

ひろしまけんこうじのうきのうしょうがいさぽーとふぁいる
広島県高次脳機能障害サポートファイル

このファイルには、あなたについて大切なことが書いてあります。

あなたが読んで辛いことも含まれているかもしれません。

すぐには納得できないこともあるかもしれません。

でも、どれも、あなたとまわりの人たちをつなぐために、なくてはならないことなのです。

まわりの人たちが、あなたを大切に思う気持ちの詰まったファイルです。

あなた自身も、このファイルを大切にしてほしいと思います。

NPO法人日本脳外傷友の会リハビリテーション講習会テキスト作成実行委員会発行
脳損傷後の経過記録 パーソナルノート P3より引用

あなたのお名前

広島県高次脳機能障害サポートファイルご利用のお願い

1. 広島県高次脳機能障害サポートファイルとは

ケガや病気などにより脳に損傷を負うと「記憶障害」、「注意障害」、「遂行機能障害」、「社会的行動障害」といった症状がでることがあります。高次脳機能障害は外見上分かりにくいいため周囲から理解されにくく、日常生活や社会生活を送る上で様々な困難が生じます。

このサポートファイルは、高次脳機能障害の当事者やご家族が適切なサポートを受けることができるよう、ご自身に関する重要な情報の管理、支援者との円滑な連携に活用していただくことを目的に作成しました。

2. 活用方法

このサポートファイルは高次脳機能障害の支援に必要と思われる項目を整理し、『全体支援経過表』『本人情報』『医療情報提供のお願い』『就労情報』『高次脳機能障害確認リスト』『配慮して欲しいこと』『生活の大変さ指標』から構成されています。

例えば、手帳や年金診断書作成時に生活面の困りごとを医師に伝えるとき、福祉サービスの利用や就労支援など新たな支援を受けられるときなどの参考資料として活用していただけます。また、検査結果や診断書の写しなど、大事な書類と一緒に保存されると便利です。

サポートファイルを活用することで、何度も同じことを説明する負担や、時間経過により忘れてしまったことを調べなおす負担も軽減されます。

3. 記入方法

このサポートファイルは当事者やご家族が記入されることを基本にしています。記入が難しいところは支援者のアドバイスを受けながら記入していただくか、支援者に記入していただくよう相談してください。

また、ご自身の状況に合わせて内容の追加や削除などの修正を行ってください。

4. 支援者の皆様にお願

高次脳機能障害の当事者への支援は発症から社会復帰、その後のフォローと年齢や環境変化に応じて課題になる内容や支援機関も変化していきます。このサポートファイルは支援のための情報共有も目的に作成しました。ご本人・ご家族の要望や支援経過など、現在の支援者から次の支援者に必要な情報を伝えるときにも活用ください。

このサポートファイルには多くの個人情報が含まれています。個人情報の取り扱いには充分にご配慮願います。

目次

- 1 表紙 ★ …あなたのお名前を記入しましょう
- 2 目次 ★ …あなたの情報(アレルギー, 禁忌薬)を記入しましょう
- 3 様式1:全体支援経過表 ★ …あなたへの支援の経過を記入しましょう
- 4 様式2:本人情報 ★ …あなたの情報を記入しましょう
- 5 様式3:医療情報提供依頼 ★ …医療機関に依頼する際に利用できます
- 6 様式4:就労情報 ★ …あなたの就労情報を記入しましょう
- 7 様式5:確認リスト ★ …あなたの状態を記入しましょう
- 8 確認リストの書き方 …様式5(確認リスト)を記入するときに使いましょう
- 9 様式6:配慮してほしいこと ★ …あなたが配慮してほしいことを記入しましょう
- 10 生活の大変さ指標 …高次脳機能障害のことを知るために参考にしましょう
- 11 裏表紙 ★ …ファイル紛失時の連絡先を記入しましょう

★ あなたの大切な個人情報を記入できます。取扱に注意しましょう。

あなたのお名前

※アレルギー, 禁忌薬について

アレルギー は

あり

なし

↓

禁忌薬 は

あり

なし

↓

全体支援経過表

様式1

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

様式2

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()		
家族および支援者の状況	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(詳細は就労情報で記入)		⇒	⇒
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()	
	高次脳機能障害の診断	<input type="checkbox"/> 確定(診断した病院名 _____) <input type="checkbox"/> 疑い(診断した病院名 _____)	
	高次脳機能障害の症状	<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"/> 臭覚障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <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	
※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	_____		
障害者手帳	身体障害者手帳	<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	
	精神障害者 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)			
	障害福祉	<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	→			
車の運転	<input type="checkbox"/> 運転免許なし <input type="checkbox"/> 運転していない (主治医の運転許可 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 運転免許あり <input type="checkbox"/> 運転している				
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 年 月 ~ 年 月) <input type="checkbox"/> 無職			
	傷病手当金の受給状況	<input type="checkbox"/> あり (受給期間 年 月 ~ 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 年 月 ~ 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"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金 】 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 障害基礎年金(級) <input type="checkbox"/> 障害厚生年金(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"/> 障害者医療 <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					

医療情報提供のお願い

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害、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。

可能な範囲でご提供いただきますよう、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	高次脳機能障害に関する原因傷病名	◎		
★2	発症時の意識レベル/意識障害の状況	◎	○	
★3	検査（MRI、CT等）画像	◎	○	○
★4	神経心理学的検査等の結果	△	◎	○
★5	高次脳機能障害の症状（記憶、注意等）	△	◎	○
★6	治療経過	○	○	○
7	高次脳機能障害の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、味覚障害、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 （障害者手帳、障害年金、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（ ）			

※ 各項目の情報をお持ちの可能性を、◎かなり高い、○高い、△やや低い に分類しています。

※ ★印は、維持期・かかりつけ医等での高次脳機能障害確定診断に必須となります。
可能な限り情報提供をお願いいたします。

患者氏名： _____ (〒 _____)

関係機関者名： _____ (〒 _____)

(情報提供料等 発生可能性ありの説明： 済 ・ 未)

就 労 情 報

様式4

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		
傷病手当金の受給状況	<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"/> 障害基礎年金(級) <input type="checkbox"/> 障害年金(級) <input type="checkbox"/> 障害(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	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的 (会社窓口 様)
	<input type="checkbox"/> 新規就労	職場と連絡	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
		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			
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→障害を伝えたか <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→障害を伝えたか <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	

【高次脳機能障害 確認リスト】

様式5

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

名前 _____

記入者 _____ 続柄(_____) (支援機関名 _____ TEL _____)

	項目	内容	○	○△	△×	×	備考
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					
	②持続的注意	ひとつのことに長く集中して取り組める					
	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					
	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					
	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					
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					
	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					
	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					
遂行機能	⑨計画の立案	毎日の予定をたてられる					
	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					
	⑪効率的な行動	急な予定変更に対応することができる					
	⑫判断	困ったときに誰かに相談することができる					
社会的行動・感情	⑬自発性	自発的に行動できる					
	⑭意欲	日中横にならずに過ごせる					
	⑮依存性	自分でできることを依存せずにできる					
	⑯易怒性	イライラせず、精神的に安定して過ごせる					
	⑰易怒性	暴言や暴力がない					
	⑱固執	生活や周りの人が困るほどのこだわりがない					
	⑲欲求コントロール	欲求をコントロールできる					
	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					
コミュニケーション	㉑易疲労性	活動時の疲労感、作業継続性について					
	㉒疎通性	その場に適切な言動をとることができる					
	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					
	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					
	㉕表出(失語)	自分の言いたいことを相手に伝えられる					
日常生活能力	㉖適切な食事	配膳などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることがほぼできる					
	㉗身辺の清潔保持	洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる、自室の清掃や片付けができる					
	㉘金銭管理と買い物	金銭を独力で適切に管理し、やりくりがほぼできる、一人で買い物が可能であり計画的な買い物がほぼできる					
	㉙通院と服薬	規則的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができる					
	㉚対人関係	他人の話聞く、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行える					
	㉛身辺の安全保持	事故等の危険から身を守る能力がある、通常と異なる事態となった時に他人に援助を求めるなど適正に対応できる					
	㉜社会性	銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で可能、また社会生活に必要な手続きが行える					
他	㉝見当識	今日の日付・時間・季節・場所がわかる					
	㉞気づき	自分の障害の内容を理解している					

確認リスト(様式5)は

あなたの症状や障害状況の全体像を把握し、支援者に理解してもらうためのものです。

変化があった時や数年ごとに定期的にチェックして、今の状態を理解するのに役立ててください。

支援者が何をサポートすれば良いかわかりやすくするため、チェックリスト形式になっています。

参考資料『10生活の大変さ指標』を見ながら書いてみましょう。

書き方は

質問項目ごとに1～4段階で、最もあてはまるものにチェック(✓)をつけてください。

チェック(✓)のみでは伝わりにくい内容は、備考に具体的に記入してください。

評価の基準は

- 自発的にできる …… …… …… 本人が自発的にその行為を支障なく実施できること
- △ 自発的にできるが援助が必要 …… …… 自発的に行うが、見守り、声かけや促し、一部の援助が必要であること
- △× 援助があればできる …… …… 全般的な援助がなければ、その行為が実施できない
- × できない …… …… …… その行為を行うことが困難である

留意点は

「本人が単身で生活するとしたら」可能かどうか で記入しましょう。

「できる」とは、「適切な判断、準備、実施、片付けのすべてが可能である」ことを意味します。

例えば…

②⑥適切な食事ができる とは

一日に必要な栄養のバランスを考え、自ら準備して食べて片付けが自発的に行えること

②⑦身の清潔保持ができる とは

必要な回数の洗面、洗髪、入浴、着替えなど身体の清潔を保つことができる、また準備から後片付けまで自発的に行えること

②⑨通院と服薬ができる とは

定期的に通院と服薬が行え、病状の変化などを主治医に伝えられること

③①身の安全保持ができる とは

事故などの危険から身を守ることができ、困ったときに周りの人に援助を求める(相談する)ことができる

高次脳機能障害 生活の大変さ指標

参考資料

この指標は高次脳機能障害の状態について、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。高次脳機能障害は広範にわたる事も多く、項目別に障害程度を整理して、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	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	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
	㉑易疲労性	活動時の疲労感、作業継続性について	問題なし	短時間作業、作業内容の単純化などで疲労感を軽減できる、自分で疲労を訴えることができる	休憩のための適宜の声掛けが必要、疲労感を訴えることはできる	自ら疲労感の訴えがないため、支援者の声掛けが欠かせない	疲労感が強く、決められた作業に参加できないこともある、もしくは参加できない
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	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
	㉓一貫性	会話の文脈や目的に沿った話をするができる	会話の文脈や目的に沿った話をするができる	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
	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	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
	㉕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
日常生活能力	㉖適切な食事	配膳などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることがほぼできる	できる	自発的にできるが時には助言や指導を必要とする		自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる	助言や指導をしてもできない若しくは行わない
	㉗身の清潔保持	洗面、洗髪、入浴等の身の衛生保持や着替え等ができる、自室の清掃や片付けができる	できる	自発的にできるが時には助言や指導を必要とする		自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる	助言や指導をしてもできない若しくは行わない
	㉘金銭管理と買い物	金銭を独力で適切に管理し、やりくりがほぼできる、一人で買い物が可能であり計画的な買い物がほぼできる	できる	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする		助言や指導があればできる	助言や指導をしてもできない若しくは行わない
	㉙通院と服薬	定期的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができる	できる	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする		助言や指導があればできる	助言や指導をしてもできない若しくは行わない
	㉚対人関係	他人の話を聞く、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行える	できる	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする		助言や指導があればできる	助言や指導をしてもできない若しくは行わない

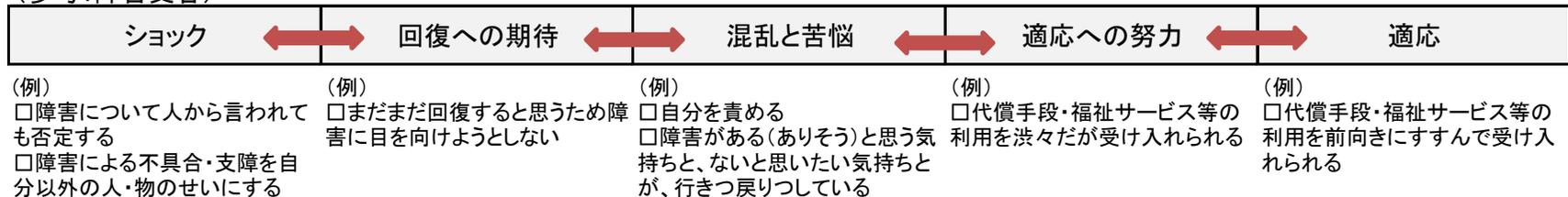
項目	内容	指標					
		(0)問題なし	(1)環境調整・代償手段	(2)見守り・声かけ	(3)手助け	(4)評価・支援検討	
日常生活能力	⑳ 身辺の安全保持	事故等の危険から身を守る能力がある、通常と異なる事態となった時に他人に援助を求めるなど適正に対応できる	できる	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする		助言や指導があればできる	助言や指導をしてもできない若しくは行わない
	㉑ 社会性	銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で可能、また社会生活に必要な手続きが行える	できる	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする		助言や指導があればできる	助言や指導をしてもできない若しくは行わない
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	自分の障害の内容を理解している	(障害理解について、気づきの程度や障害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、気づきや障害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 (障害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、障害を実感できている)	予測的気づき (障害を理解し、問題が起きないように予測して行動できている)
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--

(参考:障害受容)



◎このファイルには、あなたの大切な個人情報があります。

決して失くさないように、ご自身の責任で保管しましょう。

◎ 万一、このファイルを拾われた方は、下記の連絡先までご連絡ください。

【遺失時の連絡先】

氏名	
電話番号	

【このファイルの所有者】

あなたのお名前	
---------	--