

岩手県
高次脳機能障がい者
サポートブック

未来ノート

氏名：

.....

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ください



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

また高次脳機能障害は
自分自身では障害に気づきにくいという特徴があります

このサポートブックは、高次脳機能障害のある方が
自己理解を深め、これから先のことをイメージして
未来の生活を考えていくためのツール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

支援機関の担当の方は内容を確認した際には
「いいね」、「がんばっているね」等と言メッセージをお願いします
支援機関からお伝えしたいメッセージがあれば
記入していただくと助かります

目次



高次脳機能障害とは	P 2
高次脳機能障害の診断基準	P 3
基本情報	P 4
受傷・発症時の状況	P 5
受傷・発症後の治療経過	P 5
高次脳機能障害の症状	P 7
身体症状等	P 7
各種手帳・利用しているサービス状況	P 8
現在利用している医療機関・社会福祉機関	P 9
服薬状況	P10
得意なこと・苦手なこと・お願いしたいこと	P11
学歴・職歴について	P11
日常生活状況	P12
目標	P14
神経心理ピラミッド	P15
チャレンジしたこと・がんばったこと	P16
緊急連絡先	P20
おわりに	



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。

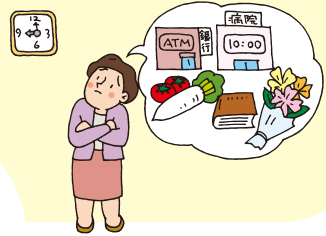
記憶障害

- 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（I－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・発症日 年 月 日

年 月 日 ~ 年 月 日

記入日 年 月 日

年 月 日 ~ 年 月 日

記入日 年 月 日

③医療機関名	担当医：						
治療期間	年	月	日	～	年	月	日
治療状況等							
	記入日 年 月 日						
④医療機関名	担当医：						
治療期間	年	月	日	～	年	月	日
治療状況等							
	記入日 年 月 日						
⑤医療機関名	担当医：						
治療期間	年	月	日	～	年	月	日
治療状況等							
	記入日 年 月 日						

高次脳機能障害の症状



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

※失語症等、周辺症状も含みます

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



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（次回更新日等）				
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	☐ 基礎 ☐ 厚生 ☐ 共済			等 級	級
	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 ☐ 補佐 ☐ 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

※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

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～			☐
年 月 日～			☐
年 月 日～			☐
年 月 日～			☐
年 月 日～			☐



☐ 薬事情報のコピー有り ☐ お薬手帳有り

禁忌事項等

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	
苦手なこと	
支援者をお願いしたいこと	

学歴・職歴について



記入日 年 月 日

最終学歴	
職 歴	



日常生活状況

記入日 年 月 日

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

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



目 標

記入日 年 月 日

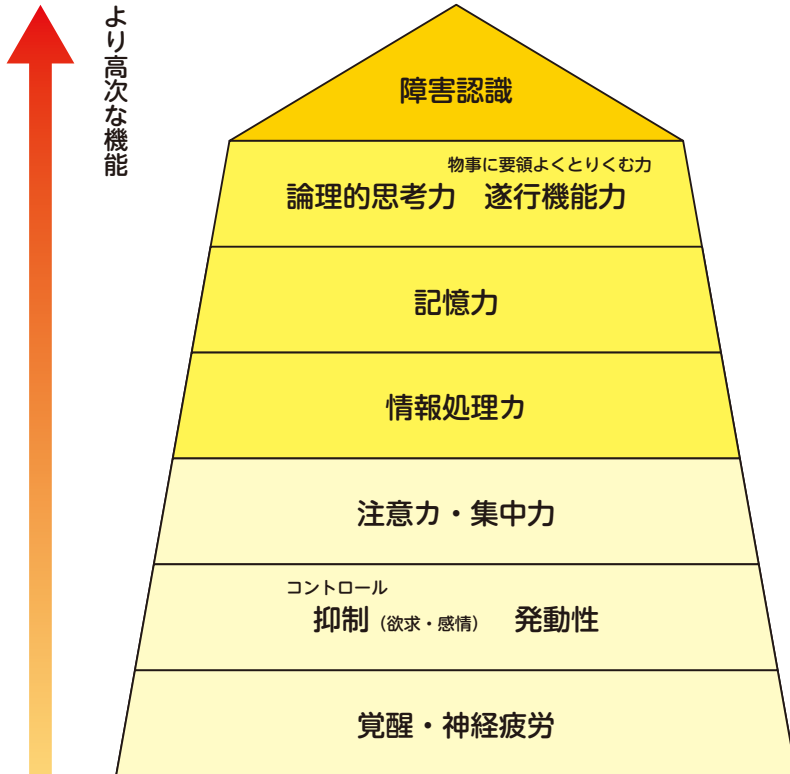
家族や支援者と相談しながら、自分のゴールをイメージしてみましょう

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	
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)	

神経心理ピラミッド



立神粧子（2010）、『前頭葉機能不全その先の戦略Rusk通院プログラムと神経心理ピラミッド』。Yehuda Ben-Yishay・大橋正洋（監修）、医学書院をもとに作成したものです。



[illegible]



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ときは、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



岩手県高次脳機能障がい者サポートブック「未来ノート」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いたしました。

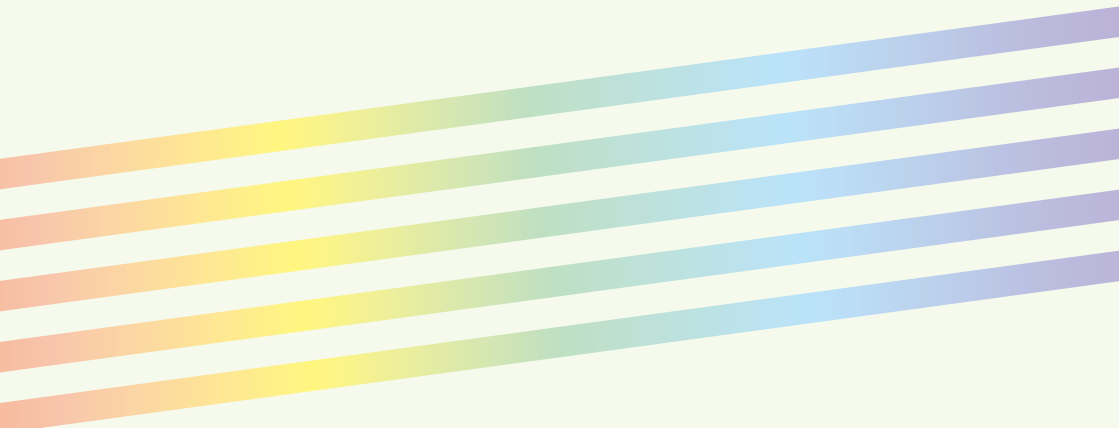
作成にあたっては、いわてリハビリテーションセンターの高次脳機能障害支援グループにて内容を検討し、高次脳機能障がい者支援普及事業連絡協議会においてもご検討いただきました。

このノートは高次脳機能障害のある方が自己理解を深め、これから先のことをイメージして、未来の生活を考えていくためのツールです。このノートをご活用いただくことで今後の展望が広がり、高次脳機能障害の方が主体的に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。

令和 6 年 3 月

いわてリハビリテーションセンター

阿部 深雪



もし、このノートを拾われた方は、
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

● 連絡先 ●

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

〒020-0503

岩手県岩手郡雫石町七ツ森16番地243

電 話：019-692-5800（代表）

メール：koujinou-shien-reha@irc.or.jp