様式第４号

これまでの支援等実績

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和５年　　月　　日

１．支援体制・人員体制について（Ｒ５．９．１時点）

|  |  |
| --- | --- |
| 高次脳機能障害者への対応マニュアル、リハビリプログラム、退院支援方法等 | 有　・　無  ※「有」の場合は、参考となる資料を添付してください。 |
| 医療連携室人員体制 | 名 |
| リハビリテーション科人員体制 | 名 |

２．高次脳機能障害に関する診断等実績について（Ｒ２～Ｒ４の実績）

|  |  |
| --- | --- |
| 高次脳機能障害と確定診断を行った件数  （うち支援拠点機関からの診断依頼に対応した件数） | 件  （　　　　　　　　件） |
| 診療・リハビリテーション・神経心理学的検査の実施件数（各内訳） | 延べ　　　　　　件  （診療）　　　　　　件  （リハビリ）　　　　　　件  （心理検査）　　　　　　件 |
| 退院後に継続してリハビリテーションが必要な方に対する退院支援件数  （うち支援センターと連携し退院後支援を行った件数） | 件  （　　　　　　　　件） |

３．高次脳機能障害に係る研修会等への参加等実績について（Ｒ２～Ｒ４の実績）

|  |  |
| --- | --- |
| 支援センターが行う研修会等への参加回数 | 回 |

４．地域の関係機関との連携実績について

|  |
| --- |
| 障害福祉サービス事業所との連携状況 |
| （例：相談支援事業所との定期的な情報交換の実施　等） |
| 介護保険サービス事業所との連携状況 |
| （例：居宅介護支援事業所との定期的な情報交換の実施　等） |
| 家族会や社会福祉協議会との連携状況 |
| （例：家族会の集会への定期的な参加　等） |

５．研修会等開催実績

|  |  |
| --- | --- |
| 過去５年間における高次脳機能障害に関する研修会等開催実績 | 有　・　無  ※「有」の場合は研修会名  （　　　　　　　　　　　　） |