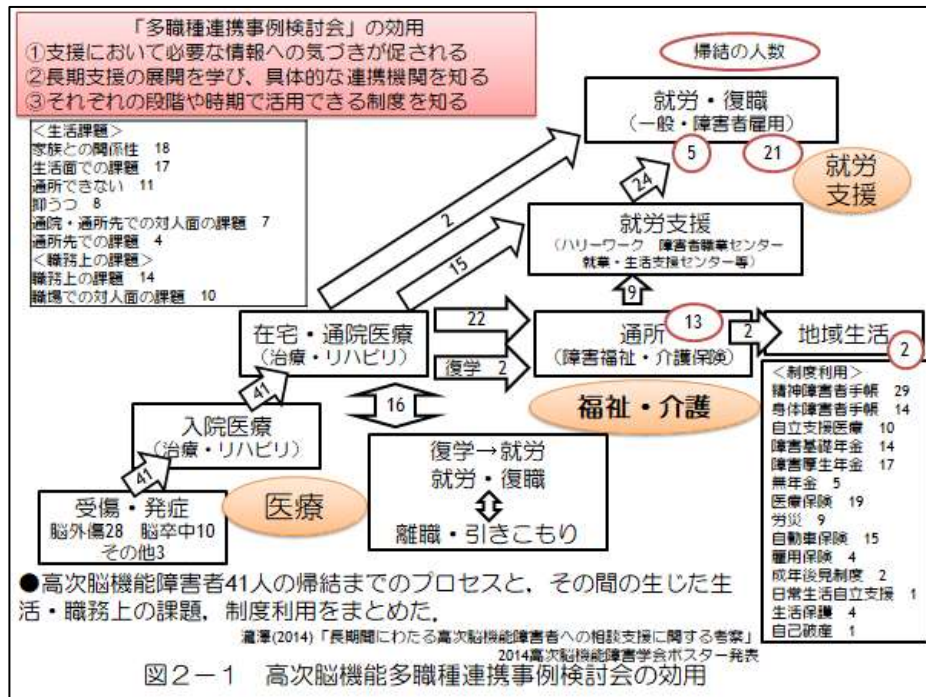
委員長 小川 喜道
委員一同

2. 高次脳機能障害支援について

(1) 多職種連携事例検討会から見てきたもの

高次脳機能障害支援は「受傷発症」から「入院での治療やリハビリ」を経て、介護保険や障害福祉サービスでの「通所」や「就労支援」を利用して「新規就労・復職」といった社会参加につながっていきます。その間、生活面や職務上で様々な課題が生じます。また、「障害者手帳」「自立支援医療」「障害年金」「健康保険」「労災」「自動車保険」「雇用保険」「生命保険」「生活保護」等多様な制度活用も必要となります（図 2-1）。

社会参加が可能になるまでに、長期的な支援を要する方がいることを知っておきましょう。



支援の経過は一律ではなく、障害の程度や障害理解、希望する社会参加の形態によって異なります。事例検討会を通して、①支援に際して必要な情報への気づきが促される、②長期支援の展開を学び、具体的な連携機関とその役割を知る、③それぞれの段階や時期で活用できる制度を知ることが出来ます。

※長期支援の転帰（図 2-2）：高次脳機能障害者 78 名の長期的な経過を「医療」「通所」「就労・復職」「復学」に分けて図示しました。帰結として①通所：症状が重症ですと支援や介助が要されるために 1 年未満で通所しますが、日常生活が自立している場合は本人が福祉サービスの利用を望まず、通所まで 1～3 年を要します
②復職：職場で休職期間が定められていますので、1～3 年の休職期間に回復に努めることで復職していきます
③新規就労：何らかの理由で退職したり、受傷発症当時就労していなかったりする場合も、日常生活が自立していれば 2～3 年で新規に就労します。しかし、1～2 年は不安定な状況（通過症候群等）であったり、易疲労性や認知症状が強くあり活動そのものが難しい場合があったりします。2～3 年経過する中でようやく安定してこることでリハビリや通所を開始し、徐々に職業準備性が向上する中で 5～7 年かけて就労につながるケースもあります。④復学：特に小中高校生は「勉強に遅れる、留年することで同級生がいなくなる」等の理由から早期に

学していきます。しかし、大人でも回復には一定の時間が必要であり、子どもも症状が顕著なまま復学することが懸念されるので、配慮が必要となります。また、就労する段階になって課題が顕在化する場合もあるので、長期的なかかわりを持つことが重要となります。

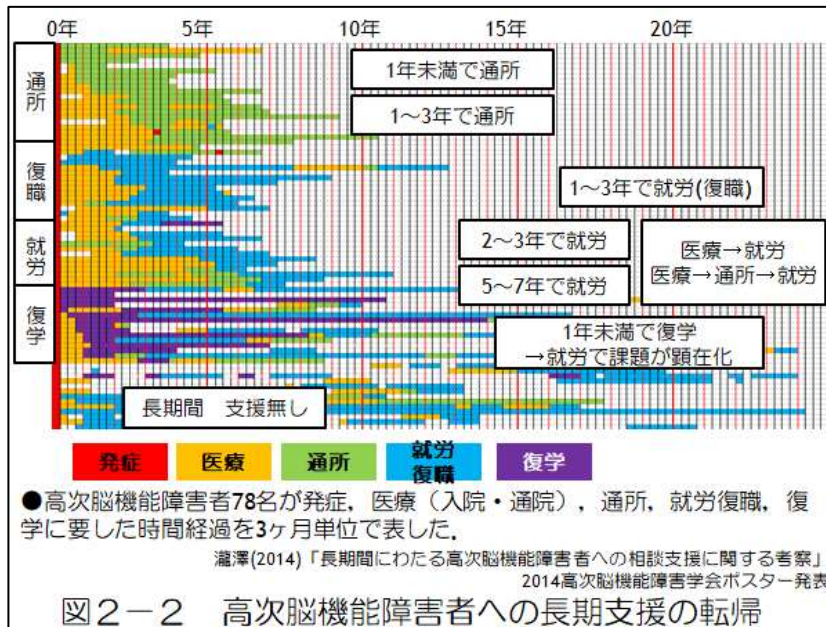
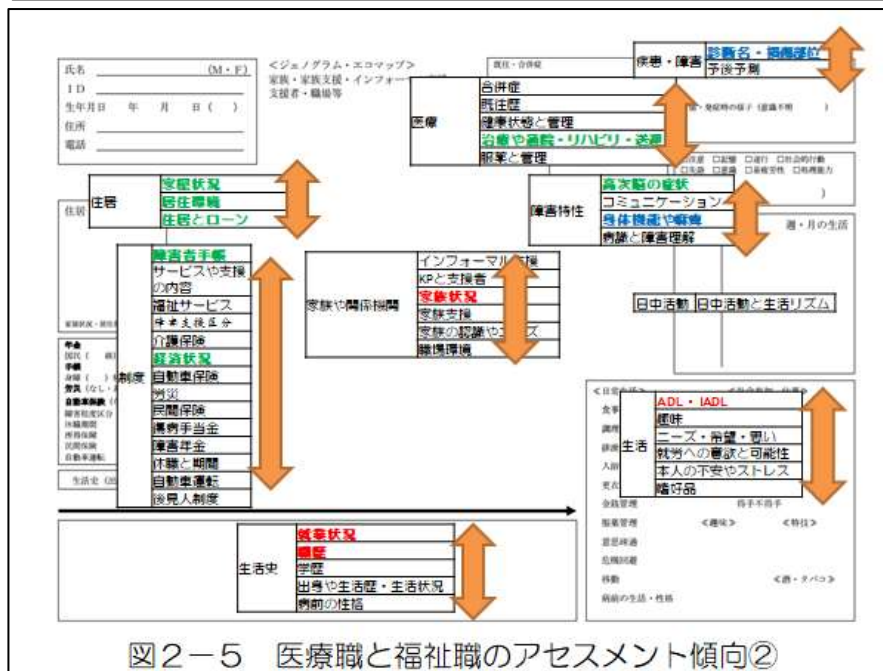
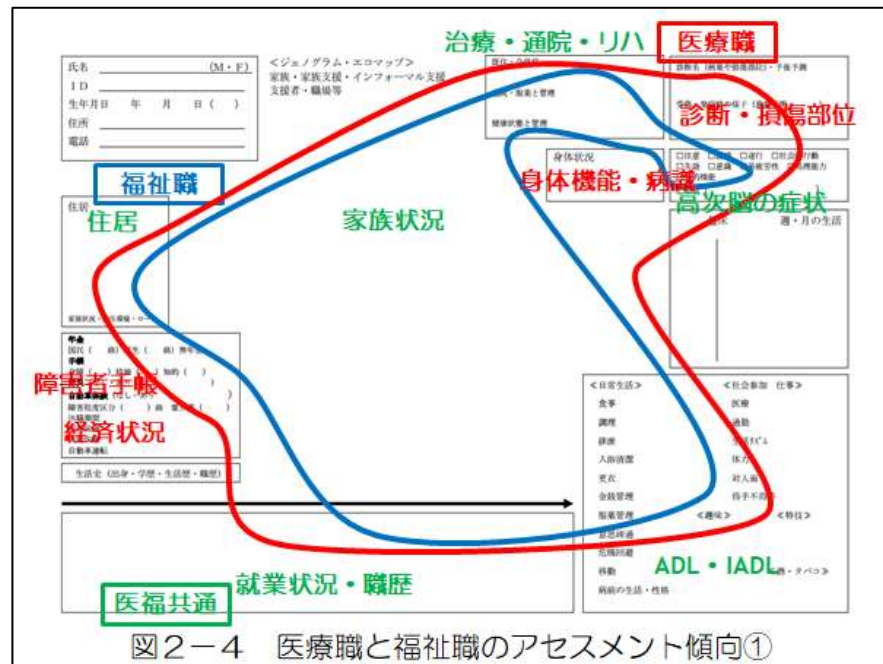


図2-3 アセスメントシート

実際にアセスメントを行うにあたっては、情報収集が必要となりますが、大きく分類すると「基本情報」「診断名・受傷発症状況」「住まい」「症状」「生活リズム」「日常生活状況」「生活史」「制度利用」「ジェノグラムやエコマップ（家族や地域でのつながり）」となります（図2-3）。



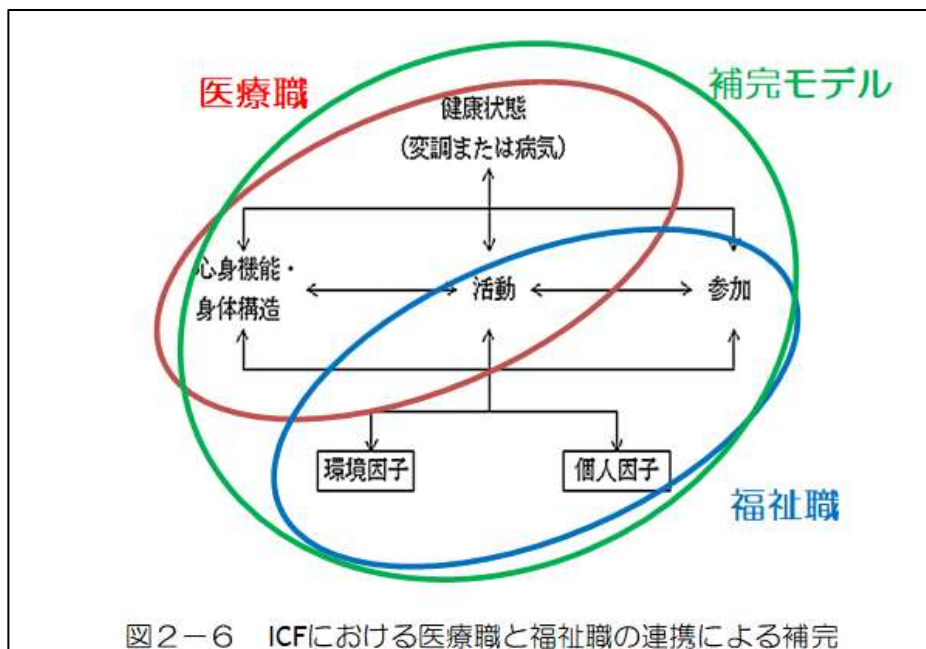
当委員会では、各地域で事例検討を行ってきました。その中で参加者が記入したアセスメントシートをお借りして、アセスメントに関する職種間の傾向を探ってみました。すると、「治療・通院・リハ」「高次脳の症状」「住まい」「家族状況」「就業状況・職歴」「ADL・IADL」は医療職・福祉職ともに確認していました。他方、「診断・損傷部位」「身体機能・病識」について、医療職は確認していますが、福祉職は気づきづらい傾向がみられました（図2-4）。

これらより、医療職は「健康状態」「心身機能・身体構造」「活動」を中心に確認を行い、福祉職は「参加」「環境因子」「個人因子」を中心に支援を組み立てる傾向があるようですが、互いの強みを理解したうえで、それぞれの因子の相互作用を意識しつつ、補完しあった支援につ

いての理解を促進していくことが有用と考えられました（図2-5）。

（2）ICF の視点

上田敏先生（上田敏（2005）きょうされん「ICF の理解と活用」）は ICF で避けられる誤りとして、①基底還元論の誤り（医学モデル：医療職に多い）：「心身機能・構造」レベルを過大視して、それが殆ど「活動」「参加」を決定するので、問題を解決するには「心身機能・構造」を改善する以外にないと考えてしまう ②環境因子偏重の誤り（社会モデル：福祉職に多い）：生活機能低下（障害、要介護状態等）の原因としても解決法としても、「環境因子（住宅改修や車いす導入）」を過度に重要視してしまう ③分立的分業の誤り：「健康状態」は医師、「心身機能・構造」は PT・OT、「活動」は看護・介護職、「参加」は福祉、「環境因子」はリハ工学士や義肢装具士、が各職種間で共通目標や方針がなく、情報交換すら表面的で、バラバラに働きかけられている状態、としています。



先に示したように、職種間で情報収集をする項目に多少の差異はありますが、ICF を理解して、意識することによって、「疾患・障害⇒診断名・損傷部位」「医療⇒治療や通院・リハビリ・送迎」「障害特性⇒高次脳の症状、身体機能や麻痺」「生活⇒ADL・IADL」「生活史⇒就業状況・職歴」「住居⇒家屋状況・居住環境・住居とローン」「家族や関係機関⇒親類や知人、支援機関や職場、送迎の有無」「制度利用⇒障害者手帳や経済状況、休職期間」といったように、各項目について満遍なく情報収集（アセスメント）できるようになります。また、スキルアップを促すような事例検討会を行うことが要されると考えます（図2-6）。

（3）高次脳機能障害の症状は様々な要素が相互的に影響している

イギリスで脳損傷者への神経心理学的リハビリテーションを行っている機関に「Oliver

Zangwill Centre」があります。そこでは、アセスメントを行う際に、「Formulation」という図を用いています。ここでは、私たちが着目しがちな認知面の症状だけではなく、「脳の病状」「アイデンティティ」「社会的ネットワーク」「認知機能」「コミュニケーションや言語機能」「情動」「身体機能」が相互に影響している様子を示しています。さらに、経済面もこれらに影響を及ぼすことでしょう。そう考えて良いのであれば、今まで述べたとおり、広範囲なアセスメント情報を多職種が連携しつつ収集して、共有していく必要があります（図2-7）。

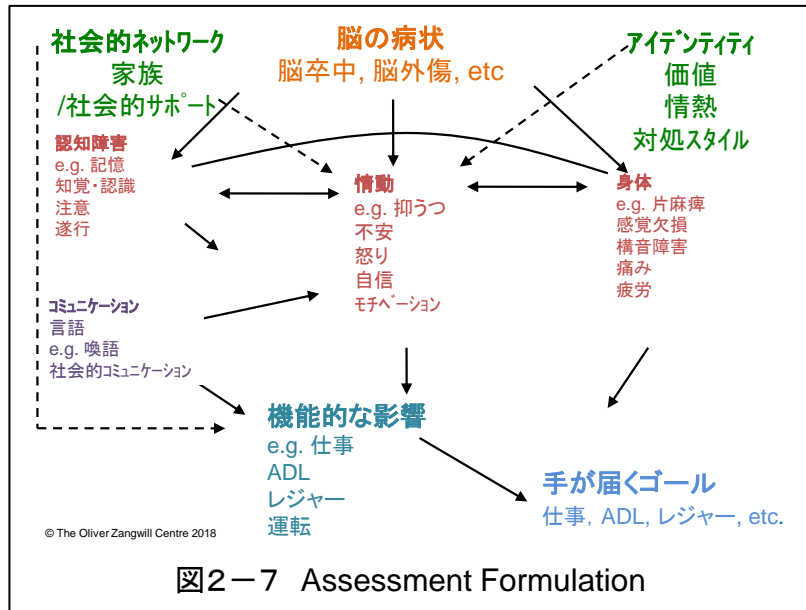


図2-7 Assessment Formulation

(4) 多職種連携の様態

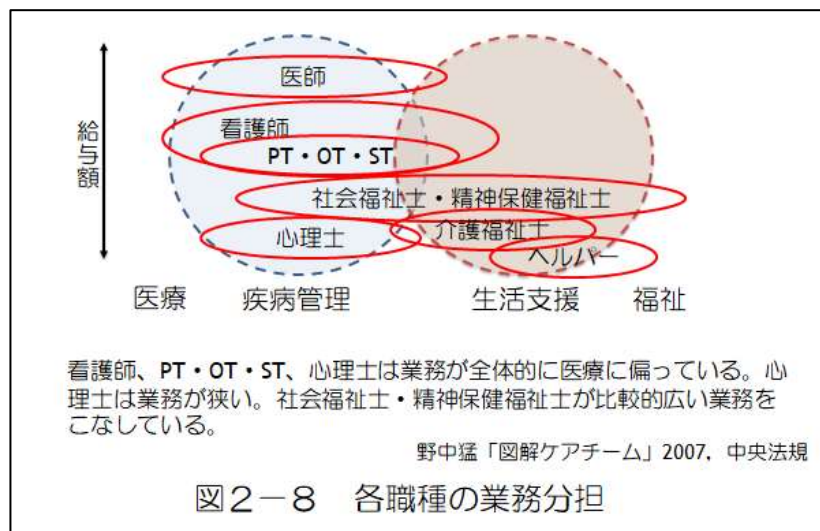
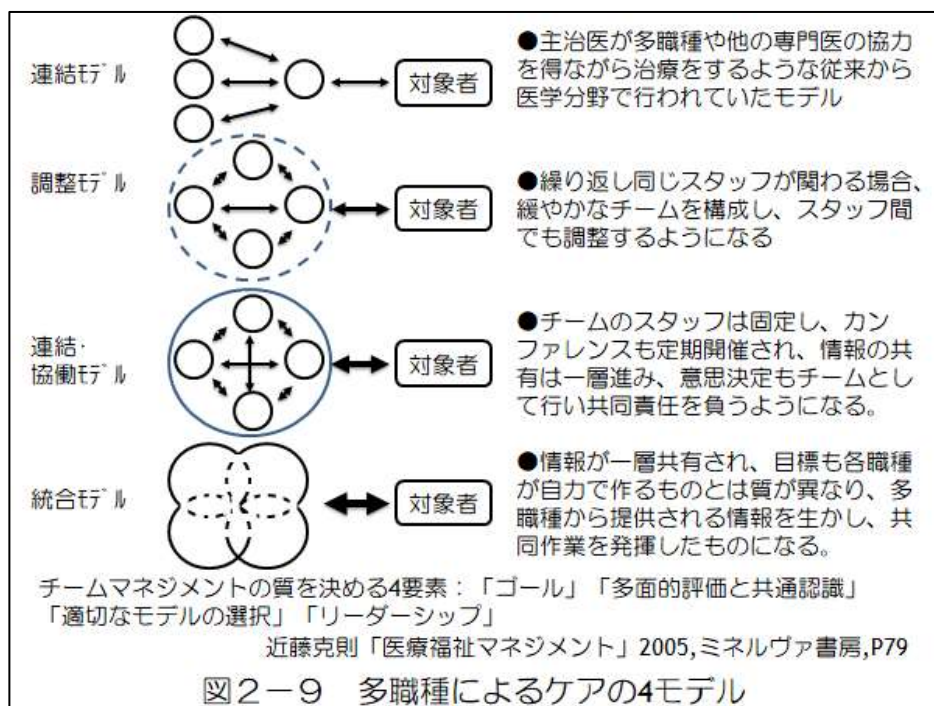


図2-8 各職種の業務分担

前述のとおり、高次脳機能障害に伴う認知面の課題については、認知機能だけではなく様々な因子が複雑に絡み合う・相互作用するために、多職種で関わる中で、情報共有を行うことが望まれ、現状の医療機関での疾病管理には医師・看護師・PT・OT・ST・心理士・社会福祉士

や精神保健福祉士が関わります（図2-8）。ところが、生活支援が中心となる福祉領域に移行すると介護福祉士やヘルパー、社会福祉士や精神保健福祉士といった福祉領域の方が中心に関わることとなります。訪問看護や訪問リハを利用していれば看護師やPT・OT・ST等の関わりが見られますが、これらを利用しない場合は福祉職のみの関わりとなります。すると、多職種でのアセスメントや支援への関わりが望めなくなります。そのような場合には、多職種によるケアモデルを意識する必要が生じます。

高次脳機能障害に伴う認知面や生活面での課題・症状が安定しており、積極的な介入を要さず、健康管理レベルであれば主支援者が必要に応じて多職種から情報を得る「連結モデル」での対応が可能となります（図2-9）。



しかし、認知面や生活課題とその背景因子・関連因子が複雑に絡み合う・相互作用する場合には、緩やかなチームを構成してスタッフ間で情報交換を行う「調整モデル」や、定期的なカンファレンスを行いチームとして共同責任を担うような意思決定を行っていく「連結・協働モデル」による支援が必要となります。

さらに、情報が一層共有され、目標も各職種が自力で作るものとは質が異なり、多職種から提供される情報を生かし、共同作業を発揮したものになる「統合モデル」もありますが（海外では Transdisciplinary というようです）、職種間の専門用語の障壁、コストに見合わない等の課題も生じます。

よって、「なんでも連携が重要」なわけではなく、課題に応じて多職種によるケアのモデルを選択することが重要と言えるでしょう。

✦必ずしも統合モデルを目指す必要はなく、しっかりとアセスメントやプランニングに基づいて、必要に応じた連携モデルの構築を意識しましょう。

(5) 事例検討会で掘り下げていくポイント

事例検討会の中では、様々な職種の参加者が「この情報が欲しい」と挙げた項目について、さらに掘り下げて「このようなことも気を付けたり、意識して情報収集をするんだ」と気づいていただけるように進行する、情報提供することが求められると考えています。

この後は、「疾患・障害」「生活リズム」「障害特性」「医療」「住居」「生活」「生活史」「制度」といった項目について、「掘り下げのポイント」を確認します。

① 疾患・障害 (図2-10)

まず、原因疾患の確認が重要となります。「脳卒中」の場合でも、脳出血や脳梗塞の場合は局所損傷ですから、損傷部位と症状が分かりやすい場合があります。また、脳損傷に伴う疲れやすさや情報処理能力の低下等への気づきが比較的早いという特徴もあります。他方、くも膜下出血、特に前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血(A-com)の場合は前頭葉症状がみられますので、発動性低下、病識低下、記憶障害等がみられます。交通事故や転落に伴う脳外傷では、脱抑制、病識低下、知的能力全般の低下がみられます。あるいは心肺停止や一酸化炭素中毒等による蘇生後脳症等の低酸素脳症では、記憶障害、発動性低下がみられるとともに時間経過の中で症状が進行したり、回復の速度が非常に遅いという特徴もあります。いずれの脳損傷でも症状の重症度は異なりますが、易疲労、注意障害、情報処理能力低下は必ず見られますので、これらをキーワードにしながら、受傷前後・病前後での変化を問い、本人の病識の有無を確認するとよいでしょう。また社会的行動障害(脱抑制、感情コントロール低下など)が疑われる方の家族に対しては、本人が目の前にいると話にくい内容もあるので、本人を抜きに話を聞く機会を設けることで、社会的行動障害について詳細を聞くことができる場合もあります。

原因によって症状や予後が異なることを理解しましょう。

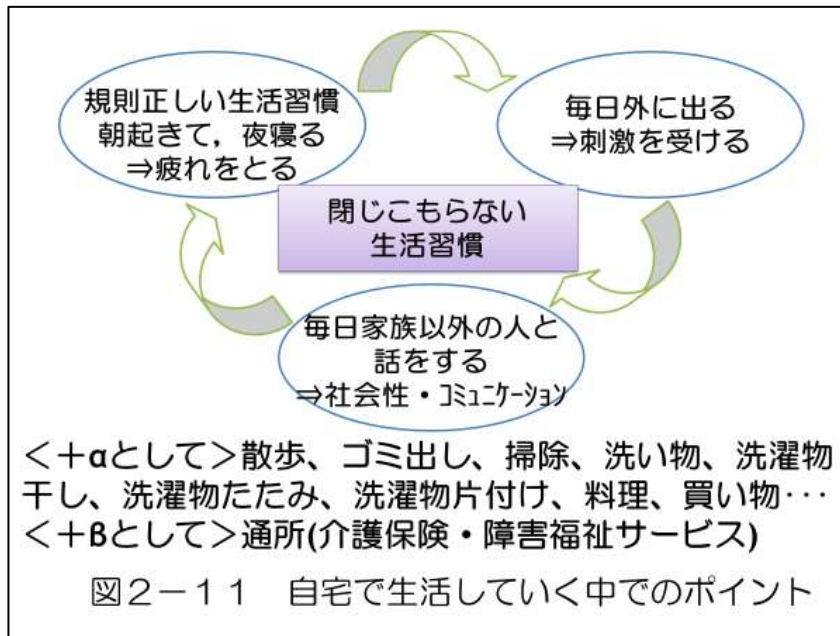
- 脳卒中
脳出血 脳梗塞 ⇒ 気づきは早い・局所損傷
 - くも膜下出血 ⇒ 発動性低下・病識低下・記憶障害
 - 脳外傷
交通事故 転落 → 脳挫傷 びまん性軸索損傷
⇒ 脱抑制・病識低下・知的機能低下
 - 低酸素脳症
水の事故など ⇒ 記憶障害・発動性低下
 - 脳炎 ⇒ 広範囲の脳損傷・多様な症状
 - 脳腫瘍など ⇒ 局所損傷
- ⇒ 共通課題：易疲労、注意障害、情報処理能力低下

図2-10 原因疾患を考える

さらには、受傷発症原因や対象者の年齢、相談を受けた時期(受傷発症からの時間経過)によっても回復の具合や回復の伸びしろ、回復までに要される期間が異なります。あるいは、事故であればその状況を確認することで自動車保険や労災が適用になることもあります。交通事

故の場合は、事故の状況を詳細に聞き取る中で、過失割合や適用保険の種類等も確認した方がよいでしょう。

② 生活リズム (図2-11)



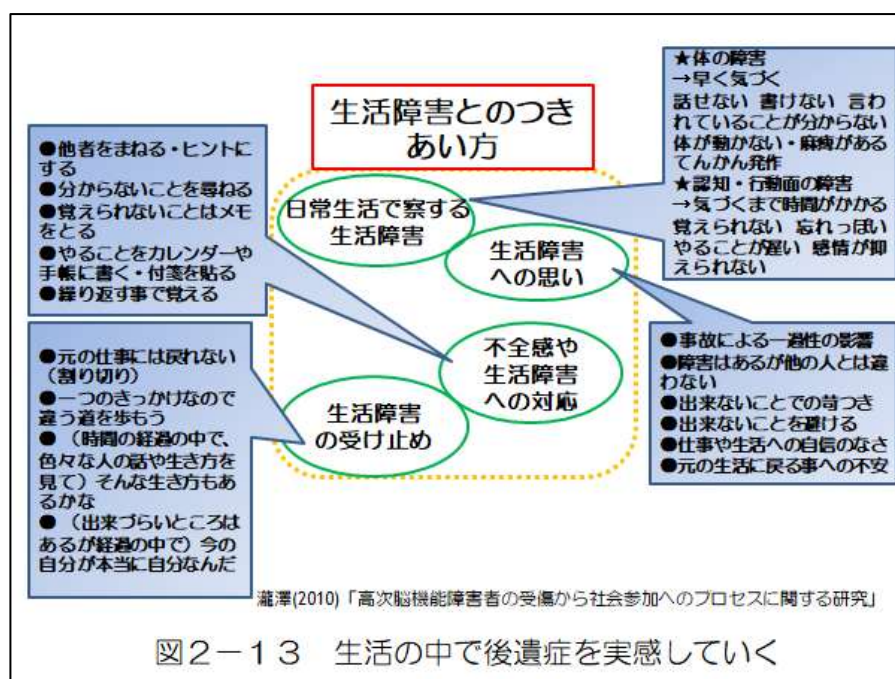
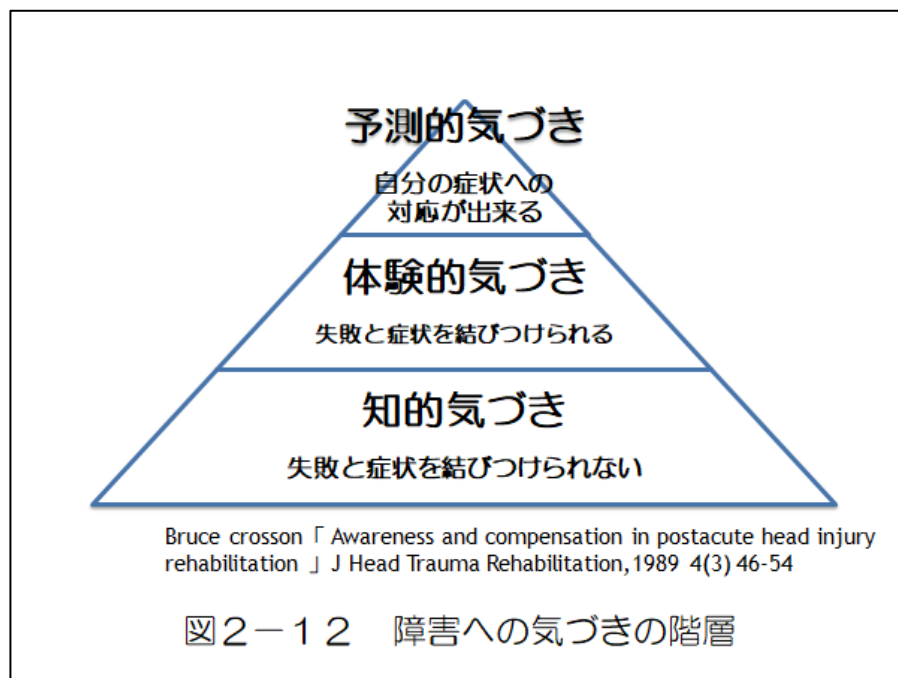
退院間際の患者家族や地域の支援者から、退院後のリハビリについてよく尋ねられます。生活リズムや日中活動を確認することは、社会参加の様子や体力(易疲労性)等の情報を得るために重要です。身体機能や言語機能に障害があれば、介護保険(通所、リハビリ、訪問看護等)や医療保険(通院や訪問リハビリ等)でのリハビリを行った方がよい方もおられますが、身体にマヒがない場合は、自宅で療養することとなります。その際に、「規則正しい生活(疲れをとるため)」「毎日外に出る(活動するので脳に刺激を入れる)」「家族以外の人と話す(社会性やコミュニケーション能力の維持・向上)」を3つの柱として閉じこもらない生活を送るようお願いしています。さらに、ゴミ出しや散歩をする前に必ず着替えや身支度をすることで生活の切り替えにつながり、家事等は認知機能のリハビリとしても有効です。そして、介護保険や障害福祉サービスによる通所機関を利用することで、より活動的な生活を送ることができるようになり、就労等の社会参加につながっていきます。

✦生活リズムを整えて、自宅以外で過ごす時間を増やしましょう。

③ 障害特性

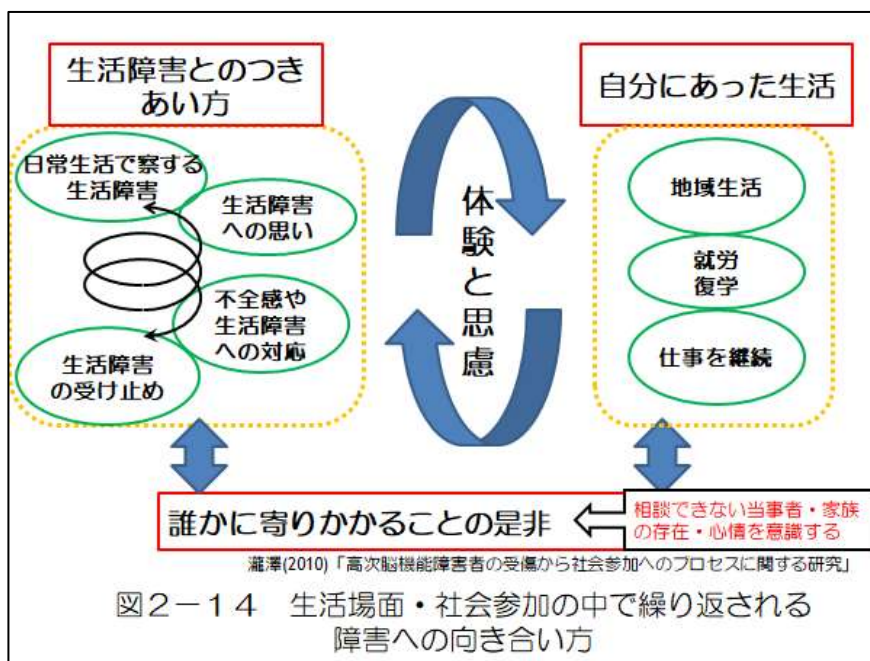
高次脳機能障害の大きな特徴の一つに中途障害であることがあげられます。受傷発症前には普通に生活を送っていたのですが、病気や事故によって脳損傷を受け、認知機能が低下することによって生活課題が生じます。しかし、気づきが出てくるまでには時間経過や自分自身の行動を振り返る能力が備わってくる必要がありますから、それまでの間、本人はその症状になかなか気づかないこととなります。

✦気づきの階層を意識しましょう。



気づきには階層があるといわれています(図2-12)。まず、高次脳機能障害という言葉すら知らず、自分の症状にも全く気付いていない状態があります。しかし、本人に関わった専門職が症状を伝えることで、自分には高次脳機能障害があるらしいという認識を持つ「知的気づき」へと移行しますが、この時点では失敗(生活場面での不適応等)と症状を結び付けるには至りません。さらに体験を重ねることで、「自分は記憶障害があるから覚えるのに時間がかかるのか?」「結構見落としをするのは注意障害の影響か?」「疲れやすいのは体力不

足や集中力・注意の持続力が続かないためか？」というように、失敗と症状を結び付けられる「体験的気づき」へと進んでいきます。さらに、「覚えられないからメモを取る」「注意障害で見落としや漏れがあるから、チェックリストを作る」「疲れやすいので、1時間ごとに3分間のリフレッシュタイムを設ける」というように、症状への対応策を確立できるようになると「予測的気づき」となります。そして、この気づきの段階に合わせた支援・リハビリ手段を用いる必要があると考えます。ただし、このプロセスは単純にステップアップするわけではなく、時として行きつ戻りつを経ながら進んでいくこととなります。



👉 気づきは、生活状況の変化に伴って繰り返されます。

では、どのような場面で後遺症に気づくのでしょうか。支援を行う中で当事者から伺ったお話や、支援経験の中では、ほとんどの方が入院中には症状を自覚しておらず、退院後に自宅や地域で生活する中で少しずつ認識していったようです(図2-13)。気づいた当初は「一過性のもの」「誰でも忘れることがある」と思っていますが、ミス等が度重なることでミスにイラツいたり、そのような場面を避けたりするようになり、元の生活に戻ることに自信のなさや不安を抱きます。ですから、「症状に気づく」ということは「悩む、落ち込む、抑うつ状態になる」というリスクがあることも認識する必要があります。筆者は、当事者が症状に気づいた際には「でも時間経過で回復する部分や、工夫次第でできることもあるので、対応策を考えましょう」と伝えます。しかし、高次脳機能障害に対する気づきを持ち始めた場合も、「記憶障害があるので紙に書いてください」と障害理解を示す場面があれば、「そのくらいのことは覚えられます」と障害を否定する言説も聞かれます。本人が高次脳機能障害を理解するプロセスで「障害の受け入れと否定の揺らぎ」が見られることも高次脳機能障害の特性と思われるので、支援者は本人の言動に振り回されず、障害特性を理解した上での対応をとる必要があると考えられます(図2-14)。

👉 当事者は自身の高次脳機能障害が認識できる時もあるが、そうでない時もありますので、本人の言動に振り回されないように支援する必要があります。

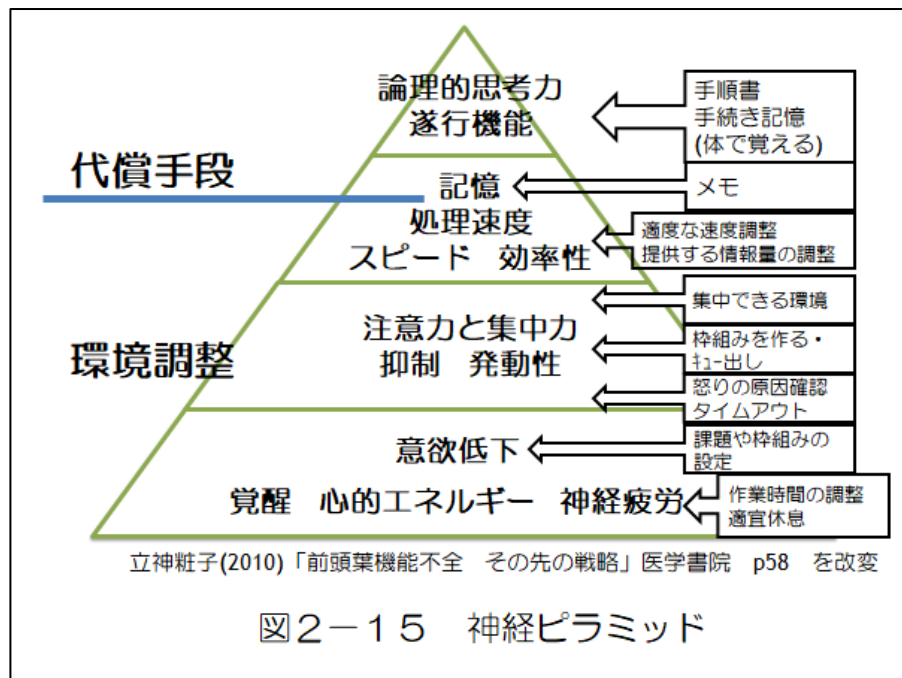
具体的な対応方法は「神経ピラミッド」(図2-15)に示していますが、「他者をまねる・ヒントにする」「分からないことを尋ねる」「覚えられないことはメモをとる」「やることをカレンダーや手帳に書く・付箋を貼る」「繰り返す事で覚える(手続き記憶)」等があり、当事者は生活や社会参加を通して実際の対応方法を身に着けていくこととなります。

そのような経験を積み重ねることで、「(時間の経過の中で、色々な当事者や家族の話を聞き、生き方を見ることで) そんな生き方もあるかなと感じる」「元の仕事や生活に戻ることは難しいか」「今回のけがが一つのキッカケなので違う道を歩もう」「(出来づらいところはあるが経過の中で)今の自分が本当の自分なのかかもしれない」という考えに至るようです。ただし、実際に支援をする中では、当事者が「障害を受け止める」という考えに至るまでには10年近くの年月を要するとともに、最終的に完全に「障害を受け止める」ことは難しく、前述したように、実際には「自分には障害がある」と「自分には障害がない」と場面によって使い分けながら人生を歩んでいるように感じます。

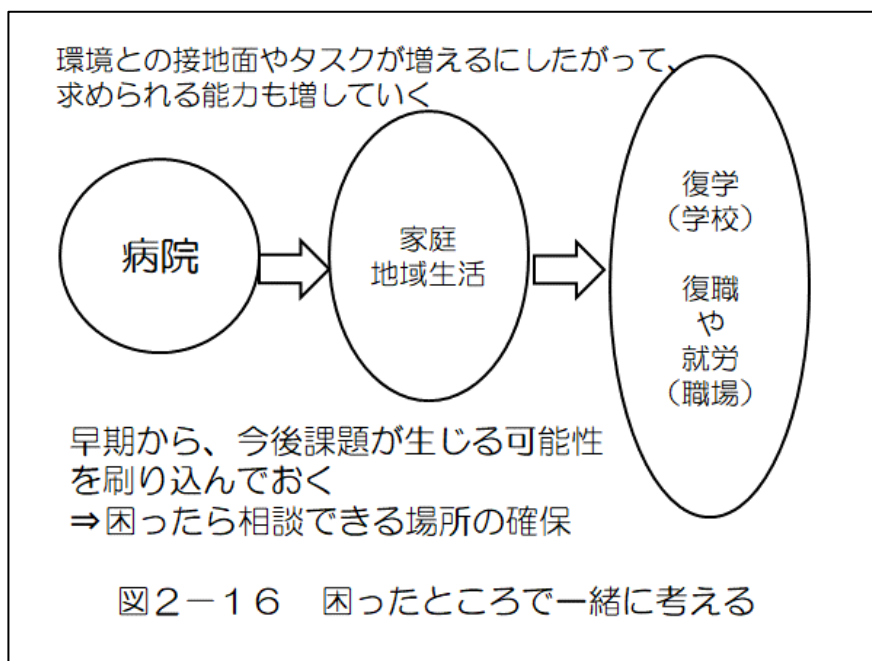
👉 家族や支援者は本人の言動に振り回されないように関わる必要があります。

👉 困った時に相談できる場所の情報提供をしましょう。

👉 様々な症状が影響しあうことを理解しましょう。



また、この「障害との向き合い方」を考えるプロセスは、「地域生活」「復学や就労」「仕事(社会参加)を継続」していく中で繰り返されます。当然ですが、退院後に帰宅や地域で過ごすよりも、学校や職場の方が環境(人や場面)との接点が増えますので、不応が生じる可能性が高まるためです。さらに、いったん環境への適応や調整がうまくいったとしても、クラスや職場が変わったり、担当者や上司が変更となったりすることで、それまで積み上げてきた対応方法や関係性が崩れる可能性があるためです。



ところが、そのような悩みを抱えつつも「ここまで回復したし、今更悩んでいることを周囲の方（家族や支援者）が知ることによってびっくりさせてしまうのではないかと、相談することをためらう当事者も存在します。よって、生活場面が変わることで新たな悩みや戸惑いが生じる可能性があることを支援者は理解する必要があるとともに、相談ができる場所や場面を確保しておく必要があると言えます。あるいは、早期から将来的に課題が生じる可能性があるため、抱え込まずに、困りごとが生じたら相談するように伝え、実際に相談できる場所や体制を整備しておくことも有用と考えられます（図2-16）。

生活課題への対応は図2-15（神経ピラミッド）のようになります。「易怒性」については、対応策がなかなか見つけ難い生活のしづらさの大きな課題のひとつです。怒りの原因（地雷原）を探って回避するようにするか、怒ってしまった場面においてはその場から離れる（本人または家族・支援者がその場から離れるか、怒りの原因をその場から離す）という方策が考えられます。社会場面でトラブルになりやすい傾向のある方には、物事や他人の行動に対し、善悪で判断する事に強くこだわりを見せる方がいます。こうした方の場合、グレーゾーンの判断をする事も苦手となっているため、自分の中で悪と判断するとイラ立ち、相手を責めてしまいます。興奮が収まった後の対応とは異なりますが、善悪で判断する事自体は否定をせず、説得もしようとせず本人の話を良く聴いた上で、善悪ではなく「本人にとっての損得」で考えるなど、別の提案を情報提供する対応などがあります。このようなアプローチは、一回で行動が切り替わるということではありません。繰り返しの支援が本人の気づきにつながり、一呼吸を置ける行動に切り替わるきっかけにもつながっていく事があります。

④ 医療

医療的な面では、「既往歴や合併症」「通院・服薬と管理」「健康状態と管理」について確認していきます。脳血管障害では、高血圧等の既往がある場合は降圧剤等、脳梗塞では抗凝固剤等を処方されていることがあります。あるいは、脳外傷やくも膜下出血等の後遺症で抗てんかん薬を処方されている場合もあります。また、高次脳機能障害による認知障害に伴い生活習慣が乱れることで、成人病等のリスクが高まることも懸念されます。あるいは、通院方法についても、単独で通院できるか、家族が送迎や付き添いができるか、福祉サービスの導入が必要か、についての確認も要されます。

☛ 症状に応じて、家屋状況、居住環境、家賃等を確認しましょう。

⑤ 住居

住居については、身体障害がある場合は段差や住環境の確認のため、家屋状況の確認が要され、必要に応じて住宅改修等の検討を行います。また、自宅周辺の生活環境について、公共交通機関利用や生活用品購入等を知ることも肝要であり、送迎の必要性、周囲の店舗で金銭を払い忘れる等のトラブルが危惧されないか、道に迷う等がないか、生活支援や安全確保等を考えていきます。さらに、持ち家か賃貸か、家賃や住宅ローンについて確認することは、将来設計や本人・家族の経済的負担感を理解するうえで必要ですし、生活保護を受給する際の判断材料（家賃は住宅扶助の範疇にあるか等）ともなります。

<p>《日常生活》</p> <ul style="list-style-type: none"> 食事 調理 排泄 入浴清潔 更衣 金銭管理 服薬管理 意思疎通 危機回避 移動 	<p>《社会参加 仕事》</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療 通勤 生活リズム 体力 対人面 得手不得手 《趣味》 《特技》 《嗜好品》 酒 カパコ
--	---

● 障害年金や障害者手帳診断書作成時の、日常生活能力の判定・程度記入時に活用できる。
 ● 職業準備性の目安になる。

図2-17 アセスメントシート(P5図2-3)の右下部分

☛ 生活状況の確認は年金や障害者手帳取得に際しても重要となります。

⑥ 生活 (図2-17)

主にはADLやIADLを中心に聞き取りを行うこととなりますが、障害者手帳取得や障害年金申請時の診断書作成にも役立ちますから、家族が手助けしている場合でも単身生活を仮定して「食事(必要なものを購入して、調理して、摂取して、後片付けまでできるか)・清潔保持(身なりは整っているか、TPOに合わせた服装を準備できるか、洗濯や掃除・片付けはできるか)・金銭管理(例えば月10万円で生活する場合、家賃・食費・光熱費等を適切に配分して使うこ

☛ 嗜好品についても確認しましょう。

とが可能か)・通院と服薬管理(医師に自分の状態を適切に伝え、医師の指示を理解できるか。服薬管理ができるか)・意思疎通(相手の話を適切に理解して、自分の考えを伝えられるか)・危機回避・社会生活(社会的な手続きを行うことができるか)」について確認することが必要です。また、仕事を目指す場合には後述する職業準備性の確認が要されますから「医療の判断・通勤できるか・生活リズムは安定しているか・対人面は良好か・自分の障害や得手不得手を理解しているか」を聞き取ります。あるいは、受障前の性格や生活の様子、アルコール等の嗜好品を嗜んでいたかについて確認することで、以前との変化や、回復することで顕在化しそうな課題を想定することもできます。

- ・ 医学的に安定している
- ・ 生活リズムが安定してる
- ・ 通勤することが出来る
- ・ 仕事をする体力がある
- ・ 仕事をする意欲がある(本人の希望?家族の思い?)
- ・ 人間関係を円滑に保てる
- ・ 自分の出来る事と苦手な事が分かる
- ・ 仕事ができる

「仕事出来るか」よりも前段階の準備の方が大切

※就労した後も継続支援が必要

図2-18 働くために(職業準備性)

⑦ 生活史

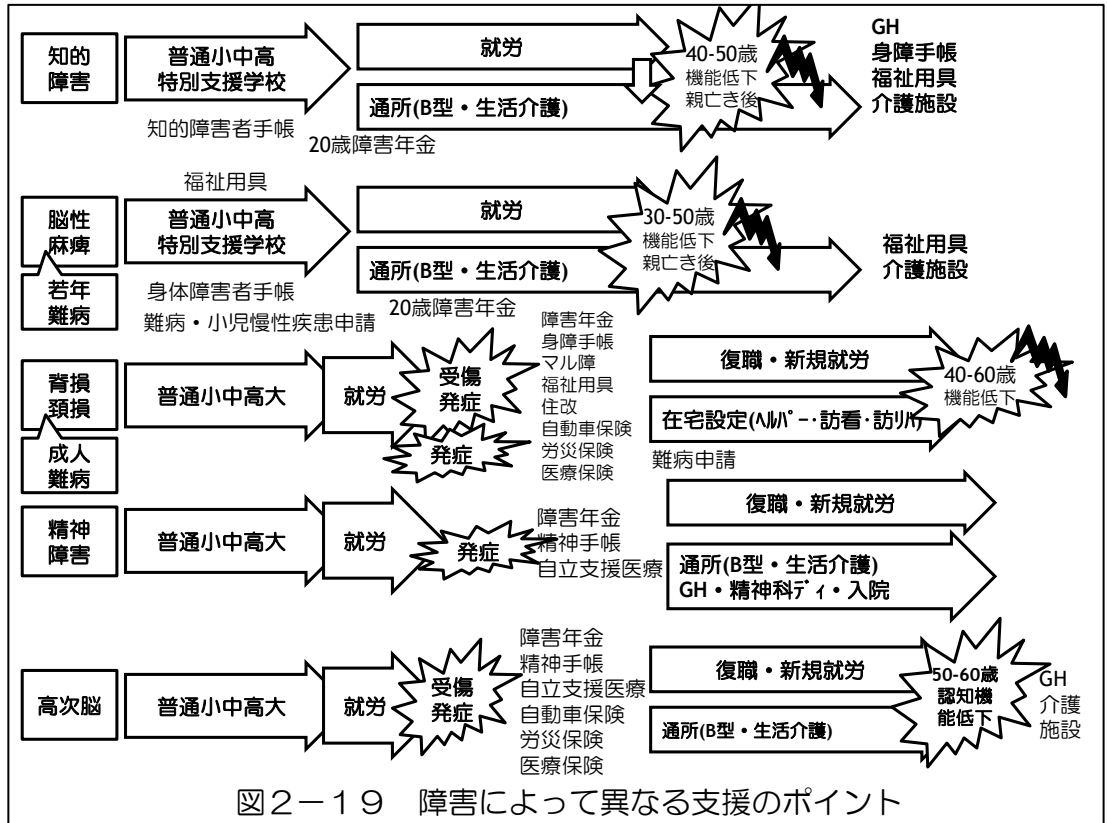
職歴や成育歴だけではなく、学歴、出身地を聞き取ることで、当事者理解につながります。神経心理学検査結果で大きな支障が見られない場合でも、元々知的水準が高い方が平均水準に変化した(認知機能が低下した)場合、本人は生活上大きな困難や違和感を抱く場合もあります。ただ単に経過を聞き取るのではなく、どのような人生を歩んできて、今後如何様な展望を持ち合わせていたのかを知ること、ライフストーリーを共有することができるかもしれません。さらに、生活史に限りませんが、聞きたい項目にとらわれ過ぎず、本人に好きな事や得意な事など、元気に語れる話を語ってもらうことも大切です。

👉生活史を上手に聞き取りましょう。

(6) 高次脳機能障害支援の特徴

知的障害や脳性麻痺、精神障害であればある程度支援の枠組みが構成されており、進級や進学、就職や福祉サービス利用といった段階で障害福祉サービスや医療等の支援機関が連携する体制が整っています。脊髄損傷や頸髄損傷は高次脳機能障害同様に中途障害であり、利用する制度や支援機関が多岐にわたりますが、多くの方はご自身でセルフマネジメントが可能です。

ただし、高次脳機能障害は障害自体が見えづらいことと、制度が多岐にわたり、対応方法も個別性が高いことから、オーダーメイドの支援計画の策定が求められます。第3章では事例検討会の手法、第4章では実際の事例を交えて、アセスメントから支援計画の策定までについて考えてみます。



氏名 _____ (M・F) ID _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 住所 _____ 電話 _____	既往・合併症 通院・服薬と管理 健康状態と管理	診断名 (病巣や損傷部位)・予後予測 受傷・発症時の様子 (意識不明)
住居 家庭状況・居住環境・ローン	身体状況	<input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 遂行 <input type="checkbox"/> 社会的行動 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 易疲労性 <input type="checkbox"/> 処理能力 <input type="checkbox"/> 知的機能 その他 ()
年金 () 級) 厚生 () 級) 無年金 国民 () 級) 厚生 () 級) 無年金 手帳 () 精神 () 知的 () 障害 (なし・あり) 自動車保険 (なし・あり) 障害程度区分 () 級 要介護 () 休職期間 所得保障 民間保険 自動車運転	起床 _____ 週・月の生活 _____	《日常生活》 食事 調理 排泄 入浴清潔 更衣 金銭管理 服装管理 意思疎通 危機回避 移動 病前の生活・性格
生活史 (出身・学歴・生活歴・職歴)	《社会参加 仕事》 医療 通勤 生活リズム 体力 対人面 得手不得手 《趣味》 《特技》 《酒・タバコ》	

👉 アセスメントシート：アセスメント情報を A4 用紙 1 枚にまとめます

3. 高次脳機能障害支援事例検討会の進め方

事例検討会の進め方は様々な方法があり、本研究会の委員も様々な事例検討会を経験してきましたが、事例の全体像や全体の支援プロセスを明示した後に支援内容を検討する手法では、他職種の視点や考え方を理解するための意見交換の時間が十分にとれない可能性があるように感じています。また支援コーディネーター（以下「Co」と略す）の立場としては、事例検討会を通して、高次脳機能障害の障害特性や支援の特徴を伝えたり、支援手法を解説したりする機会も確保したいところです。

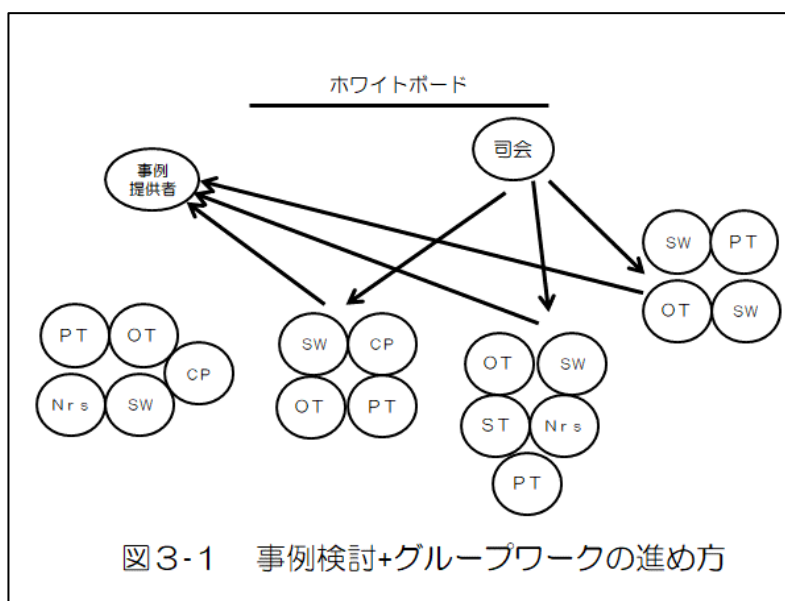
そこで、本研究会では「ケア会議の技術（野中猛著：中央法規）」を用いたグループワークによる事例検討会を取り上げます。その理由は、①多職種で構成されたグループでアセスメント、プランニングを行うことで他職種の支援の視点やプランニングの傾向、得意な面と不得手な面等を理解できる、②段階的に情報収集を行うことで、自身の得意な面、不得手な面を把握できる、③今後の実践で困ったとき、誰に頼れば良いかが理解できる（それぞれの役割の確認ができる）、ためです。

それでは具体的な事例検討会の進め方を説明します。

(1)事例検討会のすすめ方

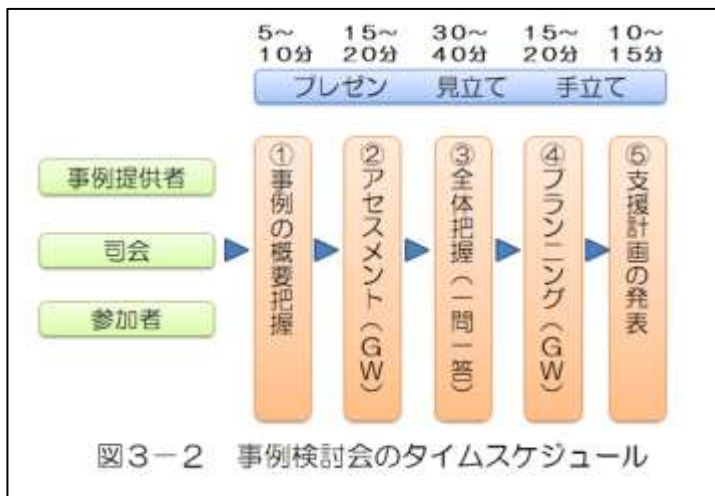
野中式事例検討会は、ケア会議を想定していますので、「司会、事例提供者、参加者（個人）」で構成され、質問等は参加者各自を指名しつつ一問一答形式で進めていきます。本研究会では、図3-1（事例検討+グループワーク）のように「司会、事例提供者、参加者（グループ）」で構成されます。事例に関する質問も、グループと事例提供者の間で行っていきます。

👉 受傷発症から経過した期間によって回復の度合いが異なります。

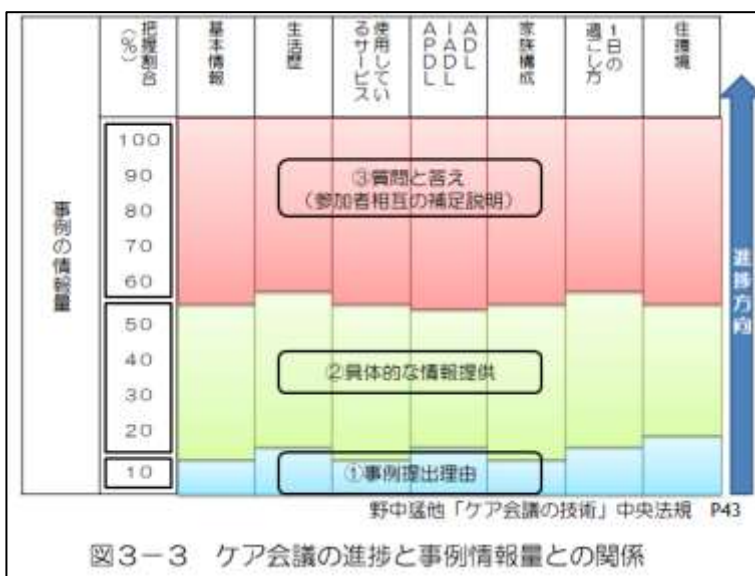


タイムスケジュールですが、①まず事例提供者が100字程度で事例の概要を説明します。ただ、それだけではアセスメントには情報が不十分となりますので、②各グループで事例提供

者に質問したい・確認したい事項について、意見交換をしつつ 15～20 分程度の時間で質問・確認項目を上げていただきます。③続いて、各グループで上がった質問・確認事項について、グループの代表者が事例提供者に質問をしていくことで、全体把握を行います（図3-2）。司会者はこの一問一答の際に、質問の意図や事例提供者の情報収集の不足を確認したり、高次脳機能障害者支援の特徴や制度利用についての解説を加えたりします。さらに、最終段階では支援上必要でありながら質問に上がってこなかった事由等について事例提供者へ確認等を行います。④全体把握（アセスメント）が終了したら、再度グループ毎にプランニングについてディスカッションしていただき、⑤各グループから支援計画の発表をしていただきます。



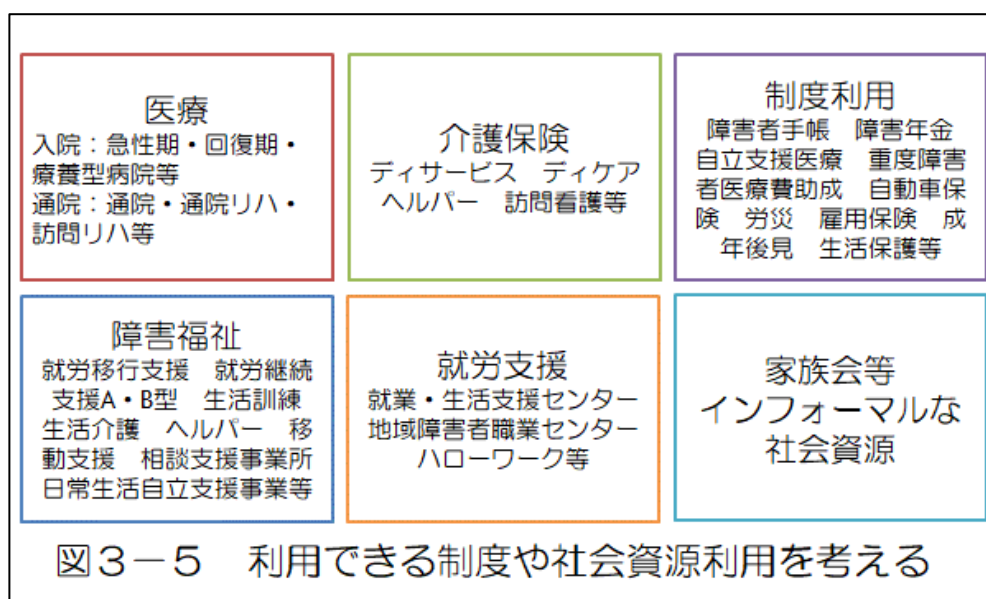
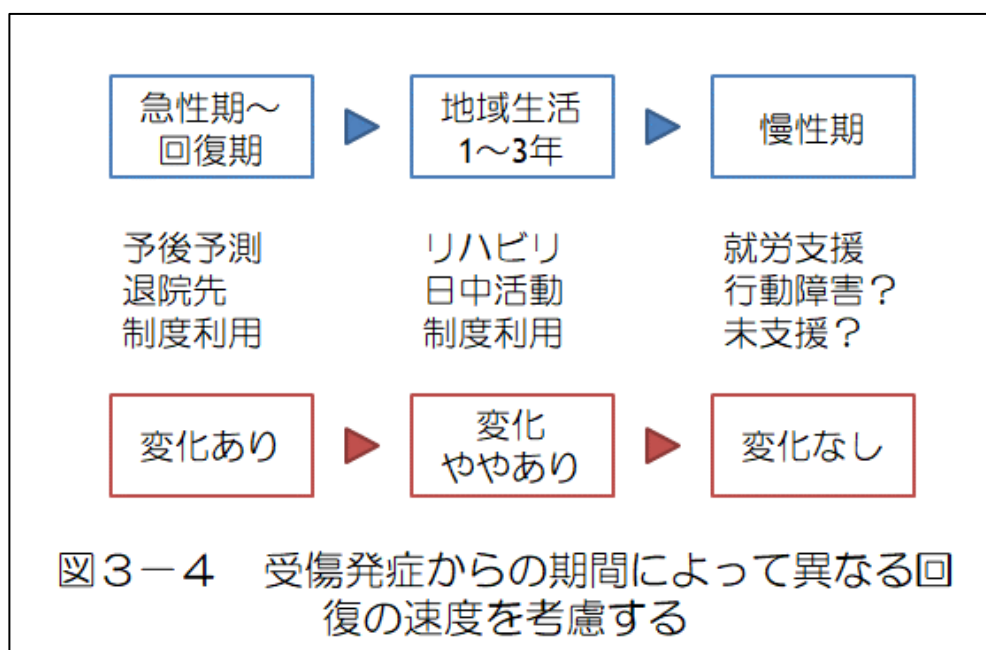
ケア会議の進捗と事例情報量との関係は図（ケア会議の進捗と事例情報量の関係）のように、①事例の概要把握、②アセスメント、③全体把握、司会による確認や補足、によって情報量は100%に近づいて行くとイメージいただければ良いと思います。この情報量を増していくプロセスの中で、参加者は他職種の特長や連携のあり方を体現していくこととなります（図3-3）。



(2)司会を行う上での留意点

高次脳機能障害の支援を行うにあたって、原因疾患や発症時期、支援目的等を理解しつつ進めることは重要です。また、年代や性別によっても支援目標が変化しますし、原因疾患や発症状況によって利用できる制度が異なる場合があります（図3-4・5）。

司会者は、これら複雑な支援の様相を理解しつつ、適切な助言が出来ることが求められます。ただし、最初から上手くいく方はいません。是非、事例検討会のファシリテーターの経験を多く積んでいただき、地域での多職種連携事例検討会を開催することで、自身の課題への気づきやスキルアップに繋がり、多くのネットワークや連携構築に活用いただければと思います。



(3)板書について(図3-6)

事例検討会を進める中で収集された情報は、ホワイトボード等に整理していきます。この際の板書ですが、本研究会で作成したアセスメントシートを利用することで、1枚のホワイトボードに情報を集約することができます。これは実際の面接場面同様、司会者自身が情報を整理したり、不足している情報を確認したりことにも役立ちます。不足している情報が参加者より目次へ がる側面もありますから、司会者自身も進行ばかりに気をとられず、冷静に情報収集や支援の展開を考えていくことが要されます。



図3-6 事例検討会でのホワイトボードの使い方

(4)事例提供者の選定

前述しましたが、本事例検討会に事例提供を行うためには非常に広範囲、かつ詳細な情報が収集されていることが要されます。情報収集ができていない部分については「では〇〇については事例提供者で確認する必要がありましたね」と助言すればよいのですが、未確認の項目が多くなるようだと、事例検討会自体が物足りないものになってしまいます。事例提供者と事前に打ち合わせを行い、不足している情報があれば確認をしていただいた方がよいでしょう。

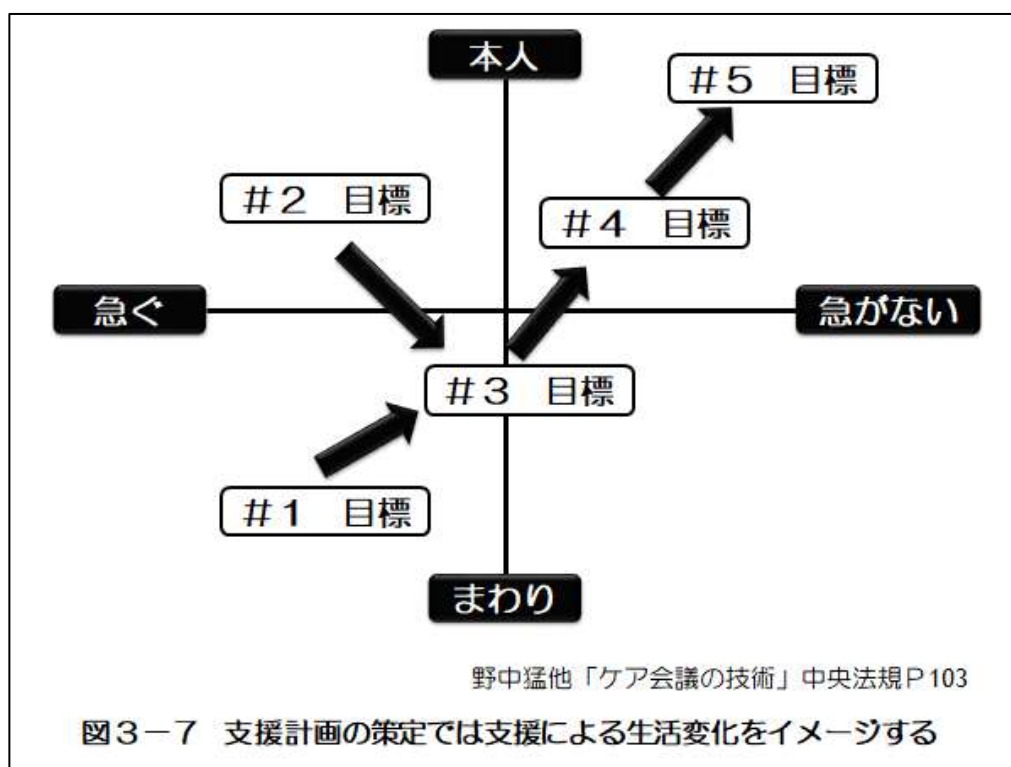
なかなか、望ましい事例提供者がいない場合には、Co自身が司会と事例提供者の一人二役を演じても良いかもしれません。

また、事例に取り上げさせていただく本人や家族からは、必ず同意を得ることが必要となります。できれば、事例検討会の趣旨や目的、プライバシーの保護や個人情報の削除、辞退する

この自由等を明記した承諾書に署名いただくことをお勧めします。

(5)プランニング

プランニングは、縦軸に「本人が取り組むもの、周囲が取り組むもの」を基盤とした役割分担、横軸に「急ぐもの、急がないもの」とした時間軸を設定し、必要な手続き、医療機関の受診やリハビリ、障害福祉や介護保険サービス利用、就労支援、関係者会議等の目標をスモールステップ形式で提示していきます。その際に、中心となる支援者も決めておくと、役割分担ができると同時に、各機関の役割や特徴を踏まえた連携の指針ができあがります（図3-7）。



(6)まとめ

事例検討会の進め方について述べました。実際にCoの皆さんがこのような事例検討会を行うためには、先に述べたような、高次脳機能障害支援に関する障害特性や支援手法、制度利用等に関する知識を備えていることが要されます。しかし、高次脳機能障害支援は日々進歩しており、すべての情報を網羅することは難しいと思います。実際には、事例検討会を行うことで、皆さん自身のスキルが上がっていく循環が生まれることが望ましいでしょうし、事例検討会を通して自分の課題等を発見することができ、新たな知識を得ることもできます。また、事例検討会の最中にCo自身が答えに窮して困った場合は、参加している専門職に「これについてどう解釈すればいいですか？」と振ってしまっても大丈夫です。

最初は、事例検討会終了後に極度の疲労感に襲われたり、自分自身の進行や助言内容への反省点が多々生じたりすると思います。しかし、「70点のアセスメントとプランニングができれば合格！」くらいに楽な気持ちで事例検討会に取り組んでいただければと思います。繰り返しますが、最初から上手くいく方はいないので、ぜひ一度チャレンジしてみてください。

て衝突してきた交通事故でした。

P 通勤労災ですね。また、自動車保険の対象にもなります。相手の車が自賠責保険、任意保険に加入していたかも確認したいですね。このような場合、自動車保険で医療費と所得補償（休業損害、100%）が支払われますので、労災の手続きを怠る例があります。しかし、労災の休業給付は受給できませんが、休業特別支給金（標準報酬月額20%）は受給できます。また、後遺症が残った場合には障害給付の申請が出来ますから、必ず手続きをするように助言しましょう。

👉 自動車保険で過失が大きい場合の減算は P60 を参照。

また、自分が加害者となった場合、完全にセンターラインをオーバーした場合は自損事故扱いとなり、自賠責保険の対象となりません。ただし、僅かでもセンターラインに残っていれば、過失が9割以上10割未満となり後遺障害等級に応じた補償額の半額が受け取れます。「過失が大きいから補償が受けられない」と思わずに、保険会社等に確認しましょう。

Q：診断名は何でしょう？

A：診断名は脳外傷、びまん性軸索損傷です。

Q：認知面の障害、身体機能の障害等がありますか？

A：情報処理速度の低下、知的能力の低下（コース立方体でIQ80台）、HDS-R（長谷川式簡易知能評価）は3点/30、味覚嗅覚の脱失、複視があります。身体麻痺はなく、身の回りのことは指示すればできます。ただし、外出等の移動は妻の付き添いが必要です。

Q：会話の理解やADL、IADLの状況はどうですか？

A：食事は食べられます。排泄もできます。衣類は着られますが、準備は必要です。入浴は出来ますが、洗体や洗髪は介助です。服薬管理はできません。簡単なコミュニケーションは出来ますが、少し込み入った話は通じませんし、YES・NOの正確性は定かではありません。移動は先ほどお話ししました通り、妻の付き添いが必要です。

Q：留守番は出来そうですか？

A：一人ではいられそうですが、何をするか予測が立ちませんから難しいです。

Q：易怒性などはありますか？また、元々のご性格は？

A：前院ではかなり不穏な状態があったようですが、当院では落ち着いています。易怒性はなく、かえって意欲低下や指示がないと動けない状態です。元々は仕事を一生懸命された方で、家庭で怒ることなどはなかったようです。

P：前院では通過症候群だったんですね。現在は発動性の低下等があるようですが、今後の回復の経過を見守る必要がありそうですね。回復する中で、些細なことに苛立ったり、こだわったり、自分の症状に気づいて悩む方もおいでですからね。ただ、現在発動性の低下があるよう

👉 通過症候群：脳損傷後の一定期間、精神面で不安定になる場合があります。数か月から1年程度で軽快・改善する場合があります。

でしたら、通所等の施設適応は良い可能性がありますね。本人が了承して下さいればですが。

Q：そうですか。既往や内服、今後の通院はどうしますか？

A：事故の半年ほど前から糖尿病がありました。内服薬で治療していたそうです。退院後も当院のリハ科外来でフォローしていきます。

Q：通院での外来リハはSTを月1回入れられる程度でしょうか。

Q：身体機能の障害はないようですが、認知障害は比較的重たいようですね。主治医は今後の予後をどのように見立てておいでですか？

A：やはり、認知面は重たいとのこと。年齢が50代ですから、1～2年時間をかけながらどこまで回復してくるか、様子を見ないと…と話していました。

Q：ご家族は…奥様はお仕事を…また自動車運転は？息子さんの年齢等は？

A：奥様はパートでお仕事をされていましたが、介護のために辞められました。息子さんの年齢は20代で、お仕事をされています。奥様、息子さんともに運転はできます。ご自宅では、主に奥様が本人の介護をしていくこととなります。

P：高次脳機能障害者には、一人で行動することが難しく、通院や外出には家族が付き添うことが要される場合があります。家族が車等で送迎を行うことが可能か、確認することは重要です。

👉 送迎者の有無を確認しましょう。

Q：奥様を手助けしてくれる方や、サポートして下さい方は？

A：親類やインフォーマルな支援は把握していません。

P：奥様のお気持ちを受け止めたり、ストレスを聞いていただくような方の存在は必要でしょうね。家族会などを紹介してもいいでしょうね。

👉 家族への情報提供やフォローアップは初期から行います。

Q：ご自宅はどのような状況ですか？

A：5年前にバリアフリーの戸建てを建てられて、ローンがあるそうです。お部屋は、主に1階の居間と和室を使って生活されるようです。


P：出来れば間取りまで確認したいですね。易怒性がある方の場合、怒ってしまうとなだめでもダメなんで、その場から離れていただくことが必要なんです。タイムアウトするスペースがあると、それができるんですね。また、居住環境（交通機関の利用、買い物できる店の有無等）も確認出来るといいですね。

Q：制度利用、自動車保険や労災、障害者手帳等の手続き等はどうされていますか？

A：医療費は自動車保険が適用されています。労災の申請も行い、自動車保険の休業損害と併せて、特別支給金も受給しています。精神障害者保健福祉手帳の2級をとりました。生命保険等の手続きも、随時診断書の依頼等を行い、手続きをしています。

Q：仕事や休職期間はどのようにしょう？

A：お仕事は、給食センターの営業職でした。休職期間は1年間です。現時点での復職は難しいですから、今月中に退職することとなります。


P：相談を受けた際に、相談者が休職期間を確認していない場合が結構あるんです。労基法上、従業員が10名以上の会社には就業規則があり、一般的に休職期間が定められていますから、必ず確認して下さい。  休職期間は必ず確認しましょう。

休職期間によって、支援のプランが異なってきます。一般的には傷病手当金が終了する1年半を休職期間とする会社が多いようですが、大企業ですと有給を含めて3年以上の休職期間がある場合があります。1年半と3年ではリハビリに費やせる期間が全く異なりますからね。また、この方は通勤労災ですから休職期間が会社の規定となりますが、業務労災の場合は症状固定後1ヶ月以内に復職、ただし症状固定が長期化した場合、最長3年までは解雇されません（解雇制限）。

さらに雇用保険（失業給付）の確認が必要ですね。現時点では、治療が必要な状態ですから休業損害や休業給付（特別支給金）を受給しています。失業給付は「働ける状態ですが、仕事が見つからないので給付して下さい」というものですから、同時に受給は出来ません（協会健保等の傷病手当金を受給している場合も同様です）。その場合、雇用保険延長の手続きをします。3年間は受給延長が可能です。また、失業給付を受給できる状態（働ける状態）になった際には、障害者手帳を所持していることを窓口で伝えると、就労困難者としての受給が可能です。（P99）

Q：今までの生活歴や職歴はどうだったんでしょうか？

A：調理師の専門学校を出られて、その後は現在の給食センターで現場や営業の仕事をされていたそうです。

P：可能でしたら、生育歴や学歴も確認したいですね。神経心理検査の結果、IQがボーダーですが、元々学力が低かったことが予測されるエピソードをお持ちの方がおいでの場合があります。逆に、検査結果はIQ100や110となっても、元々IQ120以上が想定される方は、非常に生きづらさを感じることでしょう。検査結果だけを見るのではなく、元々どのような方だったのか、聞き取りをしていただきたいところです。  生育歴、生活歴等を確認しましょう。

Q：これで概ねアセスメントは出来ましたかね。それではプランニングに進みましょう。

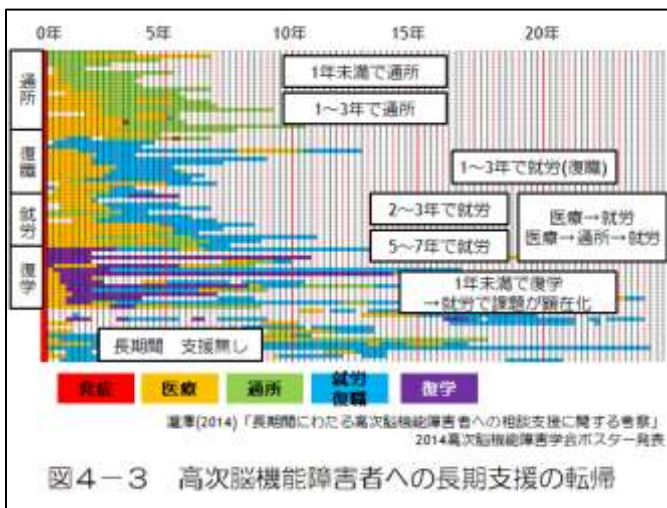
た、障害福祉サービスを利用する場合、計画相談（サービス等利用計画）が必要となりますが、その作成も相談支援事業所の相談支援専門員が行ってくれます。なお、障害福祉サービスを利用するには「①障害者手帳を所持している、②自立支援医療を利用している、③診断書がある、④精神障害を事由とする年金を受給している、⑤精神障害を事由とする特別障害給付金を受給している」のいずれかに該当する必要があります。③ですが、この事例の方が精神障害者保健福祉手帳をお持ちですが、もし所持していない場合は「交通事故による脳外傷により高次脳機能障害（器質性精神障害 F069 または F06.9）による認知機能の低下が見られるため、障害福祉サービスの利用が必要である」と記載された診断書

- ・ 医学的に安定している
- ・ 生活リズムが安定してる
- ・ 通勤することが出来る
- ・ 仕事をする体力がある
- ・ 仕事をする意欲がある(本人の希望?家族の思い?)
- ・ 人間関係を円滑に保てる
- ・ 自分の出来る事と苦手な事が分かる
- ・ 仕事出来る

「仕事出来るか」よりも前段階の準備の方が大切

※就労した後も継続支援が必要

図4-2 働くために（職業準備性）



☛ 診断書による障害福祉サービスの利用については P105 を参照。

書を市区町村障害福祉担当窓口へ提示することで、支給決定の審査が行われることとなります。

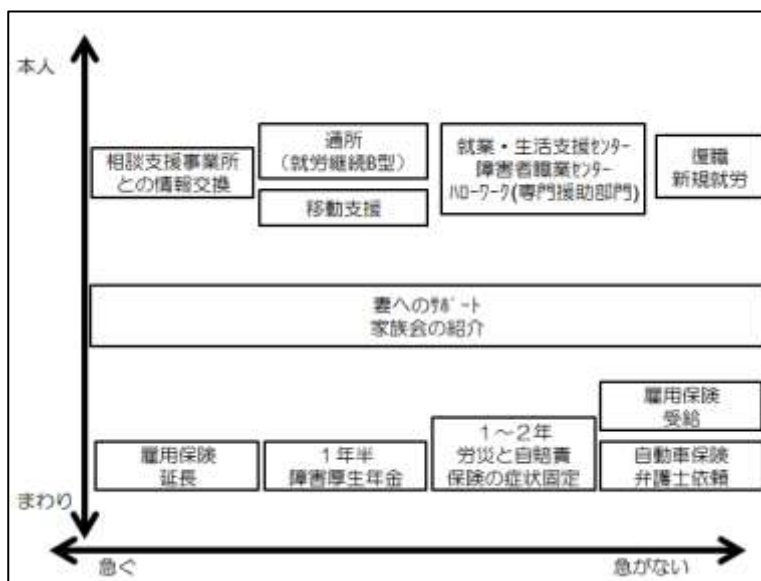
その他の障害福祉サービスとして、一緒に生活することでの妻の負担感も懸念されます。市町村事業の「移動支援（余暇支援・外出支援）」を利用することで、妻が本人と離れる時間を作れることとなります。

そのような生活や障害福祉サービスの利用を行う中で、職業準備性が整ってきた場合（図4-2 参照）、「障害者就業・生活支援センター」「地域障害者職業センター」「ハローワーク（障害者雇用を希望する場合は専門援助部門）」等の就労支援機関と連携する必要があります。場合によっては5～7年かかって就労につながる場合もありますから（図4-3）、長い視野で支援を継続することが必要となります。

制度面の支援ですが、受傷から1年半で障害年金が申請できます。この方の場合、障害厚生年金となります。また、高次脳機能障害の治療や投薬については自立支援医療が適用となりま

👉 自動車保険は P48、労災制度は P62 を参照。

す。また、自動車保険や労災については概ね1年～2年の時点で症状固定（後遺症が改善も悪化もしない時期）を行い、残存した障害についての補償を求めることとなります。労災は後遺症の等級によって補償額が決まっていますが（1～7級は労災年金、8～14級は労災一時金）、自動車保険の任意保険は感謝料や将来の



必要となる治療費だけではなく、逸失利益（事故にあわなければもらえたはずの利益）、介護費用、将来予測される医療費等の算定も必要となります。出来れば自動車事故、特に高次脳機能障害を理解している弁護士に相談することが望めます（最近では自動車保険に弁護士特約が付帯している場合もある。あるいは、適切な診断書を作成してもらうことを想定して、事故直後・症状固定前からの相談を検討した方が良いでしょう）。

これらのことを考慮してプランニングを行ってみました。このように、今後の方向性や手続きを明記した上で、患者・家族に紙面で情報提供できるといいですね。

<実際の支援では>

👉 休職中でも、障害福祉サービスの利用は可能です（P107 参照）。

実際の支援ですが、自宅からバスで30分ほど離れた、利用者が高次脳機能障害者に特化した通所施設（就労継続支援B型）に通所しました。並行して、リハビリ病院の心理訓練にも週1回の通院リハを行いました。いずれも、当初は妻の付き添いが必要でしたが、1年ほど経過する中で、単独でのバス利用が可能となり、単独通所・通院ができるようになりました。

通所先は比較的自由に過ごしてよい環境でしたが、通所開始後まもなく「枠組みがない」ことに本人が戸惑いを感じていると妻から相談がありましたので、「作業中心で枠組みがある通所施設」を紹介しました。ただ、実際に見学すると、本人は「作業についていけない（自動車部品の組立や箱入れ作業）」と述べ、結局当初の通所施設を継続利用することとなりました。

高次脳機能障害支援を行っている、「自分でやりたいことがあり、自身で日課を組み立てられる」ので比較的フレキシブルに日課を組み立てられる方が良いでしょう、「何をしたいのか

分からない」ので日課や枠組み（例えば、始まりと終わりが明確になっている等）が整っている環境が望ましい方が多いですから、障害像に合わせた環境設定が要されます。

通所や通院訓練を行って時間が経過していく中で、同じ話を繰り返す、笑いだしたら止まらないこともありました。退院当初はボーっとして過ごすことが多い方も、時間経過の中で、注意力や思考力が向上することで様々なことが気になったり、他方記憶障害や脱抑制があるので同じ質問や行動を繰り返したり、気になると我慢できなくなったりする場合があります。家族から一見すると、問題行動が増えて症状が悪化しているように感じるのですが、実際には、回復過程に伴った変化である場合が多々あります。よって、回復と症状の変化を見極めて家族や支援者と確認する等の支援も欠かしませんでした。

👉自動車保険や労災保険の手続きについて、確認しましょう。

受傷から1年半が経過した時点で障害厚生年金の申請を行いました。また、事故から2年半が経過した時点で自動車保険と労災の症状固定を行いました。自動車保険と労災の症状固定日は同日となります。また、書類の枚数が多く、関わる機関もいくつかありますので、ご家族等が混乱しないように、手続きの手順を書面で渡す、書類に付箋等で番号を振ったり提出先を記載したりする、といった配慮が必要となります。日常生活状況報告表については、家族ともに具体的な本人の生活状況等を確認しつつ、記載することがポイントとなります。

事故から3年が経過した時点で、会社から復職の打診がありました。ただ、県外まで単独で通勤することは難しい現状がありました。しかし、事故前に非常に会社に尽くしていたこと、管理的な役職で信頼が厚かったこともあり、会社側も何とか仕事ができる環境設定を熟考してくれました。

結果として自宅の近隣の病院の厨房の委託運営を行っていたことから、1日1時間から食器片づけ等の業務に従事することとなりました。復職と職場定着支援には、障害者就業・生活支援センターが協力してくれ、3ヶ月ほど経過すると1日2時間の業務が可能となりました。

高次脳機能障害の症状が非常に重く、当初、就労に困難さを感じていましたが、適切な支援環境を整え、回復に伴う変化の確認をその都度妻と行い、ご本人の病前の人柄や勤務状況が非常に優れていたこともあり、会社の配慮で復職が現実となった事例でした。

事例2（発症から1年時点での事例検討）

（相談支援専門員より）：40代男性。1年前に狭心症による心停止のため低酸素脳症、後日左脳梗塞（詳細不明）を発症。半年前、実家の両親宅に退院をし、外来にてOTとSTのリハビリを週1回施行。右軽度片麻痺、重度の全失語。

アセスメントシートに落としてみると、このようになりますね。

氏名 (M・F) ID
 生年月日 年 月 日 (40代)
 住所
 電話

<ジェノグラム・エコマップ>
 家族・家族支援・インフォーマル支援
 支援者・職種等
 本人と家族のニーズや目標

家族成員・居住環境・サービス

通院リハ
 OT: 1/W
 ST: 1/W

家族成員・居住環境・サービス

生活史 (出生・学歴・生活歴・職業)

健康・全経過
 通院・服薬と管理
 健康状態と管理

診断名 (病名や後遺症等)、予後予測
 脳梗塞
 脳腫瘍・脳出血後の後遺症 (後遺症不明)
 又今日 脳心症に伴う心停止による脳梗塞疑念。

身体状況
 重度失語症
 右軽度片麻痺

注意 記憶 実行 社会的行動
 失語 意識 基礎認知 知覚能力
 知的機能
 その他 ()

起床 週・月の生活

<日常生活> 食事 調理 洗濯 入浴着脱 更衣 金銭管理 衛生管理 意思疎通 移動 用紙の生活・住居

<社会参加 仕事> 医療 運動 生活リズム 体力 対人前 得意不得手 <趣味> <特技> <酒・タバコ>

① アセスメント (Q:質問 A:返答 P:ポイント)

まだまだ情報が不足していますね。一問一答形式で、アセスメントしていきましょう。

Q: 家族は両親のみなのでしょうか?

A: 30代の妻と1歳の男の子がおいでです。ただ、現状では3人で暮らすことは難しいので、当面はご実家の両親と生活することとなったようです。

Q: ご両親の年齢や生活は?

A: 両親ともに70代前半、父は週2~3日お仕事をされています。キーパーソンは母になります。父が運転できますので、送迎を行っています。本人には弟が2人いますが、それぞれ世帯をもっています。

👉 休職期間や、手当等が支給される期間はしっかり確認しましょう。

Q：奥さんの生活状況は？

A：ご実家が飲食店を営んでおいでで、ご実家の手伝いをしながら、生活もご実家で過ごされています。

Q：お仕事はどうされていますか？

A：休職中です。休職期限は発症後 1 年半までで、傷病手当金も同様の時期まで支給されます。

P：休職期間や傷病手当金が支給される時期をしっかりと確認していますね。傷病手当金は、発症後の一定期間に有給休暇等を使用することで、支給が終了する時期が発症から 1 年半ではなく、ズれる場合があります。

Q：障害者手帳はお持ちですか？

A：身体障害者手帳は、言語機能 3 級と右上肢障害 4 級で併合 2 級となっています。精神障害者保健福祉手帳は未取得です。

Q：言語機能について、再判定はありますか？

A：確認していません。

P：身体障害者手帳の中でも、言語機能については、再判定が課される場合があります。再判定で等級が下がる可能性がありますから、精神障害者保健福祉手帳も取得を検討した方がいいですね。

☛ 身体障害者手帳の場合、等級だけではなく、障害の内容や再判定の有無についても確認しましょう。

Q：介護保険や福祉サービスの利用は？

A：現在 A 市にお住まいですが、住民票は B 市にありますので、サービス利用の申請を行政間で行っていましたが、難儀しています。現状ですが、介護保険は未申請で、障害支援区分は A 市で認定調査を行い障害支援区分は 4 です。

Q：現在の支援機関は？

A：市役所の障害福祉課、相談支援事業所、高次脳機能障害支援拠点機関です。これからサービス利用等の調整が必要となります。

Q：高次脳機能障害の症状はどの程度でしょうか？

A：全失語のためコミュニケーションを取ることが難しく、周囲の人が推測をして対応することが必要です。記憶、注意、知的レベルの低下があると思われませんが、神経心理検査は実施できない状況です。

Q：身体機能はどうですか？

A：右上肢の握力は 0、独歩で移動可能です。ただし、認知面の低下があり、単独での外出等はできません。

Q：生活リズムは？日中活動をしていますか？

☛ 脳卒中の場合、2号被保険者として介護保険制度が優先となりますが、障害福祉サービスの併用も可能です。市町村に相談しましょう。

☛ 通院リハビリが終了した後も、訪問リハの利用が可能です。訪問してくれる事業所を探してみましょう。

A：7時30分起床し21時30分頃就寝。日中は父と散歩に外出すること以外は自宅で過ごしています。また、外来リハのSTが宿題を出してくれているので、取り組んでいます。

Q：リハビリはどの程度継続できますか？

A：母の送迎で、入院していた病院の外来リハにてOT週1回、ST週1回の訓練を行っています。ただし、OTは今月終了、STも2カ月後の終了となります。

Q：その後、介護保険での訪問看護・訪問リハや医療保険での訪問リハは考えていますか？

A：これから地域で検討していくことになると思います。

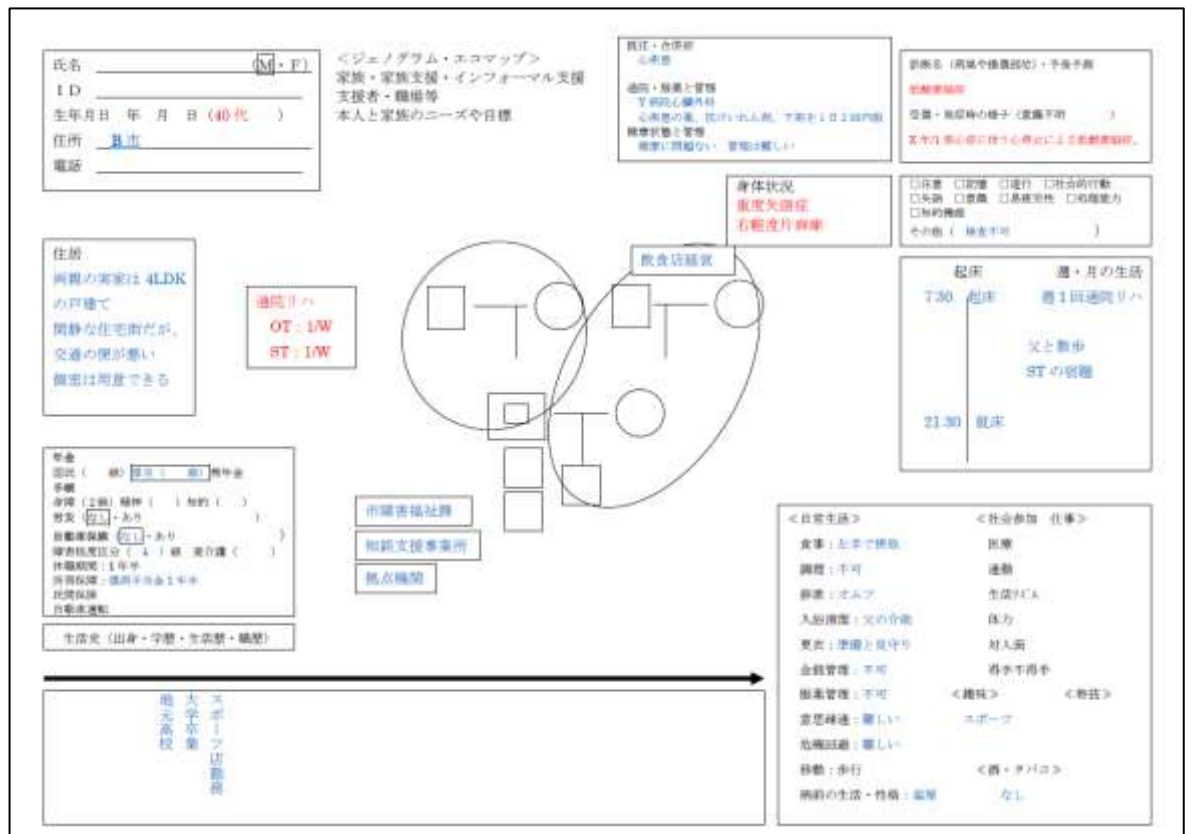
Q：医療機関への受診は？

A：退院後は心臓外科に通院しています。

Q：ADLやIADL面はいかがですか？

A：食事は左手で可能、排泄はほぼ自立、入浴は父の介助、排泄はおむつ使用、更衣はセッティングのみ介助、服薬は介助、意思疎通は簡単な内容は可能と想定されます。

☛ 内服している場合は、服薬内容だけではなく、薬の管理についても確認しましょう。



Q：薬は何を飲んでおいでですか？

A：心疾患の薬、抗けいれん剤、下剤を1日2回内服しており、管理は母が行っています。

Q：今までの成育歴や職歴は？

A：地元の高校、大学を卒業後にスポーツ店に就職して現在に至っています。もともとスポーツ好きだったそうです。

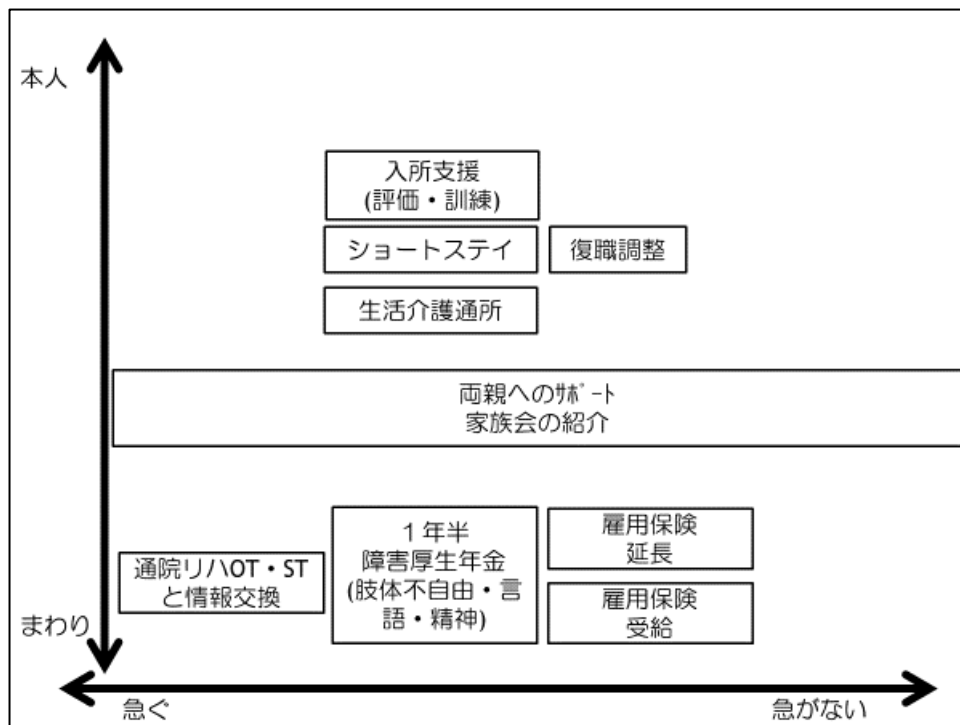
Q：ご自宅や住環境はいかがですか？

A：病前の自宅は賃貸でしたが、現在は引き払いました。両親の実家は4LDKの戸建てで、閑静な住宅街ですが交通の便が悪いです。

Q：それで、主な送迎は父が車で行っているのですね。本人の自室はありますか？

A：現在両親と就寝していますが、自室を用意することは可能です。

P：これで概ねアセスメントは出来ましたかね。



② プランニング

それではプランニングをしていきましょう。低酸素脳症と左側脳梗塞に伴う失語症の方です。☝原因によって予後が異なります。症状は非常に重篤とされます。発症から1年が経過しており、回復の曲線が緩やかと言われている低酸素脳症ですから、今後目覚ましい回復は難しいかもしれません。

現在、ご実家で生活されていますが、奥様やお子様との関係、ご両親の介護負担等を鑑みて、日中活動先の確保が要されます。また、現在休職中で傷病手当金を受給していますが、障害年金の申請や退職後の手続きや生活の検討も必要です。

まず、外来通院している病院のSTやOTと情報交換を行い、必要な医療情報等を収集することから始めるとよいでしょう。ご家族に対しては、家族会（失語症の会等）を紹介することで精神的な負担軽減を図ることができるかもしれません。

当面の福祉サービス利用としてショートステイ、入所支援（評価・訓練）、送迎付きの生活介護等が想定されます。また、介護保険の特定疾病に該当しますので、2号被保険者としてサービスの利用が可能ですから、利用を検討することができます。傷病手当金受給後は、障害厚生年金（精神・肢体不自由・言語機能の診断書）の申請を行い、職場との在籍交渉や退職時の雇用保険受給（当面の就労が難しい場合は受給延長届の手続き）を指南する必要があるでしょう。

☛ 障害年金は、複数の診断書を提出することができます。

<実際の支援では>

実際の支援ですが、本人への指示や助言の理解が難しくマンツーマンに近い対応が要されることから生活介護事業所の利用が望ましかったのですが、現在は空きがない為に受け入れが困難とのことで、地域活動支援センターを週2回利用することとなりました。さらに、自立訓練（機能訓練）を行っている事業所が週1回の利用を受け入れてくれました。また、両親の負担軽減と外出する機会を作ることでの日中活動確保の観点から移動支援を週3回利用しました。

3年が経過して、ようやく本人の状態も安定してきましたので、入所施設で体験を兼ねた日中一時支援を利用したのちに、月1回ですがショートステイを利用することとなりました。また、生活介護への通所も可能となるとともに、訪問リハビリでのST訓練を週1回受けることとなりました。さらに、両親の介護負担を鑑み、特例として行政が通所への移動支援を支給決定しました。

☛ 特別な事情があれば、障害福祉サービスの支給決定をする場合もありますので、市町村に相談しましょう。

制度利用では、精神障害者保健福祉手帳を取得し、発症（初診日）から1年半の時点で障害厚生年金1級を受給することとなりました（言語機能と精神障害で申請）。仕事は退職を余儀なくされたので、雇用保険を受給しました。

ご家族への支援は、当初高次脳機能障害の家族会を紹介しましたが、そこから低酸素脳症者を対象とした家族会につながることができ、現在も両親と本人がイベントに参加する等のかかわりを持っています。

☛ 日中一時支援については、自治体によって利用者が限定（児童のみ等）される場合があります。

ただ、妻子と生活することは難しく、将来的に両親が介護できなくなった際の生活を検討することが課題になっています。

事例3（相談支援事業所からの相談）：30代後半の男性。20年前の交通事故で、高次脳機能障害と体の麻痺がある。もう10年以上ほとんど自宅で過ごしており、外出等はない。両親とともに暮らしているが、両親も高齢となり、今後の介護生活に不安を抱いており、入所施設に関する情報が知りたくて来所した。

氏名 (M・F)

ID

生年月日 年 月 日 (30代)

住所

電話

<ジェノグラム・エコマップ>
 家族・家族支援・インフォーマル支援
 支援者・機能等
 本人と家族のニーズや目標

調査・合併症：
 過労・創傷と管理：
 健康状態と管理：

診断名（病名や検査部位）、今後予測
 20年前交通事故による脳外傷
 変異・発症時の様子（経過不明）
 20年の交通事故

住所
 戸建て2階建て
 3階が自宅でベッドあり・自車の両方にトイレ
 車庫あり・駐車場・ソニー

身体状況
 高次脳機能障害
 身体マヒあり

任意 記憶 実行 社会的行動
 失語 意識 基礎生活 知覚能力
 知的機能
 その他（ ）

起床 週・月の生活

学歴
 国民（ ） 専修（ ） 短期（ ）
 専修（ ） 短期（ ） 知的（ ）
 習熟（なし・あり）
 自動車運転（なし・あり）
 障害程度区分（ ） 級 認定（ ）
 介護保険
 介護保険
 生活史（出身・学歴・生活歴・職業）

<日常生活> <社会参加 仕事>

食事：	医療
調理：	通勤
洗濯：	生活リズム
入浴介護：	体力
更衣：	対人関
金融管理	持手不持手
振込管理	<趣味> <特技>
意思疎通	
危機回避	
移動	<酒・タバコ>
貯蓄	
両親の生活・性格	

① アセスメント（Q：質問 A:返答 P:ポイント）

一問一答形式で、アセスメントしていきましょう。

Q：家族は両親だけですか？年齢やお仕事もお教えいただけますか？
 A：フルタイムで働いている妹が同居しています。父は70代、母は60代で、定年して自宅で過ごしています。弟もいますが、独立されています。
 Q：今までどのように過ごされてきましたか？
 A：中学時代は運動部に所属していました。高校2年生のときにバイク事故で受傷して、救急病院、リハ病院を経てご自宅に戻られました。その後、通信制の学校に転校して卒業されました。20歳のころ療護施設に1年間入所して生活訓練を行い、退所後は地域の通所施設で生活の訓練を行ったようです。理由は把握していませんが嫌になり徐々に通わなくなり、自宅で祖

母と過ごす生活になったようです。その祖母も5年前に他界しています。そのころ、ちょうど母が定年となり、自宅で両親と生活して、リハセンターでの機能訓練にも通ったこともあるようですが、やはり3カ月ほどで行かなくなり、ほとんど自室で過ごす時間が多い生活になったようです。

Q：通所しなくなった原因はよくわからないのですね。そして、ここ5年くらいは自宅で過ごすことが多いのですね。事故の様子や診断名はどうだったんでしょう。

A：本人がバイクを運転していて、車と衝突しました。本人の過失は3割で、相手の過失が7割だったとのこと。脳挫傷の診断で、意識不明が1.5カ月あったそうです。

Q：大変な事故だったんですね。補償は済んでいるようですか？済んでいるのであれば、自賠責保険の等級は何級でしたか？

A：事故の補償は済んでいるそうです。自賠責保険の等級は調べてみないとわからないようです。

Q：なるほど…身体機能はどうですか？

A：以前は杖歩行をしていたようですが、最近は殆ど外出をせず、自宅内は伝い歩きをしています。バランスが非常に悪いようです。

Q：体格はどうですか？

A：身長175センチで、体重は80～90キロだそうです。

Q：大柄ですね…介護が大変そうですね。障害者手帳はお持ちですか？

A：四肢体幹機能障害で身体障害者手帳1級です。重度障害者医療費助成（地域によっては呼称が異なる）の対象にもなっています。自立支援医療は受けていません。重度障害者医療費助成によって医療費の自己負担がないので所持していないのだと思います。

P：本来でしたら医療（健康）保険で7割、自立支援医療で2割、重度障害者医療費助成で1割負担が望ましいのですがね。障害年金は受給していますか？

A：障害基礎年金1級です。

Q：何の障害で申請したか分かりますか？

A：肢体不自由で申請したようです。

P：障害年金はどの障害で申請したのか確認したほうがいいですよ。今回は肢体不自由で1級とのことですが、例えば脳卒中の後遺症で片マヒとなり障害年金2級を受給している方で、高次脳機能障害に伴う認知障害があり生活に支障を来している場合には、精神の障害としても申請が可能です。そして、肢体不自由で2級、精神の障害で2級となった場合は併合1級となります。基礎年金の場合、1級で月額約8万円、2級で6.5万円と1.5万円の差があります。良くある事例としては、肢体不自由で2級を受給しているが、精神の障害では申請していないことがありますので、年金受給に関する詳細（何の診断書で年金申請を行ったか）の確認が要されます。年金事務所等に確認する他、年金証書に次回更新時に必要な診断書の種類が数字で記載されています。

Q：なるほど。ADLはいかがですか？

➡自立支援医療の精神通院医療は実施主体が都道府県で、国と県が1/2ずつ費用負担します。重度障害者医療費助成は実施主体が市町村で、県と市町村が1/2ずつ費用負担します。よって市町村の費用負担を軽減する観点から、医療（健康）保険、自立支援医療、重度障害者医療費助成制度の利用が望ましくなります。

➡障害年金の申請では複数の診断書を提出することが可能です。

A：食事は自分で食べています。調理はできません。入浴は、家族（母）の介助で入っています。トイレには自分で行っています。

Q：コミュニケーションはどうですか？

A：家族とは、簡単な意思疎通はできるようです。ただ、構音障害があるようで、私は聞き取りづらかったです。また、自宅での生活が長い影響でしょうか、他者に対して、ご自身の思いや意思を語ったり、伝えたりすることは難しいようでした。

Q：高次脳機能障害の検査や影響はありますか？

A：10年以上前の検査結果ですが、全IQ70台後半、言語性80台前半、動作性70台後半とのことで、言語性と動作性には差がありそうです。その他、構音障害と被害妄想的との指摘もあったようです。

Q：神経心理学検査による数値からは一見重度には見えませんが、状態としてはコミュニケーション面を含めて、かなり重度なようですね。自賠責保険の等級は必ず確認してもらった方がいいですね。

A：なぜですか？

P：自賠責保険の等級ですが、高次脳機能障害の場合、神経系統の障害となり1・2・3・5・7・9級のいずれかに該当します。「神経系統の機能又は精神に著しい障害」において1・2級の場合、NASVAの介護料の対象となりますが、NASVAや介護料の存在を知らず、受給していない方がおおいです。ですから、自賠責保険等級の確認が必要となります。なお、併合2級の場合は、神経系統の障害3級とその他の後遺障害を合わせている場合があります、その場合はNASVA介護料の対象とはなりません。

A：わかりました。後日確認してみます。

Q：医療機関は現在かかっていますか？

A：大学病院の精神科を月1度受診しています。

Q：お薬は？

A：安定剤として、テグレトールとレボトミンが処方されているとのことでした。てんかん発作はないようです。

Q：ご自分で内服しているのですか？

A：家族が服薬管理をして、定時に飲ませているとのことでした。

Q：被害妄想的とのことですが、性格はいかがですか？

A：言うことを聞かないとか、大声を出すといったことはないようです。30代半ばからこだわりが強くなり、昔はコーヒーが好きだったようですが、最近はペプシゼロにミルクティーを混ぜたものを飲んでいるようです。ちなみに、バラ肉丼が好きなようです。

Q：なかなか個性的ですね。ニーズというか、本人がやりたいことなどはありますか？

A：まだ、そこまで深い話はできていません。ただ、訪問した様子では、自宅で生活することが精いっぱい、現在そのようなことを考えられる状態ではないのかとも思いました。

👉原因が自動車事故の場合、自賠責の等級、NASVA介護料申請の有無を確認しましょう。

Q: もう少し面談や関わり等を重ねる中でご本人の思いやニーズを引き出していく必要があるということですね。

Q: 両親は介護負担を感じているようですか？

A: 介護負担は感じていないようです。ただ、数年が経過する中で両親の体力が低下することは想定されると思います。また、現時点でも冠婚葬祭等の時に、本人がどこで過ごすか、実際には両親のどちらかが自宅に残って本人を見守っているのとのこと。また、ここ数年は散髪を嫌がって髪の毛が長くなり、髭をそることも拒否しているようで、ヒゲは5センチほどに伸びていました。

Q: ご自宅の間取りは？

A: 2階建ての戸建てで、2階に本人の自室があります。おやすみになるときはベッドをお使いです。自室から廊下を挟んで向かい側にトイレ（洋式）があります。時折1階に降りてこられて、食事や水分摂取をされます。階段には手すりがついており、それを伝って上り下りをしています。

Q: ご自宅の周辺環境はいかがですか？

A: 閑静な高台の住宅地です。最寄駅は健常者で徒歩10分くらいですが、坂を上って自宅に行く形となります。ご本人が駅まで徒歩で行くことは難しいです。

Q: 買い物等は？

A: 近くにコンビニはないですね。ただ、徒歩7~8分の所にスーパーはありますが、やはり本人が単独で行くことは難しいと思われます。

P: 住居の状況を確認する際に、身体麻痺がない場合は自宅周辺情報、身体麻痺がある方は段差等を含めた住環境の確認が要されます。さらには、賃貸か持ち家か、住宅ローンの有無も確認した方が、今後の生活課題を認識しやすくなります。あるいは、易怒性がある場合には、自室の有無を確認しておくことで、タイムアウト（家族等の怒りの原因から離れる）の対応をとる際のアドバイスに繋がります。

Q: 嗜好品は？

A: お酒は呑みませんが、たばこは吸われています。1日2-3箱とのこと。

Q: ヘビースモーカーですね。このあたりでアセスメントは十分ですかね。ではプランニングをしてみましょう。

👉 症状に応じて、家屋状況、居住環境、家賃等を確認しましょう。

ね。ヘルパー利用ですが、両親が介護できているようですし、他者が自宅に入ることを嫌がるご家族もおいでですね。そのような場合、医療保険で利用する訪問リハビリを活用することも考えられます。

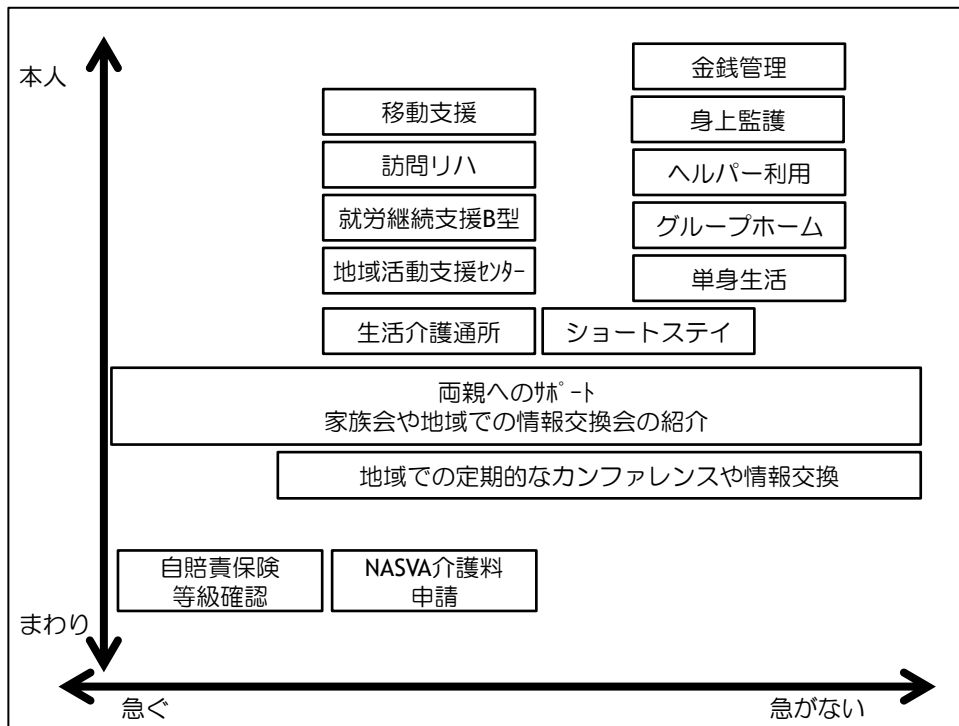
前述のご本人の環境は他者への適応を考慮しても、訪問リハビリや移動支援でのヘルパーさんとの外出から支援を開始することがソフトランディングになるかもしれませんね。

家族支援の側面からは、同様に若年で事故に遭われたお子さんをお持ちのご家族からお話を伺うことで、今後の関わり方や親亡き後を考えるうえで参考になる情報を得ることができるかもしれません。高次脳機能障害の家族会や地域での情報交換会があれば参加を促してもいいかもしれません。

あるいは、将来的にはご自宅での単身生活やグループホーム利用ということも想定されるでしょう。そのためにも、本人が他者と関係がとれることや、自宅以外の環境で適応できる状況を整えるとともに、地域の関係機関で定期的なカンファレンスや情報交換を行うことで本人の状態を把握することも肝要ですね。

20年前の交通事故で、自動車保険の補償を受けている方ですね。制度面で確認が必要なことは、自動車保険の自賠責後遺障害等級ですね。補償を受けた当時の書類があればそれに基づいて、ない場合は保険会社等に問い合わせることで確認できると思います（保険会社が思い出せない場合でも、通帳等に保険金の振込み元が記載されていることもあります）。もし「神経系の機能又は精神に著しい障害」の第1・2級であった場合、NASVA（自動車事故対策機構）に連絡すれば必要な書類等を送ってくれ、手続きのサポートをしてくれます。

👉 障害福祉サービスだけでなく、医療保険のサービス（訪問リハ）も検討しましょう。



＜実際の支援＞

実際の支援ですが、通所施設を利用することが難しかったので、医療保険を利用した訪問リハビリを週 1 回利用しました。当初は室内での身体機能や動作の確認を行っていましたが、徐々に家から外出するようになり、近所の公園まで歩行訓練を行ったり、髪を切ったりひげを剃ったり等も行ってもらいました。

1 年ほど経過する中で、皮膚疾患から入院療養する機会があり、その際に禁煙に成功しました。それを機に、リハビリ病院へ 1 カ月間の機能評価入院を行い、身体機能や認知機能の詳細な確認を行いました。ただ、事故から 20 年経過していましたので、大きな機能改善は見られませんでした。「それはやらない」「自分で考える・自分で決める」等、ご本人が自分の思いを表現できるようになりました。

生活面では、現在も訪問リハを利用して、他者との関わりを維持しています。

自動車保険は、自賠責保険の等級が 2 級であることが確認されました。そこで、NASVA（自動車事故対策機構）に問い合わせ、介護料をいただくことができました。

長期間自宅で過ごしていたために、短期間で社会性が向上するとは考え難いのですが、長期的な地域での支援を継続する中で、徐々に自宅以外で過ごすことができる場所を増やしていくことを当面の目標としています。あるいは、親亡き後を見据えて、必要に応じた対応がとれる体制を継続していくこととしています。

5. 知っておきたい制度利用

生活をしていくうえで収入の確保は重要であり、仕事や収入を失うリスクがあるために、早期復職や就労を望む場合が多くあります。反面、高次脳機能障害は時間をかけて、リハビリに取り組むことで回復していく側面がありますから、制度を上手に活用していくことは大切です。ところが、当事者や家族は当然そのような知識を持ち合わせていない場合が多いですから、適切な情報提供を行

い、安心してリハビリができる環境を整備することは重要です。また、提供した情報を当事者や家族が適切に理解していない場合が多々あります。自宅に帰った後等、ゆっくりと落ち着いたときや、気になったときに見返すことができるように、書面に書いて情報提供することが求められます（適切な情報提供ができていないか確認するため、あるいは間違った情報を伝えた際に訂正できるように、支援者もコピーをとっておきましょう）。

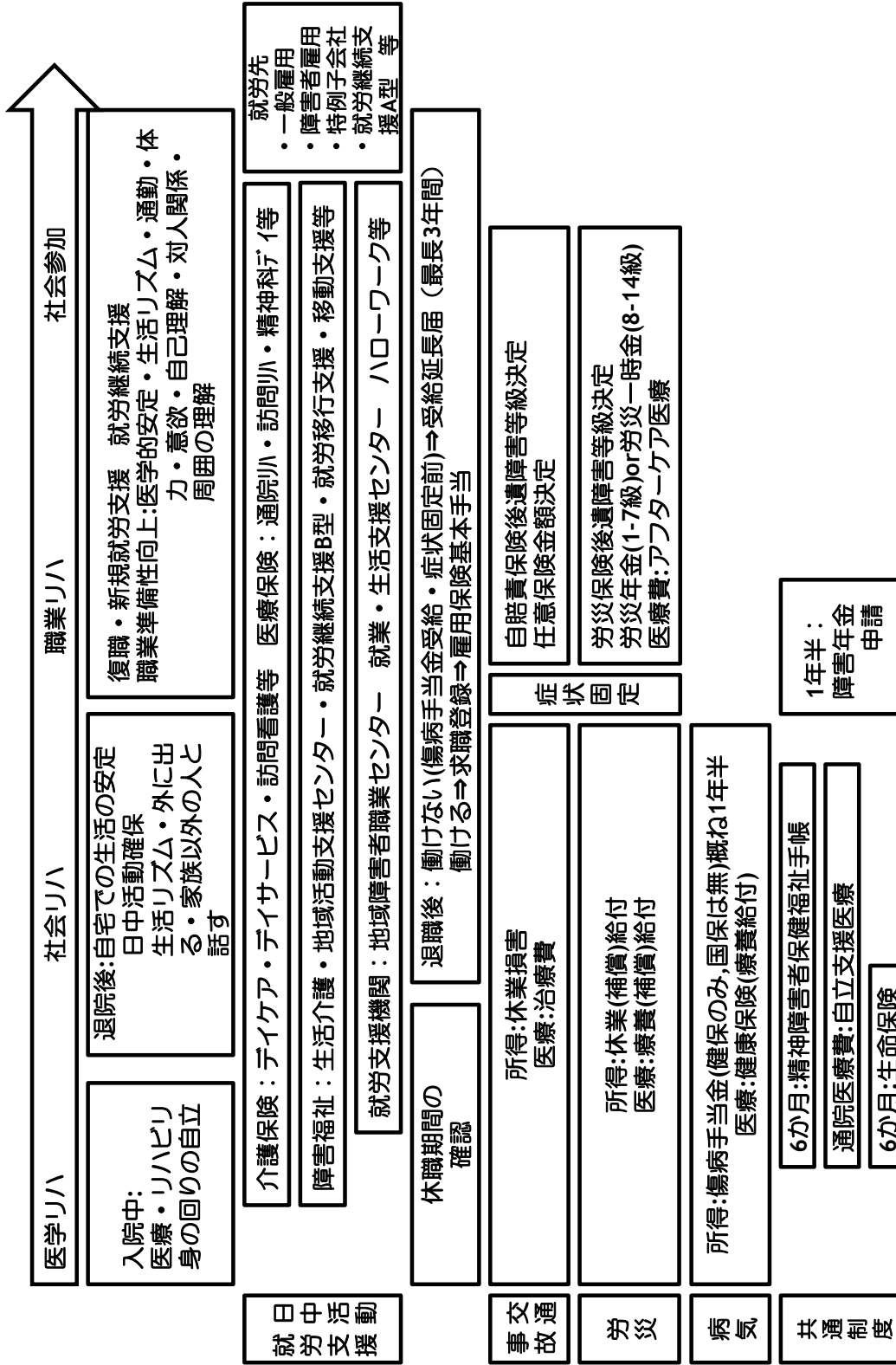
ここでは、高次脳機能障害支援に関する様々な制度を紹介します。制度利用については、例えば精神障害者保健福祉手帳は発症後 6 カ月、障害年金は 1 年半というように、一定の時間が経過しなければ申請できないものもあります。大まかな時間軸に沿った制度利用について次ページの図にしてありますので、確認してください。

また、制度利用には様々な書類が必要となります。支援者自身が制度利用を理解するとともに、書式についても知っていただくために、本章に掲載してあります。ただし、地域によっては異なる書式を用いていることもありますので、ご注意ください。

制度活用

- 障害者手帳
精神障害者保健福祉手帳の対象となる
- 自立支援医療・重度障害者医療費助成制度
- 障害年金
高次脳については「精神の障害」で申請する
- 自動車保険・労災等では症状固定の手続きが必要となる（交通事故や労働災害～通勤途中・業務中～の場合）
- 雇用保険
障害者手帳を取得していると就労困難者として対応される（通常よりも長期間にわたって失業給付が受給できる：45歳未満は300日 45歳以上65歳未満360日）

一紙に書く等、わかりやすい情報提供を行う

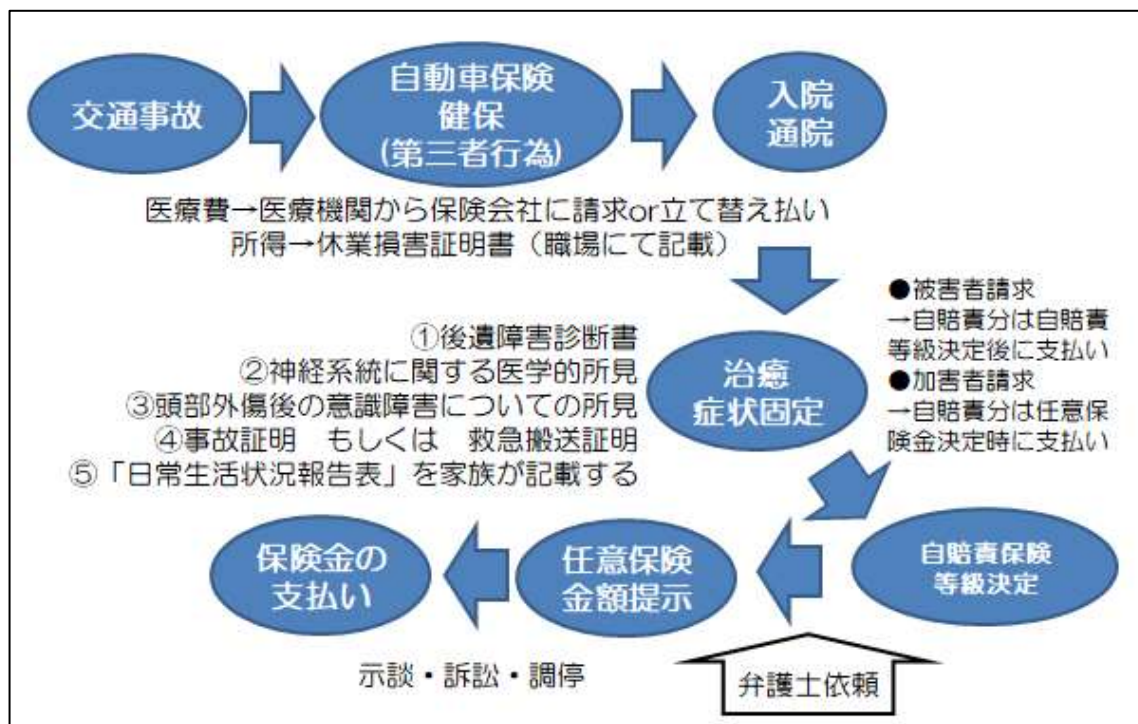


👉 高次脳機能障害支援においては、本人や家族への支援だけではなく、多様な制度理解や手続き支援も必要となります。本人や家族の不利益にならないように、適切な情報提供を行うとともに、申請先や具体的手順についても確認するようにしましょう。

(1)自動車保険

👉 問い合わせは、当該保険会社（相手の保険会社・自分が加入している保険会社）や弁護士に行います。

👉 大まかな手続きの流れや必要な書類を確認しておきましょう



交通事故の場合、まず事故状況・本人の過失割合・自動車保険適用の有無等を確認します（本人の過失割合が大きい場合は、自由診療で治療を継続すると医療費が高額になる可能性があるため、健康保険での対応を検討した方が良いです）。自動車保険が適用となった場合は、医療費は自動車保険から支払われ、所得補償も休業損害（金額は保険会社に確認する）という形で受けることができます（概ね症状固定をするまで医療費と休業損害が支払われます）。脳外傷の場合、概ね 1～2 年程度で症状固定（後遺障害認定）を行います。その際には、① 後遺障害診断書 ② 神経系統に関する医学的所見 ③ 頭部外傷後の意識障害についての所見 ④ 事故証明もしくは救急搬送証明 ⑤ 日常生活状況報告表、といった書類が必要となります。このうち、日常生活状況報告は唯一家族が記載できるものとなりますが、「良く書こう」とせず、症状がある場合はしっかりと記載するように情報提供しましょう。その後、保険料率算出機構での審査を経て、自賠責保険の等級が決定したのちに、任意保険の補償額を検討していくこととなりますので、弁護士に介入してもらうことが望めます。

👉 書類の種類は把握しておきましょう

＜自賠責保険の支払い対象＞

● 傷害による損害（限度額は被害者 1 名につき 120 万円）

治療費（診察料、入院料、投薬料、手術料、処置料、通院費、柔道整復等の費用など）、**看護料**（入院中の看護料（原則として 12 歳以下の子供に近親者等が付き添った場合）**自宅看護料**または**通院看護料**（医師が看護の必要性を認めた場合または 12 歳以下の子供の通院等に近親者等が付き添った場合）、**諸雑費**（入院中の諸雑費）、**義肢等の費用**（義肢・歯科補てつ、義眼、

眼鏡、補聴器、松葉杖等の費用)、**診断書等の費用**(診断書、診療報酬明細書等の発行手数料)、**文書料**(交通事故証明書・印鑑証明書・住民票等の発行手数料)、**休業損害**(事故による傷害のために発生した収入の減少(有給休暇を使用した場合、家事従事者の場合を含む))、**慰謝料**(精神的・肉体的な苦痛に対する補償)があります。ただし、上限額が120万円ですから、実質的には任意保険に費用請求を行います(受診や物品購入等を検討する際には、必ず、事前に保険会社に相談するようにします)。

●後遺障害による損害

自賠責保険の等級表に準じた保険金額が支払われます。

※任意保険の場合は、上記以外(付添人費用、付添人交通費、通院交通費、通院付添費、自宅付添費用、自宅療養時雑費、自宅改造費、介護用車両費、車いす費用、将来の介護・医療費用等)にも請求できる場合があります。加入している保険によって補償の内容が異なるので確認した方が良いでしょう。

<症状固定>

治療から一定の期間が経過して、今後治療を継続しても改善や悪化をしない状態になった際に「症状固定」を行います(骨折したとしても2~3カ月で痛み等もなく元通りになった場合は後遺障害に該当しませんが、変形や関節可動域に制限が生じた場合には後遺症障害となります。脳外傷の場合、画像所見があり、かつ神経心理学検査等で正常値からの乖離や生活上の制限や支障が生じた場合は後遺障害と認定される場合があります)。症状固定の際には以下の書類を提出します(④事故証明・救急搬送証明は割愛してあります)。事前認定(加害者の保険会社に手続きを一任)の場合、①③④⑤を保険会社に提出すると、後日保険会社から医療機関に②(神経系統に関する医学的意見書)が郵送されるとともに、画像等の必要な資料の請求も行われます。他方、被害者請求の場合は、被害者自身(もしくは家族等)が①~⑤に加えて、(CTやMRIといった脳の)画像も取り寄せたうえで保険料率算出機構に提出します。

交通事故の場合、高次脳機能障害だけではなく、視覚や嗅覚、味覚等の後遺症が残存する場合もあります。その際には、眼科、耳鼻科等それぞれの医師に症状固定の診断書を記載してもらうことが必要となります。

症状固定の時期ですが、高次脳機能障害の場合は概ね1~2年程度で行うケースが多いようです。場合によっては、保険会社から症状固定を迫られる場合がありますが、基本的に症状固定の判断を行うのは医師となりますので、主治医とよく相談することが望まれます。

✦算出方法が複雑ですから、弁護士に相談しましょう。

✦事前認定：症状固定の手続きを加害者の保険会社に委任することを言います。その際に、同意書の提出が求められます。メリットとして、医療機関等から書類を集めて、保険料率算出機構に提出する手間が省かれます。

✦被害者請求：被害者が症状固定の手続きを行うことをいいます。メリットとして、自賠責保険の後遺障害が確定すると自賠責保険の保険金が受け取れます。デメリットとして、書類の準備等の手続きが煩雑になります。

✦症状固定の時期は主治医と相談しましょう。

④ 「日常生活状況報告表」を家族が記載する(表)

2. 問題行動 (以下の1~100の項目の【問題行動の頻度】について、受療前後の該当する数字に○をつけて下さい)

【問題行動の頻度】		1	2	3	4	受療後(年 月)			
0	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10	1	2	3	4	0	1	2	3	4

3. 日常の活動および適応状況(家庭、地域社会、職場、学校などにおいて、日常の活動状況や適応状況について、該当する数字に○をつけてください)

*下記にも具体的に記入ください。

- 1 家庭、地域社会、職場、または学校などの広い領域において、問題なくよく活動・適応している。
- 2 家庭、地域社会、職場、または学校で、頻りに活動・適応している。
- 3 家庭、地域社会、職場、または学校における行動や人間関係に、ごくわずかな障害がある。
- 4 家庭、地域社会、職場、または学校で、いらかの困難がある。しかし全般的には良好にふるまっていて、有意義な人間関係もかなりある。
- 5 家庭、地域社会、職場、または学校で、中等度の困難がある。
- 6 (例)友達が少ない、友人あるいは職場の同僚とトラブルを起こすことがある。) (例)友達が少ない、仕様がわからない。
- 7 (例)友人を避け、交流を無視し、仕事ができない。子供の場、しばしば乱暴し、家庭では家族に反抗し、学業は同級生についていけない。
- 8 (例)家庭内あるいは自衛に引きこもり、仕事も家庭も友人関係も維持できない。
- 9 最近の身辺の清潔や服装維持もできない部分がある。一人ではほとんど生活を維持できない。
- 10 最近の身辺の清潔や服装維持も維持に行っていない。

4. 上記1~3の現状が、日常生活・日常生活にどのような影響を与えているか、事故前後の生活状況の変化、現在支障が生じていることなど、具体的に記入ください。(記入欄にエピソードを書ききれなければ、別の用紙に記入してください。)

「4」に生活上の課題を具体的に記載しますが、この欄で書き足りない場合は、別紙に詳しい生活状況を記載して提出します。

1/2

唯一、請求者が記載できる書類です。次々頁の留意点に配慮して記載します。

日常生活状況報告

小学生以上・成人用

患者様氏名	記入者名	記入年月日	年	月	日
性別	患者様との関係	患者様との関係	性別	性別	性別
生年月日	年齢	年齢	年齢	年齢	年齢
利き手	右手・左手	右手・左手	右手・左手	右手・左手	右手・左手

ご家族、近親者、または介護の方がご記入ください。

1. 日常生活 (以下の1~300の項目の【能力程度】の状況について、受療前後の該当する数字に○をつけて下さい)

【能力程度】

0	1	2	3	4	受療後(年 月)			
0	1	2	3	4	1	2	3	4
1	2	3	4	0	1	2	3	4
2	1	2	3	4	0	1	2	3
3	1	2	3	4	0	1	2	3
4	1	2	3	4	0	1	2	3
5	1	2	3	4	0	1	2	3
6	1	2	3	4	0	1	2	3
7	1	2	3	4	0	1	2	3
8	1	2	3	4	0	1	2	3
9	1	2	3	4	0	1	2	3
10	1	2	3	4	0	1	2	3
11	1	2	3	4	0	1	2	3
12	1	2	3	4	0	1	2	3
13	1	2	3	4	0	1	2	3
14	1	2	3	4	0	1	2	3
15	1	2	3	4	0	1	2	3
16	1	2	3	4	0	1	2	3
17	1	2	3	4	0	1	2	3
18	1	2	3	4	0	1	2	3
19	1	2	3	4	0	1	2	3
20	1	2	3	4	0	1	2	3
21	1	2	3	4	0	1	2	3
22	1	2	3	4	0	1	2	3
23	1	2	3	4	0	1	2	3
24	1	2	3	4	0	1	2	3
25	1	2	3	4	0	1	2	3

【能力程度】

- 1 起床・起床時間を守れる。
- 1 起床・起床時間を守れる。
- 2 起床・起床時間を守れる。
- 3 起床・起床時間を守れる。
- 4 起床・起床時間を守れる。
- 5 起床・起床時間を守れる。
- 6 起床・起床時間を守れる。
- 7 起床・起床時間を守れる。
- 8 起床・起床時間を守れる。
- 9 起床・起床時間を守れる。
- 10 起床・起床時間を守れる。
- 11 起床・起床時間を守れる。
- 12 起床・起床時間を守れる。
- 13 起床・起床時間を守れる。
- 14 起床・起床時間を守れる。
- 15 起床・起床時間を守れる。
- 16 起床・起床時間を守れる。
- 17 起床・起床時間を守れる。
- 18 起床・起床時間を守れる。
- 19 起床・起床時間を守れる。
- 20 起床・起床時間を守れる。
- 21 起床・起床時間を守れる。
- 22 起床・起床時間を守れる。
- 23 起床・起床時間を守れる。
- 24 起床・起床時間を守れる。
- 25 起床・起床時間を守れる。

26 起床・起床時間を守れる。

受療後について「1. 日常生活」は、0~4・Nに分類されていますが「0. 問題なし」「1. 見守りや準備が必要」「2. 声かけが必要」「3. 手助けが必要」「4. 全面的な介助が必要」と考えて、10回に1回でも該当するようであれば当該項目に○をつける、「どちらかな」と迷ったら悪い方に○をつけることを勧めます。

⑤ 「日常生活状況報告表」を家族が記載する（裏）

6.身の回り動作能力 該当する項目に○をつけてください。

食事動作	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
更衣動作	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
排泄・排泄動作	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
歩行・歩行動作	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
入浴動作	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
室内歩行	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
屋外歩行	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
階段昇降	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
車いす操作	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助
公共交通機関	1.自立	2.ときどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全面的に介助

7.上部8に基づき、声かけ、見守り、介助が必要な理由、それらの内容、頻度を具体的に記入してください。

5.就労・就学状況 (※就労前後の就労・就学状況について、該当する項目に○をつけ、理由等をご記入ください。)

事故前	a.就労している (職業:) b.就労していない (理由:)
現在	a.就労している: 1.元の職場に復帰(配置転換の 有・無) 2.福祉的就労(授産所・作業所・障害施設: 3.その他・内容: ※ 就労している場合の具体的な仕事の内容
就学状況	a.就労していない (理由:)

※事故時に就学中であった方はご記入ください。

就学状況	a.就学している (普通学校・特別学校・養護学校) b.就学していない (理由:) ※ 就学している場合の具体的な就学の状況
------	---

仕事や学校を辞めた場合、あるいは要えた場合には、その理由やいきつを以下に記入してください。

日常生活状況報告表は、唯一請求者が記載できる書類です。本人のことを思うと「元通りになった、良くなった」と書きたいところですが、実際に生活上支障があるようであれば、現実を記載することが要されます。特に「1. 日常生活」は、0～4・Nに分類されていますが「0. 問題なし」「1. 見守りや準備が必要」「2. 声かけが必要」「3. 手助けが必要」「4. 全面的な介助が必要」と考えて、10回に1回でも該当するようであれば当該項目に0をつける、「どちらかな」と迷ったら悪い方に0をつけることを勧めます。

「4」に生活上の課題を具体的に記載しますが、この欄で書き足りない場合は、別紙に詳しい生活状況を記載して提出します。

<NASVA 介護料>

自賠責保険の後遺障害等級が1・2級（神経系統の障害で1・2級の場合。神経系統の障害が3級以下だが併合で2級になった場合は非該当）に該当した場合はNASVA介護料を受け取ることができます。ただし、在宅生活していることや、介護保険を利用していない、労災介護（補償）給付を受給している場合は選択することとなる等の制約もあるので詳しくはNASVA(自動車事故対策機構)に確認しましょう。

<http://www.nasva.go.jp/sasaeru/kaigoryo.html>

☛NASVA介護料を請求していない場合があります。自賠責保険の等級を確認しましょう。

<自賠責保険の等級と保険金額>

2002年4月1日以降の事故

種別		後遺障害等級
最重度	特I種	常時要介護の方のうち、次の要件を満たす方
常時要介護	I種	自賠法施行令別表第一「第1級1号」又は「第1級2号」
随時要介護	II種	自賠法施行令別表第一「第2級1号」又は「第2級2号」

☛自損事故の場合でも、重症であれば介護料に該当する場合があります。NASVAに相談してみましょう。

【自賠法施行令別表（抜粋）（改正後）】

別表第一	
等級	介護を要する後遺障害
第一級	1. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの。 2. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの。
第二級	1. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの。 2. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの。

介護を要する後遺障害の場合の等級及び限度額		
等級	介護を要する後遺障害	保険金（共済金）額
第一級	1. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 2. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの	4,000 万円
第二級	1. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 2. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの	3,000 万円

【備考】各等級の後遺障害に該当しない後遺障害であって、各等級の後遺障害に相当するものは、当該等級の後遺障害とする

後遺障害の等級及び限度額		
等級	後遺障害	保険金（共済金）額
第一級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 両眼が失明したもの 2. 咀嚼及び言語の機能を廃したもの 3. 両上肢をひじ関節以上で失ったもの 4. 両上肢の用を全廃したもの 5. 両下肢をひざ関節以上で失ったもの 6. 両下肢の用を全廃したもの 	3,000 万円
第二級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼が失明し、他眼の視力が〇・〇二以下になったもの 2. 両眼の視力が〇・〇二以下になったもの 3. 両上肢を手関節以上で失ったもの 4. 両下肢を足関節以上で失ったもの 	2,590 万円
第三級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼が失明し、他眼の視力が〇・〇六以下になったもの 2. 咀嚼又は言語の機能を廃したもの 3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 4. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 5. 両手の手指の全部を失ったもの 	2,219 万円
第四級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 両眼の視力が〇・〇六以下になったもの 2. 咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの 3. 両耳の聴力を全く失ったもの 4. 一上肢をひじ関節以上で失ったもの 5. 一下肢をひざ関節以上で失ったもの 6. 両手の手指の全部の用を廃したもの 7. 両足をリスフラン関節以上で失ったもの 	1,889 万円
第五級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼が失明し、他眼の視力が〇・一以下になったもの 2. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 3. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 4. 一上肢を手関節以上で失ったもの 5. 一下肢を足関節以上で失ったもの 6. 一上肢の用を全廃したもの 7. 一下肢の用を全廃したもの 8. 両足の足指の全部を失ったもの 	1,574 万円
第六級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 両眼の視力が〇・一以下になったもの 2. 咀嚼又は言語の機能に著しい障害を残すもの 3. 両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの 4. 一耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が四十センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 5. 脊柱に著しい変形又は運動障害を残すもの 6. 一上肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの 7. 一下肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの 8. 一手の五の手指又はおや指を含み四の手指を失ったもの 	1,296 万円
第七級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼が失明し、他眼の視力が〇・六以下になったもの 2. 両耳の聴力が四十センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 3. 一耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が一メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 4. 神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの 5. 胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服するこ 	1,051 万円

	<p>とができないもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 一手のおや指を含み三の手指を失ったもの又はおや指以外の四の手指を失ったもの 7. 一手の五の手指又はおや指を含み四の手指の用を廃したもの 8. 一足をリスフラン関節以上で失ったもの 9. 一上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 10. 一下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 11. 両足の足指の全部の用を廃したもの 12. 外貌に著しい醜状を残すもの 13. 両側の睾丸を失ったもの 	
第八級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼が失明し、又は一眼の視力が〇・〇二以下になったもの 2. 脊柱に運動障害を残すもの 3. 一手のおや指を含み二の手指を失ったもの又はおや指以外の三の手指を失ったもの 4. 一手のおや指を含み三の手指の用を廃したもの又はおや指以外の四の手指の用を廃したもの 5. 一下肢を五センチメートル以上短縮したもの 6. 一上肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの 7. 一下肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの 8. 一上肢に偽関節を残すもの 9. 一下肢に偽関節を残すもの 10. 一足の足指の全部を失ったもの 	819万円
第九級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 両眼の視力が〇・六以下になったもの 2. 一眼の視力が〇・〇六以下になったもの 3. 両眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状を残すもの 4. 両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの 5. 鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの 6. 咀嚼及び言語の機能に障害を残すもの 7. 両耳の聴力が一メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 8. 一耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が一メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの 9. 一耳の聴力を全く失ったもの 10. 神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの 11. 胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの 12. 一手のおや指又はおや指以外の二の手指を失ったもの 13. 一手のおや指を含み二の手指の用を廃したもの又はおや指以外の三の手指の用を廃したもの 14. 一足の第一の足指を含み二以上の足指を失ったもの 15. 一足の足指の全部の用を廃したもの 16. 外貌に相当程度の醜状を残すもの 17. 生殖器に著しい障害を残すもの 	616万円
第十級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼の視力が〇・一以下になったもの 2. 正面を見た場合に複視の症状を残すもの 3. 咀嚼又は言語の機能に障害を残すもの 4. 十四歯以上に対し歯科補綴を加えたもの 5. 両耳の聴力が一メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの 6. 一耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの 7. 一手のおや指又はおや指以外の二の手指の用を廃したもの 8. 一下肢を三センチメートル以上短縮したもの 9. 一足の第一の足指又は他の四の足指を失ったもの 	461万円

	<ul style="list-style-type: none"> 10. 一上肢の三大関節中の一関節の機能に著しい障害を残すもの 11. 一下肢の三大関節中の一関節の機能に著しい障害を残すもの 	
第十一級	<ul style="list-style-type: none"> 1. 両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの 2. 両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの 3. 一眼のまぶたに著しい欠損を残すもの 4. 十歯以上に対し歯科補綴を加えたもの 5. 両耳の聴力が一メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの 6. 一耳の聴力が四十センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 7. 脊柱に変形を残すもの 8. 一手のひとさし指、なか指又はくすり指を失ったもの 9. 一足の第一の足指を含み二以上の足指の用を廃したもの 10. 胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの 	331万円
第十二級	<ul style="list-style-type: none"> 1. 一眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの 2. 一眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの 3. 七歯以上に対し歯科補綴を加えたもの 4. 一耳の耳殻の大部分を欠損したもの 5. 鎖骨、胸骨、ろく骨、けんこう骨又は骨盤骨に著しい変形を残すもの 6. 一上肢の三大関節中の一関節の機能に障害を残すもの 7. 一下肢の三大関節中の一関節の機能に障害を残すもの 8. 長管骨に変形を残すもの 9. 一手の小指を失ったもの 10. 一手のひとさし指、なか指又はくすり指の用を廃したもの 11. 一足の第二の足指を失ったもの、第二の足指を含み二の足指を失ったもの又は第三の足指以下の三の足指を失ったもの 12. 一足の第一の足指又は他の四の足指の用を廃したもの 13. 局部に頑固な神経症状を残すもの 14. 外貌に醜状を残すもの 	224万円
第十三級	<ul style="list-style-type: none"> 1. 一眼の視力が〇・六以下になったもの 2. 正面以外を見た場合に複視の症状を残すもの 3. 一眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状を残すもの 4. 両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの 5. 五歯以上に対し歯科補綴を加えたもの 6. 一手の小指の用を廃したもの 7. 一手のおや指の指骨の一部を失ったもの 8. 一下肢を一センチメートル以上短縮したもの 9. 一足の第三の足指以下の一又は二の足指を失ったもの 10. 一足の第二の足指の用を廃したもの、第二の足指を含み二の足指の用を廃したもの又は第三の足指以下の三の足指の用を廃したもの 11. 胸腹部臓器の機能に障害を残すもの 	139万円
第十四級	<ul style="list-style-type: none"> 1. 一眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの 2. 三歯以上に対し歯科補綴を加えたもの 3. 一耳の聴力が一メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの 4. 上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 5. 下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 6. 一手のおや指以外の手指の指骨の一部を失ったもの 7. 一手のおや指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの 8. 一足の第三の足指以下の一又は二の足指の用を廃したもの 9. 局部に神経症状を残すもの 	75万円

<自損事故や相手が無保険の場合>

自損事故の場合は被害者救済を目的とした自賠責保険の対象とならないために補償が受けられないこととなります。ただし、任意保険に加入していた場合、人身傷害保険で医療費や後遺障害に関する保険金（一般的に自賠責保険の保険金額の半分の金額）が保証されることとなります。

あるいは、加害者が任意保険に加入していなかった場合、後遺障害を受けても任意保険での補償を受けられませんが、家族が自動車保険に加入していた場合「無保険車傷害保険（最大補償金額は2億円）」が適用されます。弁護士でも知らない場合がありますので、留意してください。

☛ 自損事故の場合でも、任意保険に加入していれば補償を受けられる場合があります。保険会社に確認しましょう。

<任意保険の種類>

【対人賠償保険】自動車事故により、他人を死傷させ、法律上の損害賠償責任を負った場合に、自賠責保険の支払限度額を超える損害が補償されます。

【対物賠償保険】自動車事故により、他人の自動車や建物など他人の財物に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負った場合の損害が補償されます。

【人身傷害保険】自動車事故により、契約の車に乗車中の方が死傷した場合に、保険金額の範囲内で、保険約款に定める基準・計算方法に基づいて、過失割合に関わらず損害額が補償されます。補償範囲を、契約時に特定した自動車に乗車中の場合に限定した保険のほか、他の自動車に乗車中や歩行中の場合も補償の対象としている保険があります。

（注）下記3保険（搭乗者傷害保険、無保険車傷害保険、自損事故保険）の補償内容を人身傷害保険の補償対象に含める保険もあります。

【搭乗者傷害保険】自動車事故により、契約時に特定した自動車に乗車中の者が死傷した場合に保険金が支払われます。ただし、定額での支払いとなります。

【無保険車傷害保険】自動車事故により、契約時に特定した自動車に乗車中の者が死亡または後遺障害を被った場合であって、加害者からの十分な損害賠償が受けられないときに、その損害額が補償されます。

【自損事故保険】単独事故などによって運転者自身が死傷した場合に保険金が支払われます。ただし、定額での支払いとなります。

☛ 自損事故保険の後遺障害に関する保険金額は、等級に応じて自賠責保険金額の半額程度となります。

【車両保険】事故によって、契約時に特定した自動車に損害を受けた場合に保険金が支払われます。

<本人の過失が重大な場合>

単独でのバイク転倒による自損事故や、相手を伴ったとしてもセンターラインをオーバーして対向車と衝突して本人の過失が10割とされた場合は自損事故として処理されます。ただし、相手の前方不注意や速度超過等により、本人の過失が10割に満たないこともあります。その場合には減額した上で保険金を受け取ることが可能となりますので、保険会社に確認すること

☛ 本人の過失が大きい場合は、健康保険の第三者行為の活用を検討しましょう。

を勧めます。

また、本人の過失が大きい場合や加害者が任意保険に加入していない場合には、相手を伴う事故であっても安易に自動車保険による自由診療とせず、「第三者行為による傷病」として健康保険を使うことで医療費を低額に抑えることが可能となります（健康保険は1点10円で計算しますが、自由診療の場合は医療機関が自由に金額を設定できるので1点20円以上で計算する医療機関もあります）。

減額適用上の 被害者の過失割合	減額割合	
	後遺障害又は死亡に係るもの	傷害に係るもの
7割未満	減額なし	減額なし
7割以上8割未満	2割減額	2割減額
8割以上9割未満	3割減額	
9割以上10割未満	5割減額	

自賠責保険（共済）損害調査の仕組み P8 参照

https://www.giroj.or.jp/publication/pdf/overview_cali_survey.pdf#view=fitV

<その他…自動車保険のQ&A>

- 弁護士費用について**：2004年3月31日までは日本弁護士連合会が定めた報酬等基準規程に則っていましたが、現在は各弁護士が自由に設定できます。交通事故の損害賠償等の場合、1割が弁護士報酬の目安となります。
- 弁護士の選定について**：交通事故、高次脳機能障害の案件への対応経験がある弁護士を選定することが望ましいでしょう。最近インターネット等での検索（高次脳 交通事故 弁護士等で検索する）が可能です。
- 弁護士の介入について**：交通事故の損害賠償について、自賠責保険の等級が確定した後に保険会社から任意保険の損害賠償金額が提示されます。しかし、弁護士が介入することで賠償金額が異なる場合があるので、弁護士介入を勧めることが望ましいでしょう。例えば保険会社の任意保険提示金額が3000万円であり、弁護士介入によって4000万円の損害賠償金額となった場合、弁護士費用1割を差し引いても、3600万円を受け取ることが可能となります。
- 交通事故紛争処理センターって何？**：自動車保険における示談をめぐる紛争を解決するため、法律相談、和解あっ旋及び審査手続を無料で行っています。
- 加害者が任意保険には加入していたが、自賠責保険に未加入だった**：任意保険の補償を受けるためには自賠責保険の等級が確定している必要があります。しかし、自賠責保険未加入の場合は、政府補償制度等により後遺障害等級を確定させ、そののちに任意保険の損害賠償補償を受けることとなります。
- 加害者が任意保険未加入だった**：加害者が任意保険未加入の場合は、自賠責保険のみの補償となります。ただし、本人や家族が自動車保険に加入している場合は、その保険の「無保険車

保険」によって補償を受けることが可能となります。

●**自損事故なので補償が受けられない**：自賠責保険は被害者救済が目的とされているため、自損事故は補償の対象となりません。ただし、任意保険に加入している場合は「人身傷害保険」等が適用となる場合があります。後遺障害の補償を受けていない場合があるので、確認します。

●**仮払金とは**：自動車損害賠償保障法施行令第5条に基づき、加害者が加入している損害保険会社（組合）に対し、死亡の場合290万円、傷害の場合は程度に応じて5万円、20万円、40万円が請求できます。

●**自動車保険の賠償金は課税対象になるのか**：自動車保険における損害賠償・慰謝料等は非課税となります。また、休業損害等の所得保障も、「心身に加えられた損害について支払を受ける慰謝料など」に該当するので非課税となります。なお、労災における休業（補償）給付についても非課税であり、勤務先の就業規則で定められた付加給付金についても、民法上の損害補償に相当するために非課税となります。

●**事故から3年以上経過しているが請求できるのか**：自動車保険の請求権は3年で時効とされています。しかし、民法上の請求権が時効を迎えるのは20年とされていますので、保険会社に問い合わせることを勧めます。

●**交通事故の保険金について、症状固定後に自賠責保険と任意保険の保険金がもらえるのか**：症状固定後に自賠責保険の後遺障害等級が決まります。自賠責保険の保険金の受け取りですが、被害者請求の場合は後遺障害等級の決定後に受け取れますが、事前認定の場合は任意保険の保険金額が決まった後に受け取ることとなります。ですから、当面の生活費や弁護士費用を先に受け取ることを考える際には、被害者請求を検討します。

●**保険会社と任意保険の保険金を相談する際に必要な書類はあるか**：任意保険の金額は、自賠責保険の後遺障害等級を基に、保険会社と相談・話し合いを行うこととなりますので、基本的には必要な書類はありません。ただし、P48-49に示したとおり、任意保険で保証される範囲は多岐にわたりますので、弁護士に相談し、その上で必要な書類があれば提出すると良いでしょう。

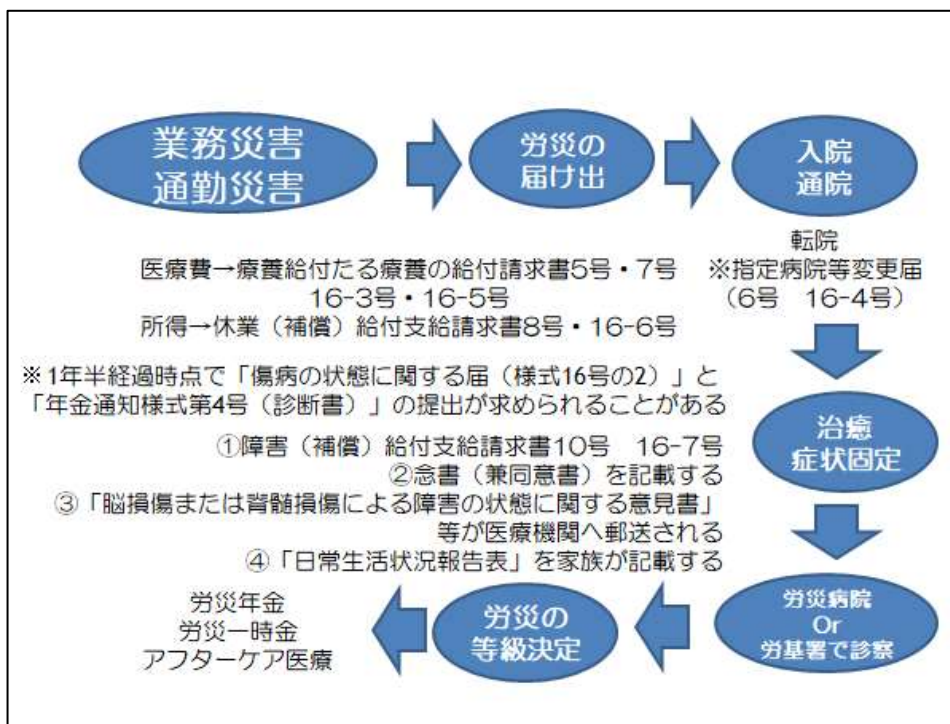
●**健康保険での治療等**：医療機関で「交通事故で健康保険は使えない」と言われることがありますが、過失がある場合は健康保険組合に「第三者行為による傷病届」を提出することで健康保険が利用できます。特に過失が大きい場合は健康保険利用が望ましいです。

👉 事故から長い期間が経過していても請求できる場合があります。保険会社に確認しましょう。

(2) 労災保険

☛ 問い合わせは、勤務先を管轄している労働基準監督署となります。対応に齟齬が生じた場合などは都道府県労働局に問い合わせます。

☛ 労災制度の大きな流れは確認しておきましょう。



労災についても、自動車保険同様の手続きを経て、労災保険後遺障害等級が決定し、等級に応じた補償を受けることとなります。なお、解雇制限についてですが、通勤労災の場合は、職場で決められている復職期限が有効となりますが、業務労災の場合は3年間の解雇制限が生じます（療養中に解雇を言い渡されるようでしたら、事業所を管轄する労働基準監督署に確認します）。

また、通勤中や業務中の交通事故の場合、労災保険と自動車保険双方の手続きを行うことを勧めます。この場合、休業損害と休業（補償）給付の2重取りはできませんが、休業損害から100%の所得補償を受けた上に、労災保険の特別支給金（20%）を受け取ることができます。あるいは後遺症の補償については、自動車保険と労災保険の双方から受け取ることが可能となります。

※労災保険を元として自動車保険が整備されましたから、労災保険も自動車保険とほぼ同様の手続きとなります。ただし、業務労災と通勤労災では内容はほぼ同じですが書類が異なりますので気を付けてください。呼び方も、例えば所得補償について、業務労災は「休業補償給付」といいますが、通勤労災は「休業給付」となり、「補償」という文言の有無が違いとなります。以下にそれぞれの書式を載せておきます。

●医療費→療養補償給付たる療養の給付請求書 5号（通勤労災の場合は16号の3）

※「療養の給付」は、労災病院や指定医療機関・薬局など（以下「指定医療機関など」）で、無料で治療や薬剤の支給を受けられる現物給付

通勤災害の場合は様式第16号の3

不明な場合は会社に確認する

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 療養補償給付たる療養の給付請求書

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します)

①管轄局署 ②薬通別 ③保留 ④処理区分 ⑤受付年月日

⑥支給・不支給決定年月日

⑦再発年月日

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

⑪第三者 ⑫特疾 ⑬特別加入者

⑭負傷又は発病の時刻

⑮災害発生の事実を確認した者の職名、氏名

⑯災害の原因及び発生状況

⑰指定病院等の名称、所在地、電話番号、郵便番号

⑱傷病の部位及び状態

⑲事業の名称、所在地、電話番号、郵便番号

⑳事業主の氏名、住所、電話番号、郵便番号

㉑労働者の所属事業場の名称・所在地、電話番号、郵便番号

㉒請求者の氏名、住所、電話番号、郵便番号

㉓支給決定決議書

㉔調査年月日

㉕復命書番号

㉖署長 次長 課長 係長 係

㉗決定年月日

㉘不支給の理由

災害発生の事実を確認した人の職名と氏名を記載する

①どこで
②どのような状況で
③どのような作業をしている時に
④何が原因で
⑤どのような災害が発生したかを明確に記載する

折り曲げる場合には(㉒)の所を沿って折り曲げてください。

請求者記入欄

事業主記入欄

会社から証明を受けられない場合は、提出先労基署に相談する

●休業補償給付支給申請書8号（通勤労災の場合は16号の6）

通勤災害の場合は様式第16号の6

不明な場合は会社に確認する

②③④⑤及び左の銀行名、口座名義人は新規口座を届ける場合、または届け出た口座を変更する場合のみ記入する。

様式第8号(表面) 業務災害用 労働者災害補償保険 休業補償給付支給請求書 第 回 標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

アイウエオカキクケコ サシスセソ タチツテト ナニヌ ネノハヒフヘホ マミムメモ ヤユヨ ラリルレロ ワン

①管轄局番 ②新患内別 ③発症年月日 ④業種別 ⑤業種コード ⑥傷病コード ⑦特種加入者

※ 3 4 3 6 0

⑧労働者氏名 ⑨住所 ⑩労働者の職名 ⑪労働者の直接所属 ⑫事業主の氏名 ⑬事業主の所在地 ⑭事業主の電話番号 ⑮事業主の代表者 ⑯労働者の直接所属 ⑰事業主の所在地 ⑱事業主の電話番号 ⑲事業主の代表者

⑳療養の期間 ㉑療養の現況 ㉒療養のため休業することができなかったと認められる期間 ㉓療養の現況

㉔療養の現況

㉕療養の現況

㉖療養の現況

㉗療養の現況

㉘療養の現況

㉙療養の現況

㉚療養の現況

㉛療養の現況

㉜療養の現況

㉝療養の現況

㉞療養の現況

㉟療養の現況

㊱療養の現況

㊲療養の現況

㊳療養の現況

㊴療養の現況

㊵療養の現況

㊶療養の現況

㊷療養の現況

㊸療養の現況

㊹療養の現況

㊺療養の現況

㊻療養の現況

㊼療養の現況

㊽療養の現況

㊾療養の現況

㊿療養の現況

請求者記入欄 事業主記入欄 医療機関記入欄

事業主証明欄

※第2回目以降の請求で、離職している場合は不要

医療機関記載欄

会社から証明を受けられない場合は、提出先労基署に相談する

●指定病院等変更届 6号（通勤労災の場合は16号の4）

様式第6号

労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

所 診 院 所
 業 務 局 局 長 様
 訪問看護事業者

理由
 住所
 電話番号

届出人の
 氏名

(費 用 番 号)
 局 番

下記により療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等を（変更するので）届けます。

〔注 意〕

一、本項を提出する場合には、届出する事項を正しく記入すること。二、①は、②の1号に該当する場合は、②の1号の欄に「1」を記入し、②の2号の欄に「1」を記入すること。三、①は、②の2号に該当する場合は、②の2号の欄に「2」を記入すること。四、①は、②の3号に該当する場合は、②の3号の欄に「3」を記入すること。五、①は、②の4号に該当する場合は、②の4号の欄に「4」を記入すること。六、①は、②の5号に該当する場合は、②の5号の欄に「5」を記入すること。七、①は、②の6号に該当する場合は、②の6号の欄に「6」を記入すること。八、①は、②の7号に該当する場合は、②の7号の欄に「7」を記入すること。九、①は、②の8号に該当する場合は、②の8号の欄に「8」を記入すること。十、①は、②の9号に該当する場合は、②の9号の欄に「9」を記入すること。十一、①は、②の10号に該当する場合は、②の10号の欄に「10」を記入すること。十二、①は、②の11号に該当する場合は、②の11号の欄に「11」を記入すること。十三、①は、②の12号に該当する場合は、②の12号の欄に「12」を記入すること。十四、①は、②の13号に該当する場合は、②の13号の欄に「13」を記入すること。十五、①は、②の14号に該当する場合は、②の14号の欄に「14」を記入すること。十六、①は、②の15号に該当する場合は、②の15号の欄に「15」を記入すること。十七、①は、②の16号に該当する場合は、②の16号の欄に「16」を記入すること。十八、①は、②の17号に該当する場合は、②の17号の欄に「17」を記入すること。十九、①は、②の18号に該当する場合は、②の18号の欄に「18」を記入すること。二十、①は、②の19号に該当する場合は、②の19号の欄に「19」を記入すること。二十一、①は、②の20号に該当する場合は、②の20号の欄に「20」を記入すること。二十二、①は、②の21号に該当する場合は、②の21号の欄に「21」を記入すること。二十三、①は、②の22号に該当する場合は、②の22号の欄に「22」を記入すること。二十四、①は、②の23号に該当する場合は、②の23号の欄に「23」を記入すること。二十五、①は、②の24号に該当する場合は、②の24号の欄に「24」を記入すること。二十六、①は、②の25号に該当する場合は、②の25号の欄に「25」を記入すること。二十七、①は、②の26号に該当する場合は、②の26号の欄に「26」を記入すること。二十八、①は、②の27号に該当する場合は、②の27号の欄に「27」を記入すること。二十九、①は、②の28号に該当する場合は、②の28号の欄に「28」を記入すること。三十、①は、②の29号に該当する場合は、②の29号の欄に「29」を記入すること。三十一、①は、②の30号に該当する場合は、②の30号の欄に「30」を記入すること。三十二、①は、②の31号に該当する場合は、②の31号の欄に「31」を記入すること。三十三、①は、②の32号に該当する場合は、②の32号の欄に「32」を記入すること。三十四、①は、②の33号に該当する場合は、②の33号の欄に「33」を記入すること。三十五、①は、②の34号に該当する場合は、②の34号の欄に「34」を記入すること。三十六、①は、②の35号に該当する場合は、②の35号の欄に「35」を記入すること。三十七、①は、②の36号に該当する場合は、②の36号の欄に「36」を記入すること。三十八、①は、②の37号に該当する場合は、②の37号の欄に「37」を記入すること。三十九、①は、②の38号に該当する場合は、②の38号の欄に「38」を記入すること。四十、①は、②の39号に該当する場合は、②の39号の欄に「39」を記入すること。四十一、①は、②の40号に該当する場合は、②の40号の欄に「40」を記入すること。四十二、①は、②の41号に該当する場合は、②の41号の欄に「41」を記入すること。四十三、①は、②の42号に該当する場合は、②の42号の欄に「42」を記入すること。四十四、①は、②の43号に該当する場合は、②の43号の欄に「43」を記入すること。四十五、①は、②の44号に該当する場合は、②の44号の欄に「44」を記入すること。四十六、①は、②の45号に該当する場合は、②の45号の欄に「45」を記入すること。四十七、①は、②の46号に該当する場合は、②の46号の欄に「46」を記入すること。四十八、①は、②の47号に該当する場合は、②の47号の欄に「47」を記入すること。四十九、①は、②の48号に該当する場合は、②の48号の欄に「48」を記入すること。五十、①は、②の49号に該当する場合は、②の49号の欄に「49」を記入すること。五十一、①は、②の50号に該当する場合は、②の50号の欄に「50」を記入すること。五十二、①は、②の51号に該当する場合は、②の51号の欄に「51」を記入すること。五十三、①は、②の52号に該当する場合は、②の52号の欄に「52」を記入すること。五十四、①は、②の53号に該当する場合は、②の53号の欄に「53」を記入すること。五十五、①は、②の54号に該当する場合は、②の54号の欄に「54」を記入すること。五十六、①は、②の55号に該当する場合は、②の55号の欄に「55」を記入すること。五十七、①は、②の56号に該当する場合は、②の56号の欄に「56」を記入すること。五十八、①は、②の57号に該当する場合は、②の57号の欄に「57」を記入すること。五十九、①は、②の58号に該当する場合は、②の58号の欄に「58」を記入すること。六十、①は、②の59号に該当する場合は、②の59号の欄に「59」を記入すること。六十一、①は、②の60号に該当する場合は、②の60号の欄に「60」を記入すること。六十二、①は、②の61号に該当する場合は、②の61号の欄に「61」を記入すること。六十三、①は、②の62号に該当する場合は、②の62号の欄に「62」を記入すること。六十四、①は、②の63号に該当する場合は、②の63号の欄に「63」を記入すること。六十五、①は、②の64号に該当する場合は、②の64号の欄に「64」を記入すること。六十六、①は、②の65号に該当する場合は、②の65号の欄に「65」を記入すること。六十七、①は、②の66号に該当する場合は、②の66号の欄に「66」を記入すること。六十八、①は、②の67号に該当する場合は、②の67号の欄に「67」を記入すること。六十九、①は、②の68号に該当する場合は、②の68号の欄に「68」を記入すること。七十、①は、②の69号に該当する場合は、②の69号の欄に「69」を記入すること。七十一、①は、②の70号に該当する場合は、②の70号の欄に「70」を記入すること。七十二、①は、②の71号に該当する場合は、②の71号の欄に「71」を記入すること。七十三、①は、②の72号に該当する場合は、②の72号の欄に「72」を記入すること。七十四、①は、②の73号に該当する場合は、②の73号の欄に「73」を記入すること。七十五、①は、②の74号に該当する場合は、②の74号の欄に「74」を記入すること。七十六、①は、②の75号に該当する場合は、②の75号の欄に「75」を記入すること。七十七、①は、②の76号に該当する場合は、②の76号の欄に「76」を記入すること。七十八、①は、②の77号に該当する場合は、②の77号の欄に「77」を記入すること。七十九、①は、②の78号に該当する場合は、②の78号の欄に「78」を記入すること。八十、①は、②の79号に該当する場合は、②の79号の欄に「79」を記入すること。八十一、①は、②の80号に該当する場合は、②の80号の欄に「80」を記入すること。八十二、①は、②の81号に該当する場合は、②の81号の欄に「81」を記入すること。八十三、①は、②の82号に該当する場合は、②の82号の欄に「82」を記入すること。八十四、①は、②の83号に該当する場合は、②の83号の欄に「83」を記入すること。八十五、①は、②の84号に該当する場合は、②の84号の欄に「84」を記入すること。八十六、①は、②の85号に該当する場合は、②の85号の欄に「85」を記入すること。八十七、①は、②の86号に該当する場合は、②の86号の欄に「86」を記入すること。八十八、①は、②の87号に該当する場合は、②の87号の欄に「87」を記入すること。八十九、①は、②の88号に該当する場合は、②の88号の欄に「88」を記入すること。九十、①は、②の89号に該当する場合は、②の89号の欄に「89」を記入すること。九十一、①は、②の90号に該当する場合は、②の90号の欄に「90」を記入すること。九十二、①は、②の91号に該当する場合は、②の91号の欄に「91」を記入すること。九十三、①は、②の92号に該当する場合は、②の92号の欄に「92」を記入すること。九十四、①は、②の93号に該当する場合は、②の93号の欄に「93」を記入すること。九十五、①は、②の94号に該当する場合は、②の94号の欄に「94」を記入すること。九十六、①は、②の95号に該当する場合は、②の95号の欄に「95」を記入すること。九十七、①は、②の96号に該当する場合は、②の96号の欄に「96」を記入すること。九十八、①は、②の97号に該当する場合は、②の97号の欄に「97」を記入すること。九十九、①は、②の98号に該当する場合は、②の98号の欄に「98」を記入すること。百、①は、②の99号に該当する場合は、②の99号の欄に「99」を記入すること。百一、①は、②の100号に該当する場合は、②の100号の欄に「100」を記入すること。

① 労働保険番号				② 氏名 (男・女)	③ 負傷又は発病年月日
府県	支庁	管轄	枝番号		
② 年金証書の番号				労働者	年 月 日
管轄局	種別	西暦年	番号		
④ 災害の原因及び発生状況					
⑤ ④の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。					
事業の名称				事業場	局番
年月日				電話番号	番
事業場の所在地				電話番号	番
事業主の氏名				局番	
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)					
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名称	対及指定 区 番 号		
		所在地			
	変更後の	名称			
		所在地			
	変更理由				
⑦	療養補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称			
		所在地			
⑧	傷 病 名				

●傷病の状態等に関する届け（16-2号）

様式第16号の2(表面)

労働者災害補償保険
傷病の状態等に関する届

① 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号	③ 負傷又は病日 年 月 日	年 月 日
フリガナ							
② 氏名	(男・女)					④ 療養開始 年 月 日	年 月 日
生年月日	年 月 日 (歳)						
⑤ 傷病の名称、部位及び状態	(診断書のとおり、)						
⑥ 厚生年金保険等の受給関係 当該傷病に関して支給される年金の種類等	厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード					被保険者資格の取得年月日	年 月 日
	年金の種類	厚生年金保険法の 国民年金法の 船員保険法の障害年金					イ 障害年金 ロ 障害厚生年金 ハ 障害基礎年金
	障害等級						級
	支給される年金の額						円
	支給されることとなった年月日						年 月 日
	厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード						
⑦ 添付する書類その他の資料名	所 轄 年 金 事 務 所 等						
⑧ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局	金融機関	名称	金融機関 店 舗 コー ド				
	郵便局	郵便貯金は銀行等の郵便局	銀行・金庫 農協・漁協・信組				
	預金通帳の記号番号	普通・当座					第 号
	フリガナ名称	〒 郵便局コード					
	所在地	〒 府 市 町 村		区			
預金通帳の記号番号	第 号						

上記のとおり届けます。

〒 - 電話 () -

年 月 日
労働基準監督署長 殿

届出人の 住 所
氏 名

□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号

★以下は、症状固定の際に必要な書類となります。自動車保険同様、日常生活状況報告表の記載には配慮が必要となります。

① 障害補償給付支給請求書 10号 (通勤労災の場合は16号の7)

通勤災害の場合は様式第16号の7

様式第10号 (表面)

労働者災害補償保険
障害補償給付支給請求書
障害特別支給金支給申請書
障害特別一時金

(注意)

不明な場合は会社に確認する

同一の傷病について厚生年金保険などの年金を支給されている場合にのみ記入する

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号		③ 氏名 (男・女) フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 (歳)	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午後 時 分頃
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		労働者 住 所 フリガナ 者 職 種 の 所 属 事 業 場 名 称 ・ 所 在 地	⑤ 傷病の治癒した年月日 年 月 日
⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること)			⑦ 平均賃金 円 銭
⑧ 特別給与の総額(年額) 円			
⑨ 基礎年金番号	⑩ 被保険者資格の取得年月日 年 月 日	⑪ 年金の種類 厚生年金保険法のイ、障害年金ロ、障害厚生年金 国民年金法のイ、障害年金ロ、障害基礎年金 船員保険法の傷害年金	
⑫ 当該傷病に関して支給される年金の種類等	⑬ 障害等級	⑭ 支給される年金の額 円	
⑯ 支給されることとなった年月日 年 月 日		⑰ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード	
⑱ 所轄年金事務所		⑲ 所轄年金事務所	
⑳ ③の者については、④、⑥から⑩まで並びに⑫のイ及び⑬に記載したとおりであることを証明します。 事業主証明欄			
事業の名称		電話番号	局番
事業場の所在地		郵便番号	
事業主の氏名			
(法人その他の団体であるときは、その名称及び代表者の氏名)			
【注意】⑨の②及び⑩については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。			
㉑ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり。)	㉒ 発付する書類 その他の資料名		
㉓ 年金の払渡しを希望する金融機関又は郵便局	金融機関 名 称	※ 金融機関店舗コード	
	金融機関 フリガナ	銀行・金庫 農協・漁協・信組	
	郵便局 名 称	預金通帳の記号番号	普通・当座 第 号
	郵便局 フリガナ	郵便局コード	第 号
金融機関 所 在 地	郵便局 所 在 地	郵便局	
金融機関 預金通帳の記号番号	郵便局 預金通帳の記号番号	第 号	
上記により 障害補償給付の支給を請求します。 障害特別支給金 障害特別年金の支給を申請します。 障害特別一時金		郵便番号	電話番号
年 月 日		請求人の住所 氏名	
労働基準監督署長 殿		申請人	
振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座 第 号	口座名義人

請求者記入欄

事業主記入欄

●診断書（障害（補償）等給付請求用）（様式第10号・第16号の7用）

労働者災害補償保険
診 断 書

障害(補償)等給付請求用

氏 名			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性別	男・女
傷 病 名				負傷発病年月日	年 月 日		
障 害 の 部 位				初診年月日	年 月 日		
既 往 歴		既存障害		治ゆ年月日	年 月 日		
療養の内容及び経過							
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)						
関節運動範囲	部位	種類範囲					
		右					
		左					
		右					
		左					
		右					
	左						
上記のとおり診断します。			〒 _____ 電話(_____) _____				
_____ 年 _____ 月 _____ 日			所 在 地 _____				
			名 称 _____				
			診断担当者 氏 名 _____				

② 念書（兼同意書）を記載する

様式第1号

念書（兼同意書）

災害発生年月日	平成 年 月 日	災害発生場所	
第一当事者(被災者)氏名		第二当事者(相手方)氏名	

- 1 上記災害に関して、労災保険給付を請求するに当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に連絡します。
- 2 上記災害に関して、私が相手方と行った示談の内容によっては、労災保険給付を受けられない場合があることについては承知しました。
- 3 上記災害に関して、私が労災保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する被害者請求権を、政府が労災保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴職が、私の労災保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む。）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私の労災保険の給付及び上記3の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私の労災保険の給付及び上記3の業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この念書（兼同意書）をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

請求権者の住所 _____

氏名 _____

印

(※請求権者の氏名は請求権者が自署してください。)

③ 「脳損傷または脊髄損傷による障害の状態に関する意見書」

<p>① 脳力 ② 身体機能 ③ 日常生活能力 ④ 社会生活能力 ⑤ 認知機能 ⑥ 行動能力</p>	<p>障害なし ① 軽度 ② 軽度 ③ 軽度 ④ 軽度 ⑤ 軽度 ⑥ 軽度</p>	<p>わずかに要介護 ① 軽度の障害があるが自立可能 ② 軽度の障害があるが自立可能 ③ 軽度の障害があるが自立可能 ④ 軽度の障害があるが自立可能 ⑤ 軽度の障害があるが自立可能 ⑥ 軽度の障害があるが自立可能</p>	<p>多少要介護 ① 軽度の障害があるが自立可能 ② 軽度の障害があるが自立可能 ③ 軽度の障害があるが自立可能 ④ 軽度の障害があるが自立可能 ⑤ 軽度の障害があるが自立可能 ⑥ 軽度の障害があるが自立可能</p>	<p>相当程度要介護 ① 軽度の障害があるが自立可能 ② 軽度の障害があるが自立可能 ③ 軽度の障害があるが自立可能 ④ 軽度の障害があるが自立可能 ⑤ 軽度の障害があるが自立可能 ⑥ 軽度の障害があるが自立可能</p>	<p>大部分要介護 ① 軽度の障害があるが自立可能 ② 軽度の障害があるが自立可能 ③ 軽度の障害があるが自立可能 ④ 軽度の障害があるが自立可能 ⑤ 軽度の障害があるが自立可能 ⑥ 軽度の障害があるが自立可能</p>	<p>全要介護 ① 軽度の障害があるが自立可能 ② 軽度の障害があるが自立可能 ③ 軽度の障害があるが自立可能 ④ 軽度の障害があるが自立可能 ⑤ 軽度の障害があるが自立可能 ⑥ 軽度の障害があるが自立可能</p>
<p>※3 高次脳機能障害の状態について特筆すべき事項 (※4)</p>						
<p>その他の身体の障害の状態</p>						

※3 各能力の判断の要素については、原則的に記載しているものとあり、また、原則的に記載している障害の程度が重症の場合は記載して下されい。
 ※4 後述の項目は、神経心理学的検査結果を記載して下されい。
 ※5 この欄は、障害程度判定上の障害が認められる場合において使用するものです。上記によって、重症程度判定や障害が重篤でない場合には記載の必要はありません。
 ※6 重複となっている障害の状態 (例) 両上肢が完全麻痺)について記載して下さい。

所在地
 名称
 診療科

医療機関で記載してもらいます。
 障害補償給付支給請求書 10号 (通勤労作
 の場合は 16号の7) を提出すると、労基署
 から医療機関に記載の依頼がされます。

脳損傷又はせき髄損傷による障害の状態に関する意見書

氏名	生年月日	昭・平	昭・平	年	月	日	男・女	
障害の原因となった病名	初診年月日	昭・平	昭・平	年	月	日		
発症年月日	初診年月日	昭・平	昭・平	年	月	日		
上記障害が治癒した日	明・平	明・平	明・平	年	月	日		
障害障害の有無	有 ()、無 ()							
診断書作成医療機関における初診科(主診及び専攻)	()、無 ()							
現在までの治療の内容、期間、経過、その他特筆すべき事項								
脳・せき髄に係る画像診断結果等(MRI, CT, X-ray等)による所見を記載して下さい。								
運動障害の範囲	四肢・片・対(上肢・下肢)・単(上肢・下肢)							
性状	弛緩性・痙攣性・不随意運動性・その他()							
起病部位	脳、脊髄、末梢神経							
運動可能域の制限	部位	肩	肘	手	腕	股	膝	足
右	運動	関節	関節	関節	関節	関節	関節	関節
左	運動	関節	関節	関節	関節	関節	関節	関節
歩行能力テスト(MMT)	部位	肩	肘	手	腕	股	膝	足
歩行	運動	関節	関節	関節	関節	関節	関節	関節
歩行	運動	関節	関節	関節	関節	関節	関節	関節
感覚障害の性状	四肢・片・対(上肢・下肢)・単(上肢・下肢)							
右	高度・中等度・軽度・軽微 ()							
左	高度・中等度・軽度・軽微 ()							
一下肢	高度・中等度・軽度・軽微 ()							
二下肢	高度・中等度・軽度・軽微 ()							
両下肢	高度・中等度・軽度・軽微 ()							
神経伝達速度検査又は神経伝達遅延障害	有 ()、無 ()							

※1 両下肢カギテストを行った場合には、両足のある四肢の関節の運動ごとの結果を記入して下さい。
 ※2 高度の程度は、運動障害の程度により記載して下さい。運動障害の程度については、高度の1の記載欄に併せて記載して下さい。

日常生活状況報告表

ご記入の注意 患者ご本人ではなく、ご家族の方又は介護者がご記入下さい。

氏名 性別	記入者名 性別	記入年月日	平成	年	月	日	質問		答え	
							○印で囲んで下さい	○印で囲んで下さい		
状況の欄・有（元の欄裏に標準）							その性（	）		
1. 今年は何月何日がお亡くなりですか、(明後日はは陰)							わかる	だいたいわかる	わからない	
2. 同じことでも何回も繰り返すことがありますか							よく繰り返す	時々繰り返す	繰り返さない	
3. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
4. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
5. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
6. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
7. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
8. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
9. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
10. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
11. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
12. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
13. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
14. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
15. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
16. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
17. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
18. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
19. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
20. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
21. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
22. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
23. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
24. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
25. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
26. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	
27. 繰り返すのは季節や気分がよいことですか							よく繰り返す	繰り返さない	繰り返さない	

④ 「日常生活状況報告表」を家族が記載する

質問	答え
30. 高齢者は自分で着ることをできますか	できる
31. トイレに行けるか	トイレに行ける
32. 小使をもらいますか	いつももらいます
33. 間に合わないことがありますか	間に合わないこともありますが、間に合わないこともありません
34. 大浴をもらいますか	いつももらいます
35. 髪を洗いますか	定期的にします
36. 髪を洗うのに必要ですか	必要
37. 外出には何回も必要ですか	いつも必要
38. 必要なこともありますが	必要なこともありますが
39. 多くともらっていますか	多くともらっています
40. 必要がなくてももらっていますか	必要がなくてももらっています
41. 必要がなくてももらっていますか	必要がなくてももらっています
42. 必要がなくてももらっていますか	必要がなくてももらっています
43. 必要がなくてももらっていますか	必要がなくてももらっています
44. 必要がなくてももらっていますか	必要がなくてももらっています
45. 必要がなくてももらっていますか	必要がなくてももらっています

この欄に、生活上の課題を具体的に記載しますが、この欄で書き足りない場合は、別紙に詳しい生活状況を記載して提出します。

自動車保険同様に、唯一請求者が記載できる書類です。P53を参照に記載しましょう。

10回に1回でも「より右側」に該当するようであれば当該項目に○をつける、「どちらかな」と迷ったら「より右側」に○をつけることを勧めます。

●労災介護料

1. 常時介護を要する被災労働者
<p>(1) 親族又は友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額(ただし、104,950円を上限とします。)が支給されます。</p> <p>(2) 親族又は友人・知人の介護を受けているとともに、</p> <p>ア、介護の費用を支出していない場合には、一律定額として57,030円が支給されます。</p> <p>イ、介護の費用を支出しており、その額が57,030円を下回る場合には、一律定額として、57,030円が支給されます。</p> <p>ウ、介護の費用を支出しており、その額が57,030円を上回る場合には、その額(ただし、104,950円を上限とします。)が支給されます。</p>
2. 随時介護を要する被災労働者
<p>(1) 親族又は友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額(ただし、52,480円を上限とします。)が支給されます。</p> <p>(2) 親族又は友人・知人の介護を受けているとともに、</p> <p>ア、介護の費用を支出していない場合には、一律定額として28,520円が支給されます。</p> <p>イ、介護の費用を支出しており、その額が28,520円を下回る場合には、一律定額として、28,520円が支給されます。</p> <p>ウ、介護の費用を支出しており、その額が28,520円を上回る場合には、その額(ただし52,480円を上限とします。)が支給されます。</p>

●労災保険 障害等級表

第1級	当該障害の存する期間 1年につき 給付基礎日 額の313 日分	1.	両眼が失明したもの
		2.	そしゃく及び言語の機能を廃したもの
		3.	神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
		4.	胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
		5.	削除
		6.	両上肢をひじ関節以上で失ったもの
		7.	両上肢の用を全廃したもの
		8.	両下肢をひざ関節以上で失ったもの
		9.	両下肢の用を全廃したもの
第2級	同 277日分	1.	1眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの
		2.	両眼の視力が0.02以下になったもの
		2の2.	神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの
		2の3.	胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの
第3級	同 245日分	1.	1眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になったもの
		2.	そしゃく又は言語の機能を廃したもの
		3.	神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの
		4.	胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの
		5.	両手の手指の全部を失ったもの
第4級	同 213日分	1.	両眼の視力が0.06以下になったもの
		2.	そしゃく及び言語の機能に著しい障害を残すもの
		3.	両耳の聴力を全く失ったもの
		4.	1上肢をひじ関節以上で失ったもの
		5.	1下肢をひざ関節以上で失ったもの
		6.	両手の手指の全部の用を廃したもの
		7.	両足をリスフラン関節以上で失ったもの
第5級	同 184日分	1.	1眼が失明し、他眼の視力が0.1以下になったもの
		1の2.	神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの
		1の3.	胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの

		2.	1 上肢を手関節以上で失ったもの
		3.	1 下肢を足関節以上で失ったもの
		4.	1 上肢の用を全廃したもの
		5.	1 下肢の用を全廃したもの
		6.	両足の足指の全部を失ったもの
第6級	同 156 日分	1.	両眼の視力が 0.1 以下になったもの
		2.	そしゃく又は言語の機能に著しい障害を残すもの
		3.	両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの
		3の2.	1 耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
		4.	せき柱に著しい変形又は運動障害を残すもの
		5.	1 上肢の 3 大関節中の 2 関節の用を廃したもの
		6.	1 下肢の 3 大関節中の 2 関節の用を廃したもの
第7級	同 131 日分	7.	1 手の 5 の手指又は母指を含み 4 の手指を失ったもの
		1.	1 眼が失明し、他眼の視力が 0.6 以下になったもの
		2.	両耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
		2の2.	1 耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
		3.	神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの
		4.	削除
		5.	胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの
		6.	1 手の母指を含み 3 の手指又は母指以外の 4 の手指を失ったもの
		7.	1 手の 5 の手指又は母指を含み 4 の手指の用を廃したもの
		8.	1 足をリスフラン関節以上で失ったもの
		9.	1 上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの
		10.	1 下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの
		11.	両足の足指の全部の用を廃したもの
第8級	給付基礎日額の 503 日分	12.	外ばうに著しい醜状を残すもの
		13.	両側のこう丸を失ったもの
		1.	1 眼が失明し、又は 1 眼の視力が 0.02 以下になったもの
		2.	せき柱に運動障害を残すもの
		3.	1 手の母指を含み 2 の手指又は母指以外の 3 の手指を失ったもの
		4.	1 手の母指を含み 3 の手指又は母指以外の 4 の手指の用を廃したもの
		5.	1 下肢を 5 センチメートル以上短縮したもの
		6.	1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の用を廃したもの
		7.	1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の用を廃したもの
		8.	1 上肢に偽関節を残すもの
		9.	1 下肢に偽関節を残すもの
第9級	同 391 日分	10.	1 足の足指の全部を失ったもの
		11.	削除
		1.	両眼の視力が 0.6 以下になったもの
		2.	1 眼の視力が 0.06 以下になったもの
		3.	両眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの
		4.	両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの
		5.	鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの
		6.	そしゃく及び言語の機能に障害を残すもの
		6の2.	両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
6の3.	1 耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの		
7.	1 耳の聴力を全く失ったもの		
7の2.	神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの		
7の3.	胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの		
8.	1 手の母指又は母指以外の 2 の手指を失ったもの		
9.	1 手の母指を含み 2 の手指又は母指以外の 3 の手指の用を廃したもの		

		10.	1 足の第 1 の足指を含み 2 以上の足指を失ったもの
		11.	1 足の足指の全部の用を廃したもの
		11 の 2.	外ばうに相当程度の醜状を残すもの
		12.	生殖器に著しい障害を残すもの
第 10 級	同 302 日分	1.	1 眼の視力が 0.1 以下になったもの
		1 の 2.	正面視で複視を残すもの
		2.	そしゃく又は言語の機能に障害を残すもの
		3.	14 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
		3 の 2.	両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの
		4.	1 耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの
		5.	削除
		6.	1 手の母指又は母指以外の 2 の手指の用を廃したもの
		7.	1 下肢を 3 センチメートル以上短縮したもの
		8.	1 足の第 1 の足指又は他の 4 の足指を失ったもの
第 11 級	同 223 日分	9.	1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に著しい障害を残すもの
		10.	1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に著しい障害を残すもの
		1.	両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの
		2.	両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの
		3.	1 眼のまぶたに著しい欠損を残すもの
		3 の 2.	10 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
		3 の 3.	両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの
		4.	1 耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
		5.	せき柱に変形を残すもの
		6.	1 手の示指、中指又は環指を失ったもの
第 12 級	同 156 日分	7.	削除
		8.	1 足の第 1 の足指を含み 2 以上の足指の用を廃したもの
		9.	胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの
		1.	1 眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの
		2.	1 眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの
		3.	7 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
		4.	1 耳の耳かくの大部分を欠損したもの
		5.	鎖骨、胸骨、ろく骨、肩こう骨、又は骨盤骨に著しい変形を残すもの
		6.	1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に障害を残すもの
		7.	1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に障害を残すもの
		8.	長管骨に変形を残すもの
		8 の 2.	1 手の小指を失ったもの
		9.	1 手の示指、中指又は環指の用を廃したもの
		10.	1 足の第 2 の足指を失ったもの、第 2 の足指を含み 2 の足指を失ったもの又は第 3 の足指以下の 3 の足指を失ったもの
11.	1 足の第 1 の足指又は他の 4 の足指の用を廃したもの		
12.	局部にがん固な神経症状を残すもの		
13.	削除		
14.	外ばうに醜状を残すもの		
第 13 級	同 101 日分	1.	1 眼の視力が 0.6 以下になったもの
		2.	1 眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの
		2 の 2.	正面視以外で複視を残すもの
		3.	両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの
		3 の 2.	5 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
		3 の 3.	胸腹部臓器の機能に障害を残すもの
		4.	1 手の小指の用を廃したもの
		5.	1 手の母指の指骨の一部を失ったもの
6.	削除		
7.	削除		
8.	1 下肢を 1 センチメートル以上短縮したもの		

		9.	1 足の第 3 の足指以下の 1 又は 2 の足指を失ったもの
		10.	1 足の第 2 の足指の用を廃したものの、第 2 の足指を含み 2 の足指の用を廃したものの又は第 3 の足指以下の 3 の足指の用を廃したものの
第 14 級	同 56 日分	1.	1 眼のまぶたの一部に欠損を残し、又はまつげはげを残すもの
		2.	3 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
		2 の 2.	1 耳の聴力が 1 メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの
		3.	上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの
		4.	下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの
		5.	削除
		6.	1 手の母指以外の手指の指骨の一部を失ったもの
		7.	1 手の母指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの
		8.	1 足の第 3 の足指以下の 1 又は 2 の足指の用を廃したものの
		9.	局部に神経症状を残すもの
		10.	削除

労災の後遺障害等級が決定すると、等級に該当する特別支給金や労災年金・一時金を受け取ることができます。

👉 後遺障害の等級に応じて、1～7 級は労災年金、8～14 級は一時金となります。

労災 特別支給金 年金 一時金		
障害等級	特別支給金の額	
1 級	342万円	障害補償年金 (障害年金)
2 級	320万円	
3 級	300万円	
4 級	264万円	
5 級	225万円	
6 級	192万円	
7 級	159万円	
8 級	65万円	障害補償一時金 (障害一時金)
9 級	50万円	
10 級	39万円	
11 級	29万円	
12 級	20万円	
13 級	14万円	
14 級	8万円	

障害等級	給付基礎日額
第 1 級	313 日分
第 2 級	277 日分
第 3 級	245 日分
第 4 級	213 日分
第 5 級	184 日分
第 6 級	156 日分
第 7 級	131 日分
障害等級	給付基礎日額
第 8 級	503 日分
第 9 級	391 日分
第 10 級	302 日分
第 11 級	223 日分
第 12 級	156 日分
第 13 級	101 日分
第 14 級	56 日分

障害（補償）給付の請求手続きより

<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/dl/040325-8.pdf>

労災の後遺障害等級が1～7級の場合は、労災年金が受給できます。労災年金受給者であっても障害年金を申請することは可能です。労災年金と障害年金を併給する場合、労災年金が調整（減額）されますが、労災年金と障害年金の両方を受給できる場合には、障害年金も忘れずに申請しましょう。

✦ 労災年金と障害年金を併給した場合、労災年金が調整されます。

労災年金		障害補償年金 障害年金	遺族補償年金 遺族年金
社会保険の種類	併給される年金給付		
厚生年金及び国民年金	障害厚生年金及び障害基礎年金	0.73	-
	遺族厚生年金及び遺族基礎年金	-	0.80
厚生年金	障害厚生年金	0.83	-
	遺族厚生年金	-	0.84
国民年金	障害基礎年金	0.88	-
	遺族基礎年金	-	0.88

✦ 業務労災の場合は、3年間の解雇制限が生じます。

通勤労災の場合の雇用契約は、勤務先の職務規定に準じます。

● 労災と休職期間

また、労災で仕事を休職している場合ですが、通勤労災については勤務先で定められている休職期間に準じて対応することとなりますが、業務労災の場合は3年間の解雇制限がありますので、時間をかけつつ療養することが可能となります（労働者災害補償法19条、労働基準法19条・81条参照）。詳しくは労働基準監督署に確認・相談を行います。

※ただし、受傷から3年を経過しても症状固定しておらず、療養補償給付と傷病補償給付を受給している場合（傷病補償年金を受給していない）場合は、解雇制限解除にはならないという解釈もあります。

✦ 労災と自動車保険が重複する場合は、両制度を申請しましょう。

● 労災と自動車保険が重複する場合

通勤途中の交通事故等の場合は、自動車保険と労災保険のどちらから補償を受けても構いません。通常自動車保険を優先する方が多いようですが、後遺障害認定後は自動車保険と労災保険のそれぞれから補償を受けることが可能となりますので、それぞれに事故があったことを届け出ておくことが要されます（時折「通勤中の事故だけど、自動車保険が使えるので、労災保険には該当しません」と職場から間違った情報提供がされることがあります。その場合は、職場を通して労災申請することが難しいので、労働基準監督署に相談します）。また、自動車保険から休業損害を標準報酬月額100%を受けている場合でも、労災の特別支給金の申請を行うことで、さらに労災保険からさらに20%分の支給を受けることが可能となります（合計で120%保証されることとなります）。なお、症状固定に際しては、自動車保険と労災保険の症状固定日を同一にします。

●アフターケア制度

仕事によるけがや病気で療養した場合、そのケガや病気が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気を防ぐために、労災保険指定医療機関でアフターケア（診療や保健指導、検査等）を受診することが出来ます。高次脳機能障害の場合は、「脳の器質性精神障害に係るアフターケア」に該当します。

○手続き：アフターケアを受けるためには、申請者の所属事業所を管轄する都道府県労働局に申請を行う必要があります。申請を行なうことができる期間は、対象となるケガや病気によって異なります。

○受診：申請が認められると、都道府県労働局からアフターケア健康管理手帳が交付され、労災保険指定医療機関で、診察、保健指導、処置、検査などを受けることができます。アフターケアを受診するには、労災保険指定医療機関の窓口でアフターケア手帳を提示し、所定の欄に受診結果を記入する必要があります。

○措置範囲は、①診察（原則として月1回程度）、②保健指導（診察の都度）、③保険のための処置（精神療法やカウンセリング等、薬の支給）、④検査（年1回程度の脳画像撮影等）となります。

○有効期限ですが、外傷による器質性精神障害で新規の場合は2年、更新は1年ごとに行うこととなります。

○通院費：アフターケアを受けるための通院費は、一定の要件を満たした場合に支給されます。アフターケア通院費として、労働局・労働基準監督署に請求します。



「アフターケア制度」のご案内 P8 より転載

<https://www.mhlw.go.jp/content/11400000/001029254.pdf>

(3) 公的年金制度（国民年金・厚生（共済）年金）

① 制度の概要

受傷発症から 1 年半が経過した時点で障害があり社会参加や社会生活に支障がある場合には障害年金の受給対象となります。申請の際に記載する診断書は「精神の障害用」となります。

診断書作成は医師が行いますが、日常生活状況を記載する際には「食事・清潔保持・金銭管理・通院と服薬・コミュニケーション・危機対応・社会性」について、単身生活を想定した状況を医師へ適切に伝えることが要されます。往々にして当事者は自分のことを「良い状態で伝える」傾向がありますので、支援者は実際の生活状況を紙面等にまとめて、本人や家族の同意のもとで医師に伝達する必要があります。

公的年金制度は、国民年金制度を基盤に厚生年金や共済年金制度が上積み部分（2階建て方式）として設けられています。国民年金、厚生年金、共済年金制度にはそれぞれに障害年金制度がある（2015/10 より共済年金は厚生年金に統合されました）。

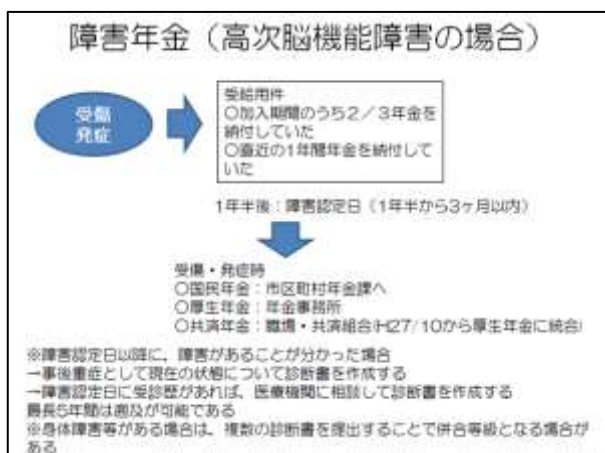
障害基礎年金（国民年金）は 1 級（974,125 円）、2 級（779,300 円）、子（18 歳到達年度の 3 月 31 日まで）の加算が 224,300 円（3 人目以降は 74,800 円加算）の年金額になります。20 歳前に傷病を負った人の場合には所得制限があります（無拠出年金：扶養者がいない場合、給与所得が 360.4 万円で 2 分の 1 停止、462.1 万円で全額停止。扶養親族があるとき、360.4 万円に扶養親族 1 人につき 38 万円を加算した額となります）。

障害厚生・共済年金には 1 級・2 級・3 級（最低保障額 584,500 円）・障害手当金（一時金 1,169,000 円）の 4 段階があり、年金額は等級と本人の賃金報酬額（平均標準報酬月額）などにより年金額に違いがあります。また障害厚生（共済）年金には、配偶者（65 歳未満で年収 850 万円以下）に加算年金額（227,900 円）が付きま。

仮に障害厚生年金 1 級で 10 歳の子と 40 歳の妻がいる場合の年金額が 250 万円であった場合には、その中に障害基礎年金の 974,125 円と配偶者と子の加算（448,600 円）が含まれます。障害厚生年金 3 級の人の場合には障害基礎年金は含まれませんが、584,500 円の最低保障額が設定されています。

公的年金の受給条件は、受傷・発症時に公的年金に加入しており（20 才以下は除く）、保険料納付済期間が 3 分の 2 以上（2016 年 4 月 1 日までは直近の 1 年間に保険料滞納がなければ可）あり、障害認定日（一般的には脳損傷では受傷・発症より 1 年 6 カ月）に障害程度が年金支給の基準に該当する状態であることが必要です（記載金額は 2018 年度時点）。

障害基礎・障害厚生（共済）年金は、老齢基礎年金や老齢厚生（共済）年金受給の年齢となった時に高い方の年金を選択でき、一方が停止状態となります。



☞ 問い合わせは、障害基礎年金（国民年金）の場合は市区町村年金課、障害厚生年金（厚生年金）の場合は居住地を管轄する年金事務所に行います。

☞ 2018 年度時点の金額となります。

☞ 子の加算は障害基礎年金 1・2 級、配偶者加算は障害厚生年金 1・2 級の方が対象となります。

申請窓口は、自営業などの国民年金加入者（1号被保険者）は市町村年金課となります。厚生年金加入者およびその配偶者で国民年金加入者（3号被保険者）は勤務先の会社を管轄している年金事務所となります。なお、障害年金には所得税がかかりません。

*** 共済年金の厚生年金統合について**

2015年10月に共済年金は厚生年金に統合されました。障害認定日が2015年10月1日より前の場合は、障害共済年金の対象となりますが、障害認定日が2015年10月1日以降の場合は障害厚生年金を申請することとなります。

*** 特別障害給付金制度について**

国民年金が任意加入当時に学生などのために国民年金未加入であり、その間に障害を負った無年金者の問題に対応するために2005年に特別障害給付金制度が設けられました。対象者は、1991年3月以前に任意加入対象となっていた学生や1986年3月以前に任意加入対象となっていた厚生年金被保険者の配偶者などが国民年金に未加入中に障害を受け、かつ障害程度が障害基礎年金に該当する人です。年金額は障害基礎年金1級相当が月額50,000円、2級相当が月額40,000円となります。

② 各年金の併給について

*** 障害基礎年金と老齢厚生年金の併給**

2006年4月以降は、障害基礎年金と老齢厚生年金の併給が可能となりました。脳損傷により障害基礎年金を受給する人が就労や復職をして老齢厚生年金の受給資格を得られた場合には、「老齢基礎年金と老齢厚生年金」か「障害基礎年金と老齢厚生年金」の組み合わせのいずれかを選択できます。

*** 労災年金と障害基礎・障害厚生（共済）年金との併給**

労災年金（障害年金および傷病年金）と障害基礎年金、または障害厚生（共済）年金との併給は可能です。ただし、併給の場合には労災年金が一定率で減額調整されます。調整は、「障害基礎年金＋労災年金×0.88。障害厚生年金（1・2級で障害基礎年金を含む場合）＋労災年金×0.73。障害厚生年金（3級）＋労災年金×0.83」となります。

労災年金と老齢基礎・老齢厚生（共済）年金を併給する場合には、労災年金に対する調整減額がないため65歳の段階で高額となる年金を選択できます。

〔表1〕 障害等級の目安

程度 判定平均	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3.5以上	1級	1級又は2級			
3.0以上3.5未満	1級又は2級	2級	2級		
2.5以上3.0未満		2級	2級又は3級		
2.0以上2.5未満		2級	2級又は3級	3級又は3級非該当	
1.5以上2.0未満			3級	3級又は3級非該当	
1.5未満				3級非該当	3級非該当

☛2016/9の「精神の障害に係る等級判定ガイドライン」により、障害等級の目安が定められています。

《表の見方》

1. 「程度」は、診断書の記載項目である「日常生活能力の程度」の5段階評価を指す。
2. 「判定平均」は、診断書の記載項目である「日常生活能力の判定」の4段階評価について、程度の軽いほうから1～4の数値に置き換え、その平均を算出したものである。
3. 表内の「3級」は、障害基礎年金を認定する場合には「2級非該当」と置き換えることとする。

《留意事項》

障害等級の目安は総合評価時の参考とするが、個々の等級判定は、診断書等に記載される他の要素も含めて総合的に評価されるものであり、目安と異なる認定結果となることもあり得ることに留意して用いること。

～精神の障害に係る等級判定ガイドラインより～

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyokanrika/0000130045.pdf>

③ 高次脳機能障害者の公的年金

高次脳機能障害は、年金制度では精神の障害に分類されます。そのため、年金診断書は「精神の障害用」診断書を使用します。なお、肢体不自由などを合併している場合には「肢体の障害用」等の診断書も併せて提出します。

☛身体障害等がある場合は、肢体の障害用等の診断書も併せて提出しましょう。

高次脳機能障害の場合には、幻聴や幻覚などの精神症状をもつ者が少なく、残存能力がアンバランスなために日常・社会活動や労働能力にばらつきがあります。そのため、記憶障害などの認知機能の障害や情動面の障害などによりどのような生活制限や、介護や観察等を要するかを具体的に記載してもらうことが必要となります。本人が障害認識を十分に持っていない場合には本人が単独で生活できるかを念頭におき、家族が医師に日常生活の状況を具体的に説明することが必要です。

☛年金診断書の作成に当たっては、医師に本人の状態を正しく伝えるように工夫します。

記憶障害や情報処理能力の低下、情動面の障害などでも程度により、公的年金の受給対象となります。程度の目安としては、1級は日常生活に著しい制限を受けており常時援助を必要とする状態です。2級は日常生活に著しい制限を受けており時に応じて援助が必要な程度、3級

は、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける程度となります。2016年9月に作成された「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン」がありますから、参考にされるとよいでしょう。

<その他…障害年金のQ&A>

Q 診断書を作成する医師は資格があるのか？

A 「精神障害」の診断書を記載する医師は、原則精神保健指定医か精神科を標榜する医師となります。しかし、脳損傷にともなう高次脳機能障害（精神科では器質性精神障害の診断名が一般）の場合には精神科受診をしていないものも多く、診断書を記載する医師は精神科以外の医師（脳外科やリハビリテーション科医等）でも診断書の内容に問題がなければ認められます。なお、診断書の診断名については、「脳外傷による高次脳機能障害」等でも問題ありませんが、ICD-10 コードは適切に記載する必要があります（高次脳機能障害の場合は ICD-10 コードが概ね F06 となります）。

☛ ICD-10 コードですが、F04 器質性健忘症候群、F07 脳の疾患、損傷及び機能不全による人格および行動の障害、に該当する場合があります。

Q 20年前に受傷したが、今回診断書を記載してもらった医療機関の初診からは1カ月しか経過していない。障害年金の診断書を作成するためには、初診から1年半経過している必要があると聞いたが、本ケースも1年半後でないと診断書が作成できないのか？

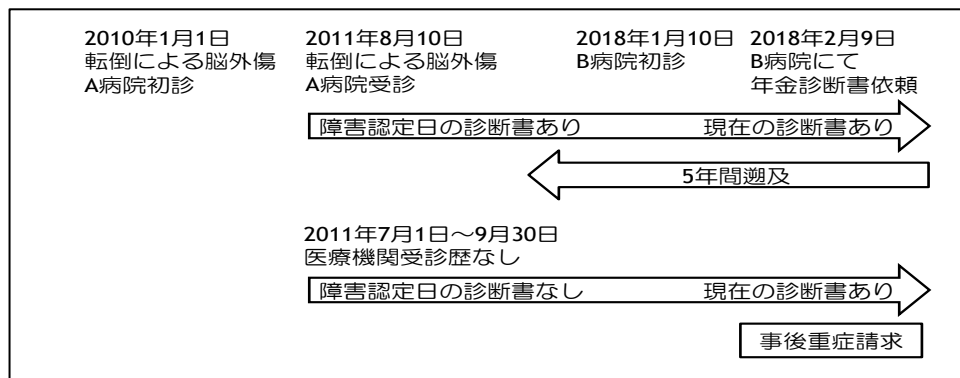
A 受傷発症による初診から1年半経過した時点が障害認定日となります。障害年金に該当する程度の障害がある場合は、障害認定日から3カ月以内に医療機関にて診断書を作成して、障害年金の申請を行います。

☛ 事後重症
障害認定日に法令に定められた障害状態に該当しなかった場合でも、その後症状が悪化して法令に定める障害状態になった場合には「事後重症」としての請求が可能です。

この事例では、受傷から20年経過しており、受傷時に医療機関を受診していれば、初診から1年半以上が経過していますから、現在受診している医療機関で年金診断書の作成が可能となります。続いて確認すべきことは、受傷発症してから1年半～1年9カ月時点で医療機関を受診しているか否かについてとなります。受傷発症から1年半～1年9カ月の時点で医療機関を受診している場合は、当該医療機関で当時の状態に沿った年金診断書の作成が可能か否かについて調整を行います。障害認定日での診断書と現在の診断書を合わせて提出して障害年金該当が認められた場合には、最長5年間分の遡及（遡っての給付）が可能となります。

なお、請求に添付する診断書は、請求手続き以前3ヶ月以内の状態がわかるものが必要です。
※診断書作成日から3ヶ月以内に年金窓口へ提出する必要があります。

現在の状態での診断書のみが提出された場合は事後重症として審査されます。



●障害年金 診断書（精神）※赤字のコメントは記入時の参考として追記した

ICD-10 コードですが、F04 器質性健忘症候群、F07 脳の疾患、損傷及び機能不全による人格および行動の障害、に該当する場合があります。

国民年金 診断書 (精神の障害用) 様式第120号の4

西 名	生年月日		昭和 年 月 日生 (西)	性別	男・女
住 所	〒	〒	〒	〒	〒
1) 障害の原因となった傷病名 (ICD-10コード)	ICD-10コード: 高次脳機能障害の場合はF06となる	① 傷病の発生日	昭和 年 月 日	② 傷病の発症 本人の申告 (年 月 日)	本人の発症 時の職業
		③ のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 年 月 日	④ 傷病の発症 本人の申告 (年 月 日)	⑤ 現在職業
2) 傷病が治った日(症状が固定した状態を意味)を記入する。	平成 年 月 日	3) 傷病の経過 そのよくなる見込み	有・無・不明	⑥ 既往歴	
4) 発病から現在までの病歴及び治療の経過、入院、救急・異常状況等、診断、その他参考となる事項	障害者の氏名		請求人との続柄	請求年月日	年 月 日
5) 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 年 月 日	ア 発育・発育歴		イ 教育歴	ウ 職歴	
6) これまでの発育・発育歴等(出生から発育の状況や教育歴及びこれまでの職業等)をできるだけ詳しく記入してください。	イ 教育歴 其の他		ウ 職歴 其の他		
エ 治療歴(書ききれない場合は①備考欄に記入してください。)(他 同一医療機関の入院・外来は併せて記入してください。)					
医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法	転帰(軽快・悪化・不変)
	年 月～年 月	入院・外来			
	年 月～年 月	入院・外来			
	年 月～年 月	入院・外来			
	年 月～年 月	入院・外来			
診 断 書 の 状 態 (平成 年 月 日 現在)					
ア 現在の病状又は状態(該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)			イ 上記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。		
診断書の記載事項とは別(診断書の記載事項を作成していない場合は記入してください。) 1) 認知症 2) 痴呆 3) 痴呆(軽度) 4) 痴呆(中等) 5) 痴呆(重度) 6) 痴呆(軽度) 7) 痴呆(中等) 8) 痴呆(重度)			高次脳機能障害の症状を具体的に記載する(例) ・記憶障害があり、話の内容を忘れる、頼まれたことを実行できない等が見られる。 ・注意障害があり、同時に2つ以上の物事が出来ない、また、周囲の音や他者の行動に気を取られて集中することが難しい。 ・遂行機能障害があり、簡単な作業でも手順を間違えたり、最後まで遂行することが難しい。 ・社会的行動障害(易怒性)があり、些細なことで腹を立て、時には暴言や粗暴な行為に至ることがある。		
9) 痴呆(軽度) 10) 痴呆(中等) 11) 痴呆(重度)					
12) 痴呆(軽度) 13) 痴呆(中等) 14) 痴呆(重度)			高次脳機能障害の症状を記載する。その他精神症状がある場合は、該当する箇所にも記載する。		
15) 痴呆(軽度) 16) 痴呆(中等) 17) 痴呆(重度)					
18) 痴呆(軽度) 19) 痴呆(中等) 20) 痴呆(重度)					
21) 痴呆(軽度) 22) 痴呆(中等) 23) 痴呆(重度)					
24) 痴呆(軽度) 25) 痴呆(中等) 26) 痴呆(重度)					
27) 痴呆(軽度) 28) 痴呆(中等) 29) 痴呆(重度)					
30) 痴呆(軽度) 31) 痴呆(中等) 32) 痴呆(重度)					
33) 痴呆(軽度) 34) 痴呆(中等) 35) 痴呆(重度)					
36) 痴呆(軽度) 37) 痴呆(中等) 38) 痴呆(重度)					
39) 痴呆(軽度) 40) 痴呆(中等) 41) 痴呆(重度)					
42) 痴呆(軽度) 43) 痴呆(中等) 44) 痴呆(重度)					
45) 痴呆(軽度) 46) 痴呆(中等) 47) 痴呆(重度)					
48) 痴呆(軽度) 49) 痴呆(中等) 50) 痴呆(重度)					
51) 痴呆(軽度) 52) 痴呆(中等) 53) 痴呆(重度)					
54) 痴呆(軽度) 55) 痴呆(中等) 56) 痴呆(重度)					
57) 痴呆(軽度) 58) 痴呆(中等) 59) 痴呆(重度)					
60) 痴呆(軽度) 61) 痴呆(中等) 62) 痴呆(重度)					
63) 痴呆(軽度) 64) 痴呆(中等) 65) 痴呆(重度)					
66) 痴呆(軽度) 67) 痴呆(中等) 68) 痴呆(重度)					
69) 痴呆(軽度) 70) 痴呆(中等) 71) 痴呆(重度)					
72) 痴呆(軽度) 73) 痴呆(中等) 74) 痴呆(重度)					
75) 痴呆(軽度) 76) 痴呆(中等) 77) 痴呆(重度)					
78) 痴呆(軽度) 79) 痴呆(中等) 80) 痴呆(重度)					
81) 痴呆(軽度) 82) 痴呆(中等) 83) 痴呆(重度)					
84) 痴呆(軽度) 85) 痴呆(中等) 86) 痴呆(重度)					
87) 痴呆(軽度) 88) 痴呆(中等) 89) 痴呆(重度)					
90) 痴呆(軽度) 91) 痴呆(中等) 92) 痴呆(重度)					
93) 痴呆(軽度) 94) 痴呆(中等) 95) 痴呆(重度)					
96) 痴呆(軽度) 97) 痴呆(中等) 98) 痴呆(重度)					
99) 痴呆(軽度) 100) 痴呆(中等) 101) 痴呆(重度)					
102) 痴呆(軽度) 103) 痴呆(中等) 104) 痴呆(重度)					
105) 痴呆(軽度) 106) 痴呆(中等) 107) 痴呆(重度)					
108) 痴呆(軽度) 109) 痴呆(中等) 110) 痴呆(重度)					
111) 痴呆(軽度) 112) 痴呆(中等) 113) 痴呆(重度)					
114) 痴呆(軽度) 115) 痴呆(中等) 116) 痴呆(重度)					
117) 痴呆(軽度) 118) 痴呆(中等) 119) 痴呆(重度)					
120) 痴呆(軽度) 121) 痴呆(中等) 122) 痴呆(重度)					
123) 痴呆(軽度) 124) 痴呆(中等) 125) 痴呆(重度)					
126) 痴呆(軽度) 127) 痴呆(中等) 128) 痴呆(重度)					
129) 痴呆(軽度) 130) 痴呆(中等) 131) 痴呆(重度)					
132) 痴呆(軽度) 133) 痴呆(中等) 134) 痴呆(重度)					
135) 痴呆(軽度) 136) 痴呆(中等) 137) 痴呆(重度)					
138) 痴呆(軽度) 139) 痴呆(中等) 140) 痴呆(重度)					
141) 痴呆(軽度) 142) 痴呆(中等) 143) 痴呆(重度)					
144) 痴呆(軽度) 145) 痴呆(中等) 146) 痴呆(重度)					
147) 痴呆(軽度) 148) 痴呆(中等) 149) 痴呆(重度)					
150) 痴呆(軽度) 151) 痴呆(中等) 152) 痴呆(重度)					
153) 痴呆(軽度) 154) 痴呆(中等) 155) 痴呆(重度)					
156) 痴呆(軽度) 157) 痴呆(中等) 158) 痴呆(重度)					
159) 痴呆(軽度) 160) 痴呆(中等) 161) 痴呆(重度)					
162) 痴呆(軽度) 163) 痴呆(中等) 164) 痴呆(重度)					
165) 痴呆(軽度) 166) 痴呆(中等) 167) 痴呆(重度)					
168) 痴呆(軽度) 169) 痴呆(中等) 170) 痴呆(重度)					
171) 痴呆(軽度) 172) 痴呆(中等) 173) 痴呆(重度)					
174) 痴呆(軽度) 175) 痴呆(中等) 176) 痴呆(重度)					
177) 痴呆(軽度) 178) 痴呆(中等) 179) 痴呆(重度)					
180) 痴呆(軽度) 181) 痴呆(中等) 182) 痴呆(重度)					
183) 痴呆(軽度) 184) 痴呆(中等) 185) 痴呆(重度)					
186) 痴呆(軽度) 187) 痴呆(中等) 188) 痴呆(重度)					
189) 痴呆(軽度) 190) 痴呆(中等) 191) 痴呆(重度)					
192) 痴呆(軽度) 193) 痴呆(中等) 194) 痴呆(重度)					
195) 痴呆(軽度) 196) 痴呆(中等) 197) 痴呆(重度)					
198) 痴呆(軽度) 199) 痴呆(中等) 200) 痴呆(重度)					
201) 痴呆(軽度) 202) 痴呆(中等) 203) 痴呆(重度)					
204) 痴呆(軽度) 205) 痴呆(中等) 206) 痴呆(重度)					
207) 痴呆(軽度) 208) 痴呆(中等) 209) 痴呆(重度)					
210) 痴呆(軽度) 211) 痴呆(中等) 212) 痴呆(重度)					
213) 痴呆(軽度) 214) 痴呆(中等) 215) 痴呆(重度)					
216) 痴呆(軽度) 217) 痴呆(中等) 218) 痴呆(重度)					
219) 痴呆(軽度) 220) 痴呆(中等) 221) 痴呆(重度)					
222) 痴呆(軽度) 223) 痴呆(中等) 224) 痴呆(重度)					
225) 痴呆(軽度) 226) 痴呆(中等) 227) 痴呆(重度)					
228) 痴呆(軽度) 229) 痴呆(中等) 230) 痴呆(重度)					
231) 痴呆(軽度) 232) 痴呆(中等) 233) 痴呆(重度)					
234) 痴呆(軽度) 235) 痴呆(中等) 236) 痴呆(重度)					
237) 痴呆(軽度) 238) 痴呆(中等) 239) 痴呆(重度)					
240) 痴呆(軽度) 241) 痴呆(中等) 242) 痴呆(重度)					
243) 痴呆(軽度) 244) 痴呆(中等) 245) 痴呆(重度)					
246) 痴呆(軽度) 247) 痴呆(中等) 248) 痴呆(重度)					
249) 痴呆(軽度) 250) 痴呆(中等) 251) 痴呆(重度)					
252) 痴呆(軽度) 253) 痴呆(中等) 254) 痴呆(重度)					
255) 痴呆(軽度) 256) 痴呆(中等) 257) 痴呆(重度)					
258) 痴呆(軽度) 259) 痴呆(中等) 260) 痴呆(重度)					
261) 痴呆(軽度) 262) 痴呆(中等) 263) 痴呆(重度)					
264) 痴呆(軽度) 265) 痴呆(中等) 266) 痴呆(重度)					
267) 痴呆(軽度) 268) 痴呆(中等) 269) 痴呆(重度)					
270) 痴呆(軽度) 271) 痴呆(中等) 272) 痴呆(重度)					
273) 痴呆(軽度) 274) 痴呆(中等) 275) 痴呆(重度)					
276) 痴呆(軽度) 277) 痴呆(中等) 278) 痴呆(重度)					
279) 痴呆(軽度) 280) 痴呆(中等) 281) 痴呆(重度)					
282) 痴呆(軽度) 283) 痴呆(中等) 284) 痴呆(重度)					
285) 痴呆(軽度) 286) 痴呆(中等) 287) 痴呆(重度)					
288) 痴呆(軽度) 289) 痴呆(中等) 290) 痴呆(重度)					
291) 痴呆(軽度) 292) 痴呆(中等) 293) 痴呆(重度)					
294) 痴呆(軽度) 295) 痴呆(中等) 296) 痴呆(重度)					
297) 痴呆(軽度) 298) 痴呆(中等) 299) 痴呆(重度)					
300) 痴呆(軽度) 301) 痴呆(中等) 302) 痴呆(重度)					
303) 痴呆(軽度) 304) 痴呆(中等) 305) 痴呆(重度)					
306) 痴呆(軽度) 307) 痴呆(中等) 308) 痴呆(重度)					
309) 痴呆(軽度) 310) 痴呆(中等) 311) 痴呆(重度)					
312) 痴呆(軽度) 313) 痴呆(中等) 314) 痴呆(重度)					
315) 痴呆(軽度) 316) 痴呆(中等) 317) 痴呆(重度)					
318) 痴呆(軽度) 319) 痴呆(中等) 320) 痴呆(重度)					
321) 痴呆(軽度) 322) 痴呆(中等) 323) 痴呆(重度)					
324) 痴呆(軽度) 325) 痴呆(中等) 326) 痴呆(重度)					
327) 痴呆(軽度) 328) 痴呆(中等) 329) 痴呆(重度)					
330) 痴呆(軽度) 331) 痴呆(中等) 332) 痴呆(重度)					
333) 痴呆(軽度) 334) 痴呆(中等) 335) 痴呆(重度)					
336) 痴呆(軽度) 337) 痴呆(中等) 338) 痴呆(重度)					
339) 痴呆(軽度) 340) 痴呆(中等) 341) 痴呆(重度)					
342) 痴呆(軽度) 343) 痴呆(中等) 344) 痴呆(重度)					
345) 痴呆(軽度) 346) 痴呆(中等) 347) 痴呆(重度)					
348) 痴呆(軽度) 349) 痴呆(中等) 350) 痴呆(重度)					
351) 痴呆(軽度) 352) 痴呆(中等) 353) 痴呆(重度)					
354) 痴呆(軽度) 355) 痴呆(中等) 356) 痴呆(重度)					
357) 痴呆(軽度) 358) 痴呆(中等) 359) 痴呆(重度)					
360) 痴呆(軽度) 361) 痴呆(中等) 362) 痴呆(重度)					
363) 痴呆(軽度) 364) 痴呆(中等) 365) 痴呆(重度)					
366) 痴呆(軽度) 367) 痴呆(中等) 368) 痴呆(重度)					
369) 痴呆(軽度) 370) 痴呆(中等) 371) 痴呆(重度)					
372) 痴呆(軽度) 373) 痴呆(中等) 374) 痴呆(重度)					
375) 痴呆(軽度) 376) 痴呆(中等) 377) 痴呆(重度)					
378) 痴呆(軽度) 379) 痴呆(中等) 380) 痴呆(重度)					
381) 痴呆(軽度) 382) 痴呆(中等) 383) 痴呆(重度)					
384) 痴呆(軽度) 385) 痴呆(中等) 386) 痴呆(重度)					
387) 痴呆(軽度) 388) 痴呆(中等) 389) 痴呆(重度)					
390) 痴呆(軽度) 391) 痴呆(中等) 392) 痴呆(重度)					
393) 痴呆(軽度) 394) 痴呆(中等) 395) 痴呆(重度)					
396) 痴呆(軽度) 397) 痴呆(中等) 398) 痴呆(重度)					
399) 痴呆(軽度) 400) 痴呆(中等) 401) 痴呆(重度)					
402) 痴呆(軽度) 403) 痴呆(中等) 404) 痴呆(重度)					
405) 痴呆(軽度) 406) 痴呆(中等) 407) 痴呆(重度)					
408) 痴呆(軽度) 409) 痴呆(中等) 410) 痴呆(重度)					
411) 痴呆(軽度) 412) 痴呆(中等) 413) 痴呆(重度)					
414) 痴呆(軽度) 415) 痴呆(中等) 416) 痴呆(重度)					
417) 痴呆(軽度) 418) 痴呆(中等) 419) 痴呆(重度)					
420) 痴呆(軽度) 421) 痴呆(中等) 422) 痴呆(重度)					
423) 痴呆(軽度) 424) 痴呆(中等) 425) 痴呆(重度)					
426) 痴呆(軽度) 427) 痴呆(中等) 428) 痴呆(重度)					
429) 痴呆(軽度) 430) 痴呆(中等) 431) 痴呆(重度)					
432) 痴呆(軽度) 433) 痴呆(中等) 434) 痴呆(重度)					
435) 痴呆(軽度) 436) 痴呆(中等) 437) 痴呆(重度)					
438) 痴呆(軽度) 439) 痴呆(中等) 440) 痴呆(重度)					
441) 痴呆(軽度) 442) 痴呆(中等) 443) 痴呆(重度)					
444) 痴呆(軽度) 445) 痴呆(中等) 446) 痴呆(重度)					
447) 痴呆(軽度) 448) 痴呆(中等) 449) 痴呆(重度)					
450) 痴呆(軽度) 451) 痴呆(中等) 452) 痴呆(重度)					
453) 痴呆(軽度) 454) 痴呆(中等) 455) 痴呆(重度)					
456) 痴呆(軽度) 457) 痴呆(中等) 458) 痴呆(重度)					
459) 痴呆(軽度) 460) 痴呆(中等) 461) 痴呆(重度)					
462) 痴呆(軽度) 463) 痴呆(中等) 464) 痴呆(重度)					
465) 痴呆(軽度) 466) 痴呆(中等) 467) 痴呆(重度)					
468) 痴呆(軽度) 469) 痴呆(中等) 470) 痴呆(重度)					
471) 痴呆(軽度) 472) 痴呆(中等) 473) 痴呆(重度)					
474) 痴呆(軽度) 475) 痴呆(中等) 476) 痴呆(重度)					
477) 痴呆(軽度) 478) 痴呆(中等) 479) 痴呆(重度)					
480) 痴呆(軽度) 481) 痴呆(中等) 482) 痴呆(重度)					
483) 痴呆(軽度) 484) 痴呆(中等) 485) 痴呆(重度)					
486) 痴呆(軽度) 487) 痴呆(中等) 488) 痴呆(重度)					
489) 痴呆(軽度) 490) 痴呆(中等) 491) 痴呆(重度)					
492) 痴呆(軽度) 493) 痴呆(中等) 494) 痴呆(重度)					
495) 痴呆(軽度) 496) 痴呆(中等) 497) 痴呆(重度)					
498) 痴呆(軽度) 499) 痴呆(中等) 500) 痴呆(重度)					
501) 痴呆(軽度) 502) 痴呆(中等) 503) 痴呆(重度)					
504) 痴呆(軽度) 505) 痴呆(中等) 506) 痴呆(重度)					
507) 痴呆(軽度) 508) 痴呆(中等) 509) 痴呆(重度)					
510) 痴呆(軽度) 511) 痴呆(中等) 512) 痴呆(重度)					
513) 痴呆(軽度) 514) 痴呆(中等) 515) 痴呆(重度)					
516) 痴呆(軽度) 517) 痴呆(中等) 518) 痴呆(重度)					
519) 痴呆(軽度) 520) 痴呆(中等) 521) 痴呆(重度)					
522) 痴呆(軽度) 523) 痴呆(中等) 524) 痴呆(重度)					
525) 痴呆(軽度) 526) 痴呆(中等) 527) 痴呆(重度)					
528) 痴呆(軽度) 529) 痴呆(中等) 530) 痴呆(重度)					
531) 痴呆(軽度) 532) 痴呆(中等) 533) 痴呆(重度)					
534) 痴呆(軽度) 535) 痴呆(中等) 536) 痴呆(重度)					
537) 痴呆(軽度) 538) 痴呆(中等) 539) 痴呆(重度)					
540) 痴呆(軽度) 541) 痴呆(中等) 542) 痴呆(重度)					
543) 痴呆(軽度) 544) 痴呆(中等) 545) 痴呆(重度)					
546) 痴呆(軽度) 547) 痴呆(中等) 548) 痴呆(重度)					
549) 痴呆(軽度) 550) 痴呆(中等) 551) 痴呆(重度)					
552) 痴呆(軽度) 553) 痴呆(中等) 554) 痴呆(重度)					
555) 痴呆(軽度) 556) 痴呆(中等) 557) 痴呆(重度)					
558)					

●障害年金 診断書（病歴・就労状況等申立書）※赤字のコメントは記入時の参考として追記した

病歴・就労状況等申立書

No. ー 枚中

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名	診断書と同様の傷病名を記載する
発病日	昭和・平成 年 月 日	初診日
	昭和・平成 年 月 日	
<p>記入する前にお読みください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあげて記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、長療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。 		
1	昭和・平成 26 年 4 月 1 日から 昭和・平成 26 年 5 月 10 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 〇〇大学病院	<p>発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで）</p> <p>H26/4/1交通事故で受傷、救急車で〇〇大学病院へ搬送、意識不明、気切、点滴、ICUにて急性期治療を行う。脳挫傷については、保存的治療（低体温療法）、H26/4/10意識が戻り、ベッド上でPT訓練を行い、褥瘡予防を行った。4/20ベッド上で座れるようになり、食事も介助で口から食べられるようになった。しかし、ベッドから車いすへの移乗は介助が必要だった。認知面では、簡単な声かけに「はい、いいえ」で応えらるる状態、排泄はおむつ使用、車いすに乗車できる状態で転院する。</p> <p>※「搬送時の状態、治療やリハビリの内容、本人の変化（身体・認知・日常生活）退院時の状態」について記載する</p>
2	昭和・平成 26 年 5 月 10 日から 昭和・平成 26 年 8 月 10 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	<p>左の期間の状況</p> <p>車いすに乗車できるが、移乗やつかまり立ちが難しい状態で転院した。PT・OT訓練を行う中で、転院2週間後に立位が可能に、1ヶ月後には杖歩行が可能になった。食事は転院から1か月ほど経過した時点で自力摂取が可能となったが、食べこぼしがあった。コミュニケーションは、簡単な会話の受け答えは可能。排泄は自力で可能、病棟内は車いすでの移動が可能だったが、病院内では迷子になることがあった。歩行して退院。</p>
3	昭和・平成 26 年 8 月 11 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	<p>左の期間の状況</p> <p>再び〇〇科を受診、2週間にてPTとOTのリハビリ訓練を行った。</p>
4	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	<p>左の期間の状況</p>
5	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	<p>左の期間の状況</p>

※裏面も記入してください。

1405 1018 019

就労・日常生活状況	1. 障害認定日（初診日から1年6月目または、それ以前に治った場合は治った日）頃と 2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等について該当する太枠内に記入してください。
-----------	--

1. 障害認定日（昭和・平成 27 年 10 月 1 日）頃の状況を記入してください。受働員証から半年時点の状況を記載する

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。	
		通勤方法を記入してください。	通勤方法 通勤時間（片道） 時間 分
就労していない場合		出勤日数を記入してください。	障害認定日の前月 日 障害認定日の前々月 日
		仕事中等仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。	
日常生活状況	就労していない場合	仕事をしていない（休職していた）理由をすべて○で囲んでください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。	ア 体力に自信がなかったから イ 医師から働くことを止められていたから ウ 働く意欲がなかったから エ 働きたかったが適切な職場がなかったから オ その他（理由 ）
		日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1→自発的にできた 2→自発的にできたが援助が必要だった 3→自発的にできないが援助があればできた 4→できない	着替え（1・2・3・4） 洗面（1・2・3・4） トイレ（1・2・3・4） 入浴（1・2・3・4） 食事（1・2・3・4） 散歩（1・2・3・4） 炊事（1・2・3・4） 洗濯（1・2・3・4） 掃除（1・2・3・4） 買物（1・2・3・4） <small>単独生活を想定する。送ったら、数字の多い方に記載する。</small>
		その他日常生活で不便に感じたことがありましたら記入してください。	心気痛障害があり、寝込んで事や話した内容を忘れる。注意障害があり、周囲の物事に反応しない。集中が出来ない。2つ以上のことを同時にできない。場がある。悪影響があり、世間話などで怒り、時に暴言や粗言野言に及ぶ。筆跡劣化があり、すぐ読めて物事をやり直がらなければならない。書ききれない場合は、別紙を添付する。

2. 現在（請求日頃）の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。	
		通勤方法を記入してください。	通勤方法 通勤時間（片道） 時間 分
就労していない場合		出勤日数を記入してください。	請求日の前月 日 請求日の前々月 日
		仕事中等仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。	
日常生活状況	就労していない場合	仕事をしていない（休職している）理由をすべて○で囲んでください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。	ア 体力に自信がないから イ 医師から働くことを止められているから ウ 働く意欲がないから エ 働きたいが適切な職場がないから オ その他（理由 ）
		日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1→自発的にできる 2→自発的にできるが援助が必要である 3→自発的にできないが援助があればできる 4→できない	着替え（1・2・3・4） 洗面（1・2・3・4） トイレ（1・2・3・4） 入浴（1・2・3・4） 食事（1・2・3・4） 散歩（1・2・3・4） 炊事（1・2・3・4） 洗濯（1・2・3・4） 掃除（1・2・3・4） 買物（1・2・3・4）
		その他日常生活で不便に感じていることがありましたら記入してください。	上記同様に具体的な事由を記載する。書ききれない場合は別紙を添付する。
障害者手帳		障害者手帳の交付を受けていますか。	1 受けている 2 受けていない 3 申請中
		交付されている障害者手帳の交付年月日、等級、障害者を記入してください。 その他の手帳の場合は、その名称を（ ）内に記入してください。 （※略字の意味 身→身体障害者手帳 療→療育手帳 精→精神障害者保健福祉手帳 他→その他の手帳）	① 身・精・療・他（ ） 昭和・平成 年 月 日 （ ）級 障害者（ ） ② 身・精・療・他（ ） 昭和・平成 年 月 日 （ ）級 障害者（ ）

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

平成 年 月 日

請求者 現住所

代表者 氏名 請求者からみた住所（ ）

氏名 電話番号 - - 番

●併合について

障害年金について、2つ以上の障害がある場合には併合で等級が変更となる場合があります。例えば、高次脳機能障害によって「精神の障害で日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの（2級4号）」に該当し、かつ片麻痺で一上肢の機能を全廃した「一上肢の用を全く廃したもの（2級4号）」の場合、併合1級となります。

☝ 身体障害等がある場合は、肢体の障害用等の診断書も併せて提出しましょう。

紙面の都合上、別表1 併合判定参考表については、以下を参照ください。

<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/ninteikijun/20140604.files/3-2-1.pdf>

別表2 併合（加重）認定表

		2 級			3 級			障害手当金					
		2号	3号	4号	5号	6号	7号	8号	9号	10号	11号	12号	13号
2 級	2号	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	3号	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	4号	1	1	1	1	2	2	4	4	4	4	4	4
3 級	5号	1	1	1	3	4	4	5	5	5	5	5	5
	6号	2	2	2	4	4	4	6	6	6	6	6	6
	7号	2	2	2	4	4	6	7	7	7	7	7	7
障害手当金	8号	2	2	4	5	6	7	7	7	7	8	8	8
	9号	2	2	4	5	6	7	7	7	8	9	9	9
	10号	2	2	4	5	6	7	7	8	9	10	10	10
	11号	2	2	4	5	6	7	8	9	10	10	10	10
	12号	2	2	4	5	6	7	8	9	10	10	11	12
	13号	2	2	4	5	6	7	8	9	10	10	12	12

- 注1 表頭及び表側の2号から13号までの数字は、併合判定参考表（別表1）の各番号を示す。
 注2 表中の数字（1号から12号まで）は、併合番号を示し、障害の程度は、次の表のとおりである。
 注3 次に掲げる障害をそれぞれ併合した場合及び次の障害と併合判定参考表の5号ないし7号の障害と併合した場合は、併合認定表の結果にかかわらず、次表の併合番号4号に該当するものとみなす。
- ① 両上肢のおや指の用を全く廃したもの
 - ② 一上肢のおや指及び中指を基部から欠き、有効長が0のもの
 - ③ 一上肢のおや指及びひとさし指又は中指の用を全く廃したもの

併合番号	障 害 の 程 度
1 号	国 年 令 別 表 1 級
2 号	国 年 令 別 表 2 級
3 号	
4 号	
5 号	厚 年 令 別 表 第 1 3 級
6 号	
7 号	
8 号	厚 年 令 別 表 第 2 障 害 手 当 金
9 号	
10 号	
11 号	厚 年 令 別 表 不 該 当
12 号	

出典：厚生労働省ホームページより

●無拠出年金と所得制限

20歳前の受傷発症で障害基礎年金を受給する場合は「無拠出年金」と呼ばれますが、所得制限があります。単身の場合、1年の所得が360.4万円を超えると1/2支給停止、462.1万円を超えると全額支給停止となります。扶養家族がいる場合は、扶養家族1人につき38万円を加算した額が制限額となります。

●次回年金申請時に必要となる診断書の種類

年金証書の「障害基礎・障害厚生年金の障害状況」に「診断書の種類」が記載されています。

1. 永久認定され、以降の届け出が不要。
2. 様式120号の5 呼吸器疾患用
3. 様式120号の6 循環器疾患用
4. 様式120号の2 聴覚・鼻腔・平衡・そしゃく・嚥下・言語機能用
5. 様式120号の1 眼の障害用
6. 様式120号の3 肢体の障害用
7. 様式120号の4 精神の障害用
8. 様式120号の6 腎・肝疾患・糖尿病用
9. 様式120号の7 血液・造血器・その他の障害用

●次回の更新月

障害年金の更新に当たっては、当該月の前月末に書類が郵送されます。当該月末までに診断書を提出するように書かれていますが、診断書作成状況によっては間に合わない場合があります。提出が間に合わない場合でも、障害年金の支給が停止することはありませんが、年金機構等に連絡をして、状況を説明した方がいいでしょう。また、診断書が郵送された後に、慌てて受診の調整等を行うことがないように、事前に更新年月を確認しておくことをお勧めします。

👉年金の更新年月を確認しましょう。

👉令和元年8月より、障害状態確認届（診断書）は、誕生月の3ヶ月前の月末に送付されますので、提出日前3ヶ月以内の障害状態を記入した診断書を提出します。

●障害年金受給後の国民年金保険料免除

障害基礎年金1・2級、障害厚生年金1・2級を受給している場合に、国民年金保険料は法定免除となり、認定月の前月から保険料の支払いが免除されます。ただし、受給後も厚生年金に加入している場合（2号被保険者）は、法定免除の対象外となります。

● 年金証書・年金決定通知書

国民年金・厚生年金保険年金証書

年金の種類 基礎年金番号 年金コード

受給権者の氏名

受給権者の生年月日 年 月 日 受給権を取得した年月 年 月

上記のとおり、国民年金法による年金給付・厚生年金保険法による保険給付を行うことに決定したことを証します。

年 月 日 厚生労働大臣

見本

I 厚生年金保険 年金決定通知書

1. 年金の種類と年金決定の根拠となった厚生年金保険法の条文 厚生年金 厚生年金保険法 第 条の

2. 年金額の内訳

支払開始年月	基本となる年金額 (円)	加給年金額または加算額 (円)	繰上げ・繰下げによる減額・加算額 (円)	支給停止額 (円)	年金額 (円)
元号 年 月					
支給停止理由		支給停止期間	年 月～	年 月まで	

3. 加入期間の内訳

加入期間	月数
① 厚生年金保険の加入期間	月
② 厚生年金保険の戦時加算期間	月
③ 船員保険の戦時加算期間	月
④ 沖縄農林期間	月
⑤ 沖縄免除期間	月
⑥ 難病分割等により加入者とみなされた期間	月
⑦ 旧令共済組合期間	月

4. 加給年金給付対象者等の内訳

加給年金給付対象者配偶者 (区分) 手	人
遺族加算区分	

5. 平均標準報酬額等の内訳

厚生年金保険の加入期間の種類	月数	平均標準報酬額 (平均標準報酬月額)
① 平成15年3月までの期間	月	円
② 平成15年4月以降の期間	月	円
③ 平成15年3月までの厚生年金基金期間	月	円
④ 平成15年4月以降の厚生年金基金期間	月	円
⑤ 昭和61年3月までの被内員又は船員であった期間	月	円
⑥ 昭和61年4月～平成3年3月の被内員又は船員であった期間	月	円
⑦ 昭和61年3月までの被内員であった厚生年金基金期間	月	円
⑧ 昭和61年4月～平成3年3月の被内員であった厚生年金基金期間	月	円

II 国民年金 年金決定通知書

1. 年金の種類と年金決定の根拠となった国民年金法の条文 基礎年金 国民年金法 第 条の

2. 年金額の内訳

支払開始年月	基本となる年金額 (円)	加算額 (円)	繰上げ・繰下げによる減額・加算額 (円)	支給停止額 (円)	年金額 (円)
元号 年 月					
支給停止理由		支給停止期間	年 月～	年 月まで	加算額対象者

3. 年金の計算の基礎となった保険料納付済期間等の内訳

国民年金の保険料納付済期間等	第1号期間 (国民年金加入期間)		第2号期間 (厚生年金・共済年金加入期間)		第3号期間 (厚生年金・共済年金加入者に就いていない期間)	
	納付	免除	納付	免除	納付	免除
月4分の1免除	月 ()	月 ()	月 ()	月 ()	月 ()	月 ()
半額免除	月 ()	月 ()	月 ()	月 ()	月 ()	月 ()
等 (付加)	月4分の3免除	月 ()	共済組合	月 ()	月 ()	月 ()
等	金額免除	月 ()				

※ 国民年金の保険料納付済期間等の第1号期間における免除期間の () 内の月数は平成21年4月以降の月数です。

年金の等級
診断書の種類
次回の更新月

※ 診断書の種類は、裏面をご覧ください。

III 障害基礎・障害厚生年金の障害状況

障害の等級	級 等
診断書の種類	
次回診断書提出年月	年 月

年 月 日

様

上記のとおり決定しましたので通知します。

厚生労働大臣

見本

☞ 年金の更新年月を確認しましょう。

(4) 障害者手帳

① 身体障害者福祉法と身体障害者障害者手帳

👉 複数の障害者手帳を所持することが可能です。

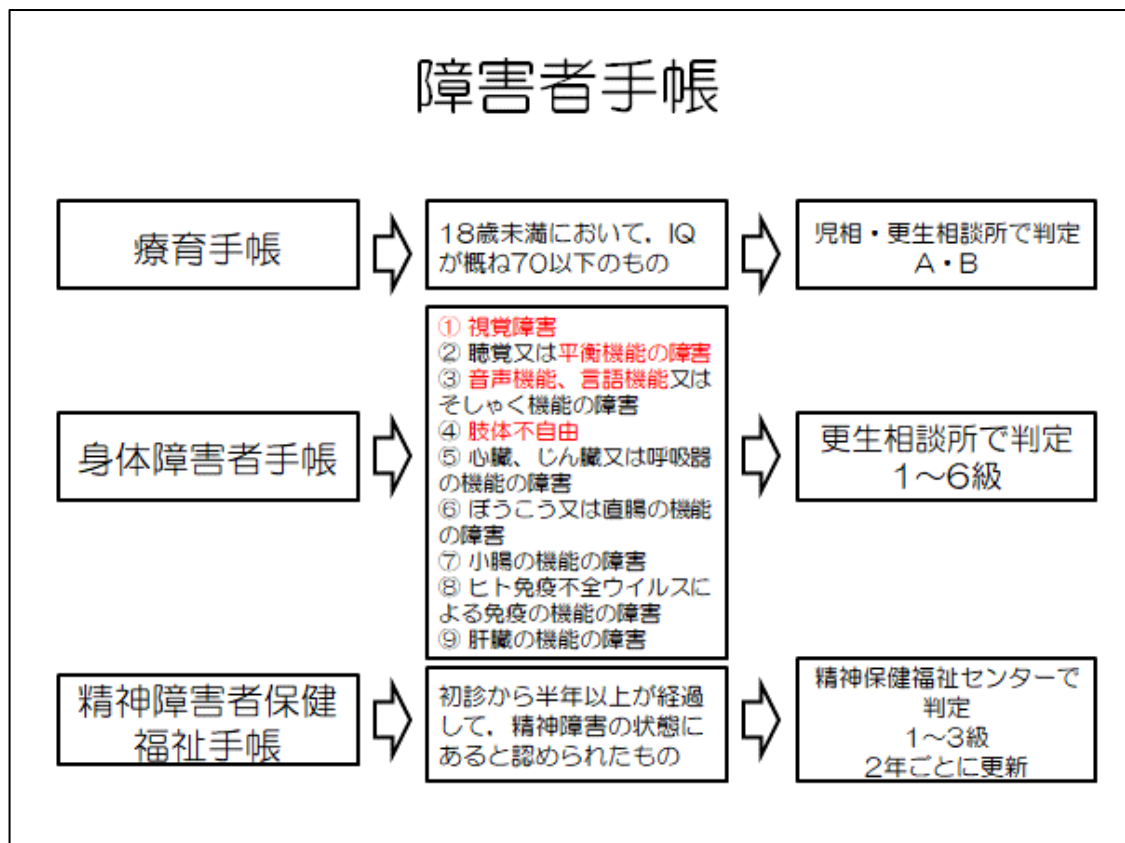
ア. 身体障害者福祉法

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

イ. 身体障害者手帳

身体障害者手帳は身体障害者障害程度等級表に該当する者に対して交付されます。身体障害は、肢体、聴覚又は平衡機能、視覚、内部（心臓・腎臓・呼吸器・膀胱又は直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルス、肝臓機能障害）などに分類され、それぞれに等級基準が設けられています。等級表には1級から7級までの基準があり、身体障害者手帳は6級以上の状態の者が対象となります（7級相当の障害が2つある場合は6級とされます）。なお、それぞれの障害に等級基準があり、各等級は指標化されており、重複障害の場合は合計指数によって等級が決まります。

申請方法は、身体障害者福祉法15条の指定を受けている医師に所定の診断書を記載してもらい、それを市町村に提出します。



② 知的障害者福祉法と療育手帳

ア. 知的障害者福祉法

知的障害者福祉法は、18才以上の知的障害者を対象としていますが、障害の定義は明示さ

れていません。この法律での知的障害とは、発達段階(おおよそ 18 才未満)において生じた知的な障害を意味しています。

イ. 知的障害者手帳(愛の手帳、療育手帳等)

知的障害者の手帳は、「療育手帳」などの名称で呼ばれています。療育手帳では、身体障害者手帳のように国が定めた基準表は設けられていませんが、要綱では重度については知能指数が 35 以下で、日常生活に介助を要するか、問題行動により監護必要な者、あるいは、知能指数が 50 以下で盲・聾啞・肢体不自由などを合併していると者とされています。

✦ 18 歳未満の受傷発症で、知的能力の低下がある方は知的障害者手帳の対象となります。

申請方法は市町村に相談の上で、児童相談所又は知的障害者更生相談所にて判定を受けることとなります。

③ 精神保健福祉法と精神障害者保健福祉手帳

ア. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

精神保健福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)では、精神障害者とは、統合失調症、中毒性精神病、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者としています。高次脳機能障害はその他の精神疾患に位置づけられています。なお、知的障害に関する福祉的な援助に関しては、知的障害者福祉法において行われます。

イ. 精神障害者保健福祉手帳

1995 年の法改正により、精神障害者保健福祉手帳が創設されました。等級は、1 級・2 級・3 級の 3 段階です。等級基準に関しては、国民・厚生年金による障害基礎・障害厚生年金基準と同じ程度です。

✦ 障害年金を受給している場合は、年金証書等で障害者手帳を取得・更新できる場合があります。

申請方法は二通りあり、①すでに精神障害(高次脳機能障害)により障害基礎・障害厚生年金を受けている者は、年金証書を市町村窓口で提示することで年金と同じ等級の手帳が交付されます(市町村によっては、原因疾患が脳血管障害の場合、精神障害者保健福祉手帳診断書の提出を求められる場合があります)、②精神障害者保健福祉手帳診断書を市町村に提出し交付を受ける方法です。

なお、障害厚生年金が 3 級以下の障害手当金であった場合についても労働など社会生活上の制限がある場合には、精神保健福祉手帳診断書による申請を検討するべきでしょう。

診断書で申請を行う場合は初診日から 6 カ月以上を経たからになります。なお、脳外傷などの脳器質性の精神障害に関しては、内容に問題がなければリハ科医などが手帳診断書を記載することが可能です(一部の都道府県では精神科医に限定している場合もありますので、都道府県や政令市の精神保健福祉センター等にご確認ください)。

✦ 障害者手帳の更新年月を確認して、更新を忘れないようにしましょう。

精神障害者保健福祉手帳は 2 年ごとに更新手続きが必要となります。更新に際して、市町村等から通知が来ることはありません。障害者雇用で就労している方などは、更新を忘れると対象から除外される場合がありますので、更新年月日を確認しておきましょう。

ICD-10 コードですが、F04 器質性健忘症候群、F07 脳の疾患、損傷及び機能不全による人格および行動の障害、に該当する場合があります。

高次脳機能障害の ICD コード F06 となる

高次脳機能障害は初診（発症）から半年経過していれば手帳を申請できる

(10)の知能・記憶・学習・注意の障害以外に易怒性や暴力、意欲の減退等が見られれば、該当箇所にも○をする

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	〇田 〇夫	明治・大正 〇〇 平成 36年 5月 7日生（48歳）	男・女
住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-3		
① 病名 (1)ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、640のいずれかを、記載する)	(1) 主たる精神障害 _____ 高次脳機能障害 _____ ICDコード (F06) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード (_____) (3) 身体合併症 _____ なし _____ 身体障害者手帳 (有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 種別 _____)		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 20年 3月 1日 診断書作成医受診期間の初診年月日 昭和・平成 20年 7月 10日		
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (指定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(指定発病時期 平成20年 1月頃) 平成20年3月にくも膜下出血を発症、動脈瘤クランプ手術実施。術後などの運動機能障害はないが、記憶障害、注意障害などを発症した。4か月後に発症後となり、前日何もしない状態が続く一方で家族に暴力を働くなどの問題行動も目立つようになり、平成20年7月10日現在初診となった。その後、再度、田舎暮らしのボランティア活動に入院し、認知リハビリテーションを実施し、3か月後に日常生活の自立意に改善をみて退院した。 2項目の経過後、診断書を得て自立訓練事業所に巡回通所し、生活訓練を実施。訓練による能力の改善はまだ十分ではないが、訓練による改善の兆候は若干見られる。現時点でも発症後の行動は少なくなっている。 ＊器質性精神障害の（認知症を除く）の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 _____ くも膜下出血 _____、平成 20年 3月 1日）		
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）	(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 (_____) (2) 躁状態 1 行為心過 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 (_____) (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 (_____) (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 (_____) (5) 統合失調症等様態状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 (_____) (6) 情動及び行動の障害 ① 爆発性 ② 暴力・衝動行為 3 多動 4 変行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 (_____) (7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 (_____) (8) てんかん発作（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん 発作型 (_____) 頻度 (_____) 最終発作 (_____ 年 月 日) 2 意識障害 3 その他 (_____) (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 (_____) ア 乱用 イ 依存 ウ 強迫性・器質性精神疾患性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 (_____) 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 _____ 年 月 から） (10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等 _____) 2 認知症 ③ その他の記憶障害（高次脳機能障害） 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 (_____) ⑤ 遂行機能障害 ⑥ 注意障害 7 その他 (_____) (11) 広汎性発達障害様態状態 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 (_____) (12) その他 (_____)		

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等
 記憶障害：自分で作成したメモを見ることで、大きな支障なく生活することができ、軽度。
 注意障害：伝票の引き写しは行をとばしても気付かないなどのミスが多く、すぐに癒れる、中等度。
 遂行機能障害：他人に従されないと自分ではその日に何をすべきか決められず、無為に過ごす状態が続く。中等度
 情動及び行動：暴言を吐くことが1か月に1度ある程度で軽度。
 画像診断の所見は症状を説明できる器質性病変である。

検査所見：検査名、検査結果、検査時期
 平成21年3月時点頭部MRI：両側前頭葉に梗塞巣を認め、側頭室及び第三脳室の軽度拡大を認めた。
 神経心理学的検査：NAIS-III (F105、V103、P107)、三宅式(有関係9-9-10、無関係3-7-9)、
 REYの図形直後再生26.5/36、RBMT(ブローカー点17/24、スクリーン点7/12)、PASAT49/60

⑥ 生活能力の状態 (保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する)

1 現在の生活環境
 入院・入所(施設名) (在宅) (ア 単身) (イ 家族等と同居) ・その他()

2 日常生活能力の判定 (該当するものを○で囲む)

(1) 適切な食事摂取
 (自発的にできる) ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2) 身の清潔保持、規則正しい生活
 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買物
 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4) 通院と服薬 (他) 不要
 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係
 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身の安全保持・危機対応
 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的手続や公共施設の利用
 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度
 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
 (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
 (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
 (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
 (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑤の具体的程度、状態等
 日常生活では衣食の最低限のことのみ自立しているが、入浴は助める必要がある。服薬は自分では規則的にできず、薬剤管理もできない。金銭感覚に欠け、あればあるだけ使ってしまう傾向にあり、キャッシュカードは持たせられない。家族の見守りを必要とする局面がしばしばある。自立訓練事業所では作業効率が悪いだけでなく、自暴自棄になったり他者とトラブルがたまにある。まとまった作業をするためには職員の支援が必要である。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
 (障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護の有無等)
 自立訓練(生活訓練)事業所に週3回通所し、調理実習、手芸(皮細工)などの活動に参加している。

⑨ 備考
 本人は、就労移行支援事業所利用を経て、障害者就業・生活支援センターの支援を受けながらの就労を現時点での目標としている。

上記のとおり、診断します。 平成〇〇年〇月〇日

医療機関の名称 〇〇総合病院
 医療機関所在地 〇〇県〇〇市〇〇町2-2
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 診療担当科名 精神科
 医師氏名(自署又は記名捺印) 〇木 〇美

具体的な症状、および神経心理学検査結果を記載する

「保護的環境でない場合」とは、単身生活を指す。
 単身生活を想定して、
 (1) 栄養バランスのよい食事を準備・摂取・片付けをしているか (2) 清潔保持や片付け・整理整頓が出来ているか (3) 一定の金額で生活ができるか (4) 自分の症状を説明して、医師の指示を理解できるか (5) 生活全般に必要なことを伝えたり、理解したりできるか (6) 安全確保や危機対応ができるか (7) 制度面での手続きを一人でできるか (8) 文化的社会的活動に参加できるか、について「出来る」「見守りや確認・声かけが必要」「手助けが必要」「出来ない」の4段階で評価する。

日常生活能力の程度の該当番号が手帳の等級に影響する。目安として、(3)が3級、(4)が2級、(5)が1級となる。ただし、上段の「日常生活能力の判定」の該当箇所も等級判定に影響する

診断書の作成に当たっては、医師に本人の状態を正しく伝えるように工夫しましょう。

引用：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「精神障害者保健福祉手帳記入例(診断書)」より

<http://www.rehab.go.jp/application/files/3015/1659/6450/d872c5adf16dc72d595f664c393bd3fd.pdf>

ウ. 障害者手帳で活用できる主な制度

精神障害者福祉手帳を含む障害者手帳の取得により活用できる主なサービスは以下のようになります。その他、市町村により独自に手当金などの制度を設けています。

- ホームヘルパー等の在宅福祉サービス、施設利用サービス（ただし障害者自立支援法下において手帳取得が絶対に必要ではなく、診断書を用いて自治体が支給決定を行う場合もあります）
- 自立支援医療の手続きの簡素化。
- 所得税・住民税・相続税・贈与税の優遇措置（手続きの簡略）
- 自動車取得税、自動車税の免除（1級のみ、本人の通院等に生計同一者が運転する場合も）。
- 生活保護制度における障害者加算（1,2級のみ）。
- 公営住宅への優遇当選率。
- 自治体により公営水道料金の減免や公営交通機関の運賃割引。
- 携帯電話料金の割引。
- 障害者法定雇用率の適用。
- 失業保険給付の障害者（就労困難者）期間の適用（原則として雇用保険受給申請前の手帳取得が必要）。

👉 市町村によって減免の対象が異なる場合があります。居住地の自治体に確認しましょう。

携帯電話

携帯電話各社で割引の内容が異なります。ご加入の携帯電話会社にお問い合わせください。

NHK 受診料

👉 減免や割引は申請主義です。該当する場合は、活用することを勧めましょう。

身体障害者手帳 1 級～2 級、重度の知的障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳 1 級の方が世帯主で受信契約者の場合、NHK 受診料が半額となります。また、障害者手帳を取得している方がおり、世帯構成員全員が市町村民税非課税の世帯は全額免除となります。よって、非課税である障害年金や労災年金等で生計を立てている単身生活の方は全額免除となります。

<http://pid.nhk.or.jp/jushinryo/taikei-henkou.html>

水道料金

地域によって異なりますが、障害者手帳を所持していることで水道料金の割引対象となる場合があります。お住まいの自治体にお問い合わせください。

税金控除

納税者自身又は控除対象配偶者や扶養親族が所得税法上の障害者に当てはまる場合には、一定の金額の所得控除を受けることを障害者控除といいます。

https://www8.cao.go.jp/shougai/data/data_h20/zuhyo77.html

<https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1160.htm>

●特別障害者控除

対象は身体障害者手帳 1 級～2 級、重度の知的障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳 1 級であり、控除額は住民税 30 万円、所得税 40 万円となります。

●障害者控除

対象は身体障害者手帳 3 級～6 級、知的障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳 2 級～3 級で、控除額は住民税 2 6 万円、所得税 2 7 万円となります。

●同居特別障害者

納税者の配偶者その他の親族（扶養親族や配偶者控除を受ける配偶者に限る）が特別障害者で、かつ、納税者またはその配偶者、納税者と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居している場合で、控除額は住民税 5 3 万円、所得税 7 5 万円となります。

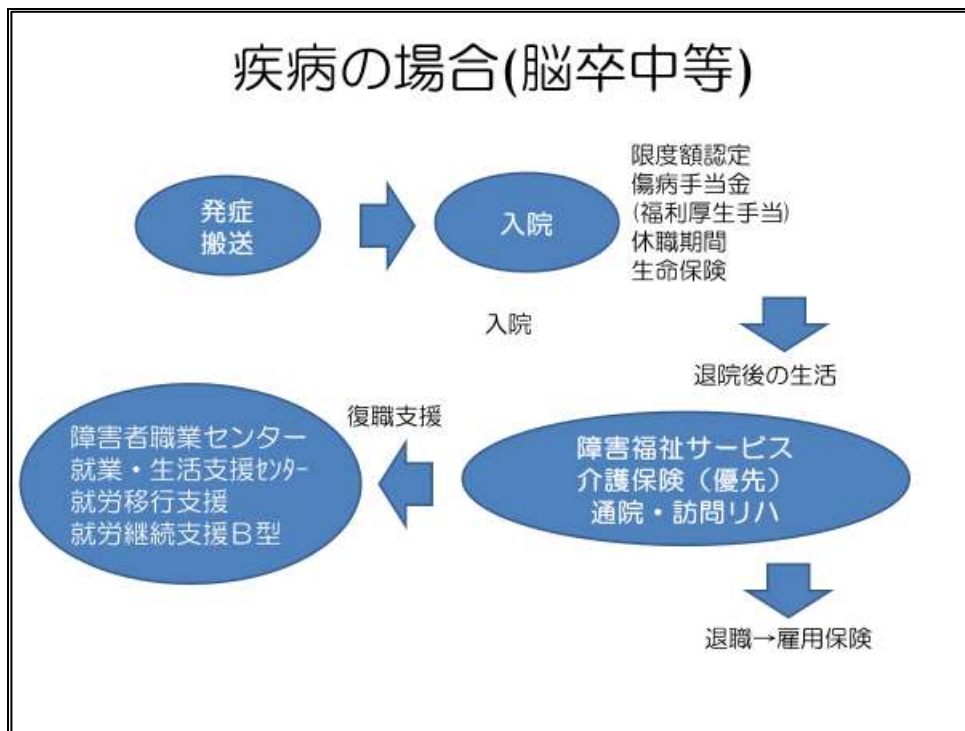
自動車税・軽自動車税及び自動車取得税の減免

心身に障害がある方（身体障害、知的障害、精神障害によって対象となる障害の状態が定められています）が所持しているか、その方のために専ら使用する自動車で、一定の基準に該当する場合は、申請により自動車税、軽自動車税、自動車取得税が減免される場合があります。

心身障害者扶養（共済）制度

障害のある方の保護者が、毎月一定の掛金を保険者に払い込み、その保護者が亡くなった場合などに、残された障害のある方に毎月年金を支給します。障害のある方の将来に対して、保護者が抱く不安を軽減し、障害のある方の生活の安定と福祉の向上を目的とします。お住まいの市区町村にお問い合わせ下さい。

(5) 疾病の場合の支援



●高額療養費制度

脳卒中や脳炎、私生活での転倒・転落等による脳外傷の場合、医療費は健康保険での対応となります。療養の給付（治療費や入院費等）は高額となりますので、保険者に限度額認定の申請を行ないます。

👉2024 年度時点の金額となります。

所得区分（70 歳未満の区分）	自己負担限度額	多数該当
①区分ア （標準報酬月額 83 万円以上の方）	252,600 円 + (総医療費 - 842,000 円) × 1%	140,100 円
②区分イ （標準報酬月額 53 万～79 万円の方）	167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1%	93,000 円
③区分ウ （標準報酬月額 28 万～50 万円の方）	80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1%	44,400 円
④区分エ （標準報酬月額 26 万円以下の方）	57,600 円	44,400 円
⑤区分オ（低所得者） （被保険者が市区町村民税の非課税者等）	35,400 円	24,600 円

👉傷病手当金の受給期間を確認しましょう。

●傷病手当金

休職中の所得補償ですが、協会健保等の健康保険に加入している場合は「傷病手当金（支給開始日以前の 12 カ月の各月の標準報酬月額を合算して平均値を算出した額の 2/3、期間は概

ね1年半)」が受給できます。

※退職後の傷病手当金の受給

健康保険の資格喪失日の前日（退職日）まで被保険者期間が継続して1年以上あり、被保険者資格喪失日の前日に、傷病手当金を受けているか、受けられる状態（就労ができない状態）であれば、資格喪失後も引き続き傷病手当金の支給を受けることができます。ただし、一旦仕事に就くことができる状態になった場合、その後さらに仕事に就くことができない状態になっても、傷病手当金は支給されません（例：健康保険加入歴が継続して1年以上ある方が、2017年10月1日脳卒中発症、2017年10月10日退職の場合でも、傷病手当金の支給は可能です。ただし、2018年10月10日に就労可能な状態になったが、2018年11月10日再度働くことが難しい状態になった際に、傷病手当金の受給期間である1年半に達していないが、一旦働ける状態となっているために、傷病手当金は支給されません ※退職していない場合、受給期間内であれば再度傷病手当金を受給することが可能です）。

➡ 傷病手当金受給に際して、加入期間の要件はありません。ただし、退職後の受給については被保険者期間によって制限があります。

➡ 傷病手当金を満期受給した後、同一傷病での受給はできません。ただし、(うつ等で)治癒して相当期間就業した後に同一病名再発の場合は、個別疾病とされる場合がありますので、健保組合等に相談ください。

●介護や日中活動

退院後の生活支援や日中活動ですが、40歳から64歳で脳卒中となった方は介護保険を優先的に利用します。ただし、介護保険にない支援内容（障害福祉サービスの就労移行支援、就労継続支援、自立訓練などの訓練給付）や介護保険サービスへの適応が難しい場合（通所先に高齢者しかおらずに馴染めない等）は、障害福祉サービスの利用も可能な地域がありますので、市町村障害福祉担当者等と相談することをお勧めします。

●休職期間

仕事をしている場合は休職して療養することとなります。休職期間ですが、従業員が10人以上いる会社では就業規則が定められており（労働基準法89条）、就業規則には休職期間も明記されています。休職期間がわからなければ、その後どのような段取りで休職中の生活を組み立てるのか、どの時点から復職への動きを始めるのかが決められませんので、必ず確認しましょう。

➡ 休職期間を確認しましょう。

●特定理由離職者の国民健康保険料の軽減について

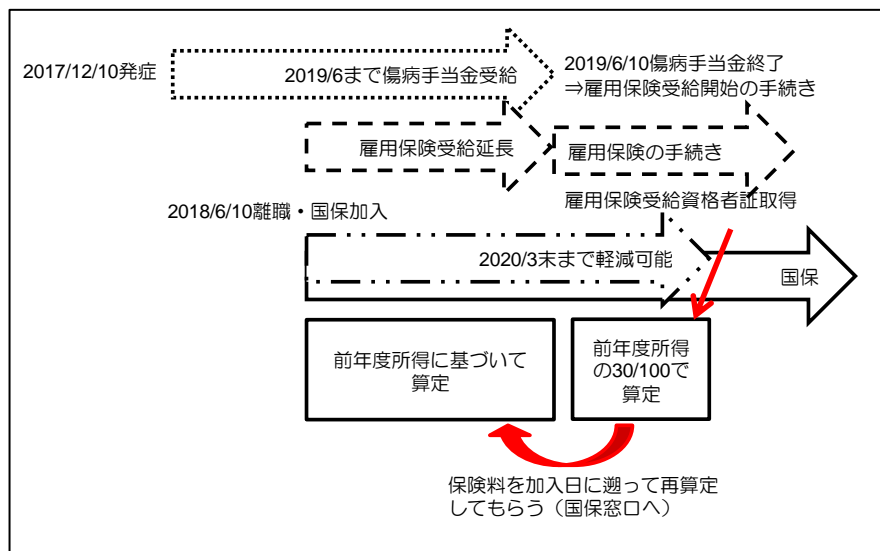
国民健康保険料は、前年度の所得等により算出されます。ただし、雇用保険の特定理由離職者（雇用保険受給資格者証の離職理由が11、12、21、22、31、32の方）の場合、前年の給与所得を30/100とみなしての算定となります。

期間は、離職翌月から翌年度末までで、手続きは、市町村国民健康保険窓口で行います。

特定理由離職者には、「心身の障害や疾病・怪我等で離職した方」が含まれているので、自己都合退職扱いであっても、雇用保険失業給付受給までの3か月の給付制限がなくなり、7日間の待機期間後に受給できます。

ただし、軽減対象者は雇用保険受給資格者証を持っている方ですから、療養等で受給期間延

長の手続きをしている場合は、対象となりません。この場合、雇用保険受給資格者証を取得した時点で申請を行うと、退職した翌月に遡って保険料の再算出がされます。払いすぎた保険料は還付されるのか、申請後の保険料が免除されるのか、市区町村国民健康保険窓口に相談したほうが良いでしょう。



<事例>

2017/12/10 脳出血発症、3日の待機期間後に傷病手当金受給した方。

2018/6/10 会社の規定により、6ヶ月の休職期間内に復職ができなかったため、自己都合退職となりました。退職に伴い、健康保険は組合健保から国民健康保険に、厚生年金から国民年金へ変更の手続きを行いました。傷病手当金の受給は継続して、雇用保険は受給延長の手続きを行いました。

2019/6 傷病手当金終了にあたり、就労できる状態まで回復したので雇用保険を受給することとなりました。その際、特定理由離職者として雇用保険を受給できる場合、国民健康保険料が前年度収入の30/100で計算されます。並びに、退職後に支払っていた国民健康保険料も退職した翌月に遡って再算定されますので、国民健康保険窓口で確認します。

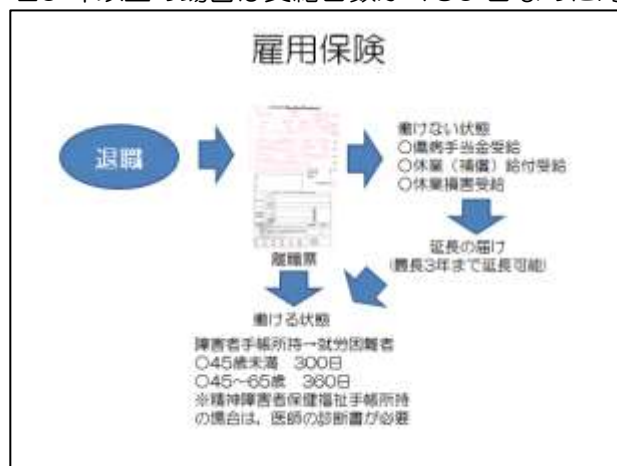
(6) 雇用保険

仕事を退職した場合、雇用保険に加入しており、一定の加入要件を満たすことで失業給付の受給が可能となります。この場合、障害者手帳を取得していると「就労困難者」として扱われ、通常よりも長期間(受傷発症時が45歳未満の場合は300日、45歳から65歳の場合は360日)受給することが可能です。

なお、雇用保険の失業給付は治療や療養をしており際に受給する傷病手当金や休業(補償)給付との併給はできません。この場合は受給延長の届を行い、就労できる状態になった際に求職登録を行い、失業給付を受給することとなります。なお、受給延長は3年間となります。

就労中の脳損傷により失業した場合、離職の日以前の1年間に6ヶ月以上雇用保険に加入していれば、特定理由離職者として失業保険受給の可能性があります(通常求職申込み後、通算7日間の待機期間を経て、雇用保険を受け取ることとなります。ただし、自己都合退職の場合は更に3ヶ月間は給付を受け取ることができません。ただし、特定理由離職者であれば、3ヶ月間の給付制限を受けることがなくなります)。

例…45歳の健常者で雇用保険加入期間が20年以上の場合は支給日数が150日なのに対して、障害者の場合には、45歳で1年以上雇用保険に加入後、退職した場合には360日の支給日数となります。在職中に障害者手帳を所持していると「就職困難者」として一般の失業者よりも長期間失業保険が給付されます。そのため、退職の方向性がある場合には高次脳機能障害のみでも在職中又は支給開始延期の期間に精神障害者保健福祉手帳取得の可能性を検討することが望ましいでしょう。



☛ 退縮後、すぐ働くことが難しい場合は受給延長の届をしましょう。

☛ 雇用保険受給要件は、1.失業状態にあること、2.離職日以前の2年間に「被保険者期間」が通算して12ヶ月以上あること(特定受給資格者や特定理由離職者の場合は、離職日以前の1年間に被保険者期間が通算して6ヶ月以上)となります。

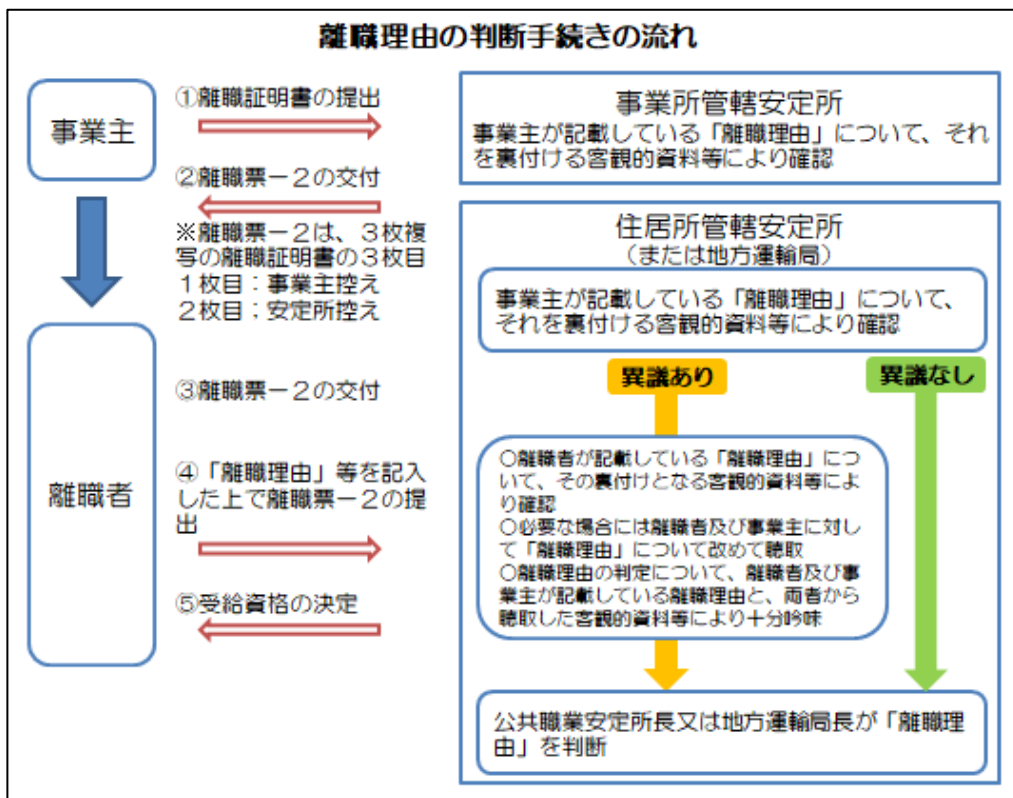
☛ 特定受給資格者倒産や解雇により離職した方です。

☛ 特定理由離職者正当な理由(心身の障害や疾病等)のある自己都合により退職した方です。

仮に失業保険受給中にてんかん発作等によりしばらく求職活動ができなくなった場合には失業保険制度の傷病手当が受給できます。

失業保険は働ける状態にあることが条件になるため、失業時点で療養中であれば失業保険の開始の延長届を職業安定所に必ず提出するようにします。最長3年間は支給開始を延期することができます。

なお、傷病手当金、労災休業(補償)給付、傷病年金受給中の人は療養中の扱いになるため失業保険の受給はできません。



✦ 失業給付を受給する場合、受給金額によっては扶養から外れる場合があります。

国民健康保険に加入する場合、雇用保険の特定理由離職者として登録することで、保険料を決定する際の前年度所得を 3/10 として算定されますので、結果的に保険料を抑えることが可能となります。

就職困難者の受給期間

区分 \ 被保険者であった期間	1年未満	1年以上	5年以上	10年以上	20年以上
		5年未満	10年未満	20年未満	
45歳未満	150日	300日			
45歳以上65歳未満		360日			

通常の受給期間

区分 \ 被保険者であった期間	1年未満	1年以上	5年以上	10年以上	20年以上
		5年未満	10年未満	20年未満	
30歳未満	90日	90日	120日	180日	-
30歳以上35歳未満		90日	180日	210日	240日
35歳以上45歳未満				240日	270日
45歳以上60歳未満		180日	240日	270日	330日
60歳以上65歳未満		150日	180日	210日	240日

https://www.hellowork.mhlw.go.jp/insurance/insurance_basicbenefit.html#a4

https://www.hellowork.mhlw.go.jp/insurance/insurance_benefitdays.html

<雇用保険被保険者証の見本>

様式第7号

雇用保険被保険者証

見本



被保険者番号

4800-010566-2

被保険者氏名

コウ タロウ

生年月日
(元号一年月日)

4 010416 (2 大正 3 昭和)
4 平成

2010. 2

https://www.hellowork.mhlw.go.jp/doc/info_1_e6.pdf

<雇用保険被保険者 離職票1>

株式会社6号(1) 交付番号 280104 雇用保険被保険者 離職票 1 資格喪失確認通知書(被保険者通知用) 99-99999999

帳票種別 1 4 2 0 0 1 被保険者番号 4800-010566-2 2 資格取得年月日 4-190401 3 離職年月日 4-271231 4 被保険者種類 1 5 再交付表示 0

離職者氏名 コロウ タロウ 性別 1 生年月日(元号一年月日) 4 010416 喪失原因 2 離職届交付希望 1

事業所番号 4801-001186-9 管轄区分 0 事業所名称 労働市場センター株式会社 産業分類 37 通信業

6 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 7 番号換取取得チェック不要 8 住居所管轄決定所

9 求職申込年月日 4 - 10 認定日(一般) 11 認定予定日(高齢者・短期) 12 賞金日額(区分一日額又は総額) 13 区分 14 離職理由 15 求職番号

16 特種表示区分又は 徴収決定期年月日 17 金融機関・店舗コード 口座番号 18 支払区分 19 区分一氏名(姓) 区分(空欄 分ち書き 1 氏名変更)

備考 離職時年齢 26歳 支払方法は未登録です。 公共職業安定所 所長印

所属長 次長 課長 係長 操作者 基本手当日額()円 所定給付日数()日 支給番号()

求職者給付等払渡希望金融機関指定届 (切り取らないでください。)

届出者	フリガナ	コロウ タロウ		
	1 氏名	堀川 太郎		
	2 住所又は居所	富士吉田市電ヶ丘2-4-3		
払渡希望 金融機関	フリガナ	〇〇銀行		
	3 名称	本店	支店	金融機関による錯誤届
	4 銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	口座番号	(普通) 1234567	
	5 ゆうちょ銀行	記号番号	(総合) -	

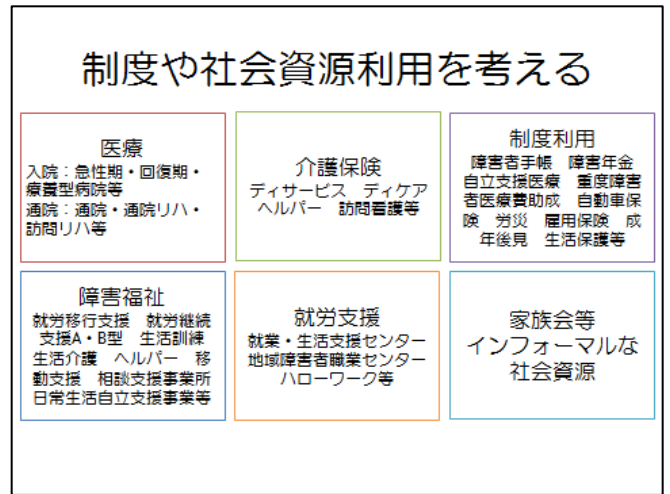
◆金融機関へのお問い合わせ
雇用保険の失業給付金を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、下記のことについて御協力をお願いします。
1 上記届出書に記載された事項のうち「1氏名」欄、「3名称」欄及び「4銀行等(ゆうちょ銀行以外)」の「口座番号」欄を正確に記入し、「金融機関による錯誤届」欄に金融機関確認印を押印してください。
2 金融機関コード・店舗コードを記入してください。(ゆうちょ銀行の場合は除く。)

金融機関コード 店舗コード

(7)医療や福祉サービスの活用

① 障害福祉サービスの利用

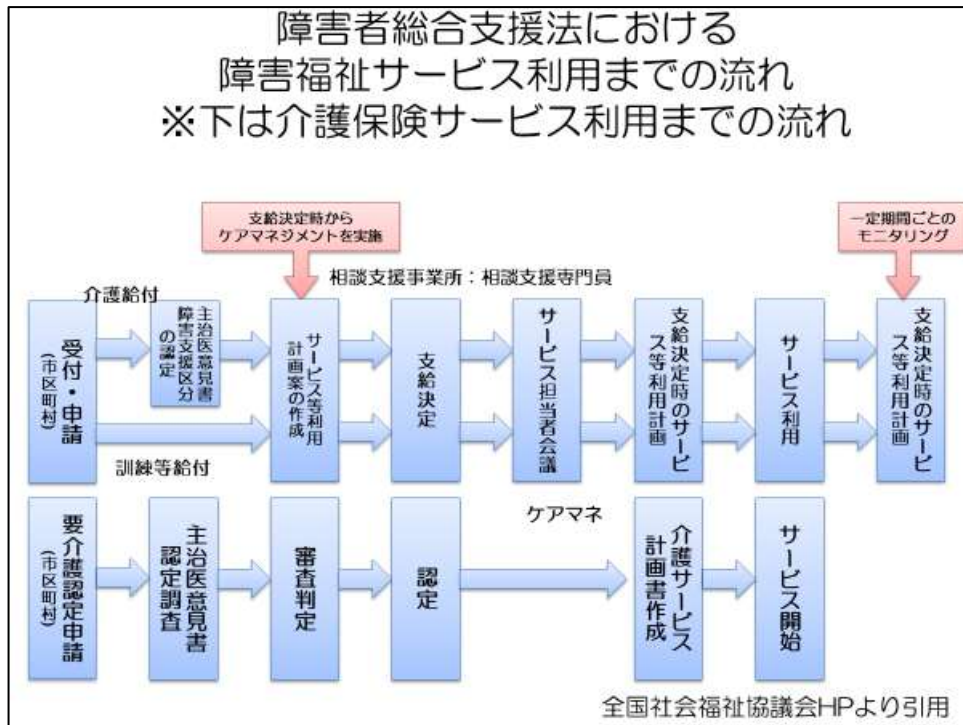
医療、障害福祉、介護保険、その他の制度等、必要に応じて様々な制度の利用が考えられます。例えば、症状が重たい期間は介護保険のデイサービスや障害福祉サービスの生活介護等を利用します。さらに、身体機能の低下があれば、介護保険や医療保険での訪問リハビリの利用も考えられます（通院・通所との併用は不可）。単独外出が難しい場合は、障害福祉サービスの移動支援で余暇活



動を行うこともできます。回復に伴い、障害福祉サービスの就労サービス（就労継続支援 B 型、就労移行支援）を利用し、職業準備性が整った段階で障害者就業・生活支援センターや地域障害者職業センターを利用して復職や新規就労を検討します。その間、金銭管理に課題があれば日常生活自立支援事業の利用、単身生活に課題があれば配食サービス、ホームヘルパーの利用も検討できます。よって、自分のフィールドだけではなく、多機関の連携を意識した方がいいでしょう。

☝ 相談支援事業所、相談支援専門員に相談しましょう。

☝ 配食サービスは、障害福祉サービスではありませんが見守り機能も兼ねることが出来、有用です。



障害福祉サービス（障害者総合支援法のサービス）を利用する場合、①障害者手帳、②自立支援医療、③診断書、④精神障害を事由とする年金を受給している、⑤精神障害を事由とする

特別障害給付金を受給している、のいずれかが必要となります。何らかの理由で障害者手帳を取得しておらず、自立支援医療の対象でもない場合は、医師に診断書（疾患名、ICD-10コード、障害福祉サービスの利用が必要との文言）での申請が可能ですので市町村窓口で相談してください（一部市町村は独自の書式を有する場合があります）。

👉 障害者手帳がなくても、障害福祉サービスの利用は可能です。

※障害者総合支援法のサービスを利用する場合の診断書については、例えば「2016年7月10日にくも膜下出血を発症し、現在、**器質性精神障害（高次脳機能障害：F06）**が残存しており、**障害福祉サービスの利用**が必要となります。（※できれば、記憶障害・注意障害・遂行機能障害・社会的行動障害等の具体的な症状も加筆しておくが良い）」と記載します。

介護保険を利用した場合、自己負担額は収入に応じてサービス利用料の1～3割となります。障害福祉サービスを利用する場合も原則1割負担ですが、所得に応じて負担上限額が異なります。例えば、就労継続支援B型を利用すると1日の自己負担額が600～700円となり、月20日通所すると自己負担額は12,000～14,000円となりますので、助言しておくことが必要です。

介護給付	
① 居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
② 重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により、行動上著しい困難を有する人で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。
③ 同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供（代筆・代読を含む）、移動の援護等の外出支援を行います。
④ 行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援や外出支援を行います。
⑤ 重度障害者等包括支援	介護の必要性がとてもし高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います。
⑥ 短期入所（ショートステイ）	自宅で介護する人が病気の場合などに、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。
⑦ 療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行います。

⑧ 生活介護	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。
⑨ 障害者支援施設での夜間ケア等(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。

訓練等給付	
① 自立訓練	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。機能訓練と生活訓練があります。
② 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。
③ 就労継続支援 (A型＝雇用型、B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。雇用契約を結ぶA型と、雇用契約を結ばないB型があります。
④ 就労定着支援	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行います。
⑤ 自立生活援助	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行います。
④ 共同生活援助 (グループホーム)	共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、入浴、排せつ、食事の介護等の必要性が認定されている方には介護サービスも提供します。さらに、グループホームを退居し、一般住宅等への移行を目指す人のためにサテライト型住居があります。

👉2018年度より、自立生活援助、就労定着支援、が創設されましたが、本委員会として2018年度中にその実情がつかめていませので、本書には掲載していません。

地域生活支援事業	
① 移動支援	円滑に外出できるよう、移動を支援します。
② 地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等を行う施設です。
③ 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。

全国社会福祉協議会障害者総合支援法のサービス利用パンフレットより

● 障害福祉サービスの利用者負担

障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯（注1）	0円
一般1	市町村民税課税世帯（所得割16万円（注2）未満） ※入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム利用者を除きます（注3）。	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

☛ 福祉サービス利用の自己負担額は市町村障害福祉担当窓口で確認しましょう

☛ 負担上限額は、前年度の所得によって決まります。

注1：3人世帯で障害基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

注2：収入が概ね600万円以下の世帯が対象となります。

注3：入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般2」となります。

所得を判断する際の世帯の範囲は次の通りとなります。

種別	世帯の範囲
18歳以上の障害者（施設に入所する18、19歳を除く）	障害のある人とその配偶者
障害児（施設に入所する18、19歳を含む）	保護者の属する住民基本台帳での世帯

「全国社会福祉協議会 障害者総合支援法のサービス利用説明パンフレットより」

https://www.shakyo.or.jp/download/shougai_pamph/date.pdf

● 休職期間中の就労系福祉サービスの利用

休職中のものが、就労系障害福祉サービスの利用を希望した際に、市町村から「就労系障害福祉サービス（特に就労継続支援B型）は就労できないものが利用するサービスなので、休職であっても雇用契約を結んでいる状況は「就労できている」と考えられる」とのことで、支給決定されない場合があります。しかし、以下（次頁）の条件に該当すれば支給決定することができます。

(就労系障害福祉サービスの休職期間中の利用)

問12 一般就労している障害者が休職した場合、休職期間中において就労系障害福祉サービスを利用することができるか。

(答)

一般就労している障害者が休職した場合の就労系障害福祉サービスの利用については、以下の条件をいずれも満たす場合には、就労系障害福祉サービスの支給決定を行って差し支えない。

- ① 当該休職者を雇用する企業、地域における就労支援機関や医療機関等による復職支援（例：リワーク支援）の実施が見込めない場合、又は困難である場合
- ② 休職中の障害者本人が復職を希望し、企業及び主治医が、復職に関する支援を受けることにより復職することが適当と判断している場合
- ③ 休職中の障害者にとって、就労系障害福祉サービスを実施することにより、より効果的かつ確実に復職につなげることが可能であると市区町村が判断した場合

「平成 29 年度障害福祉サービス等報酬改定等に関する Q&A(平成 29 年 3 月 30 日)」

http://www.rehab.go.jp/application/files/7415/2299/2716/2_05_2929330.pdf

② 精神科デイケア

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として、個々の患者に応じたプログラムを実施します。精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等が配置されています。

デイケア（日中 6 時間）、ナイトケア（午後 4 時以降の 4 時間）、デйнаイトケア（1 日 10 時間）、ショートケア（1 日 3 時間）があります。利用料は、健康保険を使って 3 割負担の場合、自己負担額は概ね 2000 円から 2500 円となりますが、自立支援医療を使うことで、1000 円以下の自己負担額となります。

プログラム内容は、各機関で利用者に合わせたプログラムが組みられているので、一度見学を試みることをお勧めします。なお、数は少ないが高次脳機能障害に特化した精神科デイケアを行っている機関もあります。

③ 訪問リハビリテーション

✦ 介護保険での訪問看護や訪問リハだけでなく、医療保険での訪問リハも検討しましょう

体のマヒや失語症がある場合、医療機関でリハビリテーションを受けるのではなく、医師の指示に基づき、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士に居宅を訪問してもらい、心身機能の回復・維持及び日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行ってもらうことが可能です。

特に 65 歳未満で、原因疾患が介護保険の特定 16 疾病に該当しない場合は、介護保険制度での訪問看護や訪問リハビリを利用することはできませんが、医療保険による訪問看護や訪問リハビリテーションを利用することは可能です。

訪問リハビリテーションを利用するためには、介護保険の対象者はケアマネジャーに相談します。介護保険の対象ではない場合は、①医療でのリハビリテーションを検討したり、②医療保険での訪問リハビリテーションに対応している事業所を探します（近年は介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションに対応している事業所は、医療保険の訪問リハビリテーションにも対応しています）。そして、医師に指示書を作成してもらい、具体的な訪問リハビリテーションの計画を立て実施してもらいます。

なお、訪問看護ステーションからリハビリが入る場合には、訪問看護扱いとなるため、通院リハや通所リハとの併用は可能となります。

(8) 復職・就労支援

高次脳機能障害者は、稼働年齢層の方が多いために、就労への希望が強い方が多い現状があります。特に復職や新規就労支援は高次脳機能障害支援の大きな柱となっています。ただし、就労を希望しているからといってすぐに就労支援機関を紹介するのではなく、就労する準備ができているか、障害状況と希望する職種や職場環境が適合しているか等を確認する必要があります。そのうえで、就労支援機関と連携した復職・新規就労支援を行うことが望ましいでしょう。

✦ 就労ニーズがあった際に、すぐに就労支援機関につなぐのではなく、職業準備性を確認しましょう。

① 職業準備性

・医学的に安定している：主治医が就労することを了解していることは重要です。また、てんかん発作が頻発する等の危険な状態ではないことも確認します。

・生活リズムが安定している：起床就床時間が定まっている、時折就床時間が遅くなっても修正することができる状態です。

・通勤することが出来る：単独で公共交通機関の利用ができる状態です。

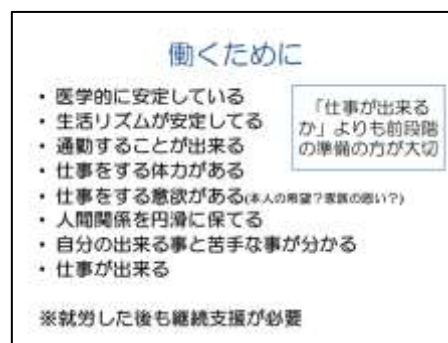
・仕事をする体力がある：最低でも週 20 時間（障害者雇用では週 20 時間以上の就労で、障害者 0.5 人分とカウントされる）就労できる体力があるか、確認します。できれば前後 1 時間程度の通勤時間を見越した体力面の確認を行った方が良いでしょう。

・仕事をする意欲がある：本人が就労することを望んでいる状態です（時折、家族が就労を望んでいるが、本人は働く気持ちがない場合もある）。

・人間関係を円滑に保てる：就労した場合、職場内で対人面のトラブルは避けたいところとなります。たとえ苦手な方がいた場合でも、直接苦情を言うのではなく、上司に相談する、一定の距離をとる等の対応が取れることが望ましいでしょう。

・自分の出来る事と苦手な事が分かる：障害理解は就労を通して様々な経験をする中でも進む、培われるものとなります。ただ、就労するにあたっては、自身の高次脳機能障害の症状を理解して、他者に説明できるようになることが望ましいでしょう。

・仕事出来る：就労を希望する方は「仕事ができるか」ばかりに目が行ってしまいがちですが、就労するにあたっては、上記の「職業準備性」が満たされていることが必要となります。



② 就労に関する相談機関

●公共職業安定所（ハローワーク）

障害者においても就労に関する相談窓口は公共職業安定所（ハローワーク）であり、公共職業安定所で求人登録を行なうことが障害者関連の就労支援を受ける上でも欠かせないこととなります。公共職業安定所には、障害者担当（障害者担当統括）がおり、就労斡旋の他に就労

支援機関の紹介等も行なっています（公共職業安定所は雇用保険失業給付などの窓口でもあります）。

●地域障害者職業センター（新規就労・復職支援）

各都道府県には地域障害者職業センターが設置されています。職業安定所と連携しながらジョブコーチ事業など高次脳機能障害者の就労支援に重要な事業を行なっています。障害者職業センターは障害者手帳取得の有無によらず障害を持つ者を支援の対象にしています。

✦ 公務員の場合も、職業評価のみ行ってもらえる場合があります。障害者職業センターに相談してみましょう。

●障害者職業総合センター

障害者職業総合センターでは、地域障害者職業センターを経由して高次脳機能障害者への専門的支援を必要とする人に対して「高次脳機能障害者職場復帰プログラム」や「職業準備訓練」を実施しています。障害者職業総合センターでは訓練コースを提供しながら地域障害者職業センターと共に復職のための企業との調整や新規就労支援のための支援を実施しています。

国立障害者職業リハビリテーションセンターと吉備高原障害者職業リハビリテーションセンターにも同様の機能があります。

●ジョブコーチ事業

ジョブコーチは、障害者が実際に働く職場内において本人が職場内環境や職務内容に適応し能力を発揮するための支援や、企業のサポートづくりなどを行う支援者です。高次脳機能障害者の就労支援では実際の職場内での支援が重要となるため、高次脳機能障害者の支援を担うジョブコーチが増えることが望まれます。ジョブコーチの種類は ① 配置型（地域障害者職業センターに配置するジョブコーチで、就職等の困難性の高い障害者を重点的な支援対象として自ら支援を行うほか、訪問型ジョブコーチ及び企業在籍型ジョブコーチと連携し支援を行う場合は、効果的・効率的な支援が行われるよう必要な助言・援助を行う）、② 訪問型（障害者の就労支援を行う社会福祉法人等に雇用されるジョブコーチで、高齢・障害・求職者雇用支援機構が実施する訪問型職場適応援助者養成研修又は厚生労働大臣が定める訪問型職場適応援助者養成研修を修了した者であって、必要な相当程度の経験及び能力を有する者が担当する）、③ 企業在籍型（障害者を雇用する企業に雇用されるジョブコーチで、機構が実施する企業在籍型職場適応援助者養成研修又は厚生労働大臣が定める企業在籍型職場適応援助者養成研修を修了した者が担当する）がいます。障害者職業センターや福祉施設からジョブコーチが派遣される期間はおおよそ2～4ヶ月程度（状況により1～7ヶ月）です。配置型ジョブコーチ利用に関する相談は、概ね地域障害者職業センターが窓口となります。

●障害者就業・生活支援センター

就業及びそれに伴う日常生活上の支援を必要とする障害のある方に対し、センター窓口での相談や職場・家庭訪問等を実施します。

就業面での支援としては、「就業に関する相談支援」「就職に向けた準備支援（職業準備訓練、職場実習のあっせん）」「就職活動の支援」「職場定着に向けた支援」「障害のある方それぞれの障害特性を踏まえた雇用管理についての事業所に対する助言」「関係機関との連絡調整」を行います。

生活面での支援では、「日常生活・地域生活に関する助言」「生活習慣の形成、健康管理、金銭管理等の日常生活の自己管理に関する助言」「住居、年金、余暇活動など地域生活、生活設計に関する助言」「関係機関との連絡調整」等の役割を担っています。

(9) 成年後見制度や権利擁護事業

成年後見制度は、禁治産者制度が廃止され新たに設けられた後見制度です。成年後見制度は、契約等の法律行為や財産管理等を行う上で理解判断能力が不十分な人の権利を擁護するための制度です。成年後見制度には法定後見と任意後見との2種類があります。

法定後見は、すでに判断能力等が不十分な者に後見人等を付ける制度です。

任意後見は、認知症状態等になり判断能力が不十分になった時に備えて後見人を選出しておく制度です。親や介護者が健康な間は、家族が財産管理等を行っていても、加齢により判断能力が喪失した時に任意後見人に当事者の法定後見手続きなどを依頼しておくこともできます。

① 法定後見の3類型

法定後見の程度は、精神機能上の障害（認知症や知的障害・精神障害、高次脳機能障害もこれらに入る）により事理を弁識する能力が不十分な程度により、後見・保佐・補助の3つに分類されています。

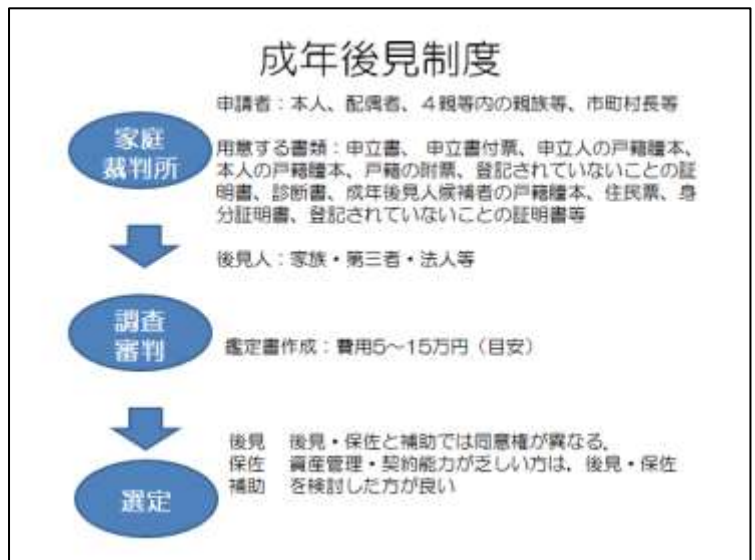
*後見は、本人に判断能力がない場合が対象となります。例えば日常の買い物なども困難な場合などです。

*保佐は、本人の判断能力が著しく低下している場合が対象となります。例えば、日常の買い物程度はできるが、財産管理などは困難な場合などです。

*補助は、本人の判断能力が不十分な場合が対象となります。例えば、重要な財産管理などを単独で行うことが困難な場合などです。

「後見」は理解判断能力を喪失している人が対象となります。本人の日用品程度の買い物も困難な者が対象であるが安価な日用品などについては後見人が取り消さないことが一般的なようです。「保佐」は判断能力が著しく不十分な者が対象となります。自動車購入や不動産売買、金銭の貸し借りなどは保佐人に同意権や取消権が与えられます。「補助」は財産管理などに支援が必要な者が対象となります。そのため「補助」では補助人の同意権や取消権の範囲を家庭裁判所が個別に決定をします。「補助」の申請には本人の同意が必要となります。

高次脳機能障害者の中には障害認識が不十分で経済行為にリスクが大きくても支援の必要性を認めない者もいます。本人の金銭管理をする能力に課題があり経済的な危機等に陥る可能



性がある場合には「保佐」か「後見」での申請を行うことが必要と考えられます。

③ 後見人の役割

後見人には以下のようないくつかの役割を行う義務があります。①財産管理を行うこと・預貯金等の管理や保険料の支払いや保険金の受け取りなど、②本人の生活状況への配慮（身上監護）・施設の利用契約や転居などへの契約行為が円滑に行われるようにすること、③本人の権利が侵害される危険がある場合に本人に代わり苦情申請を行うなどのアドボカシー（本人の権利の代弁）、④見守り・転居などの環境変化に伴う不適応や家庭内外での暴力的被害がないかなどへの支援や保護の要否の確認、があります。

なお、入院等の身元保証人の役割や本人の「一身上の権利」とされる結婚や離婚などについては、後見人の役割や権限に含まれない事柄となります。

③ その他、申請や相談について

申し出は、家庭裁判所に行い、申し出者が選出した後見人が適切であるか家庭裁判所が審判を行います。身寄りがない、家族が後見をおこなうことが不適切あるなどの場合には、家庭裁判所が後見人の選出を行います。

本人の財産である不動産の処分等を行う必要性が生じた場合などは、後見人が家庭裁判所に申し出を行い、処分の可否判断は家庭裁判所が行います。家庭裁判所は後見人による本人への権利侵害等が生じないように後見人監督人を付けることができます。

第三者が後見人になった場合には後見人に対して財産管理業務等に対する報酬の支払いが必要で（成年後見人の報酬：成年後見人が、通常の後見事務を行った場合の報酬（これを「基本報酬」と呼ぶ）の目安となる額は、月額2万円となります。ただし、管理財産額（預貯金及び有価証券等の流動資産の合計額）が高額な場合には、財産管理事務が複雑、困難になる場合が多いので、管理財産額が1000万円を超え5000万円以下の場合には基本報酬額を月額3万円～4万円、管理財産額が5000万円を超える場合には基本報酬額を月額5万円～6万円となります。なお、保佐人、補助人も同様です）。

●高次脳機能障害と成年後見制度

「財産管理が不安」「詐欺に騙されないか」等の不安から成年後見制度を検討する当事者・家族は多くいらっしゃいます。しかし、高次脳機能障害者が判断能力に大きな問題があるかといえ、そうとも言い切れない方が多い現状もあります。あるいは、成年後見制度を利用することで「自分のお金が他人に管理され、自分の思い通りに使えない」「自分のお金を管理してもらうだけで月数万円払うのはバカバカしい」という当事者が多い現実もあります。さらに、一度成年後見制度を利用すると、解除することは非常に難しいです。当事者・家族とともに成年後見の種類や後見人監督人の利用を検討するのか、成年後見制度を利用することでのメリットとデメリットを十分に検討することが重要となります。

✦ 成年後見制度の利用は十分な熟慮を重ねましょう。

●相談窓口

成年後見制度について相談は、家庭裁判所、都道府県社会福祉協議会、財団法人リーガルサポート、財団法人社会福祉士会などが行っています。

●地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）

地域福祉権利擁護事業は、知的・精神障害や認知症などにより日常生活を営むのに支障がある者に対して、日常生活における金銭管理や在宅福祉サービス等の契約等の援助を行う制度です。

成年後見制度は、財産管理等に関して法的な保護を行う制度ですが、地域福祉権利擁護事業は、精神上的障害などにより日常生活に関する行為を一人で行うことが困難な者に対しての生活支援サービスを行う事業です。

地域福祉権利擁護事業を利用する場合は、市区町村の社会福祉協議会に申請を行います。市区町村社会福祉協議会は、生活支援員をつけて貯金の引き出しや支払い等の援助を行います。生活支援員の援助を受ける場合は、生活保護世帯以外は有料となります。

●権利擁護センター

障害年金などを家族が使い込んでしまう、あるいは家庭や施設での暴力など、高齢者や障害者への権利侵害行為に対して、福祉専門家や弁護士が相談援助を行う事業です。都道府県や自治体によって異なりますが、都道府県および政令市の社会福祉協議会・社会福祉士会等がこの事業を行っています。

👉金銭管理については、市町村社会福祉協議会に相談してみましょう。

成年後見制度利用に関する診断書（家庭裁判所提出用）

（家庭裁判所提出用）

※ 本書式は一時的なものであり、家庭裁判所によっては、項目を付加するなど適宜変更した書式を使用している場合がありますので、詳しくは各地域の家庭裁判所にお問い合わせください。

診 断 書（成年後見用）

1	氏名						男・女
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日生		（ 歳）
	住所						
2	医学的診断						
	診断名						
	所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）						
	備考（診断が未確定のときの今後の見通し、必要な検査など）						
3	判断能力についての意見（下記のいずれかをチェックするか、（意見）欄に記載する）						
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない。 <input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要である。 <input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある。 <input type="checkbox"/> 自己の財産を単独で管理・処分することができる。						
	（意見）						
	判定の根拠（検査所見・説明）						
	備考（本人以外の情報提供者など）						

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

鑑定書については、以下の裁判所ホームページを参照してください。

http://www.courts.go.jp/saiban/syurui_kazi/kazi_09_02/index.html

(10) その他の制度利用

① 日本スポーツ振興センター（通学を含む学校管理下でのケガ等の場合）

独立行政法人日本スポーツ振興センターでは、義務教育諸学校、高等学校、高等専門学校、幼稚園、幼保連携型認定こども園、高等専修学校及び保育所等の管理下における災害を対象として、災害共済給付（医療費、障害見舞金又は死亡見舞金）を行っています。

給付対象範囲は、学校管理下（通学も含む）での負傷や疾病であり、障害が残った場合も給付の対象となり、医療費（医療費・薬剤費の4割を補償）、障害見舞金（障害の程度により1～14級の障害等級表の準じた額が支払われる）等が支給されます。医療費の支給は最長10年間とされ、2年間医療費や障害見舞金等の請求を行わなかった場合は時効となります。支払い請求窓口は学校設置者となりますので、まず学校にご相談ください。

通学を含む学校管理下でのケガ等により高次脳機能障害になった場合は、医療費や障害見舞金の対象となりますので、請求を行います（なお、自動車との交通事故等第三者の加害行為による災害で加害者から補償を受けた場合、他の法令の規定により給付等を受けた場合は対象となりません）。

<https://www.jpnспорт.go.jp/anzen/>

② 住宅ローン：団体信用生命保険

団体信用生命保険には、住宅ローンを組む際に加入しています。加入者が死亡または所定の高度障害状態になった場合、住宅ローンの残金が全額弁済される保障制度です。

ただし、高度障害とは以下の1～8の状態であり、脳損傷の場合は両目の失明、全失語、ほぼ寝たきりのいずれかの状態でなければ該当しませんから、かなりハードルが高いと考えた方が良いでしょう。

三大疾病（がん・急性心筋梗塞・脳卒中）が原因で一定条件に該当した場合に残りの住宅ローンを全額弁済する三大疾病付機構団信等もあります。

●高度障害状態とは

次の1～8のいずれかの状態に該当され、かつ回復の見込みのない場合となります。

1 両眼の視力を全く永久に失ったもの

●「視力を全く永久に失ったもの」とは、矯正視力が0.02以下になって回復の見込みのない場合をいいます。

※視力の測定は、万国式試視力表により、1眼ずつ、矯正視力について測定します。

<該当しない具体例>

●視野狭さく（視野が狭くなってしまいう状態）および眼瞼下垂（上まぶたが下がって目が閉じたままか、わずかししか開かない状態）による視力障害は視力を失ったものとはみなしません。

2 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの

●「言語の機能を全く永久に失ったもの」とは、次の3つの場合をいいます。

① 語音構成機能障害で、口唇音（バ行・パ行・マ行等）、歯舌音（シ・シュ等）、口蓋音（ヤ行・カ行等）、喉頭音（ハ行等）の4種のうち、3種以上の発音が不能となり、その回復の見込みのない場合。

② 脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意思の疎通が不可能となり、その回復の見込みのない場合。

③ 声帯全部の摘出により発音が不能な場合。

● 「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」とは、流動食（「液体」または「おも湯」で、かゆ食は含まれません）以外のものは摂取できない状態で、その回復の見込みのない場合をいいます。

<該当しない具体例>

● 消化器官の障害によるものは含まれません。

3 中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの

4 胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの

● 「常に介護を要するもの」とは、食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のいずれもが自分ではできずに常に他人の介護を要する状態をいいます。いわゆる寝たきりの状態もしくはこれに近い状態を指します。

※特別の器具、介護用品等を使用して自力でできる場合は含まれません。

<該当しない具体例>

● 関節リウマチ（慢性）：「関節の疾病」であり「中枢神経系・精神、または胸腹部臓器」に障害を残すものではありません。

● 腎臓病による人工透析：「常に介護を要する」状態でなければ該当しません。

● 心臓ペースメーカー等の埋めこみ：「常に介護を要する」状態でなければ該当しません。

● 片麻痺：左半身の麻痺が生じ、入浴や排泄の後始末、歩行については、いずれも常に他人の介護を要する状態ではあるものの、右半身は正常に動かすことができ、食事の摂取や衣服の着脱、起居は自力で通常通りできる場合など、半身麻痺の場合は、「常に介護を要する」状態でなければ該当しません。

5 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの

6 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの

7 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの

● 次の2ケースをいいます。① 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの。② 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢の用を全く永久に失ったもの。

8 1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

● 片麻痺（右半身麻痺、左半身麻痺）のみの場合は、高度障害状態の「7」または「8」には該当しません。

● 「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失い、回復の見込

のない次のいずれかの場合をいいます。①上・下肢の完全運動麻痺 ②上・下肢におけるそれぞれの3大関節（上肢においては肩関節・ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節・ひざ関節および足関節）の完全強直

※完全運動麻痺とは、各関節が完全に麻痺し、自力では動かせない状態をいいます。

※完全強直とは、各関節が完全に固まってしまい、形態（角度）を変えることができない状態をいいます。

住宅金融支援機構 HP：団信弁済パンフレットより転載

<https://www.jhf.go.jp/files/400356122.pdf> <https://www.jhf.go.jp/files/400356147.pdf>

③生活保護

給与所得等の収入や資産（預貯金等）がなく、生活の維持が難しい場合には、生活保護の受給を検討します。申請の前に、一度生活保護窓口への相談することを求められる場合が一般的です。一度目の相談で、受給要件や必要な書類や手続きの確認を行い、2度目の相談で申請することがスムーズな受給につながります。なお、窓口は福祉事務所（市町村の生活保護担当課）です。なお、身体障害者手帳 1～3 級、精神障害者保健福祉手帳 2 級以上を所持している場合は障害者加算の対象となります。

※車を所持している場合は、原則的に生活保護を受けることは出来ません（車を所持することで就労が可能な場合は認められる場合もあります）。

※持ち家の場合、原則的には資産を処分してから生活保護を受給する事となりますが、障害等があるために住居の変更等が困難な場合は、生活保護の受給が可能となる場合がありますので、窓口で相談しましょう（この場合、原則的に住宅扶助は受けられません）。

<生活保護申請時に必要なもの>

- 収入に関する書類

直近、もしくは退職直近 3 ヶ月の給与および賞与明細（自営の場合は直近 3 ヶ月の収入がわかる書類）、年金受給者は）年金証書と支払い通知書、受給している手当を証明する書類、資産に関する書類、貯金通帳（直近に記帳する）、固定資産（不動産等）に関する書類（生命保険等は解約する）、車保有者は車検証

- その他

健康保険証等、医療費や薬代の明細、借家等の場合は賃貸契約書、公共料金（電気・水道・ガス・電話・下水料金等）の領収書、高校生の子がいる場合は在学証明書、各種障害者手帳、外国人登録証明書

- 親族

近親者の連絡先を持参する。なお、近親者には後日援助の可否に関する連絡が入るので、事前に「担当者から連絡がいく旨・援助の可能性について」等を調整しておくことが望ましいでしょう。

👉生活保護の申請は、一度で終わることは珍しく、何度も足を運ぶことになることが多々あります。

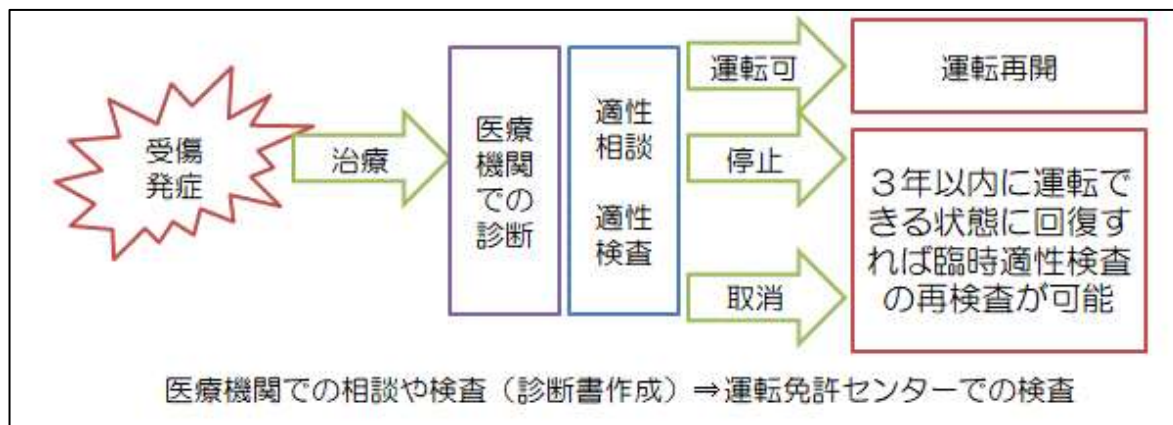
できるだけ当事者の負担にならないように、必要な書類をしっかりと把握して、スムーズな申請につながるよう支援しましょう。

③ 自動車運転

脳外傷や脳卒中を受傷発症した場合は、道路交通法 90 条、103 条の「一定の病気（一定の病気に係る免許の可否等の運用基準）」に該当しますので、運転再開を希望する場合には、運転免許センターで適正相談や臨時適性検査を受けることが必要となります。警察署や各都道府県の運転免許センターに相談しましょう（免許更新時には質問票に基づき自己申告を行うとともに、概ねの場合で医師の診断書提出が必要となります。また、自己申告において虚偽の記載や報告をした場合には罰則規定が設けられていることも把握しておきましょう）。

👉 免許有効期限を確認し、有効期限が迫っている時には今後の手続きのアドバイスをするといいでしょう。

https://www.npa.go.jp/laws/notification/koutuu/menkyo/menkyo20220314_68.pdf（警察庁の HP 参照）



運転免許証の再交付手続きが可能な失効には、「うっかり失効」、「やむを得ない理由による失効」、「一定の病気による失効」の 3 種類があります。

うっかり失効は、病気や障害に限らず免許の更新期限を過ぎてしまった場合、6 カ月以内であれば手続きできるものです。この場合、免許は新規取得と見なされるのでゴールド免許などは引き継がれません。高次脳機能障害の方の運転については、運転免許センターで「やむを得ない理由による失効」の手続きか、「一定の病気による失効」のいずれかによる手続きを案内される事となります。診断書は所定の書式があり、疾患や状態ごとに異なります。

「停止」は 6 カ月以内の期間となります。停止後、あらためて運転が可能との診断書が出せる状態になれば、運転が可能となりますし、まだ難しい状態が続くようであれば、再度停止の診断書を作成し、停止期間を延長させる場合もあります。また、取消となった場合は、決定後 1 年間は欠格期間となりますが、処分が決定してから 1 年経過後から 3 年までの間の 2 年の間に運転ができる状態との診断書が出せる状態となれば、臨時適性検査等を行った上で運転再開が可能となります。

なお、運転再開にあたって教習所等と連携して教習やアドバイスを行っている都道府県もあります。各都道府県の高次脳機能障害支援拠点機関等にお問い合わせください。

(11) NASVA（独立行政法人自動車事故対策機構）

自動車事故対策の専門機関であり、自動車事故の防止、被害者支援の取り組みを行っており、本事業の助成もいただいています。

被害者支援として、療護施設の設置・運営（NASVA 療護センターとNASVA 委託病床）、在宅介護への支援（介護料の支給、相談対応や情報提供、国土交通省指定の短期入院協力病院や協力施設への短期入院・短期入所支援）等を行っています。

●まとめ

高次脳機能障害支援について、医療・障害福祉や介護保険サービス・就労支援等の支援を活用した一貫した支援は整いつつあります。これからは、分野の垣根を超えた職種間の有機的な連携が課題となります。今回は、多職種連携事例検討会を行う中で見えてきた課題、高次脳機能障害支援を進めるうえでのポイントをまとめました。事例検討会を行う時だけではなく、支援全般で活用いただければと思います。

6. おわりに

2006年に高次脳機能障害支援普及事業が施行されてから10年が経過する中で、各都道府県に支援拠点機関が設置され、支援コーディネーターが配置されました。さらに、支援コーディネーターが関係者と連携しつつ個別支援や地域支援、普及啓発活動を行う中で、医療、障害福祉、介護保険、就労支援等に関する実践の蓄積がなされてきました。それと同時に、高次脳機能障害という言葉も、世の中にずいぶん浸透してきました。

普及啓発という点では、当初は「高次脳機能障害とは」という研修からスタートしたと思いますが、徐々に実践報告や事例検討会が行われるようになりました。特に、多職種が参加した事例検討会では、職種の壁を乗り越えて、互いの長所を生かしていく支援の提案が出来たときには達成感と連携の重要性を認識するとともに、事例検討会を通して、高次脳機能障害の特性や支援のポイントを説明することが有用であることを感じてきました。

そのような中、2016年から3カ年の計画で、日本損害保険協会より「高次脳機能障害支援に関する多職種連携・コンサルテーションに関する研究会」を行う機会をいただきました。参加した委員は相談支援コーディネーターを中心とした高次脳機能障害者支援の実績がある者ですが、職種としては理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、看護師、家族会、ソーシャルワーカーとして、多面的な議論ができるような構成としました。

参加した委員が議論や実際の事例検討会を重ねる中で、高次脳機能障害支援の根底にあるエッセンスを共有しつつ、10年間に培ったノウハウを抽出することで、今回の「高次脳機能障害支援コーディネーター 多職種連携支援・事例検討会・制度活用の手引き」という形でまとめさせていただきました。不足している情報もあるかと思いますが、そのような点がありましたら、巻末の委員までご連絡下さい。

今後も高次脳機能障害支援がますます充実していくように、今後ともご協力をよろしく願います。

世話人 瀧澤 学
委員一同

索引（クリックすると当該箇所にジャンプします）

あ

アセスメントシート 19

か

介護給付（障害福祉サービス） 107

過失割合 59・60

仮払金 61

休業損害 48・49

61

休職期間 99

共済年金の厚生年金統合 82

訓練等給付（障害福祉サービス） 108

健康管理手帳 80

権利擁護センター 116

後遺障害診断書（自賠責） 50

高額療養費制度 98

公共職業安定所（ハローワーク） 112

交通事故紛争処理センター 60

公的年金の受給条件 81

子の加算（障害基礎年金） 81

雇用保険 101

雇用保険被保険者証 103

雇用保険被保険者 離職票 104

さ

事後重症 84

自損事故 59

自動車保険 48

自動車運転 121

自賠責保険等級表 55

就業・生活支援センター 113

就職困難者 101

就労困難者の雇用保険受給期間 102

障害補償給付支給請求書 70

障害基礎年金 81

障害基礎年金と老齢厚生年金の併給 82

障害厚生年金 81

障害者控除 97

障害者職業総合センター 112

障害者手帳 92

障害者手帳で活用できる主な制度 95

障害年金 障害等級の目安 82

障害年金 診断書（精神の障害用） 83

障害年金 併合認定表 89

障害福祉サービスの利用 107

障害福祉サービスの利用者負担 109

症状固定（自動車保険） 49

症状固定の時期 49

症状固定（労災保険） 62

傷病手当 100

傷病手当金 98

職業準備性 112

ジョブコーチ事業 113

自立支援医療と重度障害者医療費助成制度 40

神経系統に関する医学的所見 51

心身障害者扶養（共済）制度 97

身体障害者手帳 92

生活保護 120

精神科デイケア 111

精神障害者保健福祉手帳 93

精神障害者保健福祉手帳診断書 94

精神の障害に係る等級判定ガイドライン（障害年金） 83

成年後見制度 114

た

退職後の傷病手当金の受給 99

団体信用生命保険 118

地域障害者職業センター 99

地域生活支援事業（市町村実施分）	109	病歴・就労状況等申立書	87
地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）	116	復職・就労支援	112
知的障害者手帳	92	弁護士費用	60
同居特別障害者	97	訪問リハビリテーション	112
頭部外傷後の意識障害についての所見	52	保佐	114
特定受給資格者	101	補助	114
特定理由離職者	101	ま	
特定理由離職者の国民健康保険料の軽減	99	無拠出年金と所得制限	90
特別障害給付金制度	82	無保険車傷害保険	59
特別障害者控除	96	ら	
な		療養補償給付	63
NASVA 介護料	55	労災アフターケア制度	80
NASVA（独立行政法人自動車事故対策機構）	122	労災（補償）一時金	78
日常生活状況報告表	53	労災（補償）年金	78
日本スポーツ振興センター	118	労災と休職期間	79
年金証書・年金決定通知書	91	労災と自動車保険の重複	79
脳損傷または脊髄損傷による障害の状態に関する意見書	73	労災年金と障害年金の併給	78
は		労災年金の調整	78
配偶者加算（障害厚生年金）	81	労災保険	62
		労災保険 障害等級表	75

<参考図書>

- 「コツさえわかればあなたも読める リハに役立つ脳画像」大村優慈他 メジカルビュー社 (ISBN-10: 4758316937)
- 「コメディカルのための邪道な脳画像診断養成講座」梶間剛他 三輪書店 (ISBN-10: 4895905675)
- 「高次脳機能障害マエストロシリーズ(2) 画像の見かた・使いかた」三村将他 医歯薬出版 (ISBN-10: 9784263215623)
- 「高次脳機能障害の標準看護計画」深川和利他 メディカル出版 (ISBN-10: 4840446016)
- 「The Brain Injury Rehabilitation Workbook」Barbara A. Wilson 他 Guilford Pubn (ISBN-10: 1462528503)
- 「図説ケアチーム」野中猛他 中央法規出版 (ISBN-10: 9784805829479)
- 「前頭葉機能不全その先の戦略-Rusk 通院プログラムと神経心理ピラミッド-」立神粧子他 医学書院 (ISBN-10:4260011804)
- 「多職種連携の技術(アート) 地域生活支援のための理論と実践」野中猛他 中央法規出版 (ISBN-10: 9784805850572)
- 「病気がみえる〈vol.7〉脳・神経」医療情報科学研究所編 メディックメディア (ISBN-10: 4896326865)
- 「CD-ROM でレッスン脳画像の読み方」石橋健司他 医歯薬出版 (ISBN-10: 9784263215777)
- 「Neuropsychological RehabilitationThe International Handbook」Barbara A. Wilson 他 Routledge (ISBN-10: 1138643114)
- 「Surviving Brain Damage After Assault: From Vegetative State to Meaningful Life (After Brain Injury: Survivor Stories)」Barbara A. Wilson 他 Psychology Press (ISBN-10: 1138824585)

<参考ホームページ>

- 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

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

- 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/index.html>

- 独立行政法人 自動車事故対策機構（NASVA）

<http://www.nasva.go.jp/>

- 日本年金機構

<http://www.nenkin.go.jp/>

- 国土交通省 自動車総合安全情報 自賠償保険ポータルサイト

<http://www.mlit.go.jp/jidosha/anzen/O4relief/index.html>

- 労災保険情報センター

<http://www.rousai-ric.or.jp/>

- ハローワークインターネットサービス

<https://www.hellowork.mhlw.go.jp/>

- 日本スポーツ振興センター

<https://www.jpnsport.go.jp/anzen/>

- 後見ポータルサイト（裁判所）

<http://www.courts.go.jp/koukenp/>

- 全国社会福祉協議会 障害者総合支援法のサービス利用説明パンフレット

https://www.shakyo.or.jp/news/pamphlet_201804.html

- 高次脳機能障害者情報支援マップ（千葉県リハビリテーションセンター）

<http://www.chiba-reha.jp/koujinou-support/index.html>

- NPO 法人日本脳外傷友の会

<https://npo-biaj.sakura.ne.jp/top/top/>

日本損害保険協会自賠責運用益拠出金事業助成金（2016-2018年度）

「高次脳機能障害支援における多職種連携コンサルテーション・事例検討会に関する研究」

委員長：小川喜道（神奈川県工科大学創造工学部）
委員：赤嶺洋司（医療法人へいあん平安病院 診療部心理療法係）
伊賀上舞（松山リハビリテーション病院）
石原弥生（山口県立こころの医療センター）
内田由貴子（コロボックルさっぽろ）
川嶋陽平（名古屋市総合リハビリテーションセンター）
河地睦美（奈良県障害者総合支援センター）
佐藤健太（神奈川県総合リハビリテーション事業団）
瀧澤学（神奈川県総合リハビリテーション事業団）
中島裕也（福井総合クリニック作業療法室）
藤山美由紀（社会医療法人宏潤会大同病院）
目黒祐子（東北医科薬科大学病院リハビリテーション部）
森戸崇行（千葉県千葉リハビリテーションセンター）
山本浩二（富山県リハビリテーション病院・こども支援センター）
和田明美（福岡市立心身障がい福祉センター）

※五十音順 ※所属は研究会当時

研究会世話人（問い合わせ先）

瀧澤学（神奈川県総合リハビリテーション事業団）
〒243-0121 厚木市七沢5 1 6 TEL046-249-2612

リンクや引用について

本報告書のリンクや引用については原則的に自由ですが、必ず出典を明示頂ますようお願いいたします。

改訂履歴 2019年1月 発行
2019年10月 改定
2021年10月 改定
2024年1月 改定