資料７

**「高次脳機能障がい支援連携ツール」に係る予備実施及び施行実施について**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 予備実施 |  | 施行実施（パートⅠ） |  | 施行実施（パートⅡ） |
| 実施時期[予定] | H28年  　　6月～7月 |  | H28年　　　H29年  　　10月　～　　1月 |  | H29年  　　6月～8月 |
| 対象機関 | ・府リハセン3機関（相談C、自立C、急性期総合医療C）  ・堺リハ | ・市町村（市町村から推薦を受けた相談支援事業所等含む）数か所  ・各圏域高次脳機能障がい地域コーディネーター拠点機関 | ・府内全市町村（市町村から推薦を受けた相談支援事業所等含む）  ・各圏域高次脳機能障がい地域コーディネーター拠点機関及びコーディネーター拠点機関の呼びかけで協力した事業所等 |
| 実施内容 | ・上記4機関が関わっているケースを、支援連携ツールの様式に記入。  例）障がい福祉S事業所である自立Cの利用者に対し、「生活情報」(様式５)を中心に利用意向等を聴取。 | ・「支援者向けマニュアル」をもとに、高次脳機能障がいの支援実績の多い医療機関・障がい福祉S事業所、それらと連携している市町村において、ツールを実際に使用。医療-福祉-行政の役割ごとに使い勝手等を聴取。[←どこが集約するか等、今後検討] | ・実施対象を拡大し、パートⅠと同じ内容で実施。 |
| 検証項目 | ①上記4機関は、障がい福祉S事業所、医療機関、専門相談機関であるため、それぞれの立場から、実際のケースをツールに記載してみて、各様式の記載内容の過不足、使い勝手、表現のわかりやすさについて検証。  ②高次脳機能障がい当事者・家族にとって、ツールの捉え方及びどのようなものであれば利用してみたいかについて収集。  ・上記を受け、様式をブラッシュアップ。  ・施行実施パートⅠに向け作成する「支援者向けマニュアル」に記載すべき内容を整理。 | ①このツールの内容で、支援機関として知りたい情報が取得でき、引き継ぎたい情報を引き継げるのか、当事者・ご家族にとってより良いものとするにはどのような表現等が適切か検証。  ②「支援者向けマニュアル」の内容がわかりやすいか検証。  ・上記を受け、様式をブラッシュアップ。  ・施行実施パートⅡに向け、「支援者向けマニュアル」をブラッシュアップ。 | ・実施対象を拡大し、パートⅠと同じ項目を検証。  ・年度末を目途としている本格実施に向け、様式、「支援者向けマニュアル」をブラッシュアップ。 |