**「高次脳機能障がい支援連携ツール」について（案）　　　　　　　　　Ｈ２７．１１**

資料１

＜ねらい＞

高次脳機能障がいの障がい特性は、個別性が高く、見た目では理解しにくいという特徴がある。そこで障がい特性（診療情報など）を理解するとともに、支援現場における支援経過などを「支援連携ツール」に書き込むことによって、新たに支援に携わる機関において、障がい特性に応じた支援方法が検討でき、地域における連携の質が上がり、スピーディな対応につなげる。

＜目的＞

「高次脳機能障がい支援連携ツール」を活用し、複数の支援者が障がい特性とその特性に応じた支援方法を共通に理解し、地域での切れ目のない支援に生かすことを目的とする。

＜内容＞

（１）全体支援経過表

（２）連携ツール

（３）アセスメントツール

（４）追加情報

（５）その他情報　　　　　　以上の項目で構成される。

＜対象＞

主たる障がい名が高次脳機能障がいであり、地域での支援をうけながら社会生活をめざす方。

＜活用方法＞

【医療機関】

　初期症状の状態を記載することで、高次脳機能障がいの診断や、支援体制の検討の際に重要な基礎情報として活用する。

　急性期から回復期医療機関の経過を把握しやすくするために活用する。

【地域の支援機関】

　発症からの経過を知ることができ、初期状態の聞き取りが短縮できる。本人、家族も聞き取り調査を重複されずにすむ。受診している医療機関がわかることによって、連携がとれ、手帳や年金などの手続きの支援がしやすくなり、支援のアドバイスも受けやすくなる。

また、この「支援連携ツール」は本人・家族が所持することを基本とし、本人・家族の同意をもって、必要な情報を医療機関や支援機関が共有できるものである。必要に応じ、支援計画や支援会議等で活用することができる。医療機関・支援機関は個人情報の取り扱いの基本に基づき活用することとし、目的外転用は禁ずる。

＜記入方法＞

　支援の流れの中で協力を得られた、各医療機関や支援機関の支援者（医師、ＭＳＷ，ＯＴ、ＳＴ，ＰＴ、福祉事業所や就労支援の担当者など）が主となり記入する。記述内容については、本人だけでは十分な情報が得られないことも想定されるため、その場合は家族やキーパーソンより情報を収集する。記入内容について、本人・家族が望まない場合は内容の修正・削除に応じる。

　すべての様式は大阪府のホームページによりダウンロードして使用。また、記入しやすいよう、モデルケースの記入例を同じく、ホームページに掲載する。

＜支援連携ツールの構成＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (１) | 全体支援経過表（Ａ３版）  資料３ | 本人の受傷、発症以後の経過を、医療機関、支援機関、福祉制度の手続き状況、福祉サービスの利用状況、就労に関する情報などを時系列にまとめたもの |
| (２) | **連携ツール** |  |
| ①基礎情報  資料４ | 住所、家族構成、障がい者手帳の有無など基本情報  ※最初にかかわった機関が記入。 |
| ②医療情報  資料５ | 受傷時からの経過、発症時の状況、リハビリ状況など急性期・回復期の状況について |
| ③生活情報  資料６ | （じぶんノート）本人の今後の生活の希望、嗜好、趣味、配慮の必要な事項について記入  受傷前と後の状態像の変化を確認するため、ＴＢＩを参考として使用することも有効である。 |
| ④就労情報・職歴  資料７ | 就労希望のある人について、就労状況、傷病手当や労災、失業保険の給付状況、今後の就労の希望  就労上のコミュニケーション状況、配慮事項。  受傷前、受傷後の就労状態について |
| ⑤神経心理学的検査結果  資料８ | 高次脳機能障がいの診断にかかる検査項目の結果。  すでにある結果表についてはそのままファイルに綴ることも可。 |
| (３) | **アセスメントツール** |  |
| ①高次脳機能障がいチェックリスト  資料９ | 高次脳機能障がいの主症状（遂行機能障がい、記憶障がい、注意障がい、社会的行動障がい）、およびコミュニケーション障がい、日常生活動作について支援の度合いによって点数化。  また、障がい認識状況（気づき）についてチェックする。 |
| ②チェックリスト補足情報  資料１１ | その他、チェックリストで記入できなかった配慮事項について補足記入するもの。 |
| (４) | **追加情報** |  |
| ①高次脳機能障がいチェックリスト　評価マニュアル  資料１０ | （3）①資料９「高次脳機能障がいチェックリスト」をつける際の評価基準であり、支援者が支援計画を立てる際の目標設定時に参考にできるもの。 |
| ②高次脳機能障がいピラミッド  資料１２ | 『神経心理ピラミッド』ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所を改変（葛城病院版より引用）  番号は（３）①資料９「高次脳機能障がいチェックリスト」の番号と符合されている。 |
| (５) | **その他情報** |  |
| 同意書  資料１３ | 支援をはじめる段階で、原則は本人もしくは家族が記入。  そのうえて、他の医療機関、支援機関との連携をはかる。 |
| 投薬状況 | お薬手帳のコピーや処方箋をはさむことで可とする。 |
| 支援機関一覧表  資料１４ | これまでかかわりのあった、医療機関・支援機関、行政機関などの所在地、連絡先、主の担当者などを記入。 |

＜仕様＞

各様式はホームページよりダウンロードできる形をとり、必要な情報をファイリングしながら綴っていく。

チェックリスト、シート作成は支援の節目ごとに実施し、本人と支援者が一緒に変化を確認しつつ利用できるようにする。

|  |
| --- |
| ＜支援連携ツール素案　作成メンバー＞  大阪府立障がい者自立センター　　職員  大阪府障がい者自立相談支援センター　　職員  大阪府立急性期・総合医療センター　　職員  堺市立健康福祉プラザ生活リハビリテーションセンター　　職員 |