

事前アンケート回答まとめ

①医療機関⇒医療機関

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
MRI、CT									
診服薬状況	○	○			○	○	○	○	○
療脳波所見	○	○			○	○	○	○	○
情神経心理学検査	○	○			○	○	○	○	○
報意識レベル	○	○			○	○	○	○	○
リ高次脳症状	○	○			○	○	○	○	○
ハ評価方法・結果	○	○			○	○	○	○	○
ビリハビリ状況	○	○			○	○	○	○	○
リADL、IADL、ICF	○	○			○	○	○	○	○
その他	必要と言え、どれも必要な情報はありますが、医療機関にそれだけの情報提供を求めるとは難しいのではないかと考え、特に「高次脳機能障害」の所見を出せるDr.は少なく、余り現実的ではない情報に思える。むしろ、看護記録の欄に、院内での生活面や、当事者の方も独自の課題が可能な限り共有できることが望ましく思う。もし、当事者にしつかりと自我が在り、医療を拒否する場合は、手立てが課題にはなる。家族や近親者が、医療に「依存」する傾向が強いと、また同様に複雑化する。なるべく、淡々とした状況でなく、明らかでない精神症状の情報として提供されるべき。例えば、器質的な原因、必ずしも加齢で改善される、若しくは完治するといったものではない。事象医療・患者面サイトで意識しながらの治療でなければ双方ともに無意味に時間を費やすのではないかと。	※未回答	※未回答	※未回答	言語療法の情報、てんかんの有無、再発リスク	高次脳機能障害が、支援について、連携で重要なことば連携のイメージを共有していることと考えます。例えば、受け側の時期や目的によって、現状よりも経過（変化・過程）の方が重要になる場面もあります。			

②医療機関⇒福祉事業所

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
MRI、CT									
診服薬状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○
療脳波所見	○	○	○	○	○	○	○	○	○
情神経心理学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
報意識レベル	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リ高次脳症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ハ評価方法・結果	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ビリハビリ状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リADL、IADL、ICF	○	○	○	○	○	○	○	○	○
福祉サービス利用	○	○	○	○	○	○	○	○	○
福祉年金の申請	○	○	○	○	○	○	○	○	○
就業状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他	医療と福祉の間には、想像以上に隔たりがあり、連携にも多くの課題があると思われる。福祉現場の人間が画像や検査結果の数値を見せられて理解できるとも思えず、医療者側に患者のADLや、患者を含めた周囲の者の生活を慮る余地があると思えない。では、連携は無理なのか？医療側には「個人情報」を含めた患者の情報を出す柔軟性を求める。福祉側には、この障害全般とは言わず、各々が関わるケースのみで柔軟なで「ちゃん」と関わる努力が欲しい。「傾向と対策」を学んでも皆が東大に入れる訳ではないので、「その人」を学んで欲しい。	禁忌事項 症状の解説	いだけ情報に越したことはない ので、可能な範囲で情報がもたらえることが理想的。	※未回答	※未回答	言語療法の情報、障がい年金の受給有無、てんかんの有無、再発リスク、代償手段の獲得状況	※未回答	医療機関同士の連携同様「連携のイメージ」を共有していること、重要性があると考えます。 送り出す側のニーズと受けて側のニーズとのマッチングについては、画像診断、神経心理学的検査結果などは「わかれ」のわかれではない情報として扱われるのかもしれない。しかし、相談支援機関で年金受給の段階になってその重要性が分かったりするのかもしれない。現実的に難しいのですが、その情報が何の時、何に必要かという「タグ」を付けてあげておくことが出来れば良いのではないだろうか。	

③ 福祉事業所→福祉事業所

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
MRI、CT									
診 服薬状況	○		○	○		○		○	
療 脳波所見									
情 神経心理学検査			○			○		○	
報 意識レベル			○			○		○	
高次脳症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リ 身体状況・機能	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ハ 評価方法・結果			○	○	○	○		○	
ビ リハビリ状況			○	○	○	○		○	
リ ADL、IADL、ICF	○		○	○	○	○		○	
福祉サービス利用	○	○	○	○	○	○		○	
福祉 障害年金の申請	○	○	○	○	○	○		○	
社 就労状況	○	○	○	○	○	○		○	
その他	前述した通り、「その人」そのものの情報提供。中途 障がい者であること、受傷以前の生活歴、家族歴、 性格等。受傷後の生活形態(家族・経済含む)、人間 関係、顕著な障がい症状、医療との関わり等。でき れば、広範な観点(数名の観点)からの情報が欲しい。 活動状況 対人関係 活動を実施する上での留意点					言語療法の情報、障がい 年金の受給有無、てんか んの有無、再発のリスク、 代償手段の獲得状況	※未回答	この時期に必要な医療情報は、日常生活上のリスク 管理(長期的な二次障害も含めて)的なものになるの だと思います。	

④ 就労・復職

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
MRI、CT									
診 服薬状況	○		○	○		○		○	
療 脳波所見									
情 神経心理学検査			○			○		○	
報 意識レベル			○			○		○	
高次脳症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リ 身体状況・機能	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ハ 評価方法・結果			○	○	○	○		○	
ビ リハビリ状況			○	○	○	○		○	
リ ADL、IADL、ICF	○		○	○	○	○		○	
福祉サービス利用	○	○	○	○	○	○		○	
福祉 障害年金の申請	○	○	○	○	○	○		○	
社 就労状況									
その他	復職で無い限り、医療から新規就労に結び付けるのは、 余程程度の方以外困難だと思われる。復職の場合であ っても然るべき支援機関を経て、雇用側が受け入れるなら、 第3者機関の専門職(ジョブコーチやコーディネーター)が 入り、「以前とは違う従業員」としての当事者を少しでも理 解してもらいたい。新規採用に関しては、個人的に思い は受傷年齢でばっさり蓋が出る。社会人としての経験を 持つか持たないかでは、「働く」という意味付けが全く違う。 どんなに厚い支援が有ったとしても、受傷以前のイメージ が残っていると、現実と理想の乖離が激しい。すんなりと ランに乗って進んでいくと考える方が難しいのではない か?、プランに乗る当事者の方が、症状的には重度で自 己認識が出来ていない場合もあることを意識しておく 「え?」が軽減できると思う。職場の理解がどの程度積 み上がるのか、そこは特に注意を払いたい。		※未回答		①②③すべて 発症前の状況・特性	受傷発症からの経過、てん かんの有無、再発のリス ク、代償手段の獲得状況、 職業準備性がどれ位整っ ているのか、配慮事項	※未回答	当事者の現状と対応方法についての情報が必要とさ れる時期と考えます。 職場でどのような配慮が必要か、またそれがどのよう な理由から必要になるのかの説明ととも情報が必要と 思われます。また、経路上復 職にあたって産業医が関与していただけるのであれば、診 療・リハ情報の全てが重要な情報となります。	

⑤その他(アンケートに記入があった方のみ記載)

A	B	E	F	G	H	I
<p>色々書きましたが、これまで色々な当事者・家族を見てきて感じる事です。書ききれないことが多いので、また、不明な点等、お尋ね頂ければと思います。宜しくお願い致します。</p>	<p>どの期間で何が必要か、ではなく、対象者に何が起りどういう経過で今があるのか、というところが記載されている個人カルテの手帳のよいうなものであれば、医療機関も福祉も就労も共通して把握できるのではないかと考えます。専門領域だから必要という情報もあれば、どんな人でも対応の仕方がわかるという情報も必要と思われれます。また、一方で、例えば生活圏ではあるけれど医療知識のある人がいて、画像から状況を想像することができるとどういった場合もあると思うのです。特別な支援者ではなく、たれもが本人の状況を把握し、困っていることを知り、対応の方法が分かるようなブックレットや支援ツール、本人が助けを求められるツールを作れないでしょうか。また、コミュニケーションの問題は高次脳機能障がいと分けられているように思います。記憶が曖昧である為に違う言葉で表現したり、損傷が軽度であるために日常会話は問題ないと思われていても実際は失語症が存在し、意味理解の困難性や表出の困難性がある方もおられます。当事者の思いを反映した支援体制を作ることでできるといいと思います。</p>	<p>項目については、示されている項目はすべてあれば欲しい情報ですが、基本情報も含めて、すでにある出来た書類のコピーでよろしいかと思えます。</p>	<p>全ての項目において、重要なのは本人がどこまで「受働発症後の自分自身」に気付いているのか、つきまといの状況と経済的側面である金銭面の状況も含めた本人ニーズが何なのかも重要と思えます。</p>	<p>【診療情報】への追加としまして、「本職からの二重の職取」、「行動観察における問題点」、「失語、失行、失認などの認知障害」、「リハビリテーション」への追加としまして、「治療方針」、「社会生活上の目標の設定」また、口ADL、IADLでは、その行動観察から高次脳機能障がいの特徴的な問題行動はないかを疑う必要がありまます。その他に、診断は外傷、疾病の急性期症状を脱した後に「行うこと」の条件が必要で、高次脳機能障がいの各症状への実際に有効な対応手段についての記載も必要です。現実的に考えますと、すべて症状が入院中に観察されるものではなく、退院後の生活場面で現れることからの情報が有用なことが多いです。従って、急性期入院中の情報からは、失語、失行、失認、注意障がい、記憶障がい、抑鬱は出てくる可能性はありますが、その他は見逃される可能性が大と思われれます。</p>	<p>連携の際に必要情報は、単なる資料集ではなく「何時、何のために必要情報か？」を発信する側が提示できないことができればうまくいくのではないのでしょうか。情報が単なる押し付けになり、情報がない次の現場でゼロからの流れで例えるのであれば、川上から「次に期待するべき課題解決に必要な情報はこれです」と川下に伝えていくことが理想です。先に期待する支援を引き受ける側の支援方針を引き継ぐ前に確認できている状態で、いくつか必ず必要になるから伝えて全ての情報に当事者が携わっていくなど、その時々が当事者が情報を積み上げていくしかないように思えます。「こうしよ」との発想はこれそれと連携で重要なことは、必要となつた際に連携して情報提供するための方法と期間(期限)があることを伝えておくことではないでしょうか。「診療記録や画像が既にない」「医師しか情報を出せない」「外部機関に情報提供はできない」など後から困り事を各可能性があることと、連携が確実に行うことと、お金と時間がかかりすぎるよ、を統詞に使用して行くしかないのが現状です。</p>	<p>高次脳機能障がい症状は具体的な例として書いた方が分かりやすいと思います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)記憶障害 1. 数分前に聞いたこと、行ったことを忘れている 2)注意障害 1. 同時に二つ以上の事を実行できない 2. 周りの音や人に非情に敏感である 3)遂行機能障害 1. 「何をしても良い」と言われると困る 4)社会的行動障害 1. 少しの事ですぐ怒り出す 2. 疲れないと行動を起こさない 等