

つこ  
使たらええで帳ちよう


こうじのうきのうしょう  
～高次脳機能障がいファイル～

なまえ  
名前

---

様式1

# 全体支援経過表

年月日か 年齢	生育歴(発症までの経過のみ)	家族関係図 <small>◎=本人、○=女性、□=男性、●■=死亡、☆キーパーソン(同居家族は○で囲む)</small>
		
		(家族関係等の状況)

年月日か 年齢	発症からの経過	記入日と記入者
		

関わりのある 医療機関・支援機関

# 本人情報

支援機関名 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( 年 月 日)  
 支援機関名 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( 年 月 日)

氏名	(男・女)	生年月日:	記入時( 歳)
住所	〒 _____		住宅改修: <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
	【 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他( ) 】		
電話番号	自宅( ) FAX( )	携帯( )	
家族および支援者状況	キーパーソン(続柄)	☎( )	通院支援 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人( )
		☎( )	金銭管理 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人( )
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中卒 <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> 専門学校卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 大卒 <input type="checkbox"/> 大学院卒 <input type="checkbox"/> 中退( )		
職歴(詳細は就労情報にて記入)	⇒ ⇒ ⇒		
医療面	高次脳の発症原因	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 低酸素脳症 <input type="checkbox"/> その他( )	
	発症原因に係る疾患名		
	発症日・発症年齢	年 月 日 ( ) 歳時	
	意識のなかった期間	<input type="checkbox"/> ( )ヵ月 <input type="checkbox"/> ( )日 <input type="checkbox"/> ( )時間 <input type="checkbox"/> なし	
	初診日(高次脳原因傷病に関する)	年 月 日 ( 病院)	
	症状固定日(労災・自賠責のみ)	年 月 日 ( 病院)	
	画像等検査実施状況	<input type="checkbox"/> MRI ( 病院) <input type="checkbox"/> 神経心理学的検査 ( 病院)	
		<input type="checkbox"/> CT ( 病院) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	高次脳機能障がい診断	<input type="checkbox"/> 確定(診断した病院: ) <input type="checkbox"/> 疑い(診断した病院: )	
	高次脳機能障がいの症状	<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意(半側空間無視 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 遂行 <input type="checkbox"/> 社会的行動 <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語	
	発症時の状況		
	身体状況 身長( cm)	<input type="checkbox"/> 麻痺【 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: ) 】	
	体重( kg)	<input type="checkbox"/> 使用補装具( ) 摂食嚥下機能問題( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	*発症前の体重( kg)	<input type="checkbox"/> 臭覚障がい <input type="checkbox"/> 味覚障がい <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 疼痛:部位( )	
てんかん発作状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: <input type="checkbox"/> 1回/週以上 <input type="checkbox"/> 1回/月以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上起こらず) 服薬( <input type="checkbox"/> あり(予防的なものも含む) <input type="checkbox"/> なし)		
既往歴			
現在かかっている医療機関	病院名: ( 医師)主病名	処方薬 <input type="checkbox"/> あり	
	病院名: ( 医師)主病名	処方薬 <input type="checkbox"/> あり	
	病院名: ( 医師)主病名	処方薬 <input type="checkbox"/> あり	
医療的な留意事項			
障がい者手帳	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> あり( 級: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> あり 程度( ) <input type="checkbox"/> なし	
	精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり【 級、 <input type="checkbox"/> 高次脳で取得 <input type="checkbox"/> その他( ) 】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 有効期限 ( 年 月) 医療機関名 ( ) 主治医( )	

社会資源等	介護保険	<input type="checkbox"/> あり(介護度: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 意見書作成病院( 病院)			
	障がい福祉	<input type="checkbox"/> あり(支援区分: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 意見書作成病院( 病院)			
	現在使用しているサービス	名称	提供機関:提供者	支援内容	頻度
当事者・家族会	<input type="checkbox"/> 参加中(名称 ) <input type="checkbox"/> 参加していない <input type="checkbox"/> 関心がある ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)				
一日の過ごし方	平日	→			
	休日	→			
運転免許	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 運転している:公安委員会の運転可の判断( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> まだ) <input type="checkbox"/> 運転していない				
経済面	発症時に加入していた年金状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 免除申請 <input type="checkbox"/> 加入未			
	現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中( ) <input type="checkbox"/> 休職中(休職期間 H 年 月~H 年 月) <input type="checkbox"/> 無職			
	傷病手当の受給状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月~H 年 月) <input type="checkbox"/> なし			
	雇用(失業)保険給付状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月~H 年 月) <input type="checkbox"/> なし(受給期間延長申請 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> まだ)			
	現在の収入状況	<input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 家族からの支援(誰から ) 労災【 <input type="checkbox"/> 障がい補償年金 <input type="checkbox"/> 障がい補償一時金】 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 障がい基礎年金 級) <input type="checkbox"/> 障がい厚生年金 級) (診断書作成病院: 病院)			
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他( )			
	医療費助成	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> 難病関連 <input type="checkbox"/> その他( )			
嗜好品	飲酒について	発症前	<input type="checkbox"/> あり(頻度 ) <input type="checkbox"/> なし	現在	<input type="checkbox"/> あり(頻度 ) <input type="checkbox"/> なし
	喫煙について	発症前	<input type="checkbox"/> あり(頻度 ) <input type="checkbox"/> なし	現在	<input type="checkbox"/> あり(頻度 ) <input type="checkbox"/> なし
本人・家族等の情報	望む生活	本人			
		家族またはキーパーソン			
	発症前と後で顕著に変わったこと				
	趣味・得意なこと	発症前			
		現在			
	嫌い・苦手なこと	発症前			
現在					
困っていること					

様式3

医療機関 様

貴医療機関様を受診（入院または外来）された高次脳機能障がい、もしくは疑いのある患者様に関する情報のうち、提供していただきたい項目について○を入れていますので、可能な範囲でご提供をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。貴医療機関様の医療情報、リハビリサマリー、検査結果などをそのまま添付していただければ結構です。

欲しい項目		急性期	回復期	維持期 かかりつけ医
★1	高次脳機能障がいに関する原因傷病名	◎		
★2	発症時の意識レベル/意識障がいの状況	◎	○	
★3	検査（MRI、CT等）画像	◎	○	○
★4	神経心理学的検査等の結果	△	◎	○
★5	高次脳機能障がいの症状（記憶、注意等）	△	◎	○
★6	治療経過	○	○	○
7	高次脳機能障がい原因傷病に関する発症日、初診日および病院名	◎	△	△
8	身体状況（例：麻痺の有無、味覚障がい、失語等）	○	◎	○
9	既往歴（特に診断干渉因子：認知機能に影響する病態）	○	○	○
10	自賠責、労災保険に係る症状固定日		○	○
11	診断書等作成履歴 （障がい者手帳、障がい年金、自賠責関係 他）	○	○	○
12	リハビリ状況	○	◎	△
13	てんかん発作の有無	○	○	○
14	処方薬	○	○	○
15	禁忌薬・アレルギーの有無	○	○	○
16	医療的な留意事項 （飲酒・喫煙についての意見、再発の可能性 他）	○	○	○
17	その他（ ）			

※各項目についての情報を持っている可能性について、◎かなり高い、○高い、△やや低いに分類しております。ご参照下さい。

※★印の項目は維持期・かかりつけ医等での高次脳機能障がい確定診断に必須となりますので、可能な限り情報提供をお願いいたします。

患者氏名： \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_ )

関係機関者名： \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_ )

(情報提供料等 発生可能性ありの説明： 済・未)

# 就労情報

記入日 年 月 日

支援機関名

記入者

TEL

氏名	(男・女)	
現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 休職中(休職期間 年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> 無職	
傷病手当の受給状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> なし	
失業保険の給付状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> なし	
年金等の状況	<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金( 級) <input type="checkbox"/> 障がい年金( 級) <input type="checkbox"/> 障がい(補償)給付( 級)	
希望する仕事 雇用条件	<input type="checkbox"/> 復職(右枠記入)	職場の協力性 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的 (会社窓口 様) 職場との連絡 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	<input type="checkbox"/> 新規就労	具体的な内容( )
	就労日数・時間	週 日( 時～ 時・ 時間/日)
	給料	下限 万円～上限 万円
	雇用形態・職種等	
	通勤時間・勤務地	
	発症後の就職活動 経験の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ハローワークへの登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	所在地( ) 担当( )
職業センターの利用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	担当( ) <input type="checkbox"/> 職業準備支援 <input type="checkbox"/> リワーク 期間( ~ ) <input type="checkbox"/> 職業評価(実施日 )
就労に向けての訓練や 支援の経過		
本人が希望する会社に 配慮してほしいこと	<input type="checkbox"/> あり 内容( ) <input type="checkbox"/> なし	
就労に関しての主治医 からのアドバイス	医療機関名: 主治医: 内容( )	
通勤手段	通勤に利用可能な 移動手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( )
就労における アピールポイント		
就労における課題点		
その他		

### 職歴(発症前・発症後)

職 歴	会社名	
	期間	年 月～ 年 月 発症後の場合→障がい传达了か <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない
	仕事内容	<input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 専門職・技術職 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 保安 <input type="checkbox"/> 農林水産業 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 輸送・機械運転 <input type="checkbox"/> 建築・採掘 <input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等 <input type="checkbox"/> その他( )
	勤務日数 勤務時間	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 正社員
	離職理由	
	得意な作業	
	苦手な作業	

### 職歴(発症前・発症後)

職 歴	会社名	
	期間	年 月～ 年 月 発症後の場合→障がい传达了か <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない
	仕事内容	<input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 専門職・技術職 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 保安 <input type="checkbox"/> 農林水産業 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 輸送・機械運転 <input type="checkbox"/> 建築・採掘 <input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等 <input type="checkbox"/> その他( )
	勤務日数 勤務時間	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 正社員
	離職理由	
	得意な作業	
	苦手な作業	

# 【高次脳機能障がい 確認リスト】

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

名前 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_ 続柄( \_\_\_\_\_ ) (支援機関名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ )

このリストは高次脳機能障がいの全体像を把握するためのものです。あてはまる項目は「はい」、あてはまらない項目は「いいえ」に○をしてください。

「はい」「いいえ」とは言い切れない場合には、「ときどき」「どちらともいえない」に○をしてください。

代償手段等を用いることで、できている場合には「備考」の欄にその内容を記入し、「はい」に○をしてください。

項目		内容				備考(代償手段等)
注意	① 選択的注意	周りの音や声に注意が散ることなく作業できる	はい	ときどき	いいえ	
	② 持続的注意	ひとつのことに長く集中して取り組める	はい	ときどき	いいえ	
	③ 注意の分配	複数のことに同時に注意を向けて作業することができる	はい	ときどき	いいえ	
	④ 注意の転換	ひとつのことから他のことへ切り替えることができる	はい	ときどき	いいえ	
	⑤ 半側空間無視	片側の物や空間を見落とさずに作業することができる	はい	ときどき	いいえ	
記憶	⑥ 短期記憶	話したことや言われたことをしばらく覚えていられる	はい	ときどき	いいえ	
	⑦ 長期記憶	最近の出来事や食事の内容などを思い出すことができる	はい	ときどき	いいえ	
	⑧ 展望記憶	頼まれたことや予定・約束を覚えておくことができる	はい	ときどき	いいえ	
遂行機能	⑨ 計画の立案	毎日の予定をたてられる	はい	ときどき	いいえ	
	⑩ 計画の実行	外出前の準備や料理などを段取りよく進めることができる	はい	ときどき	いいえ	
	⑪ 効率的な行動	急な予定変更に対応することができる	はい	ときどき	いいえ	
	⑫ 判断	困ったときに誰かに相談することができる	はい	ときどき	いいえ	
社会的行動・感情	⑬ 自発性	自発的に行動できる	はい	ときどき	いいえ	
	⑭ 意欲	日中横にならずに過ごせる	はい	ときどき	いいえ	
	⑮ 依存性	自分でできることを依存せずにできる	はい	ときどき	いいえ	
	⑯ 易怒性	イライラせず、精神的に安定して過ごせる	はい	ときどき	いいえ	
	⑰ 易怒性	暴言や暴力がない	はい	ときどき	いいえ	
	⑱ 固執	生活や周りの人が困るほどのこだわりがない	はい	ときどき	いいえ	
	⑲ 欲求コントロール	欲求をコントロールできる	はい	ときどき	いいえ	
	⑳ 独善性	考え方に合わない人を責めたり攻撃することがない	はい	ときどき	いいえ	
コミュニケーション	㉒ 疎通性	その場に適切な言動をとることができる	はい	ときどき	いいえ	
	㉓ 一貫性	会話の文脈や目的に沿った話をするすることができる	はい	ときどき	いいえ	
	㉔ 理解(失語)	相手が言っていることを理解することができる	はい	ときどき	いいえ	
	㉕ 表出(失語)	自分の言いたいことを相手に伝えられる	はい	ときどき	いいえ	
	日常生活動作	㉖ 移動	安全に移動できる	はい	どちらともいえない	いいえ
㉗ 食事		安全に食べることができる(むせる、こぼす、見落とすなどがない)	はい	どちらともいえない	いいえ	
㉘ 排泄		失敗なく排泄ができる	はい	どちらともいえない	いいえ	
㉙ 身だしなみ		状況に応じた身だしなみをするすることができる	はい	どちらともいえない	いいえ	
㉚ 入浴		お風呂に入ることができる	はい	どちらともいえない	いいえ	
㉛ 服薬管理		時間どおりに決められた量を服薬することができる	はい	どちらともいえない	いいえ	
㉜ 生活リズム		起床、食事、睡眠などのリズムが規則正しい	はい	どちらともいえない	いいえ	
他	㉝ 見当識	今日の日付・時間・季節・場所がわかる	はい	ときどき	いいえ	
	㉞ 気づき	自分の障がいの内容を理解している	はい	ときどき	いいえ	





## 高次脳機能障がい 生活の大変さ指標

この指標は高次脳機能障がいの状態について、項目ごとに大まかに捉える事ができる指標（内容は参考例としての一例）です。  
高次脳機能障がいは広範にわたる事も多く、項目別に障がい程度を整理して、ご本人・ご家族の今後の支援に役立てていただくために確認するものです。  
指標については、下記の視点を参考に、チェックしてみてください。

- (1)『環境調整・代償手段』 多少うまくいかないことがあっても、自分で工夫したり、環境を整えておくことでひとりで行える場合
- (2)『見守り・声かけ』 確実に行うためには、周囲からの確認や声かけが必要な場合
- (3)『手助け』 周囲の人が行動を共にしたり、具体的なやり方を示すなど、言葉以外の直接的な手助けや配慮が必要な場合
- (4)『評価・支援検討』 現在、適切な支援方法が見つかっていないため、行動観察等を通して再評価したり、支援方法を再度検討することが必要な場合

項目	内容	指標				
		(0)問題なし	(1)環境調整・代償手段	(2)見守り・声かけ	(3)手助け	(4)評価・支援検討
注意	①選択的注意 周りの音や声に注意が散ることなく作業できる	周囲に影響されず集中できる	ヘッドホン使用や間仕切りをすれば集中できる	名前を呼んだり、今すべき事を伝えれば集中できる	1対1で話をしたり、一緒に同じ作業を行えば集中できる	周囲が気になって集中しにくい
	②持続的注意 ひとつのことに長く集中して取り組める	集中力を持続できる	興味関心のある作業や一人になれる空間・静かな空間を設定すれば続けて集中できる	周囲に気をとられても、促しや声かけで集中を持続できる	一緒に作業をしながら声かけを行えば集中を持続できる	じっと座っていることや集中できる時間は限られる
	③注意の分配 複数のことに同時に注意を向けて作業することができる	同時作業ができる	手順書を見ながら取り組んだり、下準備(順番通りに並べておく等)があればできる	1つの事に集中しやすいが、声かけで他へも注意を向けられる	一緒に作業をしながらその都度注意を促せばできる	同時作業をすると混乱してしまう
	④注意の転換 ひとつのことから他のことへ切り替えることができる	(ゲーム等に熱中していても)必要に応じて切り替えられる	アラームやタイマーを用いれば切り替えられる	名前を呼んだり、今すべき事を伝えれば切り替えられる	対象物を片付けたり、次に必要な物を提示すれば切り替えられる	一つの事に没頭し、切り替えにくい
	⑤半側空間無視 片側の物や空間を見落とさずに作業することができる	片側を見落とすことはない	非無視側の余分な刺激を減らしたり、無視側への意識を促す手がかりや印を付けたりする事で見落とさない	無視の自覚促進や端まで見るよう声かけすれば見落とさない	非無視側から次第に無視側へ移行して声をかけたり、指差して端を示す等、常に手助けが必要	見落とさないよう促しても難しい
記憶	⑥短期記憶 話したことや言われたことをしばらく覚えていられる	覚えておく事ができる	自らメモなどを使って確認できる	内容確認の声かけをしたり、メモを見るよう促せば対応できる	その都度指示を伝えたり、メモを提示する事が必要	指示とは異なる事をするなど、覚えておくことが難しい
	⑦長期記憶 最近の出来事や食事の内容などを思い出すことができる	何を見ずとも思い出せる	メモリーノートやメモ、写メを見て思い出せたり、確認できる	メモの確認を促せば思い出せたり、確認できる	一緒にメモなどを確認することが必要	一緒にメモなどを見ても確認できない
	⑧展望記憶 頼まれたことや予定・約束を覚えておくことができる	覚えておく事ができる	スケジュール帳やメモ、アラーム等を用いて予定管理できる	メモの確認を促したり、予定の前日に声をかけておけばできる	直前の確認が必要	直前の確認があっても、予定・約束を間違えることが多い

項目	内容	指標					
		(0)問題なし	(1)環境調整・代償手段	(2)見守り・声かけ	(3)手助け	(4)評価・支援検討	
遂行機能	⑨計画の立案	毎日の予定をたてられる	立てられる	1日の行動をリストアップすれば立てられる	優先順位を指示すれば立てられる	一緒に予定を立てる事が必要	予定を立てる事が難しい
	⑩計画の実行	外出前の準備や料理などを段取りよく進めることができる	問題なく実行できる	メモやタイマー等の補助手段を用いれば実行できる	次の行動を指示すれば実行できる	次の行動を一緒に行う事が必要	段取りよく進める事が難しい
	⑪効率的な行動	急な予定変更に対応することができる	臨機応変に対応できる	相談やメモなど変更時の対応をルール化しておけば対応できる	次の行動を指示すれば対応できる	必要な行動を一緒に行う事が必要	変更への対応が難しい
	⑫判断	困ったときに誰かに相談することができる	自ら相談できる	誰に相談するか決めておけば、困った時に相談できる	周りからの声かけなどきっかけがあれば困っている事を相談できる	周囲が状況確認することで、困っている事を自覚し、相談できる	手助けしても相談することが難しい
社会的行動・感情	⑬自発性	自発的に行動できる	自発的に行動できる	スケジュール表や予定チェックリスト等を使用すれば行動できる	声かけがあれば行動できる	スケジュール表等の確認や行動を一緒にする事が必要	手助けしても行動する事が難しい
	⑭意欲	日中横にならずに過ごせる	横にならずに過ごせる	好きなことや役割があれば横にならずに過ごせる	声かけがあれば横にならずに過ごせる	一緒に作業をする事が必要	横にならずに過ごす事が難しい
	⑮依存性	自分でできることを依存せずにできる	依存せずに自分でできる	本人のやりやすい環境に調整する事でできる	本人の行動を客観的に伝え、自覚を促す声かけがあればできる	見本を提示したり、一緒に作業すればできる	依存傾向が強く、自分でできることを行おうとしない
	⑯易怒性	イライラせず、精神的に安定して過ごせる	安定して過ごせる	対象を避けたり、その場から離れたり、事前に対応を決めておけば安定して過ごせる	自覚の促し、他の話題や退席して気分転換を勧める等で安定して過ごせる	一緒に気分転換を図ることで安定して過ごせる	気分転換を試みてもイライラしやすい
	⑰易怒性	暴言や暴力がない	暴言や暴力がない	怒りの対象や状況が避けられるよう配慮すれば暴言・暴力を回避できる	他の話題や退席して気分転換を勧める等で暴言・暴力を回避できる	本人と共に一旦その場から離れ、一緒に気分転換を図る事が必要	手助けをしても暴言や暴力がある
	⑱固執	生活や周りの人が困るほどのこだわりがない	支障が出るほどのこだわりがない	あらかじめ本人と妥協点を探り、ルールを設定すれば支障はない	切り換えを促す声かけにより支障はない	話題を変えたり、一緒に別のことに取り組むことなどが必要	こだわりが強く、生活に支障が出たり、周りの人が対応するのが難しい
⑲欲求コントロール	欲求をコントロールできる	欲求をコントロールできる	対象のものが目に入らないようにしたり、ルールを設けたりすることによりコントロールできる	自覚の促しや声かけによりコントロールできる	欲求コントロール困難が予測される時には指摘や制止が必要	制止してもコントロールが難しい	

項目		内容	指標				
			(0)問題なし	(1)環境調整・代償手段	(2)見守り・声かけ	(3)手助け	(4)評価・支援検討
社会的行動・感情	㉑独善性	考え方に合わない人を責めたり攻撃することがない	自分の考え方と違って許容できる	対象との同席をしない事や本人も関わらないよう留意する事で回避できる	状況説明や自覚の促しにより回避できる	制止したり、一緒にその場から離れたりすることが必要	手助けしても回避が難しい
	㉒易疲労性	すぐに疲労感を訴えない	訴えない	興味や作業量、休憩等、本人に合わせた調整をすれば訴えない	疲労感の確認や休憩の促し等の声かけにより訴えない	一緒に活動を行いながら調整を図る事で訴えない	常に疲労感を訴える
コミュニケーション	㉓疎通性	その場に適切な言動をとることができる	適切な言動がとれる	事前の約束事で適切な言動がとれる	不適切な言動が予測される時に声かけが必要	不適切な言動を制止したり、軌道修正したりすることが必要	手助けがあってもその場に不適切な言動をとりやすい
	㉔一貫性	会話の文脈や目的に沿った話をすることができる	会話の文脈や目的に沿った話をすることができる	短く分かりやすい会話をおこなえば文脈に沿える	会話のずれを伝えることで自ら修正できる	会話の文脈や目的を繰り返し伝え修正することが必要	手助けがあっても会話の文脈からずれやすい
	㉕理解(失語)	相手が言っていることを理解することができる	理解できる	短くゆっくり伝えたり、絵や文字を見て補うことで理解できる	本人の理解を確認しながら再度説明すれば理解できる	実際にやり方を見せたり、その場所へ一緒に行ったりするなどが必要	手助けがあっても理解が難しい
	㉖表出(失語)	自分の言いたいことを相手に伝えられる	伝えられる。	急がない環境や短い筆記を加えることで伝えられる	正しい表現は難しいが、聞き手が内容を確認して推測できる	選択肢の提示等の手助けが必要	手助けがあっても伝えるのが難しい
日常生活動作	㉗移動	安全に移動できる	移動できる	地図や道順書を用意すれば移動できる	間違えやすい場所で声かけしたり、後ろから見守るなどの安全確認が必要	一緒に移動することが必要	一緒に行動しても目的に向けての移動が難しい
	㉘食事	安全に食べることができる(むせる、こぼす、見落とすなどが無い)	一人で食事できる	おかずの形状や、すくいやすい皿等の工夫をすれば、一人で食事できる	摂取ペースや見落とし等の声かけが必要	隣で1品ずつ出す、指さし等が必要	隣で手助けをしても安全に食べることが難しい
	㉙排泄	失敗なく排泄ができる	失敗なく排泄できる	手すりやアラーム設定をすれば一人で排泄でき、失敗もない	トイレの促しや、移乗の見守りが必要(失敗は週1回未満)	トイレに一緒に行ったり着衣の上げ下げ等の介助が必要(失敗は日に1回未満)	配慮や手助けをしても、排泄の失敗が生じやすい
	㉚身だしなみ	状況に応じた身だしなみができる	状況に応じた身だしなみができる	事前連絡や準備で状況に応じた身だしなみができる	外出前の声かけで確認しておけば、状況に応じた身だしなみができる	一緒に準備や確認が必要	支援者が準備、確認をしても状況に応じた身だしなみが難しい
	㉛入浴	お風呂に入ることができる	洗体洗髪し入湯する一連の入浴動作ができる	手すりや、シャワーイス、ボディブラシ、洗体手順表等で入浴できる	声かけや見守りが必要	背中洗いや、浴槽への出入り等の手助けが必要	配慮や手助けをしても一連の入浴動作が難しい

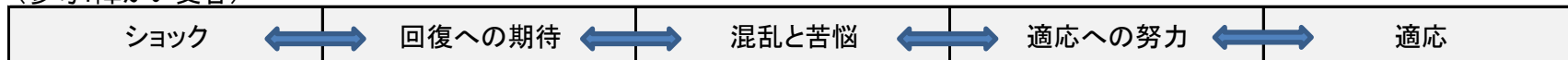
項目	内容	指標				
		(0)問題なし	(1)環境調整・代償手段	(2)見守り・声かけ	(3)手助け	(4)評価・支援検討
日常生活動作	⑳服薬管理 時間どおりに決められた量を服薬することができる	頓服薬も含めて服薬管理できる	1週間分の入れ物を利用するなど工夫すれば規則正しく服薬できる	服薬確認の声かけがあれば規則正しく服薬できる	服薬準備や手渡し等の手助けが必要	拒薬や過剰摂取、忘れ等があり規則正しい服薬が難しい
	㉑生活リズム 起床、食事、睡眠などのリズムが規則正しい	規則正しい	日課表を活用する等で規則正しい生活ができる	声かけで食事や睡眠等の規則正しい生活ができる	一緒に食事場所まで行くなどの手助けが必要	手助けをしても規則正しい生活は難しい
他	㉒見当識 今日の日付・時間・季節・場所がわかる	自分で把握できている	カレンダーや時計、携帯等で自ら確認できる	時計等の手がかりを見るよう促せば確認できる	その都度、日付や時間を伝える事が必要	その都度、伝えても把握しにくい
	㉓気づき 自分の障がいの内容を理解している	(障がい理解について、気づきの程度や障がい受容の側面も考慮しながら記入してください。下記参照)				

※下記は、気づきや障がい受容の参考資料です。必ずしもこの通りにすすむものではありません。  
長い時間をかけて、行きつ戻りつしながらすすんでいくことを考慮しながら参考にしてください。

(参考:気づき)

気づき無し (障がいに全く気づいていない)	知的気づき (言葉や症状を知識として知っている)	体験的気づき (体験と知識が結びつき、障がいを実感できている)	予測的気づき (障がいを理解し、問題が起きないように予測して行動できている)
--------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---

(参考:障がい受容)



(例)  
障がいについて人から言われても否定する  
障がいによる不具合・支障を自分以外の人・物のせいにする

(例)  
まだまだ回復すると思うため障がいに目を向けようとならない

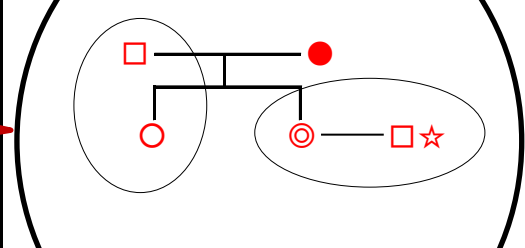
(例)  
自分を責める  
障がいがある(ありそう)と思う気持ちと、ないと思いたい気持ちとが、行きつ戻りつしている

(例)  
代償手段・福祉サービス等の利用を渋々だが受け入れられる

(例)  
代償手段・福祉サービス等の利用を前向きにすすんで受け入れられる

様式1

# 全体支援経過表

年月日か 年齢	生育歴(発症までの経過のみ)	家族関係図 <small>◎=本人、○=女性、□=男性、●=死亡、☆キーンソン(同居家族は◎で囲む)</small>
S〇年 18歳 25歳 S〇年	大阪府△市で生まれ育つ ○〇高校卒業後、××会社に就職 結婚を機に福岡県で生活 △△会社へ転職  <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">             変更があれば更新する           </div>	 <p>(家族関係等の状況) 父が寝たきりなので妹が介護している</p>

年月日か 年齢	発症からの経過	記入日と記入者
H◇年 H◇年	工作中倒れる ○〇病院に入院 大阪の△△病院にリハビリで転院	H〇年〇月〇日 ××病院MSW〇〇

関わりのある 医療機関・支援機関		
○〇病院(内科)	☎06-××××-××××	(担当:○〇→△△)
△△病院(脳外科)	☎06-××××-××××	(担当:○〇)

# 本人情報

支援機関名 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( 年 月 日)  
 支援機関名 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( 年 月 日)

氏名	(男・女)	生年月日:	記入時( 歳)
住所	〒 _____		住宅改修: <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
	【 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他( ) _____ 】		
電話番号	自宅( _____ )	FAX( _____ )	携帯( _____ )
家族および支援者状況	キーパーソン(続柄) _____	通院支援	支援者の続柄、頻度 (例: 月1回、週2回等)
	_____	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人( _____ )	
最終学歴	_____	金銭管理	誰がどのようにして管理してい
	_____	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人( _____ )	
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中卒 <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> 専門学校卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 大卒 <input type="checkbox"/> 大学院卒 <input type="checkbox"/> 中途退学		
職歴(詳細は就労情報にて記入)	_____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒		
高次脳の発症原因	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 低酸素脳症 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
発症原因に係る疾患名	例: くも膜下出血、左被殻出血など		
発症日・発症年齢	_____ 年		
意識のなかった期間	<input type="checkbox"/> ( )ヵ月 <input type="checkbox"/> ( )日 <input type="checkbox"/> ( )時間 <input type="checkbox"/> なし		
初診日(高次脳原因傷病に関する)	_____ 年 月 日 ( _____ 病院)		
症状固定日(労災・自賠責のみ)	_____ 年 月 日 ( _____ 病院)		
画像等検査実施状況	<input type="checkbox"/> MRI ( _____ 病院) <input type="checkbox"/> 神経心理学的検査 ( _____ 病院) <input type="checkbox"/> CT ( _____ 病院) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
高次脳機能障がい診断	<input type="checkbox"/> 確定(診断した病院名 _____ ) <input type="checkbox"/> 疑い(診断した病院名 _____ )		
高次脳機能障がいの症状	<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意(半側空間無視 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 遂行 <input type="checkbox"/> 社会的行動 <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語		
医療面 発症時の状況	倒れた時や事故の状況(家、外出先、朝、夜など)、誰が発見したのかなど(家族、通行人、会社の人など)わかる範囲で記入		
身体状況	身長( _____ cm) <input type="checkbox"/> 麻痺【 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____ )】 体重( _____ kg) <input type="checkbox"/> 使用補装具( _____ ) 摂食嚥下機能問題( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) *発症前の体重( _____ kg) <input type="checkbox"/> 臭覚障がい <input type="checkbox"/> 味覚障がい <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 疼痛: 部位( _____ )		
てんかん発作状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: <input type="checkbox"/> 1回/週以上 <input type="checkbox"/> 1回/月以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上起こらず) 服薬( <input type="checkbox"/> あり(予防的なものも含む) <input type="checkbox"/> なし)		
既往歴	糖尿病、高血圧など記入		
現在かかっている医療機関	病院名: _____ ( _____ 医師)主病名: _____		処方薬 <input type="checkbox"/> あり
※処方内容は お薬手帳等添付	病院名: _____ ( _____ 医師)主病名: _____		処方薬 <input type="checkbox"/> あり
	病院名: _____ ( _____ 医師)主病名: _____		処方薬 <input type="checkbox"/> あり
	医療的な留意事項		
障がい者手帳	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> あり( _____ 級: _____ ) <input type="checkbox"/> 申請中	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> あり 程度( _____ ) <input type="checkbox"/> なし	
	精神障がい者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり【 _____ 級、 <input type="checkbox"/> 高次脳で取得 <input type="checkbox"/> その他( _____ )】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 有効期限 ( _____ 年 月) 医療機関名( _____ ) 主治医( _____ )	

社会資源等	介護保険	<input type="checkbox"/> あり(介護度: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 意見書作成病院( 病院)		
	障がい福祉	<input type="checkbox"/> あり(支援区分: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 意見書作成病院( 病院)		
	現在使用しているサービス	名称	提供機関:提供者	支援内容
		頻度		
		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">更新の際、どこで書いてもらったか知っておくと便利</div>		
当事者・家族会	<input type="checkbox"/> 参加	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">活動している日の一日の流れを記入。日によって違う場合は、平均しての流れもしくは活動内容が多いものを記入。</div>		
一日の過ごし方	平日	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">→</div>		
	休日	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">→</div>		
運転免許	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 運転している:公安委員会の運転可の判断( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> まだ) <input type="checkbox"/> 運転していない			
経済面	発症時に加入していた年金状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 免除申請 <input type="checkbox"/> 加入未		
	現在の就業状況	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">現在の状況にチェック</div>		
	傷病手当の受給状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月~H 年 月) <input type="checkbox"/> なし		
	雇用(失業)保険給付状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月~H 年 月) <input type="checkbox"/> なし(受給期間延長申請 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> まだ)		
	現在の収入状況	<input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 家族からの支援(誰から: ) 労災【 <input type="checkbox"/> 障がい補償年金 <input type="checkbox"/> 障がい補償一時金】 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 障がい基礎年金( 級) <input type="checkbox"/> 障がい厚生年金( 級) (診断書作成病院: 病院)		
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他( )		
医療費助成	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> 難病関連 <input type="checkbox"/> その他( )			
嗜好品	飲酒について	発症前	<input type="checkbox"/> あり(頻度 ) <input type="checkbox"/> なし	
	喫煙について	発症前	<input type="checkbox"/> あり(頻度 ) <input type="checkbox"/> なし	
本人・家族等の情報	望む生活	本人	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">それぞれの思っていることや希望を記入</div>	
		家族またはキーパーソン		
	発症前と後で顕著に変わったこと		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">性格が変わったなど、以前と変わった部分を記入</div>	
	趣味・得意なこと	発症前		
		現在		
嫌い・苦手なこと	発症前			
	現在			
困っていること			<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">今の生活上で、本人家族等が感じていることを記入</div>	



# 就労情報

記入日 年 月 日

支援機関名

記入者

TEL

氏名	(男・女)	
現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 休職中(休職期間 H 年 月~H 年 月) <input type="checkbox"/> 無職	
傷病手当の受給状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月~H 年 月)	
失業保険の給付状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月~H 年 月)	
年金等の状況	<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金( 級) <input type="checkbox"/> 障がい年金( 級) <input type="checkbox"/> 障がい(補給)給付( 級)	
希望する仕事 雇用条件	<input type="checkbox"/> 復職(右枠記入)	職場の協力性 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的 (会社窓口 様)
		職場との連絡 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	<input type="checkbox"/> 新規就労	具体的な内容( )
	就労日数・時間	上限、下限があればそれぞれ記入
	給料	下限 万円~上限 万円
雇用形態・職種等	何分以内なら可能か、また、希望する沿線	
通勤時間・勤務地		
発症後の就職活動 経験の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ハローワークへの登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	所在地( ) 担当( )
職業センターの利用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	担当( ) <input type="checkbox"/> 職業準備支援 <input type="checkbox"/> リワーク 期間( ~ )
就労に向けての訓練や 支援の経過	経過と具体的な取り組み内容	
本人が希望する会社に 配慮してほしいこと	業務上、配慮が必要だと思っていること	
就労についての主治医 からのアドバイス	医療機関名: 主治医:	内容( )
通勤手段	通勤に利用可能な 移動手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( )
就労における アピールポイント	作業や対人面のことなど自分の強み	
就労における課題点	仕事をする上で困りそうなことがあれば記入	
その他		

主に復職に関する相談・連絡・調整等の窓口となる人

(会社窓口 様)

上限、下限があればそれぞれ記入

何分以内なら可能か、また、希望する沿線

経過と具体的な取り組み内容

業務上、配慮が必要だと思っていること

仕事の内容・勤務時間等、聞いていることがあれば記入

内容( )

作業や対人面のことなど自分の強み

仕事をする上で困りそうなことがあれば記入

### 職歴(発症前・発症後)

職歴	会社名	
	期間	年 月～ 年 月 発症後の場合→障がい传达了か <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない
	仕事内容	<input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 専門職・技術職 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 保安 <input type="checkbox"/> 農林水産業 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 輸送・機械運転 <input type="checkbox"/> 建築・採掘 <input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等 <input type="checkbox"/> その他( )
	勤務日数 勤務時間	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 正社員
	離職理由	
	得意な作業	
	苦手な作業	

### 職歴(発症前・発症後)

職歴	会社名	
	期間	年 月～ 年 月 発症後の場合→障がい传达了か <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない
	仕事内容	<input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 専門職・技術職 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 保安 <input type="checkbox"/> 農林水産業 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 輸送・機械運転 <input type="checkbox"/> 建築・採掘 <input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等 <input type="checkbox"/> その他( )
	勤務日数 勤務時間	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 正社員
	離職理由	
	得意な作業	
	苦手な作業	