

日々ノート



高次脳機能障がい者 サポートブックについて

高次脳機能障害は外見だけでは
障害があることが見えにくい
ため「見えない障害」と言われています

この特性のために周囲の理解を得ることが難しく
適切な支援を受けにくい状況です

高次脳機能障がい者の支援には
医療・福祉・行政の連携が重要とされています

このサポートブックは、本人が関係機関を利用した際に
適切な支援につながりやすくすることや
連携しやすい体制を作ることを目的として、作成しました

全ての項目を埋める必要はありません
本人、家族、支援者で相談をしながら
本人にとって必要なことを記入してください
また、支援を受ける際には
このサポートブックを持参して
担当者に見せてください

担当の方は貴機関での支援状況や
他機関への連絡等について
ご記入をお願い致します





目次

高次脳機能障害とは	P 3
高次脳機能障害の診断基準	P 4
基本情報	P 5
受傷・発症時の状況、 受傷・発症後の治療経過	P 6
高次脳機能障害の症状、身体症状等	P 8
日常生活状況	P 9
各種手帳・利用しているサービス状況	P11
現在利用している医療機関、社会福祉機関	P12
服薬状況	P13
支援状況・その他連絡事項	P14
得意なこと・苦手なこと・お願いしたいこと、 学歴・職歴について	P18
目標	P19
緊急連絡先	P20





高次脳機能障害とは

交通事故や脳卒中によって脳に傷がついた場合、言語・思考・記憶・行為・学習・注意などの能力に障害が生じることがあります。生じた障害のことをまとめて高次脳機能障害と言います。

記憶障害

- 新しいことを憶えられない
- 同じことを何度も繰り返し聞いてくる



遂行機能障害

- 予測を立てて行動することができない
- 効率的に仕事ができない



代表的な症状

注意障害

- 見落としが増えた
- 一つのことに集中できない
- 同時に複数の作業を行うことができない



社会的行動障害

- 後先考えずに行動をしてしまう
- ちょっとしたことでも怒ってしまう
- あればあるだけお金を使ってしまう
- その場の空気を読むことができない



高次脳機能障害は様々な症状が複数現れることが多いですが、程度には個人差があります。症状によっては、病気や事故に遭うまでの生活を送ることが困難となることもあります。また、日常生活では問題がなくても仕事など限定された場面でのみ症状が現れることもあるので、本人の状態や目標に合わせた支援を展開し、効果的な対処方法を獲得することが必要です。

高次脳機能障害の診断基準



I. 主要症状等

1. 脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。
2. 現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害等の認知障害である。

II. 検査所見

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（1－2）を欠く者は除外する。
2. 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
3. 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。

IV. 診断

1. I～III をすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
2. 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。



基本情報



記入日 年 月 日

(ID :) ※使用状況等の調査にご協力いただける方のIDです。

(ふりがな) 氏 名		性 別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 ー		
電話番号	自宅： 携帯：		
その他 特記事項			



受傷・発症時の状況

記入日 年 月 日

診断名	<p style="text-align: right;">記入日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">受傷・発症日 年 月 日</p>
受傷・発症時の状況	

受傷・発症後の治療経過



①医療機関名	担当医：		
治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	
治療状況等	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">記入日 年 月 日</p>		
②医療機関名	担当医：		
治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	
治療状況等	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">記入日 年 月 日</p>		

高次脳機能障害の症状（失語症等、周辺症状も含みます）

記入日 年 月 日

※発症後（受傷後）に現れた症状に「✓」を付けてください

<input type="checkbox"/> 予定や約束を忘れてしまう	<input type="checkbox"/> 新しいことを憶えられない
<input type="checkbox"/> 日付や時間がわからない	<input type="checkbox"/> 道に迷いやすくなった
<input type="checkbox"/> 左側の物にぶつかることがある	<input type="checkbox"/> 見える範囲が狭くなった
<input type="checkbox"/> 何をしてもすぐに飽きる	<input type="checkbox"/> 探し物が苦手になった
<input type="checkbox"/> 一度にたくさんのことができない	<input type="checkbox"/> こだわりが強くなった
<input type="checkbox"/> 集中すると周りのことが見えなくなる	
<input type="checkbox"/> 人ごみや騒がしい場所が苦手になった	
<input type="checkbox"/> 何をするか決められなくなった	<input type="checkbox"/> 計画を立てることが苦手になった
<input type="checkbox"/> 決められた手順を守れない	<input type="checkbox"/> 考えずにパッと行動してしまう
<input type="checkbox"/> 予定通りにいかないとパニックになりやすい	
<input type="checkbox"/> イライラしやすくなった	<input type="checkbox"/> やる気が起こらなくなった
<input type="checkbox"/> お金の管理が苦手になった	<input type="checkbox"/> あればあるだけ食べてしまう
<input type="checkbox"/> 自分でやらずに人任せになることが増えた	<input type="checkbox"/> 疲れやすくなった
<input type="checkbox"/> 誰かに声をかけられないと行動できなくなった	
<input type="checkbox"/> 症状について説明されてもピンとこない	
<input type="checkbox"/> 相手の話を理解することが苦手になった	<input type="checkbox"/> 文字が思い出しにくい
<input type="checkbox"/> 書き誤ることが多い	<input type="checkbox"/> 言いたい言葉がうまく出てこない
<input type="checkbox"/> 文章内容の理解が難しい	
<input type="checkbox"/> 麻痺がないのに道具の扱いが苦手になった	
<input type="checkbox"/> その他（下に内容を書いてください）	
（	

身体症状等



麻 痺	なし・あり	麻痺がある部位
てんかん発作	なし・あり	発作が起きた日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
痛 み	なし・あり	痛みがある部位
その他身体 症状について		



日常生活状況

記入日 年 月 日

	自立度 (現在の状況)
移動・歩行	<input type="checkbox"/> 杖なしで歩ける <input type="checkbox"/> 杖等の補助手段があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車いすを使って一人で移動できる <input type="checkbox"/> 移動の支援が必要 備考：
食 事	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 環境等のセッティングがあれば可能 <input type="checkbox"/> 声かけ等の介助があれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
排 泄	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 手すり等の設備があれば可能 <input type="checkbox"/> 衣類の着脱や乗り移りの支援があればトイレで排泄可能 <input type="checkbox"/> トイレで排泄することが困難でオムツ等利用している 備考：
入 浴	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 手すり等の設備があれば可能 <input type="checkbox"/> 体を洗うなど一部介助があれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
整容・着替え	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 着替えの準備や促しがあれば可能 <input type="checkbox"/> ボタンを留めるなど部分的な介助があれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
買 い 物	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> メモなどを用いることで可能 <input type="checkbox"/> 会計はできるが買い忘れが多い <input type="checkbox"/> できない 備考：
調理・食事の準備	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 安全管理の配慮があれば可能 <input type="checkbox"/> 盛り付けなど補助的な作業は可能 <input type="checkbox"/> できない 備考：

<p>電 話</p>	<p><input type="checkbox"/>用件を聞き、伝えることが可能 <input type="checkbox"/>メモなどの工夫があれば可能 <input type="checkbox"/>電話の取り次ぎは可能 <input type="checkbox"/>電話でのやり取り困難</p> <p>備考：</p>
<p>睡 眠</p>	<p><input type="checkbox"/>夜間、十分眠れている <input type="checkbox"/>時々、眠れないこともあるが生活に支障はない <input type="checkbox"/>日中は眠気が強いことが多い <input type="checkbox"/>昼夜逆転など生活リズムが崩れている</p> <p>備考：</p>
<p>掃除・洗濯</p>	<p><input type="checkbox"/>自力で可能 <input type="checkbox"/>声かけがあれば実施可能 <input type="checkbox"/>一部介助があれば可能 <input type="checkbox"/>できない</p> <p>備考：</p>
<p>外 出</p>	<p><input type="checkbox"/>一人で可能 <input type="checkbox"/>事前に予定を立てれば一人で可能 <input type="checkbox"/>よく行く場所であれば一人で可能 <input type="checkbox"/>常に補助者が必要</p> <p>備考：</p>
<p>服薬の管理</p>	<p><input type="checkbox"/>自力で可能 <input type="checkbox"/>服薬カレンダーなど工夫があれば可能 <input type="checkbox"/>声かけがあれば可能 <input type="checkbox"/>できない</p> <p>備考：</p>
<p>金銭の管理</p>	<p><input type="checkbox"/>自力で可能 <input type="checkbox"/>小遣い帳を用いることで可能 <input type="checkbox"/>一度に渡す額を決めるなど工夫が必要 <input type="checkbox"/>できない</p> <p>備考：</p>
<p>社会的 手続き</p>	<p><input type="checkbox"/>自力で可能 <input type="checkbox"/>不明な点を他者に聞ければ可能 <input type="checkbox"/>複雑なものは支援が必要 <input type="checkbox"/>できない</p> <p>備考：</p>
<p>その他 特記事項</p>	



各種手帳・利用しているサービス状況

身体障害者 手帳	等級	種 級	交付年月日	年 月 日
	障害名		
	交付番号	第	号	
備考(再認定年月日等)				
精神障害者 保健福祉手帳	等級	級	交付年月日	年 月 日
	障害名		
	交付番号	第	号	
備考(次回更新日等)				
療育手帳	等級	A・B	交付年月日	年 月 日
	障害名		
	交付番号	第	号	
備考(次回判定日等)				
障害者福祉 サービス 受給者証	受給者証番号			
	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	障害支援区分	1・2・3・4・5・6		
備考(次回更新日等)				
介護保険	要介護度	要支援 1・2	要介護	1・2・3・4・5
	交付年月日	年 月 日		
	有効期間	年 月 日	～	年 月 日
	介護支援専門員	機関名	担当者	
備考				

障害年金	種 別	<input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済		等級	種
	初診日	年 月 日	障害認定日	年 月 日	
	現況届 提出日	①	年 月 日	②	年 月 日
		③	年 月 日	④	年 月 日
備考					
傷病手当金 労災保険	受 給 開始日	年 月 日	受給終了	年 月 日	
	備考				
成年後見制度	種 別	後見 <input type="checkbox"/> 補佐 <input type="checkbox"/> 補助	利用開始日	年 月 日	
	後見人等氏名				
備考					
その他、利 用している サービス等					

現在利用している医療機関、社会福祉機関



※支援が終了した際に右端の欄に✓を入れてください

機関名／利用開始日	担当者の職種・氏名	電話番号	支援終了したら チェック
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>

※利用しているサービスや日課表があればファイルに添付してください

得意なこと・苦手なこと・お願いしたいこと

記入日 年 月 日

得意なこと	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
苦手なこと	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
支援者にお 願いしたい こと	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

学歴・職歴について



記入日 年 月 日

最終学歴	
職 歴	

目 標

記入日 年 月 日

家族や支援者と相談しながら、自分のゴールをイメージしてみましょう。

近い将来の 目標 (数か月から 1年以内に 達成したい 目標)	いつ頃振り返りますか？ 年 月 日
そのために 行う事 (具体的に)	
将来の目標 (1年以上先 の将来の夢、 目標)	いつ頃振り返りますか？ 年 月 日
そのために 今からやろ うと思う事	

緊急連絡先



- 困ったことがあれば①から順番に電話をして、相談しましょう。
- うまく電話をかけられない時は、周りの人にこのページを見せて電話をかける手伝いをしてもらいましょう。

(支援してくださる方へ)

下記の連絡先に電話をしていただくようお願いします。

記入年月日 年 月 日

(ふりがな) 本人氏名	
----------------	--

連絡先氏名	続柄 または機関名	電話番号
①		
②		
③		

※日中でも連絡が取りやすい連絡先の記入をお願いします。

× ㄇ



おわりに

岩手県高次脳機能障がい者サポートブック「日々ノート」は、いわてリハビリテーションセンターが岩手県から事業受託している、高次脳機能障がい者地域支援体制整備事業の一環で作成致しました。

作成にあたっては、いわてリハビリテーションセンターの高次脳機能障害支援グループにて内容を検討し、高次脳機能障がい者支援ワーキンググループ会議において具体的なアドバイスをいただくとともに、高次脳機能障がい者支援普及事業連絡協議会においてもご検討頂きました。

このノートは高次脳機能障害のある方に対する理解を深め、家族や支援に関わる人たちが情報を共有するためのツールです。このノートをご活用いただくことで支援の輪が広がり、高次脳機能障害の方が安心して社会生活を送るための手助けとなることを願っております。

平成 30 年 1 月
いわてリハビリテーションセンター
阿部 深雪



もし、このノートを
捨てられた方は、
お手数をおかけしますが
下記の連絡先まで
ご連絡ください



わんこきょうだいは、
(公財)岩手県観光協会の登録商標です。

**このノートは大切なあなたの情報が記載されています
自己責任で大切に保管して下さい**

【連絡先】

〒020-0503 岩手県岩手郡雫石町七ツ森16番地 243

**いわてリハビリテーションセンター
岩手県高次脳機能障がい者支援普及事業担当者 宛**

電話：019-692-5800 (代表)

メール：koujinou-shien-reha@irc.or.jp