

平成30年1月10日

各 位

京都府健康福祉部障害者支援課  
京都府リハビリテーション支援センター  
京都市高次脳機能障害者支援センター

第26回 京都府高次脳機能障害(京都市域)支援ネットワーク会議の開催について

平素は、京都府、京都市の障害保健福祉行政の推進に格別の御理解、御協力をいただき、誠にありがとうございます。

高次脳機能障害者に対する支援については、医療、福祉、介護、就労、相談支援等様々な関係機関が連携して支援ネットワークを構築していくことが求められています。

そこで、「第26回京都府高次脳機能障害(京都市域)支援ネットワーク会議」を、京都府、京都市が共催で、別紙1開催概要のとおり、開催することとなりました。

つきましては、貴施設の積極的な御参加をお願いするとともに、別添様式(出欠表及び事前アンケート回答用紙)に必要事項を御記入の上、平成30年2月9日(金)までに、メール(FAXも可)にて御返信いただきますよう、お願いします。

事前アンケートにつきましては、貴施設における高次脳機能障害支援の取り組みについてお伺いし、京都市域における高次脳機能障害支援の連携が円滑に進むよう、会議当日資料としての活用の他に、今後、京都市高次脳機能障害者支援センターホームページ等での高次脳機能障害支援マップ(仮)としての掲載を検討しております。本会議に御欠席の機関におかれましてもアンケート回答に御協力いただきますよう、お願いします。

御不明な点につきましては、下記までお問合せください。

(別添)

別紙1 第26回京都府高次脳機能障害(京都市域)支援ネットワーク会議 開催概要

別紙2 支援ネットワーク会議 出欠表

(兼 京都市地域リハビリテーション推進センター障害者支援施設見学会申込書)

別紙3 事前アンケート 回答用紙

(「医療機関用」、「その他機関用(医療機関以外)」の2種のうち、1種)

(※別紙1～3は京都市高次脳機能障害者支援センターホームページからダウンロード可)

**【申込先・問合せ先】**

京都市高次脳機能障害者支援センター

ネットワーク会議担当(一条, 原)

電 話 : 075-823-1658

(電話受付時間 月～金曜日(祝日除く) 8:30～17:15)

メール : rehabili@city.kyoto.lg.jp

F A X : 075-842-1541

## 第26回 京都府高次脳機能障害(京都市域)支援ネットワーク会議 開催概要

### 1 目的

高次脳機能障害に対する理解を深めるとともに、医療、福祉、介護、就労、教育、相談支援等の高次脳機能障害者支援に関わる機関で、取組状況の情報共有、地域の置かれている課題について、意見交換を行い、関係機関相互の切れ目のない支援ネットワークの構築を図ります。

### 2 開催日時

平成30年2月28日(水) 13時30分～16時40分 (受付開始13時15分～)

### 3 会場

ラポール京都 2階大ホール (京都市中京区壬生仙念町30番地2 裏面の地図参照)

### 4 内容

- (1) 報告 「国、京都府、京都市の高次脳機能障害者支援の動向(仮)」 報告者 府市職員
- (2) 講演 「意外と簡単? 高次脳機能障害の支援(仮)」  
講師 上田 敬太 医師(京都大学医学部附属病院精神科神経科 助教)
- (3) 各機関からの報告及び意見交換 「各機関の高次脳機能障害者支援状況(仮)」 等

### 5 参加呼びかけ機関

- (京都市内) ○医療機関 ○障害者地域生活支援センター, 障害福祉サービス事業所  
○就労支援機関 ○地域包括支援センター(高齢サポート), 介護保険サービス事業所  
○各区・支所保健福祉センター ○児童福祉センター ○教育機関 等

### 6 参加に関して

- (1) 対象者 「5 参加呼びかけ機関」に所属の高次脳機能障害者支援に関わる職員
- (2) 定員 200名(事前申込要, 先着順, 定員超過の際は, 1機関1名で調整)
- (3) 参加費 無料
- (4) 合理的配慮について  
磁気ループ席, 手話通訳, 要約筆記, 点字資料, 拡大資料について必要な方は出欠表に記載してください。

### 7 申込方法

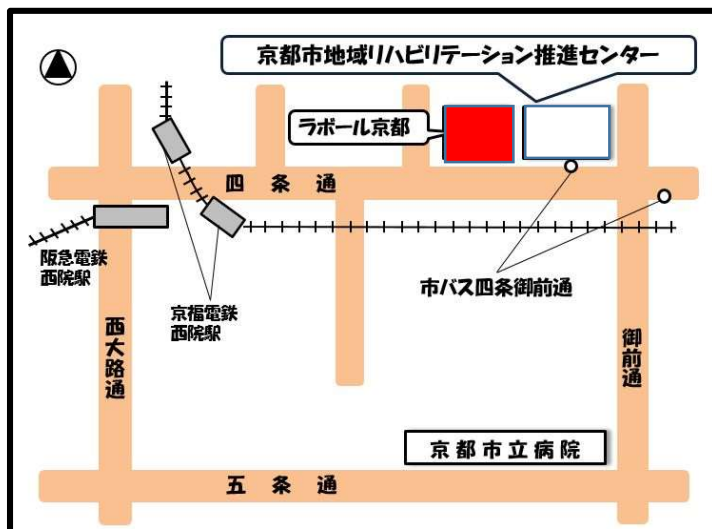
- ・メールまたはFAXにて平成30年2月9日(金)までに, 京都市高次脳機能障害者支援センターへお申込みください。
- ・メール申込の場合は, 件名「第26回高次脳機能障害支援ネットワーク」で送信をお願いします。
- ・出欠表及び事前アンケート回答用紙は, 京都市高次脳機能障害者支援センターホームページからダウンロードできます。
- ・事前アンケート回答用紙は, 「医療機関用」と「その他機関用(医療機関以外)」の2種類があります。該当する用紙をお使いください。

(裏面へ続く)

8 主催 京都府，京都市

9 申込先・問合せ 京都市高次脳機能障害者支援センター  
電話：075-823-1658  
(電話受付時間 月～金曜日(祝日，年末年始除く) 8:30～17:15)  
メール：[rehabili@city.kyoto.lg.jp](mailto:rehabili@city.kyoto.lg.jp)  
(件名は「第26回高次脳機能障害者支援ネットワークについて」)  
FAX：075-842-1541

10 ラポール京都の地図



※会場には，駐車場がございません。  
公共交通機関をご利用ください。

阪急電鉄西院駅	徒歩3分
(北改札口・南改札口)	
京福電鉄西院駅	徒歩3分
市バス四条御前通	下車すぐ

**第26回 京都市高次脳機能障害(京都市域)支援ネットワーク会議 出欠表**

機関名			
住所	区		
TEL		FAX	
種別 (○印)	急性期病院, 回復期病院, その他医療機関, 障害者地域生活支援センター, 地域包括支援センター, 障害福祉サービス事業所, 介護保険サービス事業所, 就労関係機関, 行政機関, その他 ( )		
出欠及び合理的 配慮について	2月28日(水) のネットワーク会議に ( 出席する ・ 欠席する ) 合理的配慮が必要な場合( 磁気ループ席, 手話通訳, 要約筆記, 点字資料, 拡大資料 )		
出席者	(ふりがな) 氏名 : 職種及び役職 経験年数: 年		
別紙3 事前アンケート の記載	( 可 ・ 不可 ) *回収した事前アンケートは当日の会議資料への活用の他に, 今後, 京都市高次脳機能障害者支援センターホームページ等での 高次脳機能障害支援マップ(仮)の掲載に活用させていただく予定です。 *会議に参加されない機関についても, 事前アンケートの回答にご協力をお願いします。		

**京都市地域リハビリテーション推進センター 障害者支援施設 見学会申込書**

※この見学会は, 上記支援ネットワーク会議とは別の企画となりますが, 申込用紙は1枚に集約させていただいております。ご了承ください。

●2月28日(水) の施設見学会に ( 参加する ・ 参加しない )

参加者( 支援ネットワーク会議と同じ ・ それ以外) →異なる場合は下記にご記入ください。

参加者氏名 職種及び役職 経験年数 年

参加者氏名 職種及び役職 経験年数 年

●当障害者支援施設について知りたいことがあれば, 以下の該当する項目にチェックを入れてください。

利用対象者 定員 利用期間 職員体制 利用料

ADL状況 プログラムについて 契約までの流れについて

その他( )

送付先 メール: [rehabili@city.kyoto.lg.jp](mailto:rehabili@city.kyoto.lg.jp) (件名「第26回高次脳機能障害ネットワーク会議について」)

FAX: 075-842-1541 京都市高次脳機能者支援センター

機関名	
種別(○印)	急性期病院, 回復期病院, その他医療機関
ホームページ	( 有 ・ 無 ) URL:
Facebook	( 有 ・ 無 ) URL:
回答者	氏名: _____ 職種及び役職: _____ (問合せ対応者:(※回答者と異なる場合のみ記入): _____ )
貴施設における 高次脳機能障害 支援に関して	○貴施設での高次脳機能障害のある方の受入れについて ( 可 ・ 否 ) ○貴施設における高次脳機能障害者支援経験 ( (ア)多い ・ (イ)まあまあ多い ・ (ウ)少ないがある ・ (エ)ない ) ○((ア), (イ), (ウ)と答えた方) 現在の対応状況について 例:回復期リハ病院で, 脳卒中の患者が多く, 高次脳機能障害のリハビリ等を行っている。 当事業所は, 障害に関係なく幅広い方を受け入れ, その障害特性にあった支援をしている。等
	○貴施設の高次脳機能障害支援における課題について  <b>■医療的な対応状況■</b> ○外来診療( 有 ・ 無 ) 外来リハビリ( 有 ・ 無 ) ○入院診療( 有 ・ 無 ) 入院リハビリ( 有 ・ 無 ) ○高次脳機能障害の診断( 可 ・ 否 ) ○画像 ( MRI ・ CT ) ○評価(検査) ( 可 ・ 否 ) ○診断書作成 ( 精神障害者保健福祉手帳 ・ 障害年金 ) ○その他特記 (例:PET,SPECT の画像診断有, 訪問診療有, 小児対象, デイケア利用可 等)
その他	高次脳機能障害支援に関するご質問や本会議に関するご要望があればご記入ください。

送付先 メール: [rehabili@city.kyoto.lg.jp](mailto:rehabili@city.kyoto.lg.jp) (件名「第26回高次脳機能障害ネットワーク会議について」)  
FAX: 075-842-1541 京都市高次脳機能者支援センター

機関名	
種別(○印)	障害者地域生活支援センター, 障害福祉サービス事業所, 地域包括支援センター, 介護保険サービス事業所, 就労関係機関, 行政機関, その他 ( )
ホームページ	( 有 ・ 無 ) URL:
Facebook	( 有 ・ 無 ) URL:
回答者	氏名: 職種及び役職:  (問合せ対応者:(※回答者と異なる場合のみ記入): )
貴施設における 高次脳機能障害 支援に関して	<p>○貴施設での高次脳機能障害のある方の受入れについて ( 可 ・ 否 )</p> <p>○貴施設における高次脳機能障害者支援経験 ( (ア)多い ・ (イ)まあまあ多い ・ (ウ)少ないがある ・ (エ)ない )</p> <p>○((ア), (イ), (ウ)と答えた方) 現在の対応状況について 例:回復期リハ病院で, 脳卒中の患者が多く, 高次脳機能障害のリハビリ等を行っている。 当事業所は, 障害に関係なく幅広い方を受け入れ, その障害特性にあった支援をしている。等</p> <p>○貴施設の高次脳機能障害支援における課題について</p> <p><b>■支援内容■</b></p> <p>○サービスの種別(複数回答可) 居宅介護 ・ 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護 ・ 短期入所 ・ 重度障害者等包括支援 ・ 療養介護 ・ 生活介護 ・ 自立訓練(生活訓練) ・ 自立訓練(機能訓練) ・ 就労移行支援 ・ 就労継続支援A型 ・ 就労継続支援B型 ・ グループホーム ・ 施設入所支援 ・ 放課後等デイサービス ・ 児童発達支援 ・ 指定一般相談支援 ・ 指定特定相談支援 ・ 指定障害児相談支援 ・ 地域生活支援センター ・ 地域包括支援センター ・ その他( )</p> <p>○主な利用者(身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ 高次脳 )</p> <p>○送迎 ( 有 ・ 無 )</p> <p>○送迎条件 (例 市内の方, ○○区のみ等)</p>
その他	高次脳機能障害支援に関するご質問や本会議に関するご要望があればご記入ください。