高次脳機能障害のある子どもへの支援実態調査

＜調査ご協力のお願い＞

本調査は、障害児支援サービスを提供している機関における、高次脳機能障害のある子どもへの支援実態を把握することを目的としています。

「高次脳機能障害のある子ども」とは、現在 18 歳未満であり、頭のけがや病気（頭部外傷、脳炎・脳症、脳血管障害、脳腫瘍など）により、以前とは様子が変わり、家庭や学校での生活が難しい子どものことをいいます。具体的には、「新しいことが覚えられず、同じことを何度も聞く」「気が散って集中できない」「イライラしてすぐかっとなる」「場違いな言動で友人とうまくいかない」などが見られます。「高次脳機能障害」という診断がなくても、上記にあてはまる可能性のある子どもを支援したご経験がありましたら、ご協力をおねがいいたします。

ご回答頂きましたら、同封の返信用封筒にて、平成 30 年 1 月 31 日までにご投函ください（切手は不要です）。

国立障害者リハビリテーションセンター
高次脳機能障害情報・支援センター長　深津　玲子

以下、設問にお答えください。　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　月　　日

（フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
事業所名称：

事業所番号（10 ケタのもの）：

事業所番号がご不明な場合は、以下の枠内の項目をご記入ください

指定機関：（記入例：東京都）

事業所所在地：

電話番号：　　　　　　　　　　　FAX 番号：

メールアドレス：

事業所が提供するサービスの種類（該当するものに○をつけてください。複数回答可能）：

1．児童発達支援　　2．放課後等デイサービス　　3．障害児入所施設

4．その他（　　　　　　　　　　　　　）

以下の質問について、該当するものに○をつけてください。

はじめに、高次脳機能障害のある（または疑いのある）子どもの利用についてお尋ねします。

問1．高次脳機能障害のある子どもが貴事業所の利用を希望したことがありますか。

1．ある	2．ない

2．ないと回答した方は、質問は終わりです。ありがとうございました。

問2．問1で「ある」場合、実際に利用しましたか。

1．利用した	2．利用しなかった

問3．問2で「利用しなかった」場合、理由は何ですか。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問4．現在、高次脳機能障害のある子どもが貴事業所を利用していますか。利用している場合は人数をお書きください。

1．利用している：（　　　）名	2．利用していない

2．利用していないと回答した方は、質問は終わりです。ありがとうございました。

問4で、利用していると回答した方は、次の問5－問8へお進みください。
その他の方は、ここで終了です。同封の封筒に入れご返送ください。ご協力、ありがとうございました。

以下の設問は、現在、高次脳機能障害のある（または疑いのある）子どもを受け入れている事業所の方へお伺いいたします。

問5―問7．現在貴事業所を利用中である高次脳機能障害のある子どもの利用状況についてお答えください。
（該当者が5名を超える場合は、サービス利用を開始した順に5名分お書きください。）

	問5：利用しているサービス 1．児童発達支援 2．放課後等デイサービス 3．障害児入所施設 4．その他 （　　　　　　）	問6：障害者手帳の種類 0．なし 1．身体 2．知的 3．精神	問7：高次脳機能障害の原因となった傷病 1．頭部外傷 2．脳炎・脳症 3．脳血管障害 4．脳腫瘍 5．その他の傷病 6．わからない	問8：高次脳機能障害の診断有無 1．診断されている 2．診断されていない 3．わからない
例	1、2	1	1	
1				
2				
3				
4				
5				

これで終了となります。同封の封筒に入れご返送ください。
ご協力ありがとうございました。