

高次脳機能障害地域支援ネットワークシステム マニュアル(支援者版)

背景: 高次脳機能障害者の支援において、障害が見落とさる事や、医療から地域・就労へとつながらない事例が散見された。障害の見落としをなくし、医療から地域・就労に至るまで標準的な支援が提供される事を目的とした、高次脳機能障害地域支援ネットワークシステムを作成した。

目的: 高次脳機能障害者が生活しやすい地域づくり

(①見落とさない②見捨てない③見守れる環境づくり)

障害の見落としをなくし、医療から社会参加に至るまで多職種連携により、途切れない支援を提供する。どこの施設でも統一した支援が提供できる事を目的とする。

メリット: どの施設でも、誰でも運用ができ、情報共有が可能

連携時の情報漏れを防ぎ支援の流れが分かり、シームレスな支援が可能

OT、MSW などコメディカルスタッフが主体となることで現場中心での運用が可能

支援が不慣れな方でも、チェック項目が分かりやすく適切な評価を行うことができる

<急性期> 経験の少ないスタッフが障害を見落とさないためのチェックシートとしても活用可能。

<回復期> 急性期からの情報が分かりやすい。

評価や支援の方法が明確・統一できる。

チェックリストを使用することで地域への情報提供がしやすい。

<地域> 発症からの経過が分かりやすい

初期評価の時間が短縮できる、医療機関との連携がとりやすくなる。

対象: 主たる障害名が高次脳機能障害であり、社会参加を目指す事例。

年齢は、基本的に 60 歳以下。

ネットワークシステムの登録・協力が得られた施設間で運用をしていく。

方法: 各施設の主支援者(OT・ST・MSW)などが主となり連携をとる。

浜松市リハビリテーション病院ホームページ(高次脳支援ネットワーク)よりダウンロードして使用。

主支援者が主となり後方施設へと検査結果、情報用紙等、一元化したファイルを送る。

⇒当事者自身も常に携帯するパスポートも作成中

事務局を浜松市リハビリテーション病院に置く。

*いつでも相互に利用可能なネットワークシステムを目指す。一方通行ではない。

(必要に応じて地域から医療機関に戻ることもある。)

I)急性期 医療機関(医学的リハビリテーション)

主支援者:OT・MSW・医療スタッフなど

- ① 医師による診察が行われる(画像診断、意識障害などを含め判断される)
⇒リハビリ処方が出されたら⇒連携システム開始とする。
主支援者が浜リハホームページ(高次脳支援ネットワーク)よりダウンロードして使用。
基本情報を記載する。
- ② 予想される障害:病棟生活・リハビリ場面より、OTが中心となり評価を実施する。
- ③ (別紙参照 急-1 予想される障害・行動観察評価)
・障害を見落とさないことが目的なので詳細な評価は不要。障害像を予測するもの。
別紙の行動観察評価表は必要に応じて使用する。使用しなくてもよい
時期:意識障害が改善された時点で実施する。
- ④ スクリーニング検査 MMSE・FAB などOT・STが実施する。
その他、検査も含め実施したものがあれば回-1 検査項目に記載する。
時期:意識障害が改善された時点で実施する。
- ⑤ ②③評価より高次脳機能障害が予想されれば医師から説明をしてもらう(キーパーソンが医師に依頼する)(別紙参照 急-2 生活での留意点)

II)回復期および外来 医療機関(医学的リハビリテーション)

主支援者:OT・MSW・医療スタッフなど

- ⑥ 詳細な神経心理学的検査を実施する(別紙参照 回-1 検査項目) OT・STが中心となって実施。
検査結果は可能であれば挟んでおく
時期:意識障害がなく、検査可能な状態
- ⑦ 医師より(検査結果等)説明をしてもらう、OT・STより生活での留意点を説明する
時期:検査終了後、早期に行う
- ⑧ 認知訓練・代償手段を導入する(OT・STが中心となって)
(別紙参照 回-2 認知訓練経過報告書に記載する)
時期:入院時
- ⑨ 経済・社会制度(別紙参照回-3)確認表に記入する(MSWが中心となり記入)
- ⑩ 時期:外来・入院中
- ⑪ 地域福祉施設への移行チェックリストに記入する(別紙参照 回-4 チェックリスト)
(OT・STが中心)
時期:ADLが自立し、(退院・社会参加)に向け課題を明確にする時

III)地域・就労(社会的(生活)リハビリテーション)

主支援者:OT・MSW・施設スタッフ・コーディネーター

- ⑫ どの施設を選択・利用するか(別紙参照 地-1 施設選択シート)
※基礎的リハビリが終了し、社会参加の意欲がある事を対象とする。
 - 1) 高次脳機能障害 支援拠点機関「ナルド」「浜松東」に相談する
 - 2) 相談支援事業所にてサービスの立案・計画を行った上でサービス利用を開始する。
(社会的リハ(生活リハ)、居場所、職業評価、職業リハ、福祉就労、一般就労、家族会、
県相談会 どの施設を選択・利用するかを検討する)時期:医療機関から地域への移行を考えた時

IV) 就労・就労継続(職能的(職業)リハビリテーション)

主支援者: 施設スタッフ・ジョブコーチ・コーディネーター

⑬ 就労後、継続支援(別紙参照 就-1 就労継続支援チェックリスト)

主支援者が主体となって、本人・家族・支援者・職場スタッフで評価を行い、チェックリストを記載する。
その評価結果の乖離を捉え、その後のアプローチを検討する。

就労前後での活用が望ましい。

Q&A

Q. 変化をどう追っていくか。

→ A. 必要に応じて初期と最終で評価し、2枚コピーして使用、挟みこむ。

Q. NS、PT、他職種が書き込める所はあるか？

→ A. 基本的には OT、ST が記載するが、限定しない。(今後は NS のチェックリストも検討)

Q. 事例検討の場、相談の場はあるか？ 困った時、どこの誰に連絡したらよいか？

→ A. 実績は定例会議で報告。難渋事例など検討会を行っていく。

Q. 介護保険の利用者や復職を目標としない方でも利用できるのか？

→ A. 基本的に 60 歳以下で社会参加を目的としている方が対象

Q. いつ、どこから利用が開始されたのかわかるか？

→ A. 経過報告。(施設)に記載する。

Q. 誰が記入するのか？

→ A. 各時期のキーパーソンとする 詳細はネットワークシステムの流れのページを参照

Q. 在宅からのケースではどのように利用を開始するか？

→ A. 支援者が浜リハのホームページからダウンロードして用紙を入手し、記入してください

Q. 身体的な問題がない、といった方が対象となるのか

→ A. 主たる障害が高次脳機能障害の方で社会復帰を目標とする。基本的には身体機能障害となる方は対象とならない。脳卒中パスにのらない人。

Q. 手帳は患者が持つもの、パスは急性期スタート？

→ A. 回復期スタートもあり。

Q. パスを送るのは医療者側か本人か？

→ A. 現状では、OT から OT へ。OT から地域へ郵送

Q. 複数の施設の場合はどうするのか？

→ A. コピーして複数の場所へ送ることが必要

Q. サマリーは必要か

→ A. サマリーと一緒にパスも送って欲しい。各病院の報告書でよい。

Q. 急性期では回復期でどのような情報が欲しいかがわからない

→ A. 検査については点数や行動観察、わかる範囲での社会資源の情報など

Q. 地域に移行する際、相談支援事業所を通していかななくてはいけないのか？

→ A. サービスを利用する場合には相談支援事業所を通して計画を立てて頂くことが必要。

Q. 急性期⇔回復期との記載だが、急性期から直接、就労につながることもありえるのではないか。

その場合は、回復期の記載内容も急性期にて記載することが望ましいのか？

→ A. 記載できる箇所は記載して地域に送ることが望ましい

Q在宅にもっていくか、回復期にもっていくか悩むことがある

急性期で入院が長期的になることもある。回復期の内容を急性期にて記載できる場合もある。

その場合、急性期病院でも、回復期の記載をしてもよいのか？

→A. 入院が長期化となり、回復期の内容も含む場合は記載して頂けるとよい。

Q高次脳機能評価の得点を記載する欄がないが、どこに書けばいいのか？

→A. 各病院での報告書やサマリーなどを入れる。

Q記載できない箇所や全てにおいてパスの内容を記載しなくてもよいと言っていたが、回復期は困らないか？

→A. これをやらないといけない、書かないといけないということはない

やっていない内容は記載しなくてもよいが、行った検査の日付や施行の有無を記載して頂くことが望ましい。

Q意識障害があるが、高次脳機能障害の疑いがあるというだけで、パスにのせるのか？

→A. 疑いがある、支援が必要だと思う方はパスにのせて頂けるとよい。

西部高次脳地域支援ネットワークシステム

2011年10月作成

2014年10月16日改訂

事例 マニュアル（回復期）

■事例紹介

- ・Aさん 50代前半 男性 脳梗塞 麻痺無し 記憶障害 遂行機能障害
- ・発症 X月Y日

■問題点

- #重度記憶障害
- #病識低下
- #復職困難

■目標

- 長期目標：復職
- 短期目標：留守番、一人で外出、バス乗車

【事例のネットワークシステム利用の流れ】

急性期病院入院

- ①発症から2週間にて、チェックリスト実施

回復期病院転院（X+1ヶ月～3ヶ月）

- ①急性期からの患者さんの情報を確認
- ②ネットワークシステムの冊子情報と患者さんの状況と確かめる
 - ・〇ページのADLチェックリストをもとに現状をOTが比較し、高次脳機能障害を確認する
- ③復職検討が必要となり、冊子の中に制度やチェックリストの記載をする
 - ・〇ページの日常生評価活表にOTがチェックする
- ④情報をまとめる、主治医に現状を伝える

⇒現状では、復職困難のため、外来通院が決定

- ⑤制度やチェックリストを冊子へ記載し、外来担当に渡す

回復期病院退院 外来通院（X+3ヶ月～6ヶ月）

- ①復職検討のため、再度冊子やチェックリストの記載をする
 - ②復職に地域施設での支援が必要と感じた場合、情報をまとめる、主治医に現状を伝える
- ⇒方向性を検討し、地域施設への通所が決定
- ③制度やチェックリストを冊子へ記載し、地域担当に渡す

地域施設 通所(X+6ヶ月～1年)

- ①制度の利用やチェックリストを確認し、現状の病状を確認

復職(X+1年)

⇒病院と地域施設と連絡を取り合い、主治医・リハビリスタッフ・地域スタッフ・本人・家族・会社関係者と病状把握や今後の方向性を決めるケースカンファを実施

- ①現状を伝える際、チェックリストを利用

