

鹿児島県高次脳機能障害者連携支援ノート

# わたしのノート



このノートにはあなたの大切な情報が書かれています。  
大切に保管してください。

鹿児島県高次脳機能障害者支援センター  
(鹿児島県精神保健福祉センター)

## はじめに

高次脳機能障害は脳の損傷によっておこる後遺症の一つです。  
本冊子は、高次脳機能障害と診断された方が、適切な支援を受けられるように手助けとなる連携支援ノートです。

## 目次

●はじめに	1
●ご利用のお願い	2
●基本情報①	3
●基本情報②	4
●受傷・発症後の治療経過	5-6
●現在の症状	7
●日常生活の状況・身体症状	8-9
●各種手帳・利用しているサービス	10-11
●私の知ってもらいたいこと	12
●目標	13
●支援状況	14-16
●受傷・発症からの流れ	17-18
●高次脳機能障害支援に関する相談窓口	19



## ご利用のお願い

### 「わたしのノート」の活用方法

このノートには、精神障害者保健福祉手帳用、障害年金用などの診断書作成の参考になる項目がありますのでご記入のうえ診察の時に医師や担当者に見せるなどしてご活用ください。その他にも、ご自身の状況の把握や支援者同士の連携につながり、適切な支援を受ける手助けとなるページもありますので、ぜひご活用ください。

### 「わたしのノート」の記入方法

- ・連携支援のページの記入は、ご本人だけでなく、ご家族、支援者と一緒に相談をしながら記入をしてください。ご本人が知られたくない情報を無理に書く必要はありません。
- ・支援状況のページは、支援を受けた時に支援者にその都度記入をしてもらうことで、支援内容を把握することができ、適切な支援へと繋がります。
- ・このノートは、追加や更新が必要なページがあります。必要時は、コピーして追加をするか、鹿児島県精神保健福祉センターホームページ内の高次脳機能障害者支援センターのページから入手し、印刷することができます。

### ご注意

- ・このノートは常に持ち歩く必要はありません。支援を受ける時に支援者に渡して、支援内容を記入してもらってください。
- ・このノートにはあなたの大切な情報が書かれています。自己責任で大切に保管をしてください。

### 支援者の皆様へのお願い

- ・更新が必要なページは、記入日を確認し、見直しが必要な時期には、ご本人と一緒に更新をしてください。
- ・支援状況のページは、各機関で実施した内容や伝えたいこと、経過、ご本人の様子などをご自由にご記入ください。
- ・個人情報の取り扱いには十分にご注意ください。

## 基本情報①

本人・家族・支援者等で記入してください。

記入日 年 月 日

(ふりがな) 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 歳
住所	〒		
連絡先	自宅： 携帯：		
緊急連絡先	氏名： 電話番号：		続柄：
その他			

## 基本情報②

特記すべき 生育歴	これまでの発育の中で、特記すべきことがありましたら、ご記入ください。
学 歴	
職 歴	勤めていた時期とその勤務先をご記入ください。

## 受傷・発症後の治療経過

受傷・発症日		年	月	日	歳
受傷・発症時の状況					
高次脳機能障害の原因となった診断名	診断された日	年	月	日	歳
	①医療機関名				
受傷・発症からの経過	②治療等の期間	年	月	日	から まで
	③治療内容等				
	①医療機関名				
受傷・発症からの経過	②治療等の期間	年	月	日	から まで
	③治療内容等				
	①医療機関名				
受傷・発症からの経過	②治療等の期間	年	月	日	から まで
	③治療内容等				
	①医療機関名				

受傷・発症からの経過	①医療機関名				
	②治療等の期間	年	月	日	から まで
	③治療内容等				
	①医療機関名				
	②治療等の期間	年	月	日	から まで
	③治療内容等				
	①医療機関名				
	②治療等の期間	年	月	日	から まで
	③治療内容等				
	①医療機関名				
	②治療等の期間	年	月	日	から まで
	③治療内容等				

## 現在の症状

★症状は変化していくこともありますので、定期的に見直し、更新しましょう。

記入日 年 月 日

当てはまる症状の□にチェックしてください。

- 少し前のことが思い出しにくい。
- 新しいことを覚えにくい。
- 予定や約束を忘れてしまう。
- すぐに気が散ってしまう。
- 集中や注意が続かない。
- 一度にいくつものことができない。
- 先を見通した行動ができない。
- 優先順位をつけることが難しい。
- 時間に合わせた行動が難しい。
- 効率的に仕事ができない。
- 臨機応変な対応ができない。
- 急に泣き出したり、怒り出すことがある。
- 欲求が抑えにくい。
- 後先考えず、発言したり行動したりしてしまう。
- 何か言われないと自分から何もしようとしない。
- 人の気持ちをうまく察することができない。
- 自分の障害や症状を言われてもピンとこない。
- 受傷(発症)前と特に変わっていないように感じる。
- 肉体的にも精神的にも疲れやすい。
- 言葉が出にくかったり、時間がかかったりする。
- 言葉の理解が難しい。
- その他

## 日常生活の状況

★日常生活の状況は変化していくこともありますので、定期的に見直し、更新しましょう。

記入日 年 月 日

日常生活	自立度(現在の状況)	備考
移動・歩行	<input type="checkbox"/> 杖などの補助なしで歩ける <input type="checkbox"/> 杖などの補助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子を使えば一人で移動できる <input type="checkbox"/> 移動には支援が必要	
食 事	<input type="checkbox"/> 配膳などの準備も含め自発的にできる <input type="checkbox"/> 配膳などの環境が整っていればできる <input type="checkbox"/> 声かけなどの介助があればできる <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 手すりなどの設備があればできる <input type="checkbox"/> 服の着脱や乗り移りの介助があればできる <input type="checkbox"/> トイレでの排泄は難しく、オムツなどを利用している	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 手すりなどの設備があればできる <input type="checkbox"/> 体を洗うなど一部介助があればできる <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	
整容・着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 声かけがあればできる <input type="checkbox"/> 一部介助があればできる <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自分でやりくりできる <input type="checkbox"/> 小遣い帳などの工夫があればできる <input type="checkbox"/> できない	
買い物	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> メモがあればできる <input type="checkbox"/> 買い忘れないが会計が難しい <input type="checkbox"/> いらぬものまで買ってしまう <input type="checkbox"/> できない	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> お薬カレンダーなどの工夫があればできる <input type="checkbox"/> 声かけがあればできる <input type="checkbox"/> できない	

日常生活	自立度(現在の状況)	備考
外出	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 事前に計画を立てれば一人でできる <input type="checkbox"/> 家族などの同伴があればできる <input type="checkbox"/> できない	
意思伝達	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 理解に時間がかかる <input type="checkbox"/> 相手に伝えることができない <input type="checkbox"/> 理解することも伝えることも難しい	
安全管理・危機対応	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 声かけがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
社会的手続き	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 不明な点を他者に聞けばできる <input type="checkbox"/> 家族などの支援があればできる <input type="checkbox"/> できない	
趣味	<input type="checkbox"/> 受傷・発症前と変わらず趣味がある <input type="checkbox"/> 受傷・発症前と比べると趣味への関心が減った <input type="checkbox"/> 受傷・発症前と比べると趣味への関心がなくなった	
その他 特記事項		

## 身体症状

症状	有無	備考
麻痺	有り・無し	麻痺がある部位
痛み	有り・無し	痛みがある部位
その他		

## 各種手帳・利用しているサービス

★障害者手帳などが有りの場合、支援者は現物を確認するようにしましょう。

制度	利用状況	備考(更新日等)
身体障害者手帳	有り・無し	身体症状の程度
	等級 種 級	
	交付年月日 年 月 日	
精神障害者保健福祉手帳	有り・無し	
	等級 級	
	交付年月日 年 月 日	
療育手帳	有り・無し	
	等級 級	
	交付年月日 年 月 日	
障害者 総合 支援法	介護給付 有り・無し	
	障害支援区分 1・2・3・4・5・6	
	利用サービス内容	
	訓練等給付 有り・無し	
	障害支援区分 1・2・3・4・5・6	
	利用サービス内容	
自立支援医療	有り・無し	

制 度	利用状況	備考(更新日等)
障害年金	有り ・ 無し	
	種 別 <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 等 級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
労災年金	有り ・ 無し	
	有効期限 年 月 日	
傷病手当金	有り ・ 無し	
	受給開始 年 月 日	
介護保険	有り ・ 無し	
	区 分 要支援 ・ 要介護( )	
	利用サービス内容	
日常生活自立 支援事業	有り ・ 無し	
	利用開始 年 月 日	
	利用サービス内容	
成年後見制度	有り ・ 無し	
	種 別 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 補佐 <input type="checkbox"/> 後見	
	利用開始 年 月 日	
生活保護	有り ・ 無し	
	受給開始 年 月 日	
その他、利用して いるサービス		

## 私の知ってもらいたいこと

★下記の項目は変化していくこともありますので、定期的に見直し、更新しましょう。

記入日 年 月 日

困っていること	
得意なこと	
苦手なこと	
支援者にして ほしいこと (配慮してほしいことなど)	
私のやりたいこと	

## 目標

★目標は変化することもあると思いますので、本人や家族、支援者の人と振り返る日を決めて、振り返るようにしましょう。

記入日           年     月     日  
 振り返る日     年     月     日

毎日の目標	
-------	--

将来の目標	
-------	--

達成するために 行うこと	
-----------------	--

## 支援状況

★各機関で、説明・実施された内容、経過、ご本人の様子、その他連携が必要なこと等、ご自由にご記入ください。

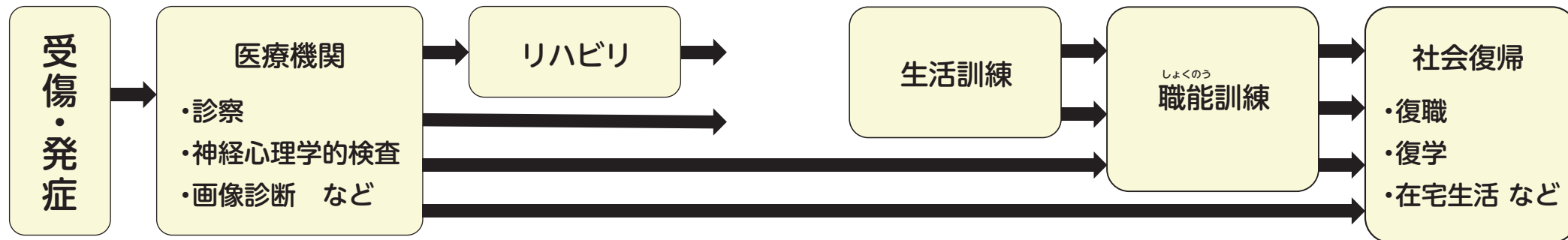
年月日	・説明、実施内容、連携が必要なこと等	機関名 担当者名



年月日	・説明、実施内容、連携が必要なこと等	機関名 担当者名

年月日	・説明、実施内容、連携が必要なこと等	機関名 担当者名

# 受傷・発症からの流れ



**精神障害者保健福祉手帳**:初診日から6ヶ月以上経過している場合、申請することができます。

**障害年金**:初診日から1年6ヶ月以上経過しており、その他の条件を満たしていれば申請することができます。

## ★ポイント★

- ・発症後の経過期間や診断の有無によって利用できるサービスが異なります。
- ・障害者手帳や障害年金など、更新が必要なものは更新時期を忘れないように注意しましょう。

★その他にも、利用できる社会資源は様々あります。



利用できる制度の流れ

## 障害福祉サービス(障害者総合支援法)

### ●自立訓練

自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活などに関する相談及び助言、必要な支援を行う施設です。

### ●就労移行支援

一般企業への就職を希望する人に、一定期間、働くために必要な知識と能力を高める場所です。

### ●就労継続支援

一般企業などでの就職が困難な人に働く場を提供し、知識や能力を高める場所です。

### ●就労定着支援

### ●自立生活援助

### ●共同生活援助(グループホーム)

### ●ホームヘルプ

### ●生活介護

### ●行動援護 など

## 介護保険サービス

- 訪問看護、介護
- ショートステイ
- グループホーム
- 通所リハ など



## 高次脳機能障害に関する相談窓口

### ◎鹿児島県高次脳機能障害者支援センター (鹿児島県精神保健福祉センター)

専用電話 099-228-9568

相談日 毎週火・木・金。(祝日除く)

相談時間 午前9時～正午・午後1時～午後4時

※来所相談は要予約

#### 【事業内容】

- 高次脳機能障害者に関する専門的相談支援
- 関係機関との支援ネットワークの充実
- 高次脳機能障害者に対する正しい理解促進のための普及啓発、研修の実施

### ◎支援協力病院

#### 【支援協力病院の役割】

- 高次脳機能障害者に関する診断、治療、リハビリテーション、生活相談の実施
- 高次脳機能障害に関する専門医療相談
- 精神障害者保健福祉手帳等の診断書作成 等

※支援協力病院につきましては、鹿児島県高次脳機能障害者支援センターまでお問い合わせください。  
鹿児島県精神保健福祉センターホームページにも掲載しています。  
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae14/kagoshima-mhwc.html>

### ◎保健所

お住まいの保健所でも相談を受け付けています

### ◎高次脳機能障害「ぶらむ」鹿児島(高次脳機能障害者家族の会)

〒890-0021 鹿児島市小野一丁目1番1号 ハートピアかごしま2F(事務局)

### ◎全国拠点センター

国立障害者リハビリテーションセンター

(高次脳機能障害情報・支援センター)

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1 TEL04-2995-3100

[http://www.rehab.go.jp/brain\\_fukyu/](http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/)

### お問い合わせ

鹿児島県高次脳機能障害者支援センター

(鹿児島県精神保健福祉センター)

〒890-0021 鹿児島県鹿児島市小野一丁目1番1号

TEL099-228-9568 FAX099-228-9556

※本パンフレットは、佐賀県発行の「佐賀県高次脳機能障害者連携支援ノート」を参考に作成しております。