

## 平成 16 年度調査実施事項と結果

## 高次脳機能障害支援モデル事業平成16年度調査実施事項

委員長 岩谷 力

### 【はじめに】

平成13年度から始まった高次脳機能障害支援モデル事業（以下「モデル事業」という）は、前期3年間を終了して、その成果は既に報告した。この3年間の成果に基づき、高次脳機能障害を有する者は、他の障害を有する者と同じく、安定した社会生活を回復するためには、支援サービスが切れ目なく円滑に提供されることが重要であることが示された。これを連続したケアと呼び、医療モデルにおけるリハビリテーションと福祉モデルにおけるリハビリテーションとが適切に提供されるための基本的考え方が整備された。

平成16年度は、モデル事業の後期2年間を迎え、平成18年度からの一般施策化を見据えて、各地域ごとに支援拠点機関とそこで従事する支援コーディネーターを配置し、支援サービス提供体系と支具体的実施を図る支援プログラム（案）の検証を行うこととした。

### 【目的】

医療的リハビリテーションが一段落した高次脳機能障害者に対して、回復期リハビリテーションの終了後における社会生活回復への支援サービスを適切かつ円滑に提供するために、平成16年度からモデル事業に参加する各地方自治体に、支援対策整備推進委員会を設置する。また、これら地方自治体は地域に地方支援拠点機関等を指定して支援センターの機能をもたせ、地域での支援ネットワークの中心とする。ここに支援コーディネーターを配置し、地域における高次脳機能障害者に対する支援サービス提供実施にあたり中心的役割を果たす。これらの支援センター並びに支援コーディネーター等の活動実態を調査、分析することにより、当該障害者の社会生活機能回復に必要な支援体制の確立に資する。

加えて、モデル事業における支援サービス提供の対象者（登録者）を新たに定め、試行的にサービスの提供を实践する。先の3年間における登録者と合わせて、支援ニーズ及び支援実施状況等を調査することにより、効果的支援手法、必要となる支援実施者、適切な施設利用、支援サービス利用期間、支援に係わる費用、アウトカム評価などの具体的内容を含む支援プログラムを作成する。

### 【調査期間】

特記すべき事項がない限り、平成16年9月15日から平成17年12月末日までとする。

### 【調査事項】

#### 1. 支援センターについて（16年度は1回）

##### A. 地域ネットワークの構成と支援センターの位置付け

- ・地域内での高次脳機能障害者利用施設との連携の実態
- ・支援センター設置場所と周知方法

- ・市町村との連携実態
- ・当事者団体との連携実態
- ・相談窓口設置とその地域内での周知方法
- ・支援計画策定会議の開催状況

以下、別紙エクセルファイル（相談事項、コーディネーター、ネットワーク）に基づいて、3か月ごと調査により、数値を報告する。別紙に項目のない事項については、連絡協議会開催時にとりまとめる。

## 2. 支援コーディネーターについて（当該年度において1回）

- A. 配置人数とその職種
- B. 業務内容
  - ・勤務時間数

## 3. 登録者個人データ

### A. 新規登録者（支援開始時と3か月後、6か月後、12か月後、18か月後）

- ・病院退院後の当該障害者を対象とする。
- ・標準的社会復帰・生活・介護支援プログラム（案）「社会復帰・生活・介護支援の進め方」に沿って支援を実施する。
- ・申請者は支援を受けるに当たり、高次脳機能障害支援申請書（様式1）と地域支援拠点機関または協力機関に所属する医師により作成された医学的評価表を提出し、審査を受ける。
- ・支援実施が適切であると判断された者について、ケースカード（様式2）、高次脳機能障害支援ニーズ判定票（様式3）、社会復帰・生活・介護支援計画書（様式4）を作成する。その結果は、高次脳機能障害支援計画書（様式5）により、申請者に伝えられる。
- ・3か月後以降の調査にあたっては、様式2、3、4のみを作成する。なお、様式5については、利用施設が変わるなど、支援計画が変更になるたびごとに、作成する。

### B. 既存登録者（1年に1回、平成16年度は10月に1回）

- ・平成13年度から16年度までに登録された登録者については、ケースカード（様式2）、高次脳機能障害支援ニーズ判定票（様式3）、社会復帰・生活・介護支援計画書（様式4）を用いて継続調査を行う。

### C. データ取り扱い上の倫理上の問題点

- ・新規登録者については、別紙Xの「高次脳機能障害支援モデル事業に必要な調査に関する説明」と「高次脳機能障害支援モデル事業に必要な調査への同意」を作成したのちに調査を実施する。
- ・既存の登録者については新たに説明と同意を得る必要はない。その一方で、登録を辞退することができる。

**【データの取りまとめ】**

- A. 国立身体障害者リハビリテーションセンターに個人を特定する部分を抹消した上で、調査票を郵送する。
- B. 郵送の時期、登録対象者のIDの記入法などは追って通知する。

### 支援センターネットワーク活動調査票

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (3か月間)

自治体名:

支援センターの所属機関:

行政機関別連携回数				件(人数)	内容
同一の都道府県	支援センターと同一都道府県内にある政令指定都市の総数	市	支援センターと連携した同一都道府県内の政令指定都市名と連携の内容	市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
	支援センターと同一都道府県内にある中核市の総数	市	支援センターと連携した同一都道府県内の中核市名と連携の内容	市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
			市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	
	支援センターと同一都道府県内にある市(中核市を除く)の総数	市	支援センターと連携した同一都道府県内の市(中核市を除く)名と連携の内容	市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				市	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
	支援センターと同一都道府県内にある町村の総数	町村	支援センターと連携した同一都道府県内の町村名と連携の内容	町	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				町	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				町	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				町	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				町	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				町	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
				町	件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )
町				件( ) 送致・受入・情報交換・その他( )	

都道府県外	支援センターと連携した都道府県外の政令指定都市名と連携の内容	市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
	支援センターと連携した都道府県外の中核市名と連携の内容	市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
	支援センターと別の都道府県外にある市（中核市を除く）名と連携の内容	市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
		市	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
	支援センターと連携した都道府県外の町村名と連携の内容	町	件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )
町		件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )	
町		件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )	
町		件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )	
町		件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )	
町		件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )	
町		件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )	
町		件 ( )	送致・受入・情報交換・その他 ( )	
注：市町村とは、市町村の行政機関のことである。連携とは、行政としてのネットワーク作りから当該障害者の処遇までを広範囲に含む。				

機関別連携回数		件(人数)	送致・受入・情報交換・その他( )
相談 機関等	身体障害者更生相談所	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	知的障害者更生相談所	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	精神保健福祉センター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	障害者生活支援センター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	権利擁護センター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	障害者職業センター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	障害者就労支援センター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	公共職業安定所	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	教育センター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	保健所	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	市町村保健センター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	市町村障害者福祉担当課	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	市町村社会福祉協議会	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	その他	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
小計	件( )		
入所 施設	身体障害者更生施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	身体障害者授産施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	身体障害者療護施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	知的障害者更生施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	知的障害者授産施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	精神障害者入所施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	福祉(生活)ホーム	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	その他	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	小計	件( )	
通所 施設	身体障害者通所施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	知的障害者通所施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	精神障害者通所施設	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	小規模作業所	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	デイサービスセンター	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	その他	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	小計	件( )	
その他	医療機関	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	職場	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	学校	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	介護保険関係機関	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	当事者団体	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	その他	件( )	送致・受入・情報交換・その他( )
	小計	件( )	

医師医学的評価表 (高次脳機能障害診断用：高次脳機能障害支援モデル事業)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 )	男・女
住 所			
①高次脳機能障害の発症原因となった病名			
②発病から現在までの病歴 (発病年月、受診歴等)			
③ 現在の病状・障害像等 (障害を構成する主たる項目に◎で、従たる項目を○で囲む) I 高次脳機能障害 (障害を構成する主たる項目に◎で、従たる項目を○で囲む) (1) 記憶障害 1 前向健忘 2 逆向健忘  (2) 注意障害 1 全般性注意障害 2 半側空間無視  (3) 遂行機能障害 1 目的に適った行動計画作成の障害 2 目的に適った行動実行の障害  (4) 社会的行動障害 1 意欲・発動性の低下 2 情動コントロールの障害 3 対人関係の障害 4 依存的行動 5 固執 6 その他 ( )  II 身体障害 (該当する項目を○で囲む) 1 運動機能系障害 2 感覚機能系障害 3 失語症 4 その他の障害 ( )			
④ ③の病状・状態像等が日常生活に与える影響の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んで下さい。) 1 高次脳機能障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 2 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 3 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする 4 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5 高次脳機能障害を認め、そのために身のまわりのことはほとんどできない。			
⑤ ①の病名の受傷・発症を説明する器質的脳病変の検出に用いた画像診断、神経生理学的検査の結果：			
⑥ ③の病状・状態像等について①の病名の受傷・発症以前での有無。  1 受傷・発症以前にはなかった 2 受傷・発症以前からあった。 3 どちらとも言えない。			
⑦ ③の病状・状態像等に関する神経心理学的検査結果 1 長谷川式簡易痴呆スケールスコア ( 点 ) またはMMSE ( 点 ) 2 WAISスコア ( FIQ PIQ VIQ ) 3 その他 ( )			
⑧ 生活能力の状態 (別紙高次脳機能障害支援ニーズ判定票にご記入ください)			



<p>⑨ 現在の福祉サービスの利用状況  (社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)</p>
<p>⑩ 備考</p>
<p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関所在地 _____  名 称 _____  電話番号 _____</p> <p>診療科 _____  医師氏名 (自署または記名捺印) _____</p>

様式1

高次脳機能障害支援申請書

(あて先) \_\_\_\_\_ 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	氏名		生年月日	明大昭平	年	月	日
	居住地	電話番号					
身体障害者手帳番号 ( )		療育手帳番号 ( )		精神保健福祉手帳番号 ( )			
困難状態と申請内容							
届出人	氏名		代理人		代行者		
	住所		申請者との関係				
電話番号							

様式2

## ケースカード

番号: 高次脳機能障害支援センター:

高次脳機能障害支援コーディネーター:

記載者:

記載日: 年 月 日

氏名: 性: 男 女 年齢: 歳	
病名:	担当医: 病院 科 ( 先生)
障害名:	施設利用の経過 年 月 年 月 年 月
障害者手帳:	
現在の利用施設・サービス等: 一般病院 リハビリテーション病院 精神病院 身体障害者更生訓練所 身体障害者療護施設 身体障害者授産施設 地域利用施設 精神障害者生活訓練施設 精神障害者授産施設 小規模作業所 グループホーム 老人福祉施設 老人福祉在宅サービス その他( )	
支援費制度利用:	介護保険利用:
医療保険: 国民健康保険 社会健康保険 共済保険 その他 ( )	
障害者医療: 更生医療 育成医療 その他 ( )	
家族状況:	
生活歴:	
発症前就業・就学状況: 会社員 公務員 休職 自営 学生 パート・アルバイト 主婦・主夫 無職 その他( )	
病歴・障害歴 既往歴:  発症後の経過:  現在の治療状況:  訓練・支援状況:	医療上の注意事項    支援上の留意点
高次脳機能障害 記憶障害 注意障害 遂行機能障害 半側空間無視 病識欠落 失語 失認 失行 その他( )  依存性・退行 欲求コントロール低下 感情コントロール低下 対人技能拙劣 固執性 意欲・発動性の低下 抑うつ 感情失禁 その他( )	
身体機能:	片麻痺 運動失調 その他( )
機能データ:	HDS-R( ) パーセルインデックス( ) 老研式活動能力指標( ) 移動手段:(自立歩行 監視歩行 介助歩行 車椅子自立 車椅子介助)、使用する道具( ) 障害尺度( )
メモ:	

## 高次脳機能障害支援ニーズ判定票

番号： \_\_\_\_\_ 支援コーディネーター： \_\_\_\_\_  
 記載者： \_\_\_\_\_ 記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 初 回 / \_\_\_\_\_ 回目

氏名： _____	( 男 ・ 女 )	年齢： _____	歳
居住状況： 入院      入所      在宅			
家族状況： [援助・理解] 有      無	[キーパーソン]		
家族以外の人との関係： 良好                  不良  経済状況： 良好      不良			

### 記入の手引き

この判定票は高次脳機能障害者の方に必要な支援を検討する際の資料となるものです。次ページからの各項目について、家族以外で支援の中心となっている援助者が、ご本人やご家族の現状を踏まえて評価してください。その際、必要だと考えられる支援が高次脳機能障害によるものか・身体機能障害によるものかにかかわらず、現在のニーズで支援の必要性を評価し、支援の「必要性大」「必要性小」「必要性なし(ほとんどなし)」に示した選択肢のうち、あてはまるものに一つだけ○を付けてください。また、その他に援助が必要となってくる場合のある内容については、判定票の最後に別票としてまとめてありますので、参考にしてください。なお、提示されている評価項目以外の内容については特記事項の欄を利用してください。

評価項目		支援必要性あり		支援必要性 なし(ほとんどなし)
		必要性大	必要性小	
① 身体 介助	1 洗面・歯磨き・髭剃り・化粧等の整容に関する援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	2 移動に関する介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	3 食事準備・後片付けの援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	4 入浴中の見守り・観察	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
② 生活 援助	1 金銭管理・出納に関する援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	2 個別外出援助・交通機関・娯楽施設利用への援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	3 時と場所にふさわしい服装への援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	4 衣類や身の回り品・居室整理/管理に関する援助	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	5 外出・買い物の援助	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	6 飛び出し等の突発的な行動や多動などへの対応	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	7 強いこだわりに関する対応	毎日支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	8 生活全般における活動の不活発への対応	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
③ 健康 管理 援助	1 通院の援助	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	2 服薬指導・援助・見守りなど	毎日支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	3 病気や怪我等の医療処置への対応	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	4 医師や看護婦等からの診断結果・説明に対する理解のための援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	5 健康管理(健康チェック/褥創・肥満予防/適度の運動/過度の嗜好: 飲酒, タバコ, コーヒー等)への対応	毎日支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
④ 相談 援助	1 日常生活における不安や悩みなどに対する相談	困難性の高い 支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	2 入所時の家族指導・家族との連絡調整	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	3 関係機関(福祉事務所・地域施設・通所機関等)との 連絡・調整	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
⑤ 活動 参加 援助	1 施設内行事(納涼祭/文化祭/体育祭等の企画・参加) 活動への援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	2 地域社会(自治会など)の活動参加への援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	3 サークルや趣味など余暇活動への参加の援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	4 旅行など施設外行事参加に対する援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	5 公職選挙等の選挙権行使についての援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	6 当事者活動への参加に対する援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い

評価項目		支援必要性あり		支援必要性 なし(ほとんどなし)	
		必要性大	必要性小		
⑥ 訓練 作業 援助	1	訓練・作業に関する送迎・移動援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	2	訓練や作業に対する動機付けのための援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	3	コミュニケーション能力や認知・理解レベルに合わせた訓練・作業	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	4	訓練・作業の内容理解への援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	5	訓練・作業中の安全への配慮	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	6	訓練・作業に関する準備と片付けの援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	7	障害に配慮した防災上の訓練・指導	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	8	車椅子操作・歩行/日常生活動作/自己導尿等の訓練・指導	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	9	地域・在宅移行訓練(清掃/洗濯/調理/献立/家計簿等)への援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	10	応用動作訓練/耐久性・敏捷性訓練/一般社会適応体力増強訓練	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	11	建築 CAD/機械 CAD/情報処理/パソコン基礎等の訓練・指導	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	12	一般事務/陶芸/縫製・手芸等の訓練・指導	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	13	木工/木彫/袋作り/穴あけ/包装/製造・組み立て等の作業の訓練・指導	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	14	レクリエーション/農作業/歌壇等の生活技術の訓練	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
⑦ コミュニ ケーション	1	コミュニケーション訓練	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	2	情報提供のための、障害に配慮した特別な資料の作成	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	3	筆記およびワープロ/パソコン等の操作に関する援助 (代筆を含む)	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	4	外部者からの電話や FAX を取次ぐ際の援助	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
⑧ 社会 復帰 訓練	1	退所後に想定される必要な地域支援体制の調整	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	2	関係機関との連絡・調整	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	3	就労支援計画の作成・評価	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	4	職場実習に関する援助	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	5	就職先の選定及び就職先との調整に関する援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	6	復帰後のフォローアップ	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
⑨ 家族 支援	1	ホームヘルプサービス	毎日支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い

【別票：参考項目】

評価項目		支援必要性あり		支援必要性 なし(ほとんどなし)	
		必要性大	必要性小		
① 身体 介助	5	ベッド上での起床・就寝の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	6	衣服の着脱介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	7	夜尿起こし・トイレの誘導の援助	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
② 生活 援助	9	偏食・過食・異食/過飲/反芻への対応	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	10	パニックへの対応	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	11	入所者間のトラブルの仲裁	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
⑧ 社会 復帰	7	他施設(医療機関を含む)への措置変更を行う場合の援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	8	退所に向けての家族との調整	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
⑨ 家族 支援	2	家族への精神的なケア・相談面接	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	3	家族会・セミナーの案内および活用	常に支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	4	制度・社会資源に関する情報提供	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	5	制度・社会資源の利用の調整	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
	6	デイサービス	毎日支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い
	7	ショートステイ	毎日支援が必要	ときどき支援が必要	支援の頻度が低い

**特記事項** (具体的な内容やその他に注意すべき事項、ケースカードの内容に変化があった場合など)

様式4

## 社会復帰・生活・介護支援計画書

受付番号:

氏名:

高次脳機能障害支援コーディネーター:

支援計画策定会議 開催日:       年   月   日(   曜日) 出席者:
---

現在の利用施設:
支援内容   就業支援   就学支援   授産施設支援   小規模作業所等支援   就業・就学準支援 在宅支援   施設での生活訓練支援   施設での生活援助支援

支援ニーズ	支援目標	支援内容	担当者	摘要
身体介護				
生活援助				
健康管理支援				
相談支援				
活動参加支援				
訓練作業支援				
コミュニケーション支援				
社会復帰支援				
家族支援				
その他				



様式5

高次脳機能障害支援計画通知書

市(町・村)

\_\_\_\_\_ 様

文 書 番 号

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_ 印

申請のあった高次脳機能障害支援について下記の通り支援計画を作成しましたので通知します。この内容に質問等がある場合には下記の支援担当者までご連絡下さい。

記

支援を受ける方の 氏 名			
支援拠点機関			
支援担当者	氏名 住所 電話番号		
支援協力施設			
支援内容			
支援開始日	平成 年 月 日		
支援予定期間	約 カ月		
支援計画	支援内容	支援施設	担当者