資料３

H28.12.5

**高次脳機能がい支援連携ツール活用マニュアル**

**（施行実施パートⅠ用）**

高次脳機能障がい相談支援体制連携調整部会

高次脳機能障がい支援体制整備検討ワーキンググループ

**◆高次脳機能障がい支援連携ツールのめざすべき姿**

本ワーキンググループでは、高次脳機能障がいを有する方々に関わる医療や福祉介護・就労、行政の関係者が、支援に関し必要な情報を入手し、また、支援の工夫点等を共有するための情報伝達手段となるツールを開発するとともに、障がいの個別性が高く、その人に応じた個々の支援が必要とされる高次脳機能障がいの状態像の共通指標となり得るものを開発し、その運用を通じて、支援者が障がいの存在を見落としなく把握し、支援が困難と思われる層も含め全ての高次脳機能障がいの方々に対しての支援方策をともに考え、そのノウハウを地域で支援に携わる機関間で蓄積していけるようなしくみの構築をめざしています。

現在、検討中の支援連携ツールは、【全体支援経過表】【医療情報】【基礎情報】【就労情報】【高次脳機能障がい　確認リスト】と【＿＿＿さんの配慮してほしいこと】から構成されており、それぞれの内容は以下のとおりです。

【全体支援経過表】は、受傷から現在までの経過を一目でわかりやすくした表、

【基礎情報】は、本人の生活や置かれている環境の状況や本人・家族等のニーズに関する基礎情報に関すること、

【医療情報】は、検査所見も含め高次脳機能障がいの診断の根拠となる受傷時の状態像やその後のリハビリ状況、現在の身体状況等、本人の医療に関する情報に関すること、

【就労情報】は、就労に向けた準備段階にある方の就労ニーズや就労にまつわる基礎情報に関することについて、総括的に記録しておくことにより、本人・家族が、その時々に関わる支援者から何度も同じことを聞かれることを避けたり、また、支援者としては、支援計画立案の際のアセスメント等に役立てていただくためのツールとしてご活用いただくことを考えています。

また、【高次脳機能障がい　確認リスト】は、本人の障がいの状態像を確認するため、【＿＿＿さんの配慮してほしいこと】は、特に支援者が他の支援者に、これまでの支援の具体的な工夫や配慮点を引き継ぐためのツールとしてご活用いただくことを想定しています。

**施行実施パートⅠの内容**

(1)実施協力機関（予定）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 | 病院6、　診療所1、　計７ヶ所 |
| 福祉介護・就労事業所 | 自立訓練１、GH１、生活介護２、就労移行１、就労継続B型１、就業・生活支援センター１、相談支援事業所２、通所介護（介護保険）１　当事者・家族会１　計１１ヶ所 |
| 行政 | 市町村２ヶ所（障がい福祉担当課） |

(2)検証項目

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関（医⇔医、医⇔福祉・介連携） | ①医⇔医連携急性期・回復期退院後、高次脳機能障がいの確定診断をするために急性期又は回復期医療機関に求める診療情報の項目とその入手可否。②医⇔福祉・介連携介護事業所が支援を行うに当たり必要として、医療機関に求める診療情報の内容とその入手可否。 |
| 福祉介護・就労事業所 | ①利用者入所契約（受入）時のアセスメント、他の事業所との連携時（引継ぎ含む）に必要とする情報項目。②利用者（家族）の障がい受容又は病識の有無の程度に応じ、支援方策を検討するため支援者間で情報共有すべき項目(様式)と個別支援計画を共有するため利用者と情報共有することが効果的な項目(様式) |
| 行政 | ①介護保険の要介護者・要支援者でもある場合に、介護保険のケアプランを立てる際（障がい福祉サービスとの併用を考える場合含む）に必要又は有益と思われる項目(様式)②当事者の障がい受容や病識が欠如していてサービスに全く繋がっていない場合に、支援方策を検討するため、受入事業所等と支援方策を検討する場合に必須である情報の項目(様式) |

(3)実施方法

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 | 障がい者医療・リハビリテーションセンター（以下「リハセン」という。）の高次脳機能障がい支援コーディネーター（以下「支援コーディネーター」という。）が、各医療機関に上記検証項目に対しアンケート(資料４)及び必要に応じヒアリングを実施。 |
| 福祉介護・就労事業所 | 各事業所に、高次脳機能障がいを有する利用者の中で、できれば障がい受容及び病識が無いケースと一定あるケース2例について、ツールの各様式を記載。今回は施行実施であるため、本人及び家族からの聞き取りは実施せず、アセスメントやモニタリング時に入手した情報をもとに各様式に記入。記入後、リハセン支援コーディネータ―が各事業所に対しアンケート及び必要に応じヒアリングを実施。 |
| 行政 | 　市町村において高次脳機能障がいを有すると把握している障がい者の中で、できれば介護保険の被保険者とご本人に障がい受容や病識が無く支援につなげることを考える必要があるケース2例について、ツールの各様式を記載。介護保険の被保険者については、必要に応じ高齢介護部門と連携し、必要な情報を入手。記入後、リハセン支援コーディネータ―が各事業所に対しアンケート及び必要に応じヒアリングを実施。 |

**各様式マニュアル**

**【全体支援経過表】の留意点**

**＊本人・家族から既に聞き取っている情報の中から、記入できる部分について記載してください。**

・受傷したとき（事故、脳出血等）からの出来事の経過を記入してください。大まかで大丈夫ですので、一目でわかるよう、時系列の把握を目的とした表にしています。

・下の部分は、現在通院している病院や関係機関の連絡先だけを記入してください。電話帳としても活用してもうためです。

・時系列の時期については、左側に年月日か年齢で記入してください。本人や家族がどちらで記憶しているのかに合わせて記入していただく設定です。日付がはっきりしている場合は、年月日を記入してください。



様式１

**【基礎情報】の留意点**

様式１

**＊本人・家族から既に聞き取っている情報の中から、記入できる部分について記載してください。**

【家族及び支援者状況について】

・「キーパーソン」が複数おられる場合は、全て記入してください。

・「通院支援」「金銭管理」については、本人が一人でできる場合には、「自分」にチェック、支援が必要な場合には、「他の人」にチェックし、支援している人と、頻度もわかるようであれば併せて記入してください。

【経済面について】

・成人の方向けの記入の様式となっていますので、本人が子どもの場合は、「経済面」への記入は不要ですが、「家族関係図・ジェノグラム」に家族の経済状況等も併せて記入してください。

【本人・家族等の情報】

・本人の真の希望を家族や支援者がくみ取れるように、また、本人や家族の今後の生活や状況に関する希望をもとに支援方策を検討できるように、本人、家族それぞれに記載してもらう項目があります。それぞれの希望等の把握も兼ねていますので、本人または家族の率直な思いをそのまま記載してください。

・「趣味・得意なこと」及び「嫌い・苦手なこと」については、受傷前後で変化がある場合には、その点についても記載してください。



通院支援

金銭管理



**【医療情報】の留意点**

・医療についての各情報は、高次脳機能障がいの診断や各種診断書の作成、各機関での支援時に必要となってきます。

・様式３−１については、主に高次脳機能障がいの確定診断をする際に医療機関から医療機関、又は、支援方法の検討のために相談・支援等機関から医療機関に、ご本人の同意を前提に診療情報の提供を求める際の依頼文として利用することを想定しています。

・様式３−２については、

1. 医療機関スタッフ（主にMSWやPSW）が退院支援等の際に受入事業所等に情報提供する場合
2. 相談・支援等機関のスタッフがアセスメント時に本人・家族からの聞き取りを行う場合

に必要な医療に関する情報を漏れなく提供したり、聞き取ったりする一覧として利用していただくことを想定しています。

施行実施パートⅠでは、上記の想定がどれくらい実現可能なのか検証することを目的としています。

様式３－１については、資料４にお示したアンケートにお答えください。

様式３－２については、相談・支援事業所のみなさんに、医療機関又は本人・家族から既に聞き取っている情報の中から、記入できる部分について記載いただきたいと思います。なお、この様式は、記入の手間を省くために、本人が所持、もしくは医療機関から取り寄せた情報を添付すれば足りる場合は、それで構わないという設定です。（例　心理検査結果、処方箋、お薬手帳、リハビリサマリー等）。

　様式３－１

医療機関　様

　貴院様を受診（入院または外来）された高次脳機能障がいの患者様に関する情報について、以下のご項目をご参照いただき、可能な範囲で診療情報のご提供をいただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 急性期 | 回復期 | 維持期　　　かかりつけ医 |
| 高次脳機能障がいに関する原因傷病名およびその発症日 | ◎ |  |  |
| 高次脳機能障がい原因傷病に関する初診日および病院名 | ◎ |  |  |
| 発症時の意識レベル | ◎ |  |  |
| 高次脳機能障がい診断の有無 | △ | ○ | △ |
| 症状固定日 |  | ○ | ○ |
| 治療経過 | ○ | ○ | ○ |
| てんかん発作の有無 | ○ | ○ | ○ |
| 既往歴（特に診断干渉因子：認知機能に影響する病態） | ○ | ○ | ○ |
| 処方薬 | ○ | ○ | ○ |
| 高次脳機能障がい症状（記憶、注意等） | △ | ◎ | ○ |
| リハビリ状況 | ○ | ◎ |  |
| 身体状況（麻痺の有無、味覚障害、失語等） | ○ | ◎ | ○ |
| 運転免許についての意見 | △ | ○ | △ |
| 医療的な留意事項（飲酒・喫煙についての意見、再発の可能性他） | ○ | ○ | ○ |
| 禁忌薬・アレルギーの有無 | ○ | ○ | ○ |
| 診断書作成状況 | ○ | ○ | ○ |
| 検査（MRI、CT等）画像　 | ◎ | ○ | △ |
| 心理検査等実施状況 | △ | ◎ | ○ |

※各項目についての情報の必要性を◎かなり高い、○高い、△情報があれば

に分類しております。ご参照下さい。

**紹介元病院の医療情報、リハビリサマリー、検査
結果などをそのまま添付していただければ結構です**

**現時点で把握している情報について、記載してください。**



高次脳機能障がいの原因となった傷病に関して初めて受診した日と病院名を記入してください

認知機能に影響する病態があれば、併せて記入して下さい。

高次脳機能障がいに直接起因する傷病名を記入してください。



**検査結果の添付があれば記入不要です**

**検査結果の添付があればチェックしてください。（下の記載は**

**不要です）**

医療機関で収集した情報（MSW・PSW

などによる）があれば記入してください。

期間の目処等があれば記入してください。

**【就労情報】の留意点**

**＊本人・家族から既に聞き取っている情報の中から、記入できる部分について記載してください。**

・現段階で就労を希望されている方の場合に記入してください。

・職歴詳細は、受傷前、受傷後の両方の情報を把握されている場合は、両方とも記入してください。



**就　労　情　報**

アルバイトも含めて記入

様式４

主に復職に関する相談・連絡・調整等の窓口となる人を記入

どのような見通しか、決まっているスケジュールや段取り等を記入

日数・時間は上限・下限があればそれぞれ記入

複数チェック可

何分以内なら可能か、また希望する沿線等を記入

経過と具体的な取り組み内容を記入

業務上配慮が必要だと思っていることを記入

仕事の内容・勤務時間等、聞いていることがあれば記入

就労に関する礼節の視点から記入

上枠内容以外でコミュニケーションに関して就労する上で必要なことがあれば記入

作業や対人面のことなど自分自身の強みを記入

仕事をする上で困りそうなことがあれば記入

**【高次脳機能障がい　確認リスト】の留意点**

・支援者が支援の手立てやステップアップを考えて行く際に、本人の全体像の把握に利用いただくことを想定しています。

・「代償手段など」の欄には、現在用いている代償手段のことやその活用状況について記入してください。また、代償手段のこと以外の日々の様子や具体的エピソード等も記入してください。

・「ときどき」にチェックがついている項目は、今後できるようになることが期待されやすく、支援にとりかかりやすい項目と考えられます。

**【＿＿＿さんの配慮してほしいこと】の留意点**

・現在、支援者が工夫していることや過去に工夫して役だったこと、本人が努力されている代償手段のことについて記入してください。

・「静かな部屋を用意する」、「苦手な人との同席を避ける」など本人が過ごしやすくなるような環境設定についても、必要があれば記入してください。

項目⑥⑦⑧記憶について

手帳やメモを細かく書きすぎてどこに書いたかわからなくなる

メモリーノートの活用や、カレンダーへの記入など代償手段の活用で、生活に支障ない状態であれば、「はい」にチェックし、「代償手段など」に記載してください。

項目㉑易疲労性について

入浴するまでに時間がかかる

本人の訴え具合や周りの見方などにより、客観的な疲労性についての判断は難しいので、疲労によって「外出予定が変更になる」、「入浴できない（遅くなる）」「食事開始時間が遅れる（家族と一緒に食べることができない）」など生活場面に支障が出るかどうかで判断下さい。

項目㉖移動について

歩いて5分程度のコンビニであれば一人で安全に行ける

一人で外出できるかどうかで判断下さい。慣れた場所や自宅近辺のコンビニなどには一人で行けるという場合は「どちらともいえない」、交通機関も含めてほぼ自由に外出できる場合は「はい」になります。

**参考資料**

**【高次脳機能障がい　生活の大変さ指標】の留意点**

・項目別に障がい程度を整理して、支援の手立てを考えていく際に活用いただくことを想定しています。

・「４　評価・支援検討」に該当する場合は、別の観点から見直したり、支援を考えたりする必要があると思われます。「１～３」に記載された支援内容を見直したり、別の支援方法を再検討したりするのに活用してください。