

VII 資 料

受付番号 ※

倫理審査申請書

平成27年02月06日

長崎大学病院長 殿

所 属 医歯薬学総合研究科 小児科
職 名 教授
研究等責任者 森内 浩幸

印

	所属診療科等の長の氏名	森内 浩幸 印
1 審査対象	<input checked="" type="checkbox"/> イ 研究計画 <input type="checkbox"/> ロ 臨床応用計画 <input type="checkbox"/> ハ 出版・公表原稿	
2 課題名	小児の高次脳機能障害支援体制に関する実態調査	
3 研究等分担者		
所属	長崎大学病院 小児科	職名 医員 氏名 渡邊 聖子
4 情報管理者		
所属	長崎大学病院 小児科	職名 助教 氏名 中嶋 有美子
5 研究等の概要		
(1) 背景及び目的	<p>後天性脳損傷（脳外傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳腫瘍、急性脳炎・脳症など）を原因とする高次脳機能障害は記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの後遺症を引き起こし、社会生活を送る上で大きな障害となっていることが多い。しかし、外見からはその障害の状況がわかりにくいことから、医療や福祉保健施策の谷間におかれ、必要な支援やサービスが提供されにくい現状がある。また、医療・福祉などにかかわる関係者および一般市民の高次脳機能障害に関する理解も十分ではなく、相談体制も整備されていない現状にある。特に小児期発症の高次脳機能障害児（者）については、復学の問題や学校同士の情報共有、小児から成人への移行や就労の問題など、成人とは異なる様々な課題が予測され、その課題を踏まえた支援体制の整備を行っていく必要がある。我が国では、平成13年～平成17年に「高次脳機能障害支援モデル事業」を実施し、平成18年より「高次脳機能障害支援普及事業」が開始され、平成25年度より「高次脳機能障害及び関連障害に対する支援普及事業」へと変更された。これを受け長崎県では平成19年に「長崎県高次脳機能障害支援センター」を設置し、成人を対象とした実態調査を行っている。平成17年の長崎県での年間発症者は120人前後であり、県内の高次脳機能障害者の推定総数は770人であった。長崎県の事業の一つである相談支援に対しては、高次脳機能障害者からの相談は増加傾向にあり、課題を踏まえた支援体制の整備が進められている。その中で、小児期に発症した高次脳機能障害児（者）からの相談もみられるようになってきているが、その実数や支援の内容などの実態は把握できていない。</p>	

<p>本研究は、長崎県における小児期における高次脳機能障害の実態調査を行うことで、その発生率や医療及び福祉における支援の現状など把握するとともに、今後の本県での高次脳機能障害児の支援体制整備の方向性を検討する基礎資料を得ることが目的である。</p> <p>調査内容は、同障害児の急性期病院や回復期病院における受け入れ状況、病態と支援状況、転帰状況である。</p>	
<p>(2) 試料等提供者（ボランティア、患者等）及び選定方針</p> <p>生後4週以上、18歳未満の時期に後天性脳損傷（脳外傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳腫瘍、急性脳炎・脳炎など）の診断で長崎大学病院に入院、加療をうけた患者</p>	
<p>(3) 方法（単施設又は多施設の別、介入の有無、前方視又は後方視の別、侵襲の有無等に加えて具体的内容も簡潔に記載すること。）</p> <p>多施設共同 介入の有無:無 侵襲の有無:無 前方視後方視:後方視</p> <p>調査方法は、長崎県の救急搬送による情報収集システムを利用し、長崎実地救急医療連絡会から平成20、21、22年度に救急搬送された患者で、搬送時に生後4週以上、18歳未満であった者のうち、後天性脳損傷（脳外傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳腫瘍、急性脳炎・脳症など）により搬送された患者のリストの提供を受ける。これら高次脳機能障害の高リスク児の概数および、搬送先となることの多い数か所の急性期病院をリストアップする。</p> <p>高次機能障害の高リスク児の搬送先となることの多かった急性期病院に対し、平成23、24年度のこれらの児の受け入れ状況や支援内容、及び転帰先情報を1次アンケートとしてカルテ情報より後方視的に調査する。</p> <p>引き続いてその転帰先情報から、退院後にリハビリや就学支援を行っている可能性のある機関（特に回復期病院）をリストアップする。同機関等へ2次アンケートを行い、平成23、24年度の受け入れ状況、入院中の支援内容や地域との連携、復学支援、家族支援状況を調査する。</p>	
<p>6 研究等の実施場所</p> <p>本院小児科医局および小児科外来</p>	
<p>7 研究等実施予定期間及び症例数等（多施設研究の場合は、全体症例数及び研究等責任者担当症例数を記載）</p>	<p>承認日～2016年3月31日</p> <p>全体予定症例数：46例</p> <p>予定症例数：15例</p>
<p>8 研究等における倫理的配慮等について</p> <p>(1) 倫理的問題点等</p> <p>本研究のすべての担当者は、「ヘルシンキ宣言（2013年10月改正）」および「臨床研究に関する倫理指針（平成20年7月31日改正、以下臨床研究倫理指針）」を遵守して実施する。</p> <p>研究実施に係る生データ類等を取扱う際は、被験者の秘密保護に十分配慮する。研究の結果を公表する際は、被験者を特定できる情報を含まないようにする。また、研究の目的以外に、研究で得られた被験者のデータを使用しない。</p>	

(2) 試料等提供者又はその家族等(以下「研究対象者等」という。)の人権の擁護

本研究のすべての担当者は、「ヘルシンキ宣言(2013年10月改訂)」および「臨床研究に関する倫理指針(平成20年7月31日改正、以下臨床研究倫理指針)」を遵守して実施する。

研究実施に係る個人情報等を扱う際は、被験者の個人情報とは無関係の番号を付して管理し、被験者の秘密保護に十分配慮する。当該情報を関連機関に送付する場合はこの番号を使用し、被験者の個人情報が院外に漏れないよう十分配慮する。また、研究の結果を公表する際は、被験者を特定できる情報を含まないようにする。研究の目的以外に、研究で得られた被験者の個人情報等を使用しない。

(3) 予測される研究対象者等に対する危険又は不利益

研究に参加することによって予想される不利益は個人情報の漏洩である。しかし、対象者となる患者は全て個人情報とは無関係なID番号で登録されており、個人情報が特定されることはない。各医療機関における1次、2次アンケート調査票の項目については、個人が特定できないように設問項目に配慮し、また調査終了まで情報管理者が厳重に管理することで個人情報の漏洩を防ぐ。調査票は調査終了後直ちに廃棄することとし、最終評価表やデータファイルにも個人情報が特定されるものは記載せず、個人情報の漏洩は考えられない。研究への不参加による不利益も存在しない。

(4) 試料等提供者に対する健康被害の補償

■無 □有(内容)

(5) 個人識別情報を含む情報の保護の方法

救急搬送システムからは当該患者の氏名、住所などの個人情報を除いたリストの提供を受けることとし、個人が特定できないようにしている。医療機関での1次、2次アンケート調査票の管理はすべてID番号で行う。カルテからは氏名や生年月日、入退院日などの個人を特定する情報は一切問わない。住所においては、市町村までしか問わないことで個人を特定できないようにする。転帰先情報については、具体的な機関名を記載してもらうが、最終評価票には具体的な機関名は記載せず、施設分類で標記することで個人情報は保護される。解析結果の公表においても個人が特定できるようなものは一切、記載しない。

(6) インフォームド・コンセントの方法

本研究は、臨床研究に関する倫理指針の“観察研究であって、人体から採取された試料等を用いない場合”に該当し、研究対象者からインフォームド・コンセントを受けることを必ずしも要しないと判断されるが、当該臨床研究の目的を含む研究の実施についての情報を公開しなければならない。そのため、本研究では、審査委員会で承認の得られた文書を臨床研究センターのホームページ(http://www.mh.nagasaki-u.ac.jp/research/rinsho/patients/open_peditrcs.html)に掲載することにより、情報公開を行うこととする。情報公開用文書には、以下の内容を含むものとする。①研究の目的(意義)、対象、方法(利用する情報) ②実施組織名、責任者名、問い合わせ・苦情等の相談窓口(連絡先) ③個人情報の取扱い方法(情報の開示についてを含む)

<p>(7) 研究等の期間及び当該期間終了後の試料等の保存又は廃棄の方法</p> <p>各調査対象機関には、平成28年3月31日まで情報を保管してもらい、データの確認に利用する。データの確認はID番号を用いて、情報管理者が行う。調査終了後、調査対象機関と情報管理者が保管しているデータはすべて廃棄する。</p>
<p>(8) 科学と社会への貢献</p> <p>長崎県全体での高次脳機能障害の高リスク児数の実態を調査することで、その概数や支援の実態を把握することができる。また、調査結果から出た課題を踏まえ、今後長崎県内での医療保健福祉の支援策を検討することができる。</p>
<p>(9) 研究資金等の出所(研究費等の種別等)</p> <p>調査、解析、報告のすべてを県費で行う。</p>
<p>(10) その他</p>

備考

- 1 審査の対象となる研究等の計画書（ヒト幹細胞を用いる臨床研究である場合は、ヒト幹細胞指針に基づく実施計画書、研究等責任者及び研究等分担者のヒト幹細胞臨床研究講習会受講証の写し等）、研究対象者等への説明書、同意書等を添付すること。
- 2 ※印欄は、記入しないこと。

別記様式第2号 (第15条関係)

倫理審査結果通知書

平成27年3月10日

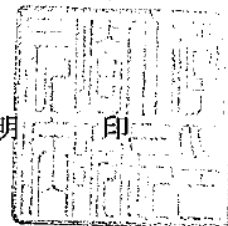
研究等責任者

小児科

教授 森内 浩幸 殿

長崎大学病院長

増崎 英明 印



承認番号 15022319

課題名 小児の高次脳機能障害支援体制に関する実態調査

平成27年2月6日付けで申請のあった上記課題に係る研究等の計画・出版公表原稿を、平成27年2月23日の病院臨床研究倫理委員会で審査し、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

判定	(1) 承認 (2) 条件付承認 (3) 変更の勧告 (4) 不承認 (5) 非該当
理由又は勧告	

平成26年 月 日

長崎実地救急医療連絡会
理事長 井上 健一郎 様

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
所長 浦田 実

長崎県の救急搬送データの提供について（依頼）

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃から高次脳機能障害者の支援につきまして、ご理解とご協力をいただき誠に感謝申し上げます。

今年度、長崎県高次脳機能障害支援連絡協議会（事務局：当センター内）において、幼児期から学童期の高次脳機能障害児への支援体制整備のための実態調査等を実施することとなり、現在、専門部会を設置し、実態調査の実施のための準備を行っております。

調査の目的は、県内の医療機関や教育機関にアンケート調査を行い、高次脳機能障害のリスクの高い18歳未満の児童数、医療機関から地域への支援の流れ、教育現場での支援の実際、関係機関との連携などの実態を把握し、高次脳機能障害児（者）への支援策の検討に役立てるものです。

そこで、貴会が集積・保管されております長崎県下の「救急搬送データ」の一部をご提供いただき、実態分析を行ううえでの資料として活用させて頂きたいと考えております。

つきましては、ご多忙の折誠に恐縮ではございますが、救急搬送データの中から別紙「概要」のデータをExcel（ワークシート）形式にて 月 日（ ）までにご提供くださいますようお願い申し上げます。

なお、個人情報の保護に関しては細心の注意を払い、慎重に取り扱うことを申し添えます。

また、ご不明な点につきましては、別紙に記載している「調査の担当者」へお問い合わせくださるようお願いいたします。

急性期医療機関
回復期医療機関（又は施設）
病院（施設）長 様

長崎県高次脳機能障害支援連絡協議会
会長 松坂 誠應

「小児期における高次脳機能障害の実態調査」への協力について（依頼）

時下、ますます御清栄のことと御喜び申し上げます。

さて、長崎県では、平成 19 年度に高次脳機能障害支援センターが開設され、支援の必要な方に適切なサービスが提供される体制整備を、関係機関の御協力を得ながら進めているところです。

近年、小児期に受傷発症した脳損傷の後遺症により、成人後に社会生活でお困りの方からの御相談が増えていきます。

しかし、現状では、県下においては小児高次脳機能障害の支援体制等が確立していないため、適切な時期に適切な支援が提供されていない状況にあります。

そこで、長崎県高次脳機能障害支援連絡協議会において高次脳機能障害児に対する支援上の課題・分析等を行い、医療から就学、就労までの支援施策に活かしていくことを目的に、専門部会を設置し、標記の実態調査を実施することとなりました。

つきましては、本調査の趣旨を御理解いただき、業務多忙の折誠に申し訳ありませんが、別添アンケート用紙への御記入に御協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、記入いただいたアンケート用紙は、同封の返信用封筒にて〇月〇日(〇)までに御返送いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

最後に、記入いただいた内容は、当調査のみに使用し、他の目的に利用することはないことを申し添えます。

記

【添付書類】

- ・「小児期における高次脳機能障害の実態調査」アンケート用紙 〇〇〇部
- ・返信用封筒 〇部

問合せ先

長崎県高次脳機能障害支援センター

担当 森田・若松

TEL (095)844-5515 FAX (095)846-8920

小児期における高次脳機能障害の実態調査
(急性期病院用)

医療機関名：

回答責任者氏名：

所 属：

連絡先：

《記入要領》

「急性期病院用アンケート調査」

本調査は、長崎県内の小児期における高次脳機能障害の実態調査を行うことで、その発生率や医療及び福祉における支援の現状など把握するとともに、今後の本県での高次脳機能障害児の支援体制整備の方向性を検討する基礎資料を得ることを目的としています。ご協力の程、よろしくお願いいたします。

なお、御記入された内容は、本調査のみに使用し、他の目的に利用されることはありません。また、調査終了後は報告書を作成し、配布予定としております。

1 記入者について

調査票への記入は原則として、ソーシャルワーカーや連携調整部門の方、もしくは 医師にてご記入いただきたく、お願いします。

なお、問9、問11については対象児の状態を良く知る医師・看護師・療法士等にてご記入ください。

2 対象児の選択基準

以下の基準をすべて満たす患者様を調査対象とします。

なお、転帰時が死亡の患者様は対象外となります。

- ① 平成23年4月1日から平成25年3月31日までの間に貴病院に入院した者
- ② 受傷日・発症日の年齢が生後4週間以上～18歳未満の者
- ③ 診断名が、外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳腫瘍、脳炎・脳症の者

3 返送について

同封の返信用封筒により9月30日(水)までに長崎県高次脳機能障害支援センター宛てに返送してください。なお、これを越える場合は事前にご連絡ください。

4 調査票記入について

対象者1人に対し、1シートを使用します。ID番号は1から連番で記入下さい。医療機関におけるカルテ番号ではありません。

※データ確認を行う際の番号として利用します。医療機関においても保存ください。
同封のシートで足りない場合は、コピーをお願いします。

※記載具体例（例を参考に記載してください。）

問8 ここでの「紹介」とは情報提供や連携なども含みます。

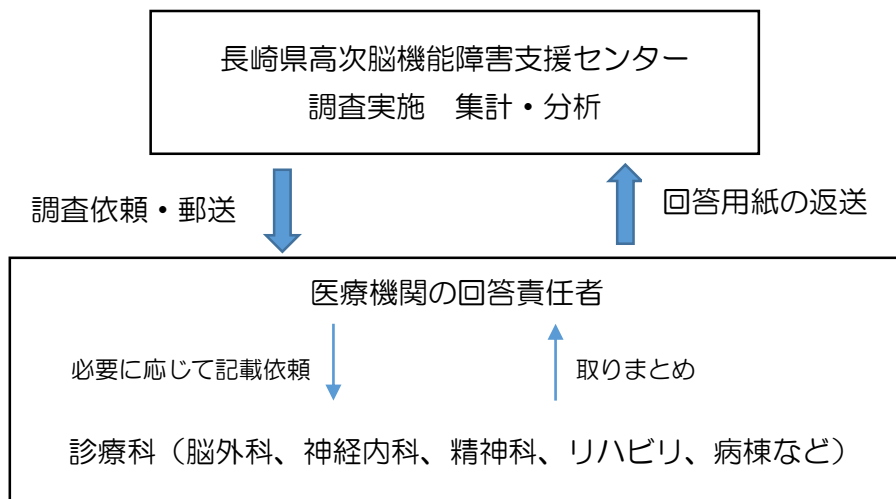
他 院 へ：例 身体障害（リハビリ）のフォローのため
高次脳機能障害のフォローのため

行政機関へ：例 相談窓口の1つとして紹介
退院前カンファランスへの参加依頼

教育機関へ：例 学校側へ障害特性について紙面で情報提供
担任が主治医の意見を求めに来た

福祉施設へ：例 生活や就労のフォローのため、相談支援事業所に
情報提供

5 調査の流れについて



※回答責任者がすべての調査票を取りまとめ、返信用封筒にて返送ください。

※記載内容について問合せを行う場合は、回答責任者に行います。

6 問い合わせ先

調査票のご記入に際し、不明な点などございましたら長崎県高次脳機能障害支援センターまでお問い合わせください。

長崎県高次脳機能障害支援センター

担当 森田

所在地 長崎市橋口町 10-22

電話 095-844-5515（受付時間 9:00～17:45）

小児期における高次脳機能障害の実態調査
「回復期機関（病院・施設）用」【外来用】

医療機関名：

回答責任者氏名：

所 属：

連絡先：

《記入要領》

「回復期病院・施設用アンケート調査票」【外来用】

本調査は、長崎県内の小児期における高次脳機能障害の実態調査を行うことで、その発生率や医療及び福祉における支援の現状など把握するとともに、今後の本県での高次脳機能障害児の支援体制整備の方向性を検討する基礎資料を得ることを目的としています。ご協力の程、よろしくお願いいたします。

なお、御記入された内容は、本調査のみに使用し、他の目的に利用されることはありません。また、調査終了後は報告書を作成し、配布予定としております。

1 記入者について

調査票への記入は原則として、ソーシャルワーカーや連携調整部門の方、もしくは医師にてご記入ください。

なお、問6については対象児の状態を良く知る医師・看護師・療法士・心理士等にてご記入ください。

2. 対象児の選択基準

以下の基準をすべて満たす患者様を調査対象とします。

なお、転帰時が死亡の患者様は対象外となります。

- ① 平成23年4月1日から平成25年3月31日までの間に貴施設に外来通院した者
- ② 受傷日・発症日の年齢が生後4週間以上～18歳未満の者
- ③ 診断名が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳腫瘍、脳炎・脳症の者

3 返送について

同封の返信用封筒により〇月〇日(〇)までに長崎県高次脳機能障害支援センター宛てに返送してください。なお、これを越える場合は事前にご連絡ください。

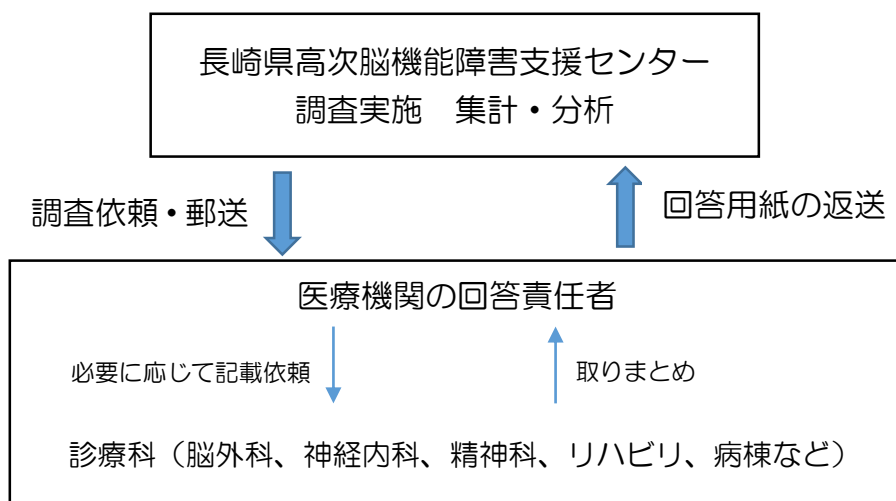
4 調査票記入について

対象者1人に対し、1シートを使用します。ID番号は1から連番で記入下さい。
医療機関におけるカルテ番号ではありません。

※データ確認を行う際の番号として利用します。医療機関においても保存ください。
同封のシートで足りない場合は、コピーをお願いします。

※問5復学支援・家族支援については、主として開催したものなどを記載ください。
関係機関からの依頼を受けて行ったものは、特記事項にその旨記載ください。

5 調査の流れについて



※回答責任者がすべての調査票を取りまとめ、返信用封筒にて返送ください。

※記載内容についてお問い合わせが必要な場合は、回答責任者に行います。

6 問い合わせ先

調査票のご記入に際し、ご不明な点などございましたら長崎県高次脳機能障害支援センターの 下記担当までお問い合わせください。

長崎県高次脳機能障害支援センター
担 当 森田
所在地 長崎市橋口町 10-22
電 話 095-844-5515（受付時間 9:00～17:45）

小児期における高次脳機能障害の実態調査
「回復期機関（病院・施設）用」【入院用】

医療機関名：

回答責任者氏名：

所 属：

連 絡 先：

《記入要領》

「回復期病院・施設用アンケート調査票」【入院用】

本調査は、長崎県内の小児期における高次脳機能障害の実態調査を行うことで、その発生率や医療及び福祉における支援の現状など把握するとともに、今後の本県での高次脳機能障害児の支援体制整備の方向性を検討する基礎資料を得ることを目的としています。ご協力の程、よろしくお願いいたします。

なお、御記入された内容は、本調査のみに使用し、他の目的に利用されることはありません。また、調査終了後は報告書を作成し、配布予定としております。

1 記入者について

調査票への記入は原則として、ソーシャルワーカーや連携調整部門の方、もしくは医師にてご記入ください。

なお、問7については対象児の状態を良く知る医師・看護師・療法士・心理士等にてご記入ください。

2. 対象児の選択基準

以下の基準をすべて満たす患者様を調査対象とします。

なお、転帰時が死亡の患者様は対象外となります。

- ① 平成23年4月1日から平成25年3月31日までの間に貴施設に入院した者
- ② 受傷日・発症日の年齢が生後4週間以上～18歳未満の者
- ③ 診断名が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳腫瘍、脳炎・脳症の者

3 返送について

同封の返信用封筒により〇月〇日(〇)までに長崎県高次脳機能障害支援センター宛てに返送してください。なお、これを越える場合は事前にご連絡ください。

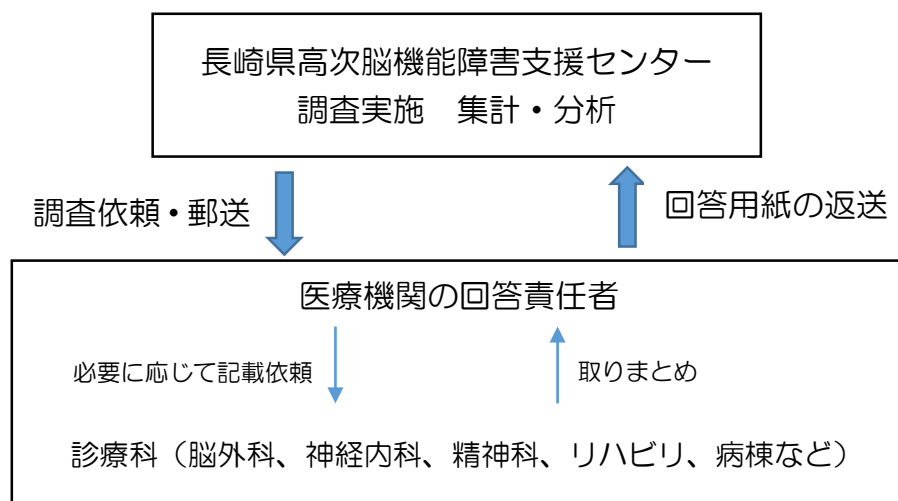
4 調査票記入について

対象者1人に対し、1シートを使用します。ID番号は1から連番で記入下さい。
医療機関におけるカルテ番号ではありません。

※データ確認を行う際の番号として利用します。医療機関においても保存ください。
同封のシートで足りない場合は、コピーをお願いします。

※問6復学支援・家族支援については、主として開催したものなどを記載ください。
関係機関からの依頼を受けて行ったものは、特記事項にその旨記載ください。

5 調査の流れについて



※回答責任者がすべての調査票を取りまとめ、返信用封筒にて返送ください。

※記載内容についてお問い合わせが必要な場合は、回答責任者に行います。

6 問い合わせ先

調査票のご記入に際し、不明な点などございましたら長崎県高次脳機能障害支援センター下記担当までお問い合わせください。

長崎県高次脳機能障害支援センター

担当 森田

所在地 長崎市橋口町 10-22

電話 095-844-5515（受付時間 9:00～17:45）

急性期病院用アンケート調査票

記入者職名： _____ 記入者氏名： _____

問 1. 患者様の基礎情報についてお尋ねします。以下の表の該当する項目の□にレ点を入れ、必要事項を記入して下さい。

ID 番号			
受傷(発症)時の年齢	歳 ヶ月	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
在院日数	週間		
入院時住所	()市・町		

問 2. 対象児の選択基準に関わる診断名・原因疾患についてお尋ねします。以下の表のうち大分類から患者様に該当する項目を選び□にレ点を入れて下さい。また、選んだ大分類について詳細がわかるようでしたら、小分類の該当する項目の□にレ点を入れて下さい。

*大分類は必ずご記入いただく項目ですが、小分類は把握できる範囲で結構です。小分類について不明なようでしたら未記入のまま結構です。

大分類	小分類
□ 1. 外傷性脳損傷	<input type="checkbox"/> 硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> 硬膜下血腫 <input type="checkbox"/> 脳挫傷 <input type="checkbox"/> 脳内血腫
	<input type="checkbox"/> びまん性脳損傷(軽度脳震盪)(意識障害なし)
	<input type="checkbox"/> 古典的脳損傷(意識障害 6 時間以内)
	<input type="checkbox"/> びまん性軸索損傷(意識障害 6 時間以上)
□ 2. 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形に伴う頭蓋内出血
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他()
□ 3. 低酸素脳症	<input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 窒息
	<input type="checkbox"/> その他()
□ 4. 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 原発性脳腫瘍(良性腫瘍、悪性腫瘍)
	<input type="checkbox"/> その他()
□ 5. 脳炎・脳症	<input type="checkbox"/> 急性脳炎 <input type="checkbox"/> 急性脳症 <input type="checkbox"/> 髄膜炎(細菌性、非細菌性)
	<input type="checkbox"/> その他()

問 3. 初診（入院）時と転帰時の患者様の意識障害についてお尋ねします。該当する項目の□にレ点を入れ、必要事項を記入して下さい。

	初診時	転帰時
意識障害	□あり(JCS: GCS:)	□あり(JCS: GCS:)
	□なし □疑い □不明	□なし □疑い □不明

問 4. 患者様に実施した検査についてお尋ねします。

問 4-1. 以下の画像検査（頭部）について、一度でも実施した検査項目の□にレ点を入れて下さい。

（複数回答可）

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> その他()

問 4 - 2. 以下の心理検査について、一度でも実施した検査項目の□にレ点を入れて下さい。（複数回答可）

<input type="checkbox"/> 発達及び知能検査 <input type="checkbox"/> 認知機能検査その他の心理検査 <input type="checkbox"/> 人格検査

問 5. 医師、看護師以外で患者様の評価・リハビリ・支援に携わった職種についてお尋ねします。

以下の職種のうち、評価・リハビリ・支援に1度でも携わった職種の□にレ点を入れて下さい。

（複数回答可）

<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 心理士
<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー(PSW・MSW) <input type="checkbox"/> その他()

問 6. 患者様は高次脳機能障害の診断を受けていますか？該当する項目の□にレ点を入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明
--

問 7. 入院から転帰時（外来フォローされている場合には現在）までの間で、患者様が受けた診断名を全て以下の枠内に記入して下さい。

--

問 8. 退院時および退院後の支援状況について、以下のうち該当する項目の□にレ点を入れて下さい。

(複数回答可) なお、ここでの「紹介」とは他機関への情報提供や連携も含むものとします。 他機関への紹介があった場合には、その紹介目的や具体的な内容を記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 自宅退院
<input type="checkbox"/> 貴機関の外来にて定期フォロー(現在の受診頻度: _____)
<input type="checkbox"/> 他院へ紹介 (機関名: _____) ⇒ 紹介目的・具体的内容
<input type="checkbox"/> 行政相談機関へ紹介 ⇒ <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 長崎県高次脳機能障害支援センター <input type="checkbox"/> その他(_____) ⇒ 紹介目的・具体的内容
<input type="checkbox"/> 学校等の教育機関へ紹介 ⇒ <input type="checkbox"/> 教育委員会 <input type="checkbox"/> 所属学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他(_____) ⇒ 紹介目的・具体的内容
<input type="checkbox"/> 福祉施設等へ紹介 (機関名: _____) ⇒ 紹介目的・具体的内容
<input type="checkbox"/> その他 (_____) ⇒ 紹介目的・具体的内容

問 9. 退院時の患者様の状態についてお尋ねします。退院の時点で、以下のそれぞれの項目について年齢不相応の問題がみられていましたでしょうか？ 該当する□にレ点を入れて下さい。

*記入者のチェックをして下さい。 〔医師・看護師・療法士・その他（ ）〕

項目	具体例
1. 記憶の問題 □あり □なし □疑い □不明	すぐに忘れてしまう・おぼえられない・思い出せない 同じことを何度も尋ねる・道順がわからなくなる・忘れ物が多い
2. 注意の問題 □あり □なし □疑い □不明	注意が集中できない・落ち着かない・不注意な過ちをおかす 物をよくなくす・物事を完成せずに次に進む
3. 思考の問題 □あり □なし □疑い □不明	計画性がない・見通しを立てられない・時間の配分ができない 思いついたことを何も考えずに行動する・指示しないと行動できない
4. 半側空間無視 □あり □なし □疑い □不明	左側の人や物にぶつかる・左側の物を食べ残す・左手を使わない 左側にある物を見落とす・道路や廊下で左に曲がることできない
5. 言葉の問題 □あり □なし □疑い □不明	滑らかに言葉がでない・話し方が遅い・発音が不明瞭・文字を読めない 聞いて理解できない・新しい言葉をおぼえにくい・文字を書けない
6. 行動の問題 □あり □なし □疑い □不明	今まで使っていた道具の使い方がわからない・動作がぎこちない 使う物品の数が増えると動作ができなくなる
7. 視覚認知の問題 □あり □なし □疑い □不明	図形がわからない・同時に2つの物が見えない・漢字が書けない 見て何だかわからないが触るとわかる・段差がわかりにくい
8. 聴覚認知の問題 □あり □なし □疑い □不明	音は聞こえるが何の音かわからない・音楽が単調に聞こえる 声は聞こえるが意味がわからない・ざわざわした場所で聞き取れない
9. 感情コントロールの問題 □あり □なし □疑い □不明	すぐに怒る・すぐに泣く・暴言を言う・乱暴をする はしゃぎすぎる・ふざけすぎる・不適切な場面で笑ってしまう
10. 対人技能拙劣 □あり □なし □疑い □不明	相手の気持ちが読めない・協調性がない・でしゃばりすぎる 自分の意見ばかり言い張る・人に強く言われると断れない
11. 固執性 □あり □なし □疑い □不明	同じ言動を何度も行う・物事にこだわって次のことができない 融通がきかない・途中で変更されると混乱したりパニックになる
12. 意欲・発動性の問題 □あり □なし □疑い □不明	やる気がない・物事を開始するのが遅い・ぼんやりしている 眠れない、起きれない、体重増減、頭痛、肩こり等の身体的症状がある
13. 依存性・退行(幼児化) □あり □なし □疑い □不明	自分でやろうとしない・無理と言っても何でもやってもらいたがる すぐにできない・甘えすぎる
14. 疲れやすさ □あり □なし □疑い □不明	朝起きれない・姿勢を保てない・ぼーっとしている 周りに無関心・動作が遅い
15. その他 あった場合はご記入下さい →	

* 貴機関の外来で定期フォローされている場合には次のページからの質問にもお答えください。
外来フォローされていない場合にはここで質問は終了です。ご協力ありがとうございました。

問 10. 退院後に貴機関の外来で定期フォローをしている場合、退院後の①家庭や学校等での様子、②注意・記憶・言葉などの認知機能の状態、③感情や行動的側面の状態についてカルテに記載事項があれば、以下の表に記入して下さい。

カルテ記載日	家庭や学校等での様子 ・ 認知機能の状態 ・ 感情や行動的側面について
(記入例) 退院後3ヶ月	・落ち着かない ・不登校傾向 ・疲れやすい 怒りっぽい / ・特に問題ない ・適応良好 など

問 11. 外来フォロー時の患者様の状態についてお尋ねします。直近の外来診察の時点で、以下のそれぞれの項目について年齢不相応の問題がみられていましたでしょうか？該当する□にレ点を入れて下さい。

*記入者のチェックをして下さい。 〔医師・看護師・療法士・その他（ ）〕

直近の外来診察日：退院後（ ）ヶ月

項目	具体例
1. 記憶の問題 □あり □なし □疑い □不明	すぐに忘れてしまう・おぼえられない・思い出せない 同じことを何度も尋ねる・道順がわからなくなる・忘れ物が多い
2. 注意の問題 □あり □なし □疑い □不明	注意が集中できない・落ち着かない・不注意な過ちをおかす 物をよくなくす・物事を完成せずに次に進む
3. 思考の問題 □あり □なし □疑い □不明	計画性がない・見通しを立てられない・時間の配分ができない 思いついたことを何も考えずに行動する・指示しないと行動できない
4. 半側空間無視 □あり □なし □疑い □不明	左側の人や物にぶつかる・左側の物を食べ残す・左手を使わない 左側にある物を見落とす・道路や廊下で左に曲がることできない
5. 言葉の問題 □あり □なし □疑い □不明	滑らかに言葉がでない・話し方が遅い・発音が不明瞭・文字を読めない 聞いて理解できない・新しい言葉をおぼえにくい・文字を書けない
6. 行動の問題 □あり □なし □疑い □不明	今まで使っていた道具の使い方がわからない・動作がぎこちない 使う物品の数が増えると動作ができなくなる
7. 視覚認知の問題 □あり □なし □疑い □不明	図形がわからない・同時に2つの物が見えない・漢字が書けない 見て何だかわからないが触るとわかる・段差がわかりにくい
8. 聴覚認知の問題 □あり □なし □疑い □不明	音は聞こえるが何の音かわからない・音楽が単調に聞こえる 声は聞こえるが意味がわからない・ざわざわした場所で聞き取れない
9. 感情コントロールの問題 □あり □なし □疑い □不明	すぐに怒る・すぐに泣く・暴言を言う・乱暴をする はしゃぎすぎる・ふざけすぎる・不適切な場面で笑ってしまう
10. 対人技能拙劣 □あり □なし □疑い □不明	相手の気持ちが読めない・協調性がない・でしゃばりすぎる 自分の意見ばかり言い張る・人に強く言われると断れない
11. 固執性 □あり □なし □疑い □不明	同じ言動を何度も行う・物事にこだわって次のことができない 融通がきかない・途中で変更されると混乱したりパニックになる
12. 意欲・発動性の問題 □あり □なし □疑い □不明	やる気がない・物事を開始するのが遅い・ぼんやりしている 眠れない、起きれない、体重増減、頭痛、肩こり等の身体的症状がある
13. 依存性・退行(幼児化) □あり □なし □疑い □不明	自分でやろうとしない・無理と言っても何でもやってもらいたがる すぐにできない・甘えすぎる
14. 疲れやすさ □あり □なし □疑い □不明	朝起きれない・姿勢を保てない・ぼーっとしている 周りに無関心・動作が遅い
15. その他 あった場合はご記入下さい →	

以上で質問は終了です。記入漏れなどが無いかご確認ください。ご協力ありがとうございました。

回復期機関（病院・施設）用アンケート調査票

【外来用】

記入者：職種

氏名

問1 患者様の基礎情報についてお尋ねします。

以下の表の該当する項目の口にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

ID 番号：			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受傷（発症）時の年齢	歳 ヶ月
在院日数	週間	入院時住所	(市・町)

「高次脳機能障害」の診断の有無

診断あり	<input type="checkbox"/> 前施設・医療機関で診断あり <input type="checkbox"/> 当施設の入院中に診断名が付いた <input type="checkbox"/> 当施設の外来で診断名が付いた
診断なし	<input type="checkbox"/> 「高次脳機能障害の疑い」の記載あり <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害の診断名はついていない

問2 患者様の診断名・原因疾患についてお尋ねします。

以下の表のうち大分類から上記患者様に該当する項目を1つ選び にチェックを入れてください。また、選んだ大分類について詳細がわかるようでしたら、小分類の該当する項目の口にチェックを入れてください。

※大分類は必ずご記入いただく項目ですが、小分類は把握できる範囲で結構です。

小分類について不明なようでしたら未記入のままでも結構です。

大分類	小分類
<input type="checkbox"/> 1 外傷性脳損傷	<input type="checkbox"/> 硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> 硬膜下血腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳挫傷 <input type="checkbox"/> 脳内血腫 <input type="checkbox"/> びまん性脳損傷（軽度脳震盪）（意識障害なし） <input type="checkbox"/> 古典的脳損傷（意識障害6時間以内） <input type="checkbox"/> びまん性軸索損傷（意識障害6時間以上）
<input type="checkbox"/> 2 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形に伴う頭蓋内出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 3 低酸素脳症	<input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 4 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 原発性脳腫瘍（良性腫瘍、悪性腫瘍） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 5 脳炎・脳症	<input type="checkbox"/> 急性脳炎 <input type="checkbox"/> 急性脳症 <input type="checkbox"/> 髄膜炎（細菌性、非細菌性） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 6 その他	

問3 患者様に実施した検査についてお尋ねします。(部分実施でも可、複数回答可)

発達全般検査	<input type="checkbox"/> 遠城寺式 <input type="checkbox"/> 新版K式 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	WISC-III (IV) 知能検査
<input type="checkbox"/>	WAIS-III 成人知能検査
<input type="checkbox"/>	コース立方体組み合わせテスト
<input type="checkbox"/>	K-ABC心理・教育アセスメントバッテリー
<input type="checkbox"/>	ウェクスラー記憶検査(WMS-R)
<input type="checkbox"/>	三宅式記銘力検査
<input type="checkbox"/>	Benton 視覚記銘検査
<input type="checkbox"/>	Rey の複雑図形検査
<input type="checkbox"/>	標準注意機能検査(CAT)
<input type="checkbox"/>	注意機能スクリーニング検査(D-CAT)
<input type="checkbox"/>	Trail Making Test (TMT)
<input type="checkbox"/>	BIT 星印抹消試験
<input type="checkbox"/>	前頭葉機能検査(FAB)
<input type="checkbox"/>	慶應版 Wisconsin Card Sorting Test (K-WCST)
<input type="checkbox"/>	語の流暢性
<input type="checkbox"/>	遂行機能障害症候群の行動評価(BADS)
<input type="checkbox"/>	DNCAS
<input type="checkbox"/>	SLTA
<input type="checkbox"/>	標準読書力診断テスト
<input type="checkbox"/>	Bathel index
<input type="checkbox"/>	FIM
<input type="checkbox"/>	S-M 社会生活能力検査
<input type="checkbox"/>	その他にあれば記載してください ()

問4 携わった職種や支援内容について、該当するもの全てにチェックしてください。

職 種	支 援 内 容
<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害の診断 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム作成 <input type="checkbox"/> 効果判定とプログラムの修正 <input type="checkbox"/> 家族・本人への経過説明 <input type="checkbox"/> 経過観察・診察の継続
<input type="checkbox"/> 臨床心理士	<input type="checkbox"/> 知的能力の評価 <input type="checkbox"/> 高次脳機能の評価 <input type="checkbox"/> 認知訓練 <input type="checkbox"/> 家族支援
<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 機能的作業療法 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 学校生活能力評価・訓練
<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 言語機能の評価 <input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーション訓練
<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 姿勢異常の予防・矯正 <input type="checkbox"/> 協調性の改善 <input type="checkbox"/> 運動発達の促進 <input type="checkbox"/> 覚醒度の改善 <input type="checkbox"/> 意欲の向上 <input type="checkbox"/> 注意障害の改善
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 生活全般の対応 (着替え、洗面、食事、昼寝、入浴などの全てがリハビリテーション) <input type="checkbox"/> 一般看護業務(検査介助や日常生活介助) <input type="checkbox"/> 病棟での摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 家族・面会者・学校関係者などへの直接対応 <input type="checkbox"/> 家族の心のケア
<input type="checkbox"/> 院内学級教師	<input type="checkbox"/> 学習能力の評価 <input type="checkbox"/> 学習プログラム作成(各リハスタッフの評価を参考に) <input type="checkbox"/> 学習指導 <input type="checkbox"/> 前籍校との連携(情報交換、復学に伴う業務担当) <input type="checkbox"/> 「試験登校」付き添い(復学予定の学校に試験的に登校)
<input type="checkbox"/> 体育指導員	<input type="checkbox"/> 運動能力評価・機能改善対策 <input type="checkbox"/> 協調運動訓練・注意障害・易疲労性に対する訓練 <input type="checkbox"/> 体育授業への配慮・訓練 <input type="checkbox"/> 復学指導
<input type="checkbox"/> ソーシャル ・ワーカー	<input type="checkbox"/> 受傷前後の社会生活状況の情報収集 <input type="checkbox"/> 家族へ利用可能な制度・情報提供 <input type="checkbox"/> 復学・在宅生活に必要な社会資源調査・調整 <input type="checkbox"/> 地域との連携

※その他に関わった職種があれば、その職種と支援内容について記載してください。

職 種 名	支 援 内 容

問5 復学支援や家族支援について、該当するもの全てにチェックもしくは記入してください。

『復学支援』

連携機関	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害支援センター <input type="checkbox"/> 他医療機関 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> 教育センター <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 市町 <input type="checkbox"/> その他（ ）
支援内容	<input type="checkbox"/> 情報提供（ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 会議） <input type="checkbox"/> 学校・学級訪問（学級環境の確認） <input type="checkbox"/> 移行支援会議（特別支援コ-ディネーター等） <input type="checkbox"/> 復学プランの作成 <input type="checkbox"/> 代償手段補助ツールの作成
その他特記事項	

『家族支援』

支援内容	<input type="checkbox"/> 障害の受容指導（家族教室など） <input type="checkbox"/> 家族会の情報提供 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹への心理的ケア <input type="checkbox"/> 家庭訪問（環境調整、代償手段） <input type="checkbox"/> その他
具体的な内容について記載してください。	

問6 患者様の障害像についてお尋ねします。初診時と転帰時の状況について、該当する項目のにチェックを入れ、必要事項をご記入してください。（症状の具体例は別紙を参照ください）

※記入者のチェックをしてください〔医師・看護師・療法士（ ）・心理士・その他（ ）〕

直近の外来診察日：退院後（ ）ヶ月後

	初診時	転帰時または直近時
1 記憶の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
2 注意の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
3 思考の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
4 半側空間無視	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
5 言葉の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
6 行動の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明

7 視覚認知の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
8 聴覚認知の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
9 感情コントロールの問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
10 対人技能拙劣	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
11 固執性 こだわり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
12 意欲・発動性 の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
13 依存性・退行 (幼児化)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
14 疲れやすさ 無関心	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
15 その他の問題 症状名：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
症状名：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
症状名：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明

問7 経過についてお尋ねします。

該当する項目の□にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/> 当施設の外来にてフォロー	<input type="checkbox"/> 他施設へ紹介（施設名： _____ ）
---------------------------------------	--



※貴施設の外来で定期フォローされている場合には、次の問8をお答えください。



外来フォローされていない場合には、質問はここで終了です。
ご協力ありがとうございました。

問8 貴施設での外来定期フォローについてお尋ねします。

外来の受診頻度（例：2ヶ月に1回など）⇒	
外来にて従事している職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

以上で、アンケートは終了となります。ご協力ありがとうございました。

項 目	具 体 例
1. 記憶の問題	すぐに忘れてしまう・おぼえられない・思い出せない 同じことを何度も尋ねる・道順がわからなくなる・忘れ物が多い
2. 注意の問題	注意が集中できない・落ち着かない・不注意な過ちをおかす 物をよくなくす・物事を完成せずに次に進む
3. 思考の問題	計画性がない・見通しを立てられない・時間の配分ができない 思いついたことを何も考えずに行動する・指示しないと行動できない
4. 半側空間無視	左側の人や物にぶつかる・左側の物を食べ残す・左手を使わない 左側にある物を見落とす・道路や廊下で左に曲ることができない
5. 言葉の問題	滑らかに言葉がでない・話し方が遅い・発音が不明瞭・文字を読めない 聞いて理解できない・新しい言葉をおぼえにくい・文字を書けない
6. 行動の問題	今まで使っていた道具の使い方がわからない・動作がぎこちない 使う物品の数が増えると動作ができなくなる
7. 視覚認知の問題	図形がわからない・同時に2つの物が見えない・漢字が書けない 見て何だかわからないが触るとわかる・段差がわかりにくい
8. 聴覚認知の問題	音は聞こえるが何の音かわからない・音楽が単調に聞こえる 声は聞こえるがその意味がわからない・ざわついた場所で聞き取れない
9. 感情コントロールの問題	すぐに怒る・すぐに泣く・暴言を言う・乱暴をする はしゃぎすぎる・ふざけすぎる・不適切な場面で笑ってしまう
10. 対人技能拙劣	相手の気持ちが読めない・協調性がない・でしゃばりすぎる 自分の意見ばかり言い張る・人に強く言われると断れない
11. 固執性・こだわり	同じ言動を何度も行う・物事にこだわって次のことができない 融通がきかない・途中で変更されると混乱したりパニックになる
12. 意欲・発動性の問題	やる気がない・物事を開始するのが遅い・ぼんやりしている 眠れない・起きれない・体重の増減・頭痛 肩こりなどの身体的症状がある
13. 依存性・退行（幼児化）	自分でやろうとしない・無理と言っても何でもやってもらいたがる すぐにできない・甘えすぎる
14. 疲れやすさ・無関心	朝起きれない・姿勢を保てない・ぼーっとしている 周りに無関心・動作が遅い

回復期機関（病院・施設）用アンケート調査票

【入院用】

記入者：職種

氏名

問1 患者様の基礎情報についてお尋ねします。

以下の表の該当する項目の口にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

ID番号：			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受傷（発症）時の年齢	歳 ヶ月
在院日数	週間	入院時住所	(市・町)

「高次脳機能障害」の診断の有無

診断あり	<input type="checkbox"/> 前施設・医療機関で診断あり <input type="checkbox"/> 当施設の入院中に診断名が付いた <input type="checkbox"/> 当施設の外来で診断名が付いた
診断なし	<input type="checkbox"/> 「高次脳機能障害の疑い」の記載あり <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害の診断名はついていない

問2 患者様の診断名・原因疾患についてお尋ねします。

以下の表のうち大分類から上記患者様に該当する項目を1つ選び口にチェックを入れてください。また、選んだ大分類について詳細がわかるようでしたら、小分類の該当する項目の口にチェックを入れてください。

※大分類は必ずご記入いただく項目ですが、小分類は把握できる範囲で結構です。

小分類について不明なようでしたら未記入のまま結構です。

大分類	小分類
<input type="checkbox"/> 1 外傷性脳損傷	<input type="checkbox"/> 硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> 硬膜下血腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳挫傷 <input type="checkbox"/> 脳内血腫 <input type="checkbox"/> びまん性脳損傷（軽度脳震盪）（意識障害なし） <input type="checkbox"/> 古典的脳損傷（意識障害6時間以内） <input type="checkbox"/> びまん性軸索損傷（意識障害6時間以上）
<input type="checkbox"/> 2 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形に伴う頭蓋内出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 3 低酸素脳症	<input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 4 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 原発性脳腫瘍（良性腫瘍、悪性腫瘍） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 5 脳炎・脳症	<input type="checkbox"/> 急性脳炎 <input type="checkbox"/> 急性脳症 <input type="checkbox"/> 髄膜炎（細菌性、非細菌性） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 6 その他	

問5 携わった職種や支援内容について、該当するもの全てにチェックしてください。

職 種	支 援 内 容
<input type="checkbox"/> 医 師	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害の診断 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム作成 <input type="checkbox"/> 効果判定とプログラムの修正 <input type="checkbox"/> 家族・本人への経過説明 <input type="checkbox"/> 経過観察・診察の継続
<input type="checkbox"/> 臨床心理士	<input type="checkbox"/> 知的能力の評価 <input type="checkbox"/> 高次脳機能の評価 <input type="checkbox"/> 認知訓練 <input type="checkbox"/> 家族支援
<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 機能的作業療法 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 学校生活能力評価・訓練
<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 言語機能の評価 <input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーション訓練
<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 姿勢異常の予防・矯正 <input type="checkbox"/> 協調性の改善 <input type="checkbox"/> 運動発達の促進 <input type="checkbox"/> 覚醒度の改善 <input type="checkbox"/> 意欲の向上 <input type="checkbox"/> 注意障害の改善
<input type="checkbox"/> 看 護 師	<input type="checkbox"/> 生活全般の対応 （着替え、洗面、食事、昼寝、入浴などの全てがリハビリテーション） <input type="checkbox"/> 一般看護業務（検査介助や日常生活介助） <input type="checkbox"/> 病棟での摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 家族・面会者・学校関係者などへの直接対応 <input type="checkbox"/> 家族の心のケア
<input type="checkbox"/> 院内学級教師	<input type="checkbox"/> 学習能力の評価 <input type="checkbox"/> 学習プログラム作成（各リハスタッフの評価を参考に） <input type="checkbox"/> 学習指導 <input type="checkbox"/> 前籍校との連携（情報交換、復学に伴う業務担当） <input type="checkbox"/> 「試験登校」付き添い（復学予定の学校に試験的に登校）
<input type="checkbox"/> 体育指導員	<input type="checkbox"/> 運動能力評価・機能改善対策 <input type="checkbox"/> 協調運動訓練・注意障害・易疲労性に対する訓練 <input type="checkbox"/> 体育授業への配慮・訓練 <input type="checkbox"/> 復学指導
<input type="checkbox"/> ソーシャル ・ワーカー	<input type="checkbox"/> 受傷前後の社会生活状況の情報収集 <input type="checkbox"/> 家族へ利用可能な制度・情報提供 <input type="checkbox"/> 復学・在宅生活に必要な社会資源調査・調整 <input type="checkbox"/> 地域との連携

※その他に関わった職種があれば、その職種と支援内容について記載してください。

職 種 名	支 援 内 容

問6 復学支援や家族支援について、該当するもの全てにチェックもしくは記入してください。

『復学支援』

連携機関	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害支援センター <input type="checkbox"/> 他医療機関 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> 教育センター <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 市町 <input type="checkbox"/> その他()
支援内容	<input type="checkbox"/> 情報提供(<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 会議) <input type="checkbox"/> 学校・学級訪問(学級環境の確認) <input type="checkbox"/> 移行支援会議(特別支援コーディネーター等) <input type="checkbox"/> 復学プランの作成 <input type="checkbox"/> 代償手段補助ツールの作成
その他特記事項	

『家族支援』

支援内容	<input type="checkbox"/> 障害の受容指導(家族教室など) <input type="checkbox"/> 家族会の情報提供 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹への心理的ケア <input type="checkbox"/> 家庭訪問(環境調整、代償手段) <input type="checkbox"/> その他
具体的な内容について記載してください。	

問7 患者様の障害像についてお尋ねします。初診時と転帰時の状況について、該当する項目のにチェックを入れ、必要事項をご記入してください。(症状の具体例は別紙を参照ください)

※記入者のチェックをしてください〔医師・看護師・療法士()・心理士・その他()〕

	初診時	転帰時または直近時
1 記憶の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
2 注意の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
3 思考の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
4 半側空間無視	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
5 言葉の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
6 行動の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
7 視覚認知の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明

8 聴覚認知の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
9 感情コントロールの問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
10 対人技能拙劣	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
11 固執性 こだわり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
12 意欲・発動性の 問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
13 依存性・退行 (幼児化)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
14 疲れやすさ 無関心	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
15 その他の問題 症状名：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
症状名：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明
症状名：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 不明

問8 転帰後の経過観察についてお尋ねします。

該当する項目の□にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/> 当施設の外来にてフォロー	<input type="checkbox"/> 他施設へ紹介（施設名： _____ ）
---------------------------------------	--



※貴施設の外来で定期フォローされている場合には、次の問9の質問にもお答えください。



外来フォローされていない場合には、質問はここで終了です。
ご協力ありがとうございました。

問9 貴施設での外来定期フォローについてお尋ねします。

外来の受診頻度（例：2ヶ月に1回など）⇒	
外来にて従事している職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

以上で、アンケートは終了となります。ご協力ありがとうございました。

《別紙》症状の具体例

項 目	具 体 例
1. 記憶の問題	すぐに忘れてしまう・おぼえられない・思い出せない 同じことを何度も尋ねる・道順がわからなくなる・忘れ物が多い
2. 注意の問題	注意が集中できない・落ち着かない・不注意な過ちをおかす 物をよくなくす・物事を完成せずに次に進む
3. 思考の問題	計画性がない・見通しを立てられない・時間の配分ができない 思いついたことを何も考えずに行動する・指示しないと行動できない
4. 半側空間無視	左側の人や物にぶつかる・左側の物を食べ残す・左手を使わない 左側にある物を見落とす・道路や廊下で左に曲ることができない
5. 言葉の問題	滑らかに言葉がでない・話し方が遅い・発音が不明瞭・文字を読めない 聞いて理解できない・新しい言葉をおぼえにくい・文字を書けない
6. 行動の問題	今まで使っていた道具の使い方がわからない・動作がぎこちない 使う物品の数が増えると動作ができなくなる
7. 視覚認知の問題	図形がわからない・同時に2つの物が見えない・漢字が書けない 見て何だかわからないが触るとわかる・段差がわかりにくい
8. 聴覚認知の問題	音は聞こえるが何の音かわからない・音楽が単調に聞こえる 声は聞こえるがその意味がわからない・ざわついた場所で聞き取れない
9. 感情コントロールの問題	すぐに怒る・すぐに泣く・暴言を言う・乱暴をする はしゃぎすぎる・ふざけすぎる・不適切な場面で笑ってしまう
10. 対人技能拙劣	相手の気持ちが読めない・協調性がない・でしゃばりすぎる 自分の意見ばかり言い張る・人に強く言われると断れない
11. 固執性・こだわり	同じ言動を何度も行う・物事にこだわって次のことができない 融通がきかない・途中で変更されると混乱したりパニックになる
12. 意欲・発動性の問題	やる気がない・物事を開始するのが遅い・ぼんやりしている 眠れない・起きれない・体重の増減・頭痛 肩こりなどの身体的症状がある
13. 依存性・退行（幼児化）	自分でやろうとしない・無理と言っても何でもやってもらいたがる すぐにできない・甘えすぎる
14. 疲れやすさ・無関心	朝起きれない・姿勢を保てない・ぼーっとしている 周りに無関心・動作が遅い