

IV 資 料

高次脳機能障害支援体制資源調査について（お願い）

山口県では、高次脳機能障害への支援策として、平成19年2月から山口県身体障害者福祉センター内に高次脳機能障害に関する専門相談窓口を設置し、当事者・家族への相談支援や、障害の普及啓発、関係機関の連携調整等に取り組んでいます。

しかしながら、障害に対する認知や理解の浸透はもとより、県内全体での障害者の発生件数や、地域における医療・福祉及び行政等の関わりなどについて、十分な実態把握が進んでいない実情にあります。

このため、高次脳機能障害の支援に関わる医療や福祉サービス等の状況を明らかにし、その現状及び課題等を把握することを目的として、県内の関係機関を対象にその支援体制に関する資源調査を実施することといたしました。

調査結果につきましては、今後、地域の社会資源を有効に活用できる方策を検討したり、障害者が身近な地域で必要な支援が受けられるよう地域支援ネットワークづくりを進めていく上で基礎資料として活用したいと考えておりますので、趣旨をお汲み取りいただき、調査回答にご協力を賜われますようお願い申し上げます。

平成21年10月

各 位

山口県健康福祉部障害者支援課長
山口県身体障害者福祉センター所長

高次脳機能障害とは…

- ・事故や脳血管疾患等による脳損傷が原因で、脳機能のうち記憶、注意、情緒などの認知機能に後遺症状が発生する障害です。
- ・外傷や疾病の急性期症状が回復し、家庭や職場などへ復帰した後、これまでになかった行動や性格面などの変化に次第に気づいて明らかになったり、若年層や働き盛りの世代に多いことなどが特徴としてあげられます。
- ・事故以前の記憶があり、何も変わってないのに、今までできていた何でもないことができない、今やったこともすぐに忘れてしまう、注意力が低下する、意欲がわからない、人間関係が作れなくなる、感情のコントロールができない等の症状に、本人や家族が悩まされたり職場等でのトラブルが発生することになります。
- ・救命救急医療の進歩により、一命は取りとめたものの、脳が広範囲に損傷を受けた結果起きるこのような後遺障害が増え続けていると言われています。
- ・日常生活や社会生活への適用が困難となる一方、外見からは障害がわかりにくく、本人の自覚症状が薄い場合も多いため、「隠れた障害」として見過ごされやすく、周囲の理解が得られなかったり、適切な医療や福祉サービス等に繋がりにくい現状です。

●原因となる疾患

外傷性脳損傷（交通事故、転倒、スポーツ事故等）
脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の脳卒中）
脳腫瘍、脳炎（ヘルペス脳炎、日本脳炎）、低酸素脳症など

◆調査対象者について

○本調査で対象とする高次脳機能障害とは、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、厚生労働省の高次脳機能障害診断基準（別紙）にもとづく「記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害」のほか、巣症状としての「失語症、失行症、失認症」を含めます。

→具体的症状については（注）症状の説明を参照

○また高次脳機能障害の原因については、同診断基準に準拠して「脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている」こととし、「先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患（アルツハイマー、ピック病）など」は除外します。

○年齢については、調査開始の期日において65歳未満の方を対象とします。

（注）症状の説明

高次脳機能障害の具体的症状

- 1 記憶障害：物の置き場所を忘れたり、新しいできごとを覚えていられなくなる。そのために何度も同じことを繰り返し質問したりする。
- 2 注意障害：ぼんやりしていて、何かをするとミスばかりする。ふたつのことを同時にしようとするとうと混乱する。
- 3 遂行機能障害：自分で計画を立ててものごとを実行することができない。人に指示してもらわないと何もできない。いきあたりばつりの行動をする。
- 4 半側空間無視：目は見えるのに左側にある人や物を無視する。左側にあるものにぶつかる。左側にあるものを食べない。まれに右側のこともある。
- 5 病識不足：自分が障害をもっていることに対する認識がうまくできない。障害がないかのようにふるまったり、言ったりする。

巣症状

- 1 失語：音は聞こえるのに、他人の言っていることが理解できない。あるいは、なめらかに話せなかったり、言葉をまったく出せないタイプもある。
- 2 失認：目は見えるのに物の色や形が理解できない。人の顔が見分けられない。字を読めない。
- 3 失行：麻痺はないのに、道具が上手に使えなかったり、極端に間違った使い方をする。

社会的行動障害等

- 1 依存性・退行：すぐに他人を頼るようなそぶりを示したり、子供っぽくなったりする。
- 2 欲求コントロール低下：我慢ができなくて、何でも無制限に欲しがること。好きなものを食べたり、飲んだりすることばかりでなく、お金を無制限に遣ってしまうことにもみられる。
- 3 感情コントロール低下：場違いの場面で怒ったり、笑ったりすること。ひどい場合には、大した理由もなく、突然感情を爆発させて暴れることもある。
- 4 対人技能拙劣：相手の立場や気持ちを思いやることができなくなり、よい人間関係をつくるのが難しい。
- 5 固執性：一つのものごとにこだわって、容易に変えられないこと。いつまでも同じことを続けることもある。
- 6 意欲・発動性の低下：自分では何もしようとはしないで、他人に言われないと物事ができないようなボーとした状態。

※高次脳機能障害障害者支援の手引き（改訂第2版）より抜粋

（用語説明：<http://www.rehab.go.jp/ri/brain/betten.html>）

高次脳機能障害支援体制資源調査票の記入・提出要領

調査票（様式１） 【医療機関用（※主に急性期用）】

- ・事故や病気で脳外傷や脳血管疾患になった患者が入院することのある、主に急性期の医療機関、診療科を対象とした調査（救急、脳外科、神経内科など）〈１３６機関〉
- ・調査期間：平成２１年１１月１日（日）～１１月１４日（土） ２週間

調査票（様式２） 【医療機関用（※急性期以外用）】

- ・脳外傷や脳血管疾患後の後遺症に対し、入院または通院で医療行為を行うことのある、主に回復期、維持期の医療機関、診療科を対象とした調査（神経内科、リハビリテーション科、神経科、精神科、心療内科など）〈３５５機関〉
- ・調査期間：平成２１年１１月１日（土）～１１月３０日（月） １か月間

※医療機関については、診療科および運営形態によって記入していただく調査票が異なります。内容をよくご確認の上、記載可能な調査票・調査項目にはすべて回答くださるようお願いいたします。

診療科が複数にまたがる場合は調査票をコピーして、診療科ごとに記入されても構いません。ただし、１人の患者が複数の診療科を受診されている場合に、当該患者に関する調査項目は主たる受診科で記入してください。

また、高次脳機能障害に対応可能な医療機関リストの作成なども検討しています。

病院名の公表につきましても可否を設問していますので、ご理解ご協力をよろしく願います。

◆提出方法

- ・同封の返信用封筒にて返送してください。
- ・「調査票」様式につきましては、山口県庁障害者支援課のホームページ上にも掲載していますのでご参照ください。（<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a14100/index/>）

◆提出期限

平成２１年１２月１４日（月）

◆問い合わせ先

〒７５３－００９２ 山口市八幡馬場３６－１

山口県身体障害者福祉センター

（担当；指導訓練課 永富）

TEL：０８３－９２５－２３４５ FAX：０８３－９２５－２３４７

Eメール a14101@pref.yamaguchi.lg.jp

※調査結果については、対象機関ごとに県計および障害者保健福祉圏域での集計を行い、支援策検討の資料とします。また、報告書として取りまとめて公表を予定しています。

高次脳機能障害支援体制資源調査票の記入・提出要領

調査票（様式３） 【福祉施設・事業所用】

- ・障害者児福祉施設、障害福祉サービス事業所などを対象とした調査（４２７事業所）
〔種別〕

1 身体障害者更生施設、2 身体障害者療護施設、3 身体障害者入所授産施設、4 身体障害者小規模通所授産施設、5 身体障害者福祉工場、6 身体障害者福祉センター、7 点字図書館、8 聴覚障害者情報提供施設、9 知的障害者更生施設、10 知的障害者授産施設、11 知的障害者小規模通所授産施設、12 知的障害者通勤寮、13 精神障害者生活訓練施設（援護寮）、14 精神障害者通所授産施設、15 精神障害者福祉ホームＢ型、16 知的障害児施設、17 知的障害児通園施設、18 肢体不自由児施設、19 重症心身障害児施設、20 障害者福祉作業所、21 精神保健共同作業所、22 心身障害児（者）デイ・ケアハウス、23 発達障害者支援センター、24 障害者就業・生活支援センター、25 地域活動支援センター、26 福祉ホーム、27 児童デイサービス事業所、28 生活介護事業所、29 自立訓練（機能訓練、生活訓練）事業所、30 就労移行支援事業所、31 就労継続支援事業所（Ａ型、Ｂ型）、32 共同生活介護・共同生活援助事業所、33 相談支援事業所、34 障害者支援施設（施設入所支援）

調査票（様式４） 【市町用】

- ・行政サービスの窓口となる市町の障害福祉担当課を対象とした調査（２０市町）

◆提出方法

- ・同封の返信用封筒にて返送してください。
- ・「調査票」様式につきましては、山口県庁障害者支援課のホームページ上にも掲載していますのでご参照ください。（<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a14100/index/>）

◆提出期限

平成２１年１１月２０日（金）

◆問い合わせ先

〒７５３－００９２ 山口市八幡馬場３６－１
山口県身体障害者福祉センター
（担当；指導訓練課 永富）
TEL：０８３－９２５－２３４５ FAX：０８３－９２５－２３４７
Eメール a14101@pref.yamaguchi.lg.jp

※調査結果については、対象機関ごとに県計および障害者保健福祉圏域での集計を行い、支援策検討の資料とします。また、報告書として取りまとめて公表を予定しています。

高次脳機能障害診断基準

「高次脳機能障害」という用語は、学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる単症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。

一方、平成13年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において集積された脳損傷者のデータを慎重に分析した結果、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらについては診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要なことが明らかとなった。そこでこれらの者への支援対策を推進する観点から、行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶことが適当である。その診断基準を以下に定める。

診断基準

I. 主要症状等

1. 脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。
2. 現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である。

II. 検査所見

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（I－2）を欠く者は除外する。
2. 診察に当たり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
3. 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。

IV. 診断

1. I～IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
2. 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

なお、診断基準のIとIIIを満たす一方で、IIの検査所見で脳の器質的病変の存在を明らかにできない症例については、慎重な評価により高次脳機能障害として診断されることがあり得る。

また、この診断基準については、今後の医学・医療の発展を踏まえ、適時、見直しを行うことが適当である。

—以上、高次脳機能障害者支援の手引き（改訂第2版）より抜粋—

《参考》

- ※高次脳機能障害をもつ人達には、その障害の特性を踏まえて適切な医学リハビリテーションや生活訓練、就労・就学支援などが必要と考えられ、それらのサービス提供への門戸を開くため、国により行政的見地から上記の高次脳機能障害診断基準が作成された。
- ※高次脳機能障害に該当すれば、精神障害者として障害者自立支援法による各種福祉サービス等を受けることができるが、この診断基準に基づくこととなる。
- ※診療報酬請求や障害者手帳申請時の診断書作成等に当たり、高次脳機能障害という診断名または障害名を記載するときに正しく適用するため、国において診断基準ガイドラインが示されている。

高次脳機能障害支援体制資源調査票【医療機関用（主に急性期用）】

問1：病院名をお答えください。

--

問2：この調査票記入者の所属・氏名等をお答えください。

*調査票の内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので必ず記入してください。

1	所 属
2	職 種
3	氏 名
4	電話番号

問3：記入者にお尋ねします。厚生労働省が示している、別紙『高次脳機能障害の診断基準』をご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. 知っている。	2. 知らない。
-----------	----------

問4：記入者にお尋ねします。現在山口県では、高次脳機能障害支援の拠点機関を、山口県身体障害者福祉センターとしていますが、このことをご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. 知っている。	2. 知らない。
-----------	----------

問5：平成21年11月1日～11月14日の2週間に新たに入院された、65歳未満の脳損傷患者数について表に記入してください。

	脳損傷入院患者					
原因	脳外傷		脳血管疾患		その他	
性別	男	女	男	女	男	女
～17歳						
18～39						
40～64						
計						

問6：平成21年11月1日～11月14日の2週間に退院された、脳損傷患者数について表に記入してください。また、65歳未満の高次脳機能障害を有する（1つでも高次脳機能障害の症状を有する）患者数を「高次脳」の枠中に再掲してください。

	脳損傷入院患者											
原因	脳外傷				脳血管疾患				その他			
性別	男		女		男		女		男		女	
	全体	高次脳	全体	高次脳	全体	高次脳	全体	高次脳	全体	高次脳	全体	高次脳
～17歳												
18～39												
40～64												
計												

問7：問6で回答いただいた高次脳機能障害患者についてお尋ねします。

その方に見られた高次脳機能障害の症状を教えてください（重複回答あり）。

（「症状の説明」を参考に当てはまる症状に「○」を記入し、その合計数を記載してください。患者が多く書き切れない場合は、特徴的な症状の方15名のみ記入してください。）

		患者 A	患者 B	患者 C	患者 D	患者 E	患者 F	患者 G	患者 H	患者 I	患者 J	患者 K	患者 L	患者 M	患者 N	患者 O	合 計
（具体的症状）	①記憶障害																
	②注意障害																
	③遂行機能障害																
	④半側空間無視																
	⑤病識不足																
（巣症状）	⑥失語																
	⑦失認																
	⑧失行																
（社会的行動障害）	⑨依存性・退行																
	⑩欲求コントロールの低下																
	⑪感情コントロールの低下																
	⑫対人技能拙劣																
	⑬固執性																
	⑭意欲・発動性の低下																

問8：問6で回答いただいた高次脳機能障害患者についてお尋ねします。転帰（退院後の行き先など）について、当てはまる箇所に合計人数を記入してください。

	人 数
転院等	名
自宅等	名
施設入所（介護保険サービス）	名
施設入所（障害サービス）	名
その他	名

問 9：高次脳機能障害は、脳の損傷部位により、様々な症状や障害が出現すると言われています。高次脳機能障害と思われる症状で貴院受診歴の $\boxed{\text{ある}}$ （カルテのある）方が外来受診を希望した場合の貴院の対応について、次のように記入してください。また、支援者向けに病院名公表に同意いただける場合は該当項目に「○」を記入してください。

対応可能…「○」	対応困難…「×」	応相談…「△」
----------	----------	---------

	対応	公表可否
1. 高次脳機能障害の診断		
2. 高次脳機能障害の年金診断書作成		
3. 高次脳機能障害の精神保健福祉手帳診断書作成		
4. 高次脳機能障害者へのリハビリテーション		

問 10：高次脳機能障害と思われる症状で貴院受診歴の $\boxed{\text{ない}}$ （カルテのない）方が外来受診を希望した場合の貴院の対応について、次のように記入してください。また、支援者向けに病院名公表に同意いただける場合は該当項目に「○」を記入してください。

対応可能…「○」	対応困難…「×」	応相談…「△」
----------	----------	---------

	対応	公表可否
1. 高次脳機能障害の診断		
2. 高次脳機能障害の年金診断書作成		
3. 高次脳機能障害の精神保健福祉手帳診断書作成		
4. 高次脳機能障害者へのリハビリテーション		

問 11：問 9 問 10 について相談窓口がある場合記入をお願いします。

部 署
担 当 者
連絡方法

問 1 2 : 関係機関(他医療機関、福祉施設、行政等)との連携上、望むことはどういう点ですか。該当するものに「○」を付けてください。(複数回答あり)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 相談窓口の明確化 | 2. 支援拠点機関の機能強化 |
| 3. 地域の相談窓口の拡充 | 4. 医学的リハビリテーションの充実 |
| 5. 生活訓練プログラムの普及 | 6. 就労支援の充実 |
| 7. 就学・進学支援の充実 | 8. 高次脳機能障害理解の普及啓発 |
| 9. 家族会・当事者団体活動の拡充 | |

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問 1 3 : 貴院で、高次脳機能障害者への対応を充実する上で課題と考えることについて、該当するものに「○」を付けてください。(複数回答あり)

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. 支援者の知識・技術の不足 | 2. 採算性への不安 |
| 3. 人材確保困難(職種:) | 4. 支援ネットワークの整備 |
| 5. 社会資源の不足 | 6. 住民等の意識・理解 (PR) 不足 |

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問 1 4 : その他、高次脳機能障害支援体制の現状、課題、今後のあり方等についてのご意見がありましたら自由に記入してください。

ご協力ありがとうございました

高次脳機能障害支援体制資源調査票【医療機関用(急性期以外用)】

問1：病院・診療所名をお答えください。

--

問2：この調査票記入者の所属・氏名等をお答えください。

*調査票の内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので必ず記入してください。

1	所 属
2	職 種
3	氏 名
4	電話番号

問3：記入者にお尋ねします。厚生労働省が示している、別紙『高次脳機能障害の診断基準』をご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. 知っている。 2. 知らない。

問４：記入者にお尋ねします。現在山口県では、高次脳機能障害支援の拠点機関を、山口県身体障害者福祉センターとしていますが、このことをご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. 知っている。 2. 知らない。

問5：平成21年11月1日～平成21年11月30日の1ヶ月間に入院または通院された患者のうち、65歳未満の高次脳機能障害を有する（1つでも高次脳機能障害の症状を有する）患者がおられましたか。該当する箇所「○」を付け、合計人数を記入してください。（なお、調査期間中に新たに入院や退院された方も含みます）

1. いた【通院 人 / 入院 人】→問6
2. いない →問7

問6：問5で回答いただいた高次脳機能障害患者についてお尋ねします。

その方に見られた高次脳機能障害の症状を教えてください（重複回答あり）。

（「症状の説明」を参考に当てはまる症状に「○」を記入し、その合計数を記載してください。患者が多く書き切れない場合は、特徴的な症状の方15名のみ記入してください。）

		患者 A	患者 B	患者 C	患者 D	患者 E	患者 F	患者 G	患者 H	患者 I	患者 J	患者 K	患者 L	患者 M	患者 N	患者 O	合計
（具体的症状）	①記憶障害																
	②注意障害																
	③遂行機能障害																
	④半側空間無視																
	⑤病識不足																
（単症状）	⑥失語																
	⑦失認																
	⑧失行																
（社会的行動障害）	⑨依存性・退行																
	⑩欲求コントロールの低下																
	⑪感情コントロールの低下																
	⑫対人技能拙劣																
	⑬固執性																
	⑭意欲・発動性の低下																

問7：高次脳機能障害は、脳の損傷部位により、様々な症状や障害が出現すると言われています。高次脳機能障害と思われる症状で貴院受診歴の $\boxed{\text{ある}}$ （カルテのある）方が外来受診を希望した場合の貴院の対応について、次のように記入してください。また、支援者向けに病院名公表に同意いただける場合は該当項目に「○」を記入してください。

対応可能…「○」	対応困難…「×」	応相談…「△」
----------	----------	---------

	対応	公表可否
1. 高次脳機能障害の診断		
2. 高次脳機能障害の年金診断書作成		
3. 高次脳機能障害の精神保健福祉手帳診断書作成		
4. 高次脳機能障害者へのリハビリテーション		

問8：高次脳機能障害と思われる症状で貴院受診歴の $\boxed{\text{ない}}$ （カルテのない）方が外来受診を希望した場合の貴院の対応について、次のように記入してください。また、支援者向けに病院名公表に同意いただける場合は該当項目に「○」を記入してください。

対応可能…「○」	対応困難…「×」	応相談…「△」
----------	----------	---------

	対応	公表可否
1. 高次脳機能障害の診断		
2. 高次脳機能障害の年金診断書作成		
3. 高次脳機能障害の精神保健福祉手帳診断書作成		
4. 高次脳機能障害者へのリハビリテーション		

問9：問7問8について相談窓口がある場合記入をお願いします。

部 署
担 当 者
連絡方法

問 10：関係機関(他医療機関、福祉施設、行政等)との連携上、望むことはどういう点ですか。該当するものに「○」を付けてください。(複数回答あり)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 相談窓口の明確化 | 2. 支援拠点機関の機能強化 |
| 3. 地域の相談窓口の拡充 | 4. 医学的リハビリテーションの充実 |
| 5. 生活訓練プログラムの普及 | 6. 就労支援の充実 |
| 7. 就学・進学支援の充実 | 8. 高次脳機能障害理解の普及啓発 |
| 9. 家族会・当事者団体活動の拡充 | |

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問 11：貴院で、高次脳機能障害者への対応を充実する上で課題と考えることについて、該当するものに「○」を付けてください。(複数回答あり)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. 支援者の知識・技術の不足 | 2. 採算性への不安 |
| 3. 人材確保困難(職種：) | 4. 支援ネットワークの整備 |
| 5. 社会資源の不足 | 6. 住民等の意識・理解(PR)不足 |

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問 12：その他、高次脳機能障害支援体制の現状、課題、今後のあり方等についてのご意見がありましたら自由に記入してください。

ご協力ありがとうございました

高次脳機能障害支援体制資源調査票【福祉施設・事業所用】

問1：施設・事業所名をお答えください。

--

問2：施設・事業所の種別をお答えください。（「記入・提出要領」に記載の種別を参照し、該当する番号を記入してください。）

--

問3：この調査票記入者の所属・氏名等をお答えください。

*調査票の内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので必ず記入してください。

1	所	属
2	職	種
3	氏	名
4	電話	番号

問4：記入者にお尋ねします。『高次脳機能障害』をご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. （別紙）診断基準など行政的な定義を知っていた。
2. 失語・失行・失認など巣症状を知っていた。
3. ある程度どのような障害か知っていた。
4. 聞いたことはあるがほとんど知らない。
5. 全く知らなかった。

問5：記入者にお尋ねします。現在山口県では、高次脳機能障害支援の拠点機関を、山口県身体障害者福祉センターとしていますが、このことをご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. 知っている。	2. 知らない。
-----------	----------

問6：貴施設の利用者の中に65歳未満の高次脳機能障害を有する（記入要領にある高次脳機能障害の症状に1つでも当てはまるような）方へのサービスの提供がありますか。該当する箇所に「○」を付け、該当する方がおられる場合には、その人数を記入してください。

1. 現在サービス提供中（過去にサービス提供）。（→問7へ）
【現在 名（その内確定診断あり 名）】
2. 過去も現在もない。（→問10へ）
3. 不明（→問10へ）

問7：問6で回答いただいた高次脳機能障害者についてお尋ねします。

問7-1：その方の貴施設での対応について教えてください。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. 高次脳機能障害者としての特別な対応をしている。
(具体的な対応例を記入してください)
2. 障害を意識した対応はしていない
3. わからない

問7-2：その方の対応で苦慮したことがあれば、具体的に記入をお願いします。

問 8：問 6 で回答いただいた高次脳機能障害患者についてお尋ねします。

高次脳機能障害者支援について、相談を受けたことがあれば、その相談内容について該当する箇所に「○」を付けてください。

	よくある	時々ある	まれにある	ない	何ともいえない
①障害者手帳について	4	3	2	1	0
②年金について	4	3	2	1	0
③施設利用について	4	3	2	1	0
④在宅サービスについて	4	3	2	1	0
⑤就労や復職について	4	3	2	1	0
⑥就学や進路について	4	3	2	1	0
⑦医療機関について	4	3	2	1	0
⑧その他 ()	4	3	2	1	0

問 9：問 6 回で答いただいた高次脳機能障害患者についてお尋ねします。

高次脳機能障害者支援について、相談や連携することのある他機関に関して該当する箇所に「○」を付けてください。

	よく相談する	時々相談する	まれに相談する	相談したことはない	何ともいえない
①支援拠点機関（山口県身体障害者福祉センター）	4	3	2	1	0
②相談支援事業所等	4	3	2	1	0
③その他福祉施設	4	3	2	1	0
④市町の障害担当課	4	3	2	1	0
⑤市町の介護保険担当課	4	3	2	1	0
⑥医療機関（リハビリ関係）	4	3	2	1	0
⑦医療機関（精神科等）	4	3	2	1	0
⑧医療機関（その他）	4	3	2	1	0
⑨障害者職業センター	4	3	2	1	0
⑩障害者就業・生活支援センター	4	3	2	1	0
⑪その他就労関係機関	4	3	2	1	0
⑫学校等	4	3	2	1	0
⑬その他 ()	4	3	2	1	0

問 1 0 : 今後、貴施設において、高次脳機能障害を有する方の対応は可能ですか。
該当するものに「○」を付けてください。

1. 対応可能。
2. 対応困難。
3. 応相談。
4. 分からない。

問 1 1 : 関係機関(医療機関、他福祉施設、行政等)との連携上、望むことはどう
いう点ですか。該当するものに「○」を付けてください。(複数回答あり)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 相談窓口の明確化 | 2. 支援拠点機関の機能強化 |
| 3. 地域の相談窓口の拡充 | 4. 医学的リハビリテーションの充実 |
| 5. 生活訓練プログラムの普及 | 6. 就労支援の充実 |
| 7. 就学・進学支援の充実 | 8. 高次脳機能障害理解の普及啓発 |
| 9. 家族会・当事者団体活動の拡充 | |

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問 1 2 : 貴事業所で、高次脳機能障害者への対応を充実する上で課題と考えること
について、該当するものに「○」を付けてください。(複数回答あり)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. 支援者の知識・技術の不足 | 2. 採算性への不安 |
| 3. 人材確保困難(職種:) | 4. 支援ネットワークの整備 |
| 5. 社会資源の不足 | 6. 住民等の意識・理解(PR)不足 |

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問 1 3 : その他、高次脳機能障害支援体制の現状、課題、今後のあり方等について
のご意見がありましたら自由に記入してください。

ご協力ありがとうございました

高次脳機能障害支援体制資源調査票【市町用】

問1：この調査票記入者の所属・氏名等をお答えください。

*調査票の内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので必ず記入してください。

1	所 属
2	職 種
3	氏 名
4	電話番号

問2：記入者にお尋ねします。『高次脳機能障害』をご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. (別紙) 診断基準など行政的な定義を知っていた。
2. 失語・失行・失認など巣症状を知っていた。
3. ある程度どのような障害か知っていた。
4. 聞いたことはあるがほとんど知らない。
5. 全く知らなかった。

問3：記入者にお尋ねします。現在山口県では、高次脳機能障害支援の拠点機関を、山口県身体障害者福祉センターとしていますが、このことをご存じでしたか。該当する箇所に「○」を付けてください。

1. 知っている。	2. 知らない。
-----------	----------

問4：高次脳機能障害（記入要領にある高次脳機能障害の症状に1つでも当てはまるような方）に関する相談を受けたことがありますか。該当箇所に「○」を付けてください。

1. ある（→問5へ）
2. ない（→問6へ）
3. 不明（→問6へ）

問5：問4で「ある」と回答いただいた方にお尋ねします。

問5－1：相談の内容と頻度について該当する箇所に「○」を付けてください。

	よくある	時々ある	まれにある	ない	何ともいえない
①障害者手帳について	4	3	2	1	0
②年金について	4	3	2	1	0
③施設利用について	4	3	2	1	0
④在宅サービスについて	4	3	2	1	0
⑤就労や復職について	4	3	2	1	0
⑥就学や進路について	4	3	2	1	0
⑦医療機関について	4	3	2	1	0
⑧その他 ()	4	3	2	1	0

問5－2：高次脳機能障害者支援について、相談や連携することのある他機関に関して、該当する箇所に「○」を付けてください。

	よく相談する	時々相談する	まれに相談する	相談したことはない	何ともいえない
①支援拠点機関（山口県身体障害者福祉センター）	4	3	2	1	0
②相談支援事業所等	4	3	2	1	0
③その他福祉施設	4	3	2	1	0
④同市町その他課 ()	4	3	2	1	0
⑤医療機関（リハビリ関係）	4	3	2	1	0
⑥医療機関（精神科等）	4	3	2	1	0
⑦医療機関（その他）	4	3	2	1	0
⑧障害者職業センター	4	3	2	1	0
⑨障害者就業・生活支援センター	4	3	2	1	0
⑩その他就労関係機関	4	3	2	1	0
⑪学校等	4	3	2	1	0
⑫その他 ()	4	3	2	1	0

問5－3：高次脳機能障害者への対応で苦慮したことがあれば、具体的に記入をお願いします。

問6：貴市町では、精神障害者支援など高次脳機能障害を有する方にも対応可能な市町村事業（単独事業）を実施されていますか。該当箇所に「○」を付けてください。

1. 実施している。
(具体的な事業内容)

--

2. 実施していない。
3. 不明。

問7：貴市町では、今後、高次脳機能障害者への対応について充実したいとお考えですか。該当箇所に「○」を付けてください。

1. 予算上も含め、充実していきたい。
2. 現状の予算内で、充実していきたい。
3. 特に予定していない。
4. 何ともいえない。

問 8：関係機関(医療機関、福祉施設、行政等)との連携上、望むことはどういう点ですか。該当するものに「○」を付けてください。(複数回答あり)

1. 相談窓口の明確化
2. 支援拠点機関の機能強化
3. 地域の相談窓口の拡充
4. 医学的リハビリテーションの充実
5. 生活訓練プログラムの普及
6. 就労支援の充実
7. 就学・進学支援の充実
8. 高次脳機能障害理解の普及啓発
9. 家族会・当事者団体活動の拡充

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問 9：貴市町で、高次脳機能障害者への対応を充実する上で課題と考えることについて、該当するものに「○」を付けてください。（複数回答あり）

1. 支援者の知識・技術の不足
2. 採算性への不安
3. 人材確保困難（職種： ）
4. 支援ネットワークの整備
5. 社会資源の不足
6. 住民等の意識・理解（PR）不足

(その他具体的にあれば記入をお願いします)

問10：その他、高次脳機能障害支援体制の現状、課題、今後のあり方等についてのご意見がありましたら自由に記入してください。

ご協力ありがとうございました