

事例紹介

「愛媛モデルでの支援の一例」

【Aさんの事例】



事故発生



バイクにて帰宅中に自動車と衝突し、
頭部を受傷。

20歳代・男性 妊娠中の妻と子の
港湾荷役作業員 3人暮らし

愛媛県(地元)

救急搬送



事故前と違う!



松山リハ病院



回復期(2週間)

退院

転院

B病院



急性期(1ヶ月)

Matsuyama Rehabilitation Hospital

本事例の入院中の問題

◎病識低下

視覚障害(複視)があるものの身体機能が保たれているため、リハビリの必要性を感じておらず、早期退院、早期復職を強く希望している。

◎社会的行動障害

入院リハビリの継続を家族、病院から勧めるが、病識低下から「退院させてもらえない。」と怒る。また、考えが固執し、同じ話を何度も繰り返す。家族はこの状況に疲弊しきっている状態。

➡ 入院でのリハビリ継続は困難な状況

支援拠点機関（松山リハ）から地域へ

コーディネーターとしては、

早期退院させ、地域での支援へ移行した方がいいと判断。

【退院後の支援の方針】

- 家族支援
- 社会的行動障害に対するアプローチ
- 復職に向けた支援
- 地域の支援機関との連携

地域主導型支援（愛媛モデル）の重要性



神経心理学的検査と病識の推移

検査項目	入院時	退院2ヶ月後
CAT	聴覚性刺激に対する処理能力、全般的な持続力低下	—
BADS	21/24	—
WAIS—Ⅲ	VIQ=93,PIQ=80,FIQ=86	—
WAIS-R	—	VIQ=110,PIQ=96,FIQ=105
病識	なし (「何ともない。帰りたい。すぐに仕事に戻る。」の一点張り)	気づき始め (忘れやすいことは理解している発言あるが、メモの取り忘れあり)

復職に向けた調整

- 地域カンファレンス
- 実家訪問
- 家族支援
- 職場調整
- 試験的な県外での生活体験
- 受診調整

円滑な地域支援ができた理由

①MSWからコーディネーターへの引き継ぎ

MSW・・・地域の支援機関(病院、相談機関)を調整。

コーディネーター・・・退院1週間後に受診同席し、主治医や訓練士(ST)との情報共有、今後の方向性のすり合わせを実施。

②新居浜・西条圏域における高次脳機能障害者支援の歴史

西条保健所が中心となって地域の病院に働きかけ、高次脳機能障害者の受け入れ(支援)が可能な病院マップを、圏域独自に作成している。

愛媛県から他県へ



県をまたいで居住地が大きく変わるため、コーディネーターの直接的な関わりは難しくなる。

転居後の相談先となる機関を事前にセッティングしておくことが重要。

【今後の課題】

他県と連携した連続した支援

高次脳機能障害者支援で課題と感ずること

- ◆社会的行動障害がある方への支援
- ◆自動車運転の適否
- ◆小児支援(教育機関との連携)
- ◆休業補償(労災)、傷病手当(社保)受給中の就労継続支援B型および就労移行支援事業所の利用

今後の愛媛モデルの向かう先

「地域完結型支援システムの構築」

- ① 地域支援ネットワークの強化
- ② 終わりになき普及啓発
- ③ 連続したケアシステムの再構築
(急性期→回復期→維持期)

ご清聴ありがとうございました。

