

# 宮城県の取り組み

高次脳機能障害支援マップ  
高次脳機能障害地域連携パス

宮城県リハビリテーション支援センター クリニック班  
高次脳機能障害支援コーディネーター

○永澤 聡江 渡邊 美恵

# 宮城県リハビリテーション支援センター

宮城県

人口 約232万人

●設置主体:宮城県

●設置場所:

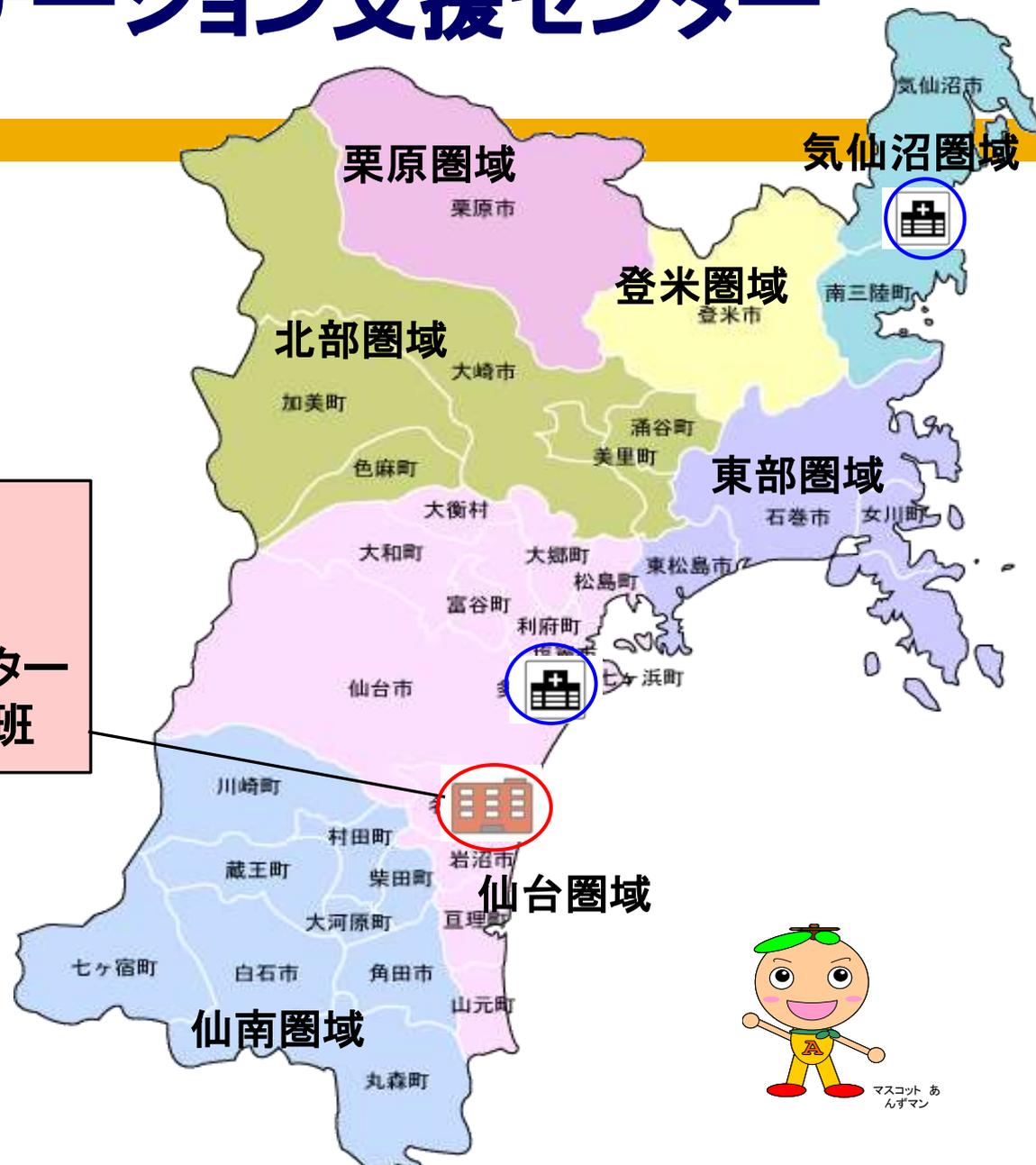
リハビリテーション支援センター  
クリニック班

拠点病院:

東北薬科大学病院

地域支援拠点病院:

気仙沼市立病院



# 宮城県リハビリテーション支援センター

2013.4～

3



障害者  
更生相談所

地域リハビリ  
テーション

障害者  
クリニック

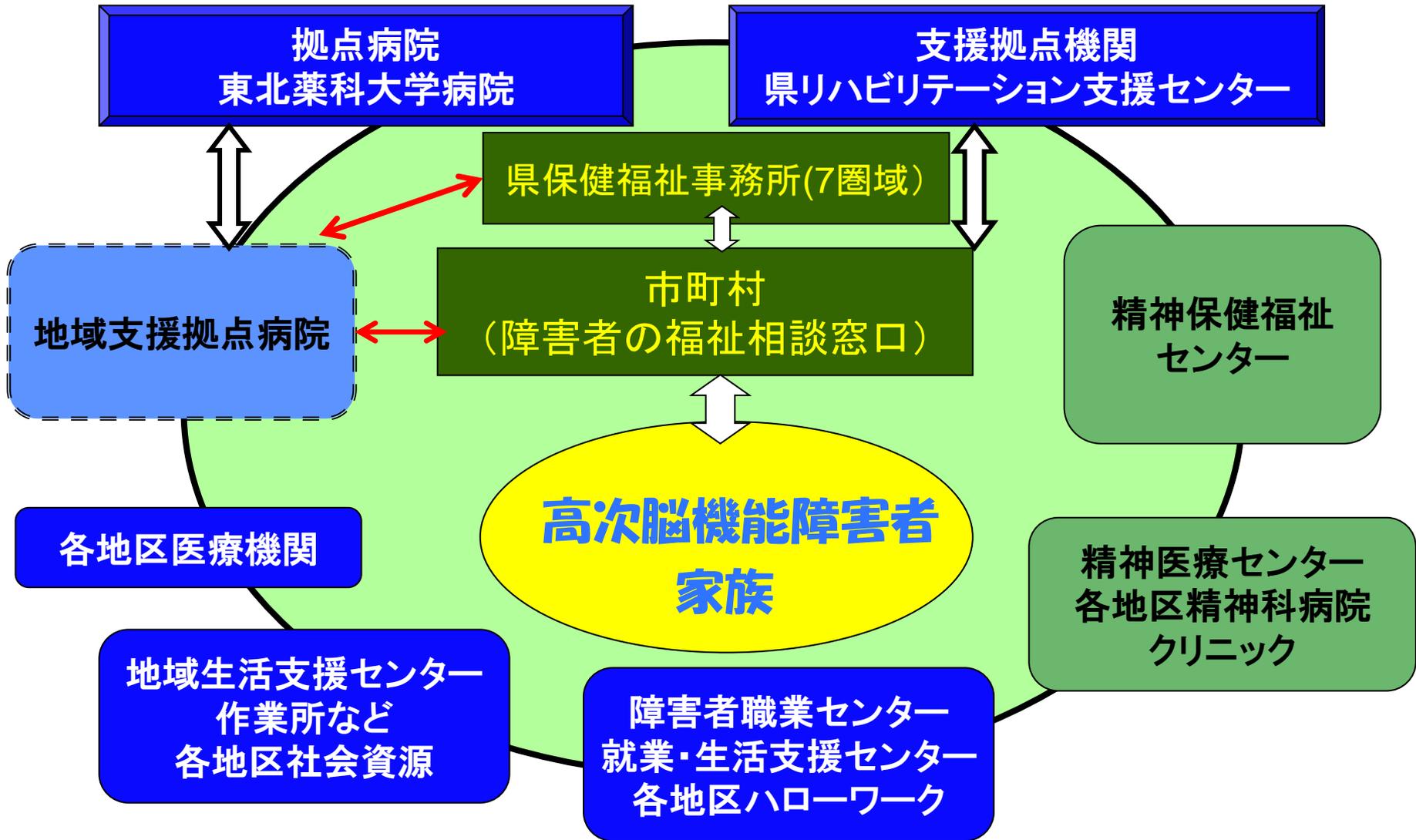




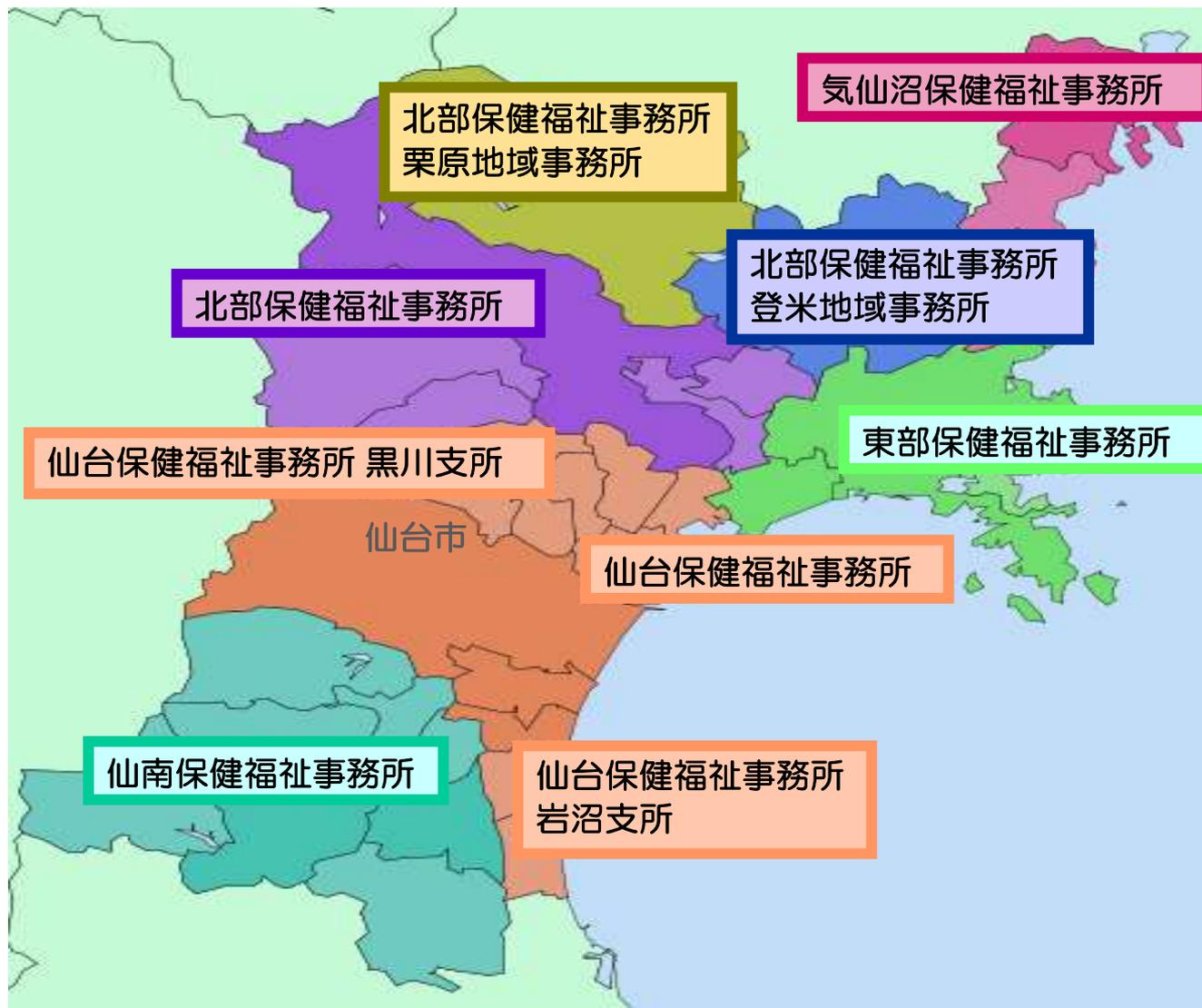
# 高次脳機能障害者支援事業概念図



## 障害者総合支援法(地域生活支援事業)



# 各圏域における相談窓口



# 宮城県高次脳機能障害者支援事業

## 【要綱趣旨】

高次脳機能障害者が医療機関での治療から在宅での治療を経て、**社会復帰へ円滑に移行できるように支援**する。

高次脳機能障害者が地域において、医療、福祉、就労等の**継続した支援が受けられる体制**を構築する。

# リハビリテーション支援センター 事業概要

- ① 相談事業(電話, 来所, 巡回)
- ② 家族相談事業(家族相談, 家族交流会)
- ③ 研修事業
- ④ 施設相談支援事業

## 併設するクリニックにおいて

- ① 高次脳機能障害のリハビリテーション
- ② 外来評価支援

支援コーディネーター: 2名(兼任)

# 診断マニュアル・各種診断書マニュアル

- 高次脳機能障害診断マニュアル
- 精神保健福祉手帳診断書作成マニュアル
- 精神保健福祉手帳診断書事例集
- 障害年金診断書作成マニュアル
- 障害者年金診断書事例集

# 精神障害者保健福祉手帳用診断書

氏名 ○○ ○子

明治・大正・**昭和**・平成 ○○年 ○月 ○日生 (41歳) 男

住所 宮城県仙台市○○区○○町○丁目○番○子

**1 病名**  
 (1) 主たる精神障害 器質性認知症候群 ICDコード [ F 0 4 ] G  
 (2) 従たる精神障害 ICDコード [ F ] G  
 (3) 身体合併症 身体障害者手帳 (盲・聾・不明、等級)  
 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載)

**2 初診年月日**  
 主たる精神障害の初診年月日 昭和・**平成** 24年 12月 21日  
 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・**平成** 25年 1月 22日

**3 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容**  
 (推定発病時期) 24年 12月頃)  
 平成24年12月21日にくも膜下出血を発生し○○病院に救急搬送され右交通動脈瘤のクリッピング術等の急性期治療を受けた後、平成25年1月22日から○月○日まで当院に入院の上、リハビリ訓練を実施したが、著明な記憶障害(記憶力の低下)が観察された。  
 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容を記載する)  
 \*器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発病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, 昭和・**平成** 年 月 日)

**4 現在の病状、状態検査 (該当する項目を○で囲む)**

- (1) 円うつ状態
  - 1 思考・運動抑制
  - 2 易刺激性、興奮
  - 3 長うつ気分
  - 4 その他 [ ]
- (2) 躁状態
  - 1 行楽心逸
  - 2 多弁
  - 3 感情高揚・易刺激性
  - 4 その他 [ ]
- (3) 幻覚妄想状態等
  - 1 幻覚
  - 2 妄想
  - 3 連合弛緩・凝視思考
  - 4 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) 統合失調症等双極状態
  - 1 幻聴
  - 2 幻視
  - 3 妄想
  - 4 その他 [ ]

高次脳機能障害と診断された場合は、国際疾病分類(ICD-10)の「F0 症状性を示す器質性精神障害」に該当します。  
 ①記憶障害が主体の場合 F04 器質性認知症候群  
 ②注意障害、実行機能障害が主体の場合 F05 認知機能及び機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害  
 ③社会的行動障害が主体の場合 F07 認知機能、気分および機能不全による人格および行動の障害。

高次脳機能障害の場合は発病の原因となった疾患の発症日を記入。

治療の経過、内容等は高次脳機能障害の具体的な症状や診断までの経過や関係機関の関わり関係の傾向などを記入する。

現在の病状、状態検査の記入欄では、診断書記入時点のみではなく、無症状を年間を超えられたもの、無症状を年間に干渉されるものも含めて記載する。

手帳の交付を求める精神疾患について初めて医師の診断を受けた日の記載で診断書が初診日から6ヶ月以上経過した時点での診断書が必要となる。その精神疾患について前医による治療経過がある場合は、前医の初診日を記載する。また前医の初診日記載が、「診療録」によるものが「東葉や本人の申し立て」によるものが別に記載する必要がある。前医の初診日を記載することが困難な場合は、「主たる精神障害の初診年月日」欄には不明と記載する。この場合は、診断書作成日か診断書作成医療機関の初診年月日から6ヶ月経過している必要がある。

# 高次脳機能障害支援マップ

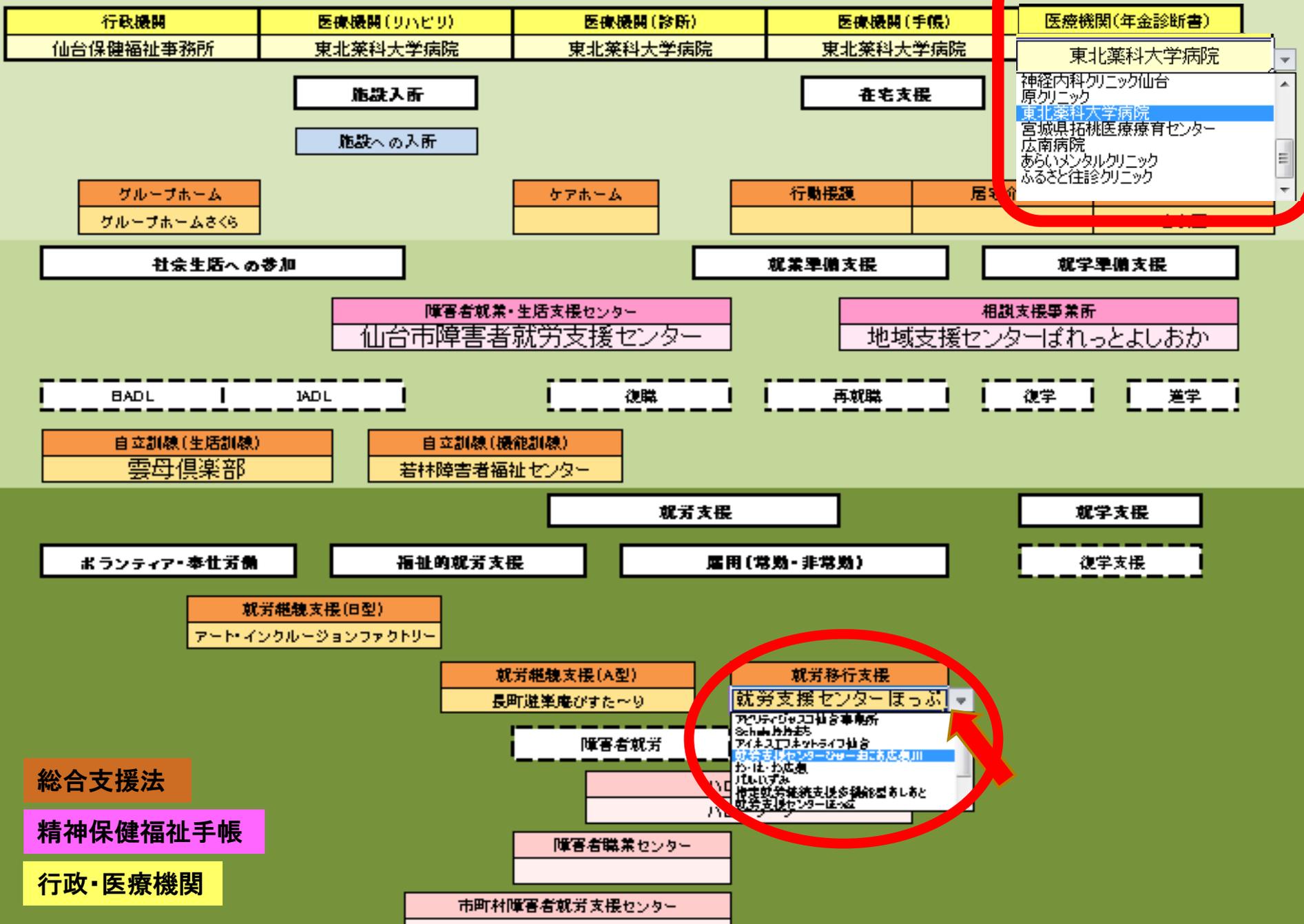


マスコット あんずマン

# 支援マップの目的

- 高次脳機能障害者の地域資源を把握し、住み慣れた地域で、対象者に合わせた資源の情報を提供する
- 目的に応じた社会資源の情報、支援の流れが一目で分かり、対象者がどのような関わりを持ち、支援を受けているのかの把握する

# 仙台市および仙台保健福祉事務所圏域



総合支援法

精神保健福祉手帳

行政・医療機関

# 高次脳機能障害地域連携パス



# 連携における課題

- 医療から福祉の連携において共通の認識が困難
- 当事者・家族は新しい支援機関において繰り返し情報説明が必要
- 段階に合わせた支援において医療-福祉-行政における統一した支援の実現が難しい
- 単一の病院や施設・支援機関で完結することは少なく、連携範囲が広い

# 高次脳機能障害地域連携パスの流れ

役割に応じて、  
情報を追加し、  
共有しながら  
連携パスを  
完成させていく



支援者

①



同意書



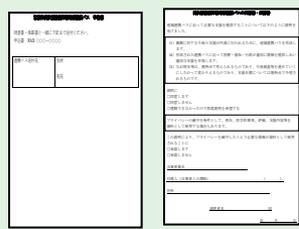
当事者・家族

④



患者さんに  
持ち歩いていただく

⑤



申込書

同意書

②

③

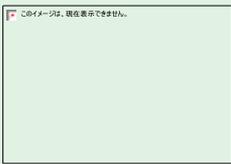
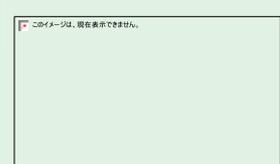


受領書

連携パス



同意書を管理 ⇒ データ集積



①

宮城県高校情報連絡会若者支援事業 支援連携パス		
パス開始日	年	月 日
氏名	( )男 ( )女	
生年月日		
医療機関①		
医療機関②		
医療機関③		
支援機関A		
支援機関B		
支援機関C		
行政機関Ⅰ		
行政機関Ⅱ		

この連携パスは医療・福祉・行政が連携して支援するためのもので、支援を受ける際には必ず押印してください。

②

支援状況表		
支援機関	支援種別	支援内容
<input type="checkbox"/> 医療機関①		
<input type="checkbox"/> 医療機関②		
<input type="checkbox"/> 医療機関③		
<input type="checkbox"/> 支援機関A		
<input type="checkbox"/> 支援機関B		
<input type="checkbox"/> 支援機関C		
<input type="checkbox"/> 行政機関Ⅰ		
<input type="checkbox"/> 行政機関Ⅱ		

③

各種支援制度状況			
該当理由	申請日(区分)	申請日・届出日	記載者
<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 障害年金受給 <input type="checkbox"/> 障害者年金受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> 障害者年金受給 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 障害者年金受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 障害者年金受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給		
就労関連状況			
雇用形態	内容	記載者	
就労状況	<input type="checkbox"/> 一般就労(パート・アルバイト) <input type="checkbox"/> 就労していない(その他) <input type="checkbox"/> 過去の就労経験 <input type="checkbox"/> 就労希望の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的な)		
就学関連状況			
雇用形態	内容	記載者	
就学状況	<input type="checkbox"/> 一般 (小・中・高・専修校・大学) <input type="checkbox"/> 専修教育 <input type="checkbox"/> 専修教育 <input type="checkbox"/> 専修教育 <input type="checkbox"/> 過去の就学経験 <input type="checkbox"/> 就学希望の有無 <input type="checkbox"/> あり (具体的な)		

必ずファイルする資料

④

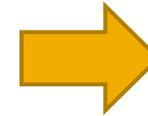
医療的ケア		
診断書	発症年月日	記載者
①		
②		
③		
現状	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	
療養の記録の提出となっている療養の経過および処置内容		
心身の状態		
心身状態に留意すること		
行動上の障害の有無		記載者
<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 悪意伝達 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他	
精神・神経症状の有無		
<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 気分症状 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻聴) <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 認知機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> その他	
てんかん		
<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	頻度 (1週1回以上 1月1回以上 1年1回以上)	
身体の状態		
身体の状態に留意すること		
栄養	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左上部 <input type="checkbox"/> 左下部 <input type="checkbox"/> 右上部 <input type="checkbox"/> 右下部	
抵抗力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口乾 口中 口嚢)	
失禁・不随意運動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口嚢口閉鎖)	
痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口乾 口中 口嚢)	

⑤

日中活動関連	
日中の活動関連について	
主に活動している場所	記載者
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他	
介護者関連	
介護者について	
介護者の有無	記載者
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
介護者の関係状況	
居住関連	
居住状況について	
生活の場	記載者
<input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input type="checkbox"/> 自宅(家族加入)	
<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他	
住居確保	
その他	
その他	
	記載者

⑥

鹿児島県同僚エコー						
日	生	命	未	来	光	輝
						00:00
						00:05
						00:10
						00:15
						00:20
						00:25
						00:30
						00:35
						00:40
						00:45
						00:50
						00:55
						01:00



- ①～⑥の基礎データに関する書類をファイルにとじておく。
- 記載者欄に記入者氏名を書いて、☑にチェックし、情報を蓄積し共有していく

## 各種支援制度状況

障害種別	等級及び区分	申請日・認定日	記載者	記載日
身体障害者等級	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		〇〇MSW	H〇.〇.〇
身体障害の種類	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input checked="" type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> その他		〇〇MSW	H〇.〇.〇
療育手帳等級	<input type="checkbox"/> 最重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度			
精神障害者保健福祉手帳等級	<input checked="" type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 3級		〇〇MSW	H〇.〇.〇
障害年金等級	<input checked="" type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		〇〇MSW	H〇.〇.〇
介護保険	支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
生活保護受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

## 就労関連状況

就労関連	内容	記載者	記載日
就労状況	<input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> その他	〇〇MSW	H〇.〇.〇
過去の就労経験	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	〇〇MSW	H〇.〇.〇
就労希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	〇〇MSW	H〇.〇.〇
	<input checked="" type="checkbox"/> あり (具体的に)	〇〇MSW	H〇.〇.〇

## 就学関連状況

就学関連	内容	記載者	記載日
就学状況	<input type="checkbox"/> 一般 ( <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学) <input type="checkbox"/> 養護教育 <input type="checkbox"/> 特別支援教育 <input type="checkbox"/> 休学中		
過去の就学経験	<input checked="" type="checkbox"/> 小学 <input checked="" type="checkbox"/> 中学 <input checked="" type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学	〇〇MSW	H〇.〇.〇
就学希望の有無	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 検討中) <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり (具体的に)		

## 医療的情報

診断名	発症年月日	記載者	記載日
1 頭部外傷後遺症	平成15年8月〇日	〇〇MSW	H25.〇.〇
2 びまん性軸索損傷	〃	〇〇MSW	H25.〇.〇
3			
症状	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	〇〇MSW	H25.〇.〇
障害の直接の原因となっている傷病の経過および投薬内容			

## 心身の状態

心身状態に関すること	記載者	記載日
行動上の障害の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他	〇〇OT	H25.〇.〇
精神・神経症状の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 見当識 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 ( <input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他	〇〇OT	H25.〇.〇
てんかん <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 頻度 ( <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 年1回以上)	〇〇OT	H25.〇.〇

## 身体の状態

身体の状態に関すること	記載者	記載日
麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	〇〇PT	H25.〇.〇
筋力低下 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	〇〇PT	H25.〇.〇
失調・不随意運動 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 体幹)	〇〇PT	H25.〇.〇
痛み <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	〇〇PT	H25.〇.〇

# 情報共有シート

日付	平成〇年〇月～平成〇年〇月	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日
施設名	就労継続支援B型〇〇	就労移行支援□□	〇〇保健福祉事務所
実施内容	主に農作業や清掃作業	<ul style="list-style-type: none"><li>• 各種作業</li><li>• パソコン教室への参加</li><li>• 個別面談実施</li></ul>	母親と本人で来所。これまでの経緯を聴取し、今後の方針について話し合った。
コメント	身体面、精神面ともに安定し、欠席することなく通所が可能になってきている。記憶障害があり、常にメモする習慣をつけるよう練習していく必要がある。	パソコン教室への参加が苦痛。一つ一つの指示に corres 応するのが辛いことに対し、パソコン講師に伝え、方法を検討。また、就労への意欲が強く、本人の焦りが感じられ、個別相談を実施。今後の方向性について、本人と確認した。	本人は就労を希望しているが、 <u>母親は就労に向けたリハビリや支援を受けたいという意向がある。</u> 情報を整理し、今後の方針を検討したい。
他機関との連絡事項		平成〇年〇月14日 県〇〇保健福祉事務所の高次脳機能障害相談窓口 に電話。 現在の状況について話し、今後の方針について相談する。	本人、家族了承のもと、リハ支援センターに連絡し、今後の支援について相談した。後日、リハ支援センターと日程調整し、通所中の就労移行支援□□の支援員と本人、家族でリハ支援センターを訪問、相談する予定となった。



# 連携パス運用に期待される成果

- 医療-福祉-行政における「切れ目のないサービスと情報の提供」が可能な連携を構築する
- 情報の一元化による情報収集に関する事務量の軽減
- 目標および支援の流れを共有することで、効率的な支援と当事者・家族の不安の軽減を図る
- パスを共有することで、支援者同士が知り合い、信頼関係が構築され、文字通り「顔の見える連携」が構築される
- 連携パスを利用することで医療、福祉、行政において、連携について共通の説明が行えるようになる

# パス発行先

- 医療機関 8件
- 就労移行支援事業所 7件
- 生活支援事業所 2件
- 行政 4件

計 21件

平成26年12月31日現在

# 就労支援に活用した事例

- 症例A 30代
- 頭部外傷によるびまん性軸索損傷



# 連携パスの利用

## □ 医療機関

精神保健福祉手帳, 障害年金の更新時  
精神科受診時に活用

## □ 就業移行支援事業所

経過, 病歴等に確認

## □ ハローワーク, 就業生活支援センター

事業所の利用状況, 経過確認

## □ 就業継続支援A型(現在の就労先)

就業中の変化等や職場態勢変更時などに共有  
シートに記入

# 活用の利点(支援者)

- 本人が発言する病歴と照らし合わせることで本人の症状が見えると同時に、確実な情報を得ることができた
- 1つ前の利用先の情報だけでなく、これまでの経過がファイル1つで追うことができ、病歴だけでなく、本人の症状や気持ちの変化、利用サービスを把握することができた
- 本人に足りないサービスや支援計画などが一目で分かり、スムーズ対応できた
- 情報共有シートでは、各医療機関や、主に事業所での相談のやりとり、支援内容などが記載されており、方針を立てるのに役に立った
- 記入側は、聞き漏らした内容を把握でき、最低限必要な情報を聴取できた

# 活用の利点(当事者)

- 確実な病歴を伝えることができるようになった
- 自分の病歴を知り、病識が高まった
- 検査結果や求人票, その他の書類を全て1つのファイルにまとめることで, 必要な書類が1カ所にまとめることができ, 整理しやすくなった
- 自分の情報が残っていることで安心できる

# 課題点

- 活用場面の想定ができないため、必要な時に持参できない
- 本人の活用への認識、ニーズが低い
- 使用の際、声掛けが必要
- 本人の管理、保管が難しい



## 改善方法

- 定期的な記入
- 声掛け
- 関係機関の理解・周知
- 家族へパスの認識を深める
- パス保管場所の決定

# まとめ

- 医療機関，相談先，就労先との情報共有が図れ，スムーズに就労へ繋がった
- 当事者は相談場面，面接場面において自分の障害を的確に伝えることができた
- 就労後もパスを通じて，各関係機関とのやり取りが可能になった
- 受傷・発症時の医療情報の詳細な把握が可能になった
- パス必要時には都度声掛けが必要である
- パスの普及・周知により，各関係機関においてムーブな活用が望まれる

# おわりに

- ① 高次脳機能障害診断書マニュアル・  
各種診断書マニュアル
- ② 高次脳機能障害地域拠点病院の指定
- ③ 高次脳機能障害支援マップ
- ④ 高次脳機能障害地域連携パス

多くの方に活用していただけるよう啓発活動中

※HP上でダウンロード可能

④のパスを使用の際はご一報下さい。

# ご静聴ありがとうございました。

29



宮城県リハビリテーション  
支援センター クリニック班

**022-784-3592**

[rehabilicl@pref.miyagi.jp](mailto:rehabilicl@pref.miyagi.jp)