

様式第4号

これまでの支援等実績

令和3年 月 日

1. 支援体制・人員体制について（R3. 7. 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（H30～R2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（H30～R2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 ( )
------------------------------	------------------------------