


資料

高次脳機能障害者・児の障害福祉サービス等利用に関する調査

高次脳機能障害支援拠点機関名称： _____

ご連絡先(電話番号/Email)： _____

 調査にご協力いただける場合は、を入れてください。

この調査について、文書による説明を受け、十分にその内容を理解したので、協力することに同意します。

- 1) 貴機関で支援している(または過去に支援した)高次脳機能障害者・児について、福祉サービスの利用が困難だったことがありますか。また、その場合どのように対応しましたか。次ページの障害福祉サービス等一覧表から該当する番号を選び、状況を具体的に記入してください。障害者手帳を所持している方については種類と級をお書きください。

書き方の例

サービス番号(4): 市に申請したが、障害支援区分が2なので対象にならないと言われた。(精神 級)

対応: 地域生活支援事業の移動支援の利用を申請した。

サービス番号(8): 利用に繋がったが、大声を出したり、衝動がおさえられず、一ヶ月程利用したが、

対応ができないと言われ利用中止になった。(精神 級)

対応: 精神科医療機関を受診し、精神科デイケアに通うことになった。

サービス番号(): _____

対応: _____

サービス番号(): _____

対応: _____

サービス番号(): _____

対応: _____

2) 現行の制度には無い、あるいは対象が限定されているけれども、ニーズの高いサービスがありましたらお書きください。

障害福祉サービス等一覧表

区分	サービス番号	サービス	区分	サービス番号	サービス
介護 給付	1	居宅介護（ホームヘルプ）	相談支 援事業	21	地域移行支援
	2	重度訪問介護		22	地域定着支援
	3	同行援護	障害者 手帳	23	精神障害者保健福祉手帳
	4	行動援護		24	療育手帳
	5	重度障害者等包括支援		25	身体障害者手帳
	6	短期入所（ショートステイ）	介護 保険	26	介護保険サービス
	7	療養介護	児童 福祉	27	児童発達支援
	8	生活介護		28	医療型児童発達支援
	9	障害者支援施設での 夜間ケア等(施設入所支援)		29	放課後等ディサービス
10	自立訓練（機能訓練・生活訓練）	30		居宅訪問型児童発達支援	
11	就労移行支援	31		保育所等訪問支援	
12	就労継続支援 A 型	32		福祉型障害児入所支援	
訓練等 給付	13	就労継続支援 B 型	33	医療型障害児入所施設	
	14	就労定着支援	34	障害児相談支援	
	15	自立生活援助	その他	35	上記に含まれないサービス
	16	共同生活援助（グループホーム）			
地域 生活 支援 事業	17	移動支援			
	18	地域活動支援センター			
	19	福祉ホーム			
	20	日中一時支援			

ご協力ありがとうございました。

平成 30 年 10 月末日までに、ikusei@rehab.go.jp 宛てにご返送ください。