「高次脳機能障がいの方の支援」に関するアンケート

**資料７－２**

【Ａ】貴事業所の状況（2018年7月１日現在）について　　　　　　お伺いします。

整理番号：0000

問1．事業所名：

（事業所番号：　　　　　　　　　 　　　　　 　　　 　）

問2．所在市町村名：　　　　　　　　　　　　市･町･村

問3．開設年：西暦：　　　　　　　 　　 年

問4．2018年7月1日までに貴事業所で高次脳機能障がい者（疑いを含む）を支援したことはありますか。　また、それは概ね何名ですか。（次の□にチェック（☑）を入れて下さい。）

□　はい　　　概ね　　　　　　　名程度　　　　➡下記　【B】 へお進み下さい。

□　いいえ　　　　　　　　　　　 ➡第4頁　【C】 へお進み下さい。

【Ｂ】上記　問４.で、「はい」と答えた事業所の方に、高次脳機能障がい者（疑いを含む）の支援についてお伺いします。

問5．2018年7月1日現在、貴事業所の全登録者数及び高次脳機能障がい登録者数を、サービス種別毎に教えて下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス | | | 生活  介護 | 機能  訓練 | 生活  訓練 | 就労  移行 | 就労継続A型 | 就労継続B型 | その  他 |
| 全登録者数 | | | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
|  | うち | 高次脳機能障がい者(診断済)の数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
|  | 高次脳機能障がい者(疑い）の数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

2018年7月1日現在、貴事業所で高次脳機能障がい者（疑いを含む）が登録されていない場合は、次の□にチェック（☑）を入れて下さい。➡□

また、高次脳機能障がい者（疑いを含む）が登録されていない理由を教えてください。

　 □利用申請がないため。

　 □利用申請はあったが、定員がいっぱいだった・希望する曜日等が合わなかったため。

　 □利用申請はあったが、その高次脳機能障がい者の特性に応じた支援ができないと考えたため。

　 □利用申請はあったが、その後利用希望者や家族、支援者の方から利用を断ってきたため。

　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問6．これまでに支援した高次脳機能障がい者（疑いを含む）は、どこからの紹介で貴事業所の利用につながりましたか。あてはまるものすべてにチェック（☑）を入れて下さい。

　 □市町村障がい福祉担当課 □基幹相談支援センター □相談支援事業所

　 □ケアマネージャー □医療機関 □本人や家族から直接

　 □障がい者就業・生活支援センター　　　　　□その他（　　　　　 　）

問7．高次脳機能障がい者（疑いを含む）を支援する際に、今までに対応に困ったことがありましたら、個別毎の事例について１～２例程度、具体的に教えて下さい。1例目は次頁1枚を使って、２例目は次々頁1枚を使って、それぞれご記入ください。

個別事例の１例目

整理番号：0000

個別の事例についてお答えください。

|  |
| --- |
| ［一］高次脳機能障がい者（疑いを含む）の支援に際し、困ったことを具体的に教えて下さい。  「午後になると作業中に居眠りをしてしまう」といったような、具体的な内容を記載してください。 |
| ［二］上記［一］について、支援者はどのようなことに困りましたか。  「本人・家族のニーズとしては、『いろいろな経験を積み重ねたい』と思っているが、居眠りをしてしまうなど、本人の疲労が強いため、そのニーズになかなか応えられない」といった支援者が困っている要因について記載してください。 |
| ［三］それはどの程度困りましたか。  □とても困った　　　　 □まあまあ困った　　　□少し困った |
| ［四］上記［一］で困ったことを複数挙げておられる場合、その中でも一番困ったことを教えてください。 |
| ［五］上記［一］の方の支援を検討するにあたってどこかに相談されましたか(ケース会議等を含む)。相談された場合、相談先を教えてください（複数回答可）。  □本人の相談支援専門員 　 □本人を支援する他事業所職員  □基幹相談支援センター・委託相談支援事業所 □市町村障がい福祉担当  □ケアマネージャー・地域包括支援センター　 　□大阪府・堺市高次脳機能障がい支援拠点機関  □事業所嘱託医 　　　　　 　　　　　　　　　□保健所  □医療機関（診療科：　　　　　　　　　　）　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  □どこにも相談していない　➡理由を教えて下さい  □事業所内で相談・検討をしている　　　 　□相談先がわからない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| ［六］上記［五］を踏まえてどのような対応をされましたか。 |
| ［七］上記［六］の対応をされた後、どうなりましたか。 |
| ［八］2018年7月1日時点で支援をしている高次脳機能障がい者（疑いを含む）で、同じような困りごと（［一］で複数挙げられた場合は［四］で挙げられた困りごと）がある方は、概ね何名おられますか。  　概ね（　　　　　）名程度 |

個別事例の２例目

整理番号：0000

個別の事例についてお答えください。

|  |
| --- |
| ［一］高次脳機能障がい者（疑いを含む）の支援に際し、困ったことを具体的に教えて下さい。  「午後になると作業中に居眠りをしてしまう」といったような、具体的な内容を記載してください。 |
| ［二］上記［一］について、支援者はどのようなことに困りましたか。  「本人・家族のニーズとしては、『いろいろな経験を積み重ねたい』と思っているが、居眠りをしてしまうなど、本人の疲労が強いため、そのニーズになかなか応えられない」といった支援者が困っている要因について記載してください。 |
| ［三］それはどの程度困りましたか。  □とても困った　　　　 □まあまあ困った　　　□少し困った |
| ［四］上記［一］で困ったことを複数挙げておられる場合、その中でも一番困ったことを教えてください。 |
| ［五］上記［一］の方の支援を検討するにあたってどこかに相談されましたか(ケース会議等を含む)。相談された場合、相談先を教えてください（複数回答可）。  □本人の相談支援専門員 　 □本人を支援する他事業所職員  □基幹相談支援センター・委託相談支援事業所 □市町村障がい福祉担当  □ケアマネージャー・地域包括支援センター　 　□大阪府・堺市高次脳機能障がい支援拠点機関  □事業所嘱託医 　　　　　 　　　　　　　　　□保健所  □医療機関（診療科：　　　　　　　　　　）　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  □どこにも相談していない　➡理由を教えて下さい  □事業所内で相談・検討をしている　　　 　□相談先がわからない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| ［六］上記［五］を踏まえてどのような対応をされましたか。 |
| ［七］上記［六］の対応をされた後、どうなりましたか。 |
| ［八］2018年7月1日時点で支援をしている高次脳機能障がい者（疑いを含む）で、同じような困りごと（［一］で複数挙げられた場合は［四］で挙げられた困りごと）がある方は、概ね何名おられますか。  　概ね（　　　　　）名程度 |

➡【Ｄ】へお進み下さい。

【Ｃ】**問４.で「いいえ」と答えた事業所にお伺いします。**

整理番号：0000

問8．貴事業所でこれまでに高次脳機能障がい者（疑いを含む）を受け入れたことがないのはなぜですか。あてはまるものにチェック（☑）を入れて下さい。

　 □利用申請がないため。

　 □利用申請はあったが、定員がいっぱいだった・希望する曜日等が合わなかったため。

　 □利用申請はあったが、その高次脳機能障がい者の特性に応じた支援ができないと考えたため。

　 □利用申請はあったが、その後利用希望者や家族、支援者の方から利用を断ってきたため。

　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

➡【D】へお進み下さい。

【Ｄ】**全ての事業所にお伺いします。**

問9．今後、高次脳機能障がい者（疑いを含む）を貴事業所で支援する際に、どのようなことがあればいいと思いますか。（あてはまるところにチェック（☑）を入れて下さい。）

　□高次脳機能障がいに関する支援者対象の研修や支援に関する冊子

➡（具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　　　 ）

　□高次脳機能障がい者への支援に困ったときに支援者の相談先がある

➡（何を相談したいか：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　　　）

　□高次脳機能障がいに関する事例検討会がある

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　）

おわりに

　調査票の記入内容についてご質問させていただく場合があります。このアンケートに回答いただきました方の、職名、お名前と電話番号を教えて下さい。

職名：　管理者・サービス管理責任者・（　　　　　　　　　　　）

お名前：

電話番号：（　　　　　―　　　　　　－　　　　　）

今後研修などがある際に、事業所への案内の送付を希望されますか。

□希望する　　（メールでの送付が可能であれば、メールアドレスをお書き下さい。

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□希望しない

　以上で、アンケートは終わりです。お忙しい中、ご協力どうもありがとうございました。

　大阪府・堺市高次脳機能障がい支援拠点機関では、支援者等関係機関からの相談対応を行っております。また大阪府では、障がい福祉サービス事業所に対し、高次脳機能障がいの方の支援に際し困っている状況や高次脳機能障がいの状態像等について共に整理し、障がい福祉サービス事業所内におけるチームアプローチについて考えていただくことを目的としたコンサルテーション事業を今年度後半から開始します。詳細につきましては、秋ごろに各市町村障がい福祉担当課を通じて周知させていただく予定にしています。

事業所の皆さまへ