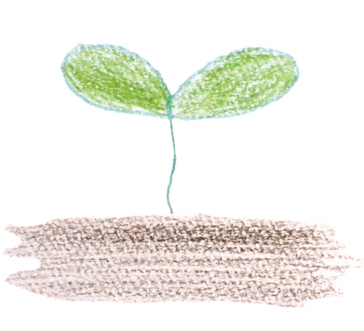
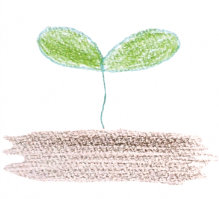
私のことファイル

ご本人の写真や大切にしていること・ものなどを添付しましょう。

名前



高次脳機能障害友の会　いばらき　発行



私のことファイルについて

～支援を必要としている「私」を分かってもらうために～

高次脳機能障害は病気や事故により脳が損傷されたために、記憶、注意、感情や行動が抑えられにくくなるなどの様々な症状がみられます。高次脳機能障害は外見からは分かりにくいため、「見えない障害」と呼ばれています。適切な支援を受けるためには、高次脳機能障害の特徴や症状を少しでも理解していただく必要があります。「私のことファイル」は、周囲の方に理解していただき、適切な支援を受けるために作成したものです。

○私のことファイルの3つの目的

1. ご本人にとっては、少しでも自分のことをスムーズに伝えることができるようになり、自分自身をよく理解するきっかけになる。
2. ご家族にとっては、当事者への理解が深められ、また病気や事故についての覚え書になり、支援者との関係作りの助けになる。
3. 支援者にとっては、当事者理解の促進や支援の質の向上につながる。

日常的に利用する高次脳機能障害に関する支援ツール（メモリーノート　等）や制度に関する情報は、茨城県高次脳機能障害支援センターホームページに掲載されております。

ホームページに掲載している支援ツールは、参考例となっており、必要

に応じ、ご本人が使いやすい形式に変更してください。

高次脳機能障害支援センターホームページ　または　QRコード

メールアドレス：koujinou.sien@pref.ibaraki.lg.jp



◎高次脳機能障害とは

　外傷や疾病など様々な原因により脳の一部が損傷されると，脳神経のネットワークシステムに支障をきたし，物を考えたり判断したり，行動したりという高次な脳の機能が障害されることがあります。

その結果生じる後遺症を，高次脳機能障害といいます。

　身体には麻痺などは少ないため，外見上見えにくいこの障害は，周囲から理解されにくく，日常生活，社会生活の中で様々な障壁となります。損傷され失われた脳の復元はかないませんが，自立のためには他の機能を活用し新たな方法で生活を再構築していく必要があります。

◆原因

　　交通事故，転落事故，スポーツ事故などの頭部外傷

　　脳出血，脳梗塞，くも膜下出血などの脳血管疾患

　　低酸素脳症，ウイルス性脳炎，脳症，脳腫瘍など

◆症状・後遺症

脳の損傷の場所や程度，年齢によって現れる症状は様々です。

生活の中で現れる主な症状は以下の通りです。多くの場合複数の症状が重なり合って，生活の障害となって現れます。

社会的行動障害

些細なことで怒り出す，キレやすい

気分の波が大きく，不安定な状態

急に泣く，場違いなところで笑い出す

退行，依存性，固執性がある

自分で出来ることも人に頼る

子供っぽくなった

こだわりが強く，行動を変えられない

記憶障害

新しいことを覚えられない

同じことを何度も聞く

大事な事が覚えられない

注意障害

同時に二つ以上の事ができない

見落としが多くなった

たくさんの情報の処理ができなくなった

言語の障害

言葉が出にくい，時間がかかる。発音が不明瞭になった。言葉の理解が難しくなった。

文字が書けなくなった。計算ができない

遂行機能障害

段取りがわるい

見通しが持てず，計画性がない

柔軟性がない，融通が利かない

視知覚の障害（半盲など）

視野が狭くなった。見える範囲が狭くなった

病識欠如

自分の障害を認識できない

自分の力量以上の事を引き受ける

症状の変化を伝える事ができない

半側空間無視

片側（多くは左）によくぶつかる。

片側（多くは左）の文字を無視する。

子どもの場合

学校の成績が落ちた。気が散りやすい

授業中じっとしていられない

友達との約束が守れない

その他，何もする気が起きない，

人が変わった，眠れない，生活の乱れ…など

☆目　　次☆

◎はじめに　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１

◎自己紹介　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２

◎緊急時（救急時）の情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３

◎気になる症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４

◎私からお願いしたいこと　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　５

◎今までの経過　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　６

◎今までにかかった主な病気　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　７

◎特記事項・家族構成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　８

◎日常生活状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　９

◎各種手帳・利用しているサービス状況　　　　　　　　　　　　　　１０

◎利用している医療機関及び社会福祉機関　　　　　　　　　　　　　１２

◎脳損傷後の経過記録「わたしのことファイル」参考記入例　　　　　１３

◎家族及び支援者の方へ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１６

◎はじめに

～あなた（　　　　　　　　　　　　　　　さん）へ～

* 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が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とをつなぐために，なくてはならない

ことなのです。

* まわりの人たちが，あなたを今以上に理解し，あなたを大切に思えるための

大切なファイルです。

* 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。

このファイルは、大切な個人情報が記載されています。大切に保管してください。

◎自己紹介

|  |  |
| --- | --- |
| 自己紹介 | 名前　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　　男　　　女  生年月日　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　日　生まれ |
| 障害について |  |
| 好きなこと |  |
| 得意なこと |  |
| 苦手なこと |  |
| 周りの人にしてほしいこと |  |
| されると嫌なこと |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **●緊急時・救急時の情報** | | | |  | |
| 記入日：　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| **私の情報** | ふりがな  氏　　名： | | | 性別： 男 ・ 女 | |
| 生年月日：　昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | | | 血液型：　　　Rh（　） | |
| 住所： | | | | |
| 電話番号：（自宅）　　　　　　　　　　　　　（携帯） | | | | |
| **緊急連絡先** | 氏名（続柄） | | 電話番号 | | |
| 1. （　　） | | （自宅・携帯・勤務先） | | |
| 1. （　　） | | （自宅・携帯・勤務先） | | |
| 1. （　　） | | （自宅・携帯・勤務先） | | |
| **かかりつけ病院** | 病院名 | 診療科 | 電話番号 | | 備考 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **医療上の留意点** | □アレルギー（ 有 ・ 無 ） | | □麻痺（ 有 ・ 無 ） | | |
| 内容： | |  | | |
| □てんかん（ 有 ・ 無 ） | |  | | |
| 最終発作：　　年　　月　　日頃 | |  | | |
|  | |  | | |
| □内服薬（ 有 ・ 無 ） | |  | | |
|  | |  | | |
| ※病院及び薬局より発行されている「薬の説明書」等を同封しておくと便利です。 | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **●気になる症状（□にチェックをしてください。当てはまらない場合は「その他」の欄に書いて下さい）** | |
| 記入日：　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　記入者： | |
| **症状** | **具体的な内容** |
| **□記憶障害** | □少し前のことが思い出しにくくなった　　□記憶が時々抜けてしまう  □新しいことを覚えにくくなった　　　　　□思い出せないことが多くなった |
| **□注意障害** | □注意や集中の持続が難しくなった　　　　□気が散りやすくなった  □たくさんの情報の中から、大事なことを選ぶのが苦手になった  □同時に複数のことをすると、どれか忘れてしまうことがある |
| **□遂行機能障害** | □時間に合わせた行動や準備が難しくなった  □先を見通した行動がとれなくなった　　　□機転がききにくくなった  □予定が重なると調整したり、対応ができなくなった |
| **□易疲労**  **□意欲・発動性低下** | □疲れやすくなった　　　　　　□行動に時間がかかるようになった  □やる気が起きない　　　　　　□会話について行くのが大変になった  □他人に興味がなくなった　　　□考えや言葉が浮かばなくなった |
| **□退行・依存性** | □言動が幼くなった　　　　　　□すぐ人を頼るようになった  □1人では外出しなくなった　　 □服装に無頓着になった |
| **□固執性** | □1つのことが気になると、気持ちの切り替えに時間がかかる  □一旦決めた行動を、変えるのが難しくなった  □こだわりが強くなった　　　　□自ら新たな課題には取り組めない |
| **□感情ｺﾝﾄﾛｰﾙの障害**  **脱抑制** | □我慢ができず、イライラしやすい  □後先のことを考えず行動・発言してしまう　　□欲求が抑えにくい  □精神的に不安定になりやすい　　　　　　　　□些細なことで腹が立つ |
| **□病識欠如** | □自分の障害や症状を言われてもピンとこない  □自分では受傷（発症）前と変わっていないと感じている  □周囲から危険と言われても、自分では安全と思ってしまう |
| **□談話障害** | □言葉が回りくどい、伝わりにくい　　　□会話についていけない  □場に合わない発言をしてしまう |
| **□失語・構音障害**  （脳卒中後の呂律のまわりにくさによる） | □言葉が出にくい、時間がかかる　　　　□発音が不明瞭になった  □言葉の理解が難しくなった　　　　　　□計算ができなくなった  □文字の読み書きが難しくなった |
| **□視覚認知の障害**  （半盲など） | □見える範囲が狭くなった　　　　　　　□特定の方向が見えにくくなった |
| **□半側空間無視** | □片側（主に左）にあるものを見つけられない  □片側（主に左）の文字を読み飛ばす　　□片側（主に左）によくぶつかる |
| **□その他** |  |

|  |
| --- |
| **●私からお願いしたいこと** |
| ✍自分のことを知ってもらうためのページです。自由にお書きください。  　★自己アピール、得意なこと、苦手なこと、希望や願い  　★支援者に伝えたいこと、お願いしたいことなど  　★必要な場合はコピーをしてください　　　　　　　　　　　　（名前　　　　　　　　　　　） |
| **例）**いっぺんにたくさんのことを言われると混乱します。 |
| 聞くことが苦手なので、ゆっくり短く区切って言ってください。 |
| 午前中はあまり機嫌がよくありません。 |
| 疲れやすいので、1時間に1回くらい声をかけてもらえると助かります。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **●今までの経過（基本情報・医療情報）** | |
| ◆脳損傷の原因となった病気・事故の経過◆　　　　　　　　　　　　　（名前　　　　　　　　　　　） | |
| **受傷・発症時の状況・診断名**（　　　　年　　　　月　　　　日） | |
|  |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **受傷・発症後の経過（医療・リハビリテーション・サービス利用などの経過）** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **服薬状況（お薬手帳　□あり　□なし）　薬事情報のコピー** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| ※医療機関の皆様に上記内容の記入作成に関するご協力・ご助言が頂けますと幸いです。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◆今までにかかった主な病気◆　　　　　　　　　　　　　　　　（名前　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **かかった年** | **年齢** | **主な病名や治療、病院名など** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **◆特記事項◆**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名前　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **特記すべき成育歴** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **学歴** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **職歴** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **特技・趣味など** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **◆家族構成◆** | | | |
| **氏名** | **続柄** | **同居・別居** | **備考（住所、主な介護者、関係性など）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**◆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（□道に迷いやすい　□物によくぶつかる）  備考： |
| **食事** | □自力で可能　□環境のセッティングがあれば可能　□声掛け介助があれば可能　□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排泄可能  □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** | □自力で可能　□手すり等の設備があれば可能　□体を洗うなどの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の部分的な介助が可能  □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　□盛り付けなどの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　□昼夜逆転などの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　□事前に予定があれば一人で可能　□よく行く場所であれば可能　□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の工夫があれば可能　□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　□一度で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** |  |

**◆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 | | 再認定年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 備考（再認定年月日等） | | | | | | | |
| **精神障害者　保健福祉手帳** | 等　級 | 種　　　　級 | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 障害名 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 交付番号 | 第　　　　　　　号 | | 有効期限 | | | 年　　月　　日 |
| 備考（次回更新日等） | | | | | | | |
| **療育手帳** | 等　級 | Ⓐ・A・B・C | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 障害名 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 交付番号 | 第　　　　　　　号 | 次回判定年月 | | | 年　　　月 | |
| 備考（次回判定日等） | | | | | | | |
| **障害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 | | | | | |
| 計画相談担当者 | 機関名  担当者 | | | | | |
| 備考（次回更新日） | | | | | | | |
| **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 | | | | | |
| 有効期限 | 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 | | 種 | |
| 初診日 | 年　　月　　日 | | | 障害認定日 | |  | |
| 現状届提出日 | ① | | | | | ② | |
| ③ | | | | | ④ | |
| 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 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **●利用している医療機関および社会福祉機関** | | | | |
|  | | | |  |
| **利用開始日** | **機関名** | **担当者の氏名（職種）** | **電話番号** | **支援内容** |
| 年  月　　日 |  |  |  |  |
| 年  　　月　　日 |  |  |  |  |
| 年月　　日 |  |  |  |  |
| 年  　　月　　日 |  |  |  |  |
| 年月　　日 |  |  |  |  |
| 年  月　　日 |  |  |  |  |
| 年月　　日 |  |  |  |  |
| 年  　　月　　日 |  |  |  |  |
| 年月　　日 |  |  |  |  |

※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おきましょう。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「私のことファイル」参考記入例 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **3ページ　緊急時・救急時の情報** | | | | |  | **6ページ　今までの経過（基本情報・医療情報）**   |  | | --- | |  | | **受傷・発症時の状況・診断名**（H12年1月20日） | | 仕事中に突然の激しい頭痛、手足に力が入らなくなり、 | | 救急車で〇〇脳外科病院へ運ばれる。 | | 検査の結果「脳出血」と診断され緊急手術となった。 | |  | |  | |  | | **受傷・発症後の経過**  **（医療・リハビリテーション・サービス利用などの経過）** | | 手術後の回復が遅く医師から「手足のまひと高次脳機能 | | 障害の後遺症が残る可能性がある」と説明された。 | | 4月1日（受傷3か月）リハビリ目的で〇〇病院へ転院。 | | リハビリを続け車椅子からゆっくり歩行が可能となった。 | | 8月1日退院。「自宅で生活することがリハビリ」と言われ | | る。退院後は月1回のリハビリ通院と□□障害福祉サービス | | 事業所への通所をすすめられ週3日通うことにした。 | |  | |  | | **服薬状況（お薬手帳　□あり　□なし）** | |  | |  | |  | |  |   受傷・発症時の状況を  書きます。 |
|  | | | | |
| **私の情報** | 氏　名：　いばらきたろう | | 性別： 男 ・ 女 | |
| 生年月日：昭和41年1月2日 | | 血液型：　A Rh（　） | |
| 住所：つくば市要1187-299 | | | |
| 電話番号：（自宅）0297-68-5066 | | （携帯）090-1234-1111 | |
| **緊急連絡先** | 氏名（続柄） | 電話番号 | | |
| 1. いばらきはる男（父） | 090-1234-3333  （自宅・携帯・勤務先） | | |
| 1. いばらきはる子（母） | 090-1234-2222  （自宅・携帯・勤務先） | | |
| 1. （　　） | （自宅・携帯・勤務先） | | |
| **かかりつけ病院** | 病院名 | 診療科 | 電話番号 | 備考 |
| 〇〇脳外科病院 | 脳外科 | 0297‐68‐1111 | 年1回 |
| 〇〇神経科クリニック | 神経科 | 0297‐68-2222 | 不眠症 |
| 〇〇内科医院 | 内科 | 0297-68-3333 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **医療上の留意点** | □アレルギー（ 有 ・ 無 ） | □麻痺（ 有 ・ 無 ） | | |
| 内容：　アスピリン | 受傷後の経過や転院、リハビリの経過などを書きます。 | | |
| □てんかん（ 有 ・ 無 ） |  | | |
| 最終発作：　R2年　10　月頃 |  | | |
|  |  | | |
| □内服薬（ 有 ・ 無 ） |  | | |
|  |  | | |
| ※病院及び薬局より発行されている「薬の説明書」等を同封しておくと便利です。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7ページ　今までにかかった主な病気** | | |  | | **8ページ　特記事項・家族構成**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | **特記すべき成育歴** | | | | | | 特になし | | | | | |  | | | | | | **学歴** | | | | | | 昭和60年　△△高等学校卒業 | | | | | | 平成元年　 △△大学　工学科卒業 | | | | | | 平成12年 休職 | | | | | | 平成13年　復職したが研究継続困難になり依願退職 | | | | | |  | | | | | | **特技・趣味など** | | | | | | 音楽鑑賞（クラシック、演歌）、カラオケ、パソコン | | | | | | **氏名** | **続柄** | **同・別居** | **備考** | | | いばらきはる男 | 父 | 同 |  | | | はる子 | 母 | 同 | 食事・洗濯その他支援 | | | たろう | 本人 |  | 退職後同居 | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  | | | |
| **かかった年** | **年齢** | **主な病名や治療、病院名など** | |
| 平成10年 | 35 | 痛風で内服治療（〇〇内科） | |
| 平成20年 | 45 | 盲腸手術（□□外科） | |
| 平成21年 | 46 | 高血圧と脳梗塞予防のため内服 | |
|  |  | （〇□内科病院） | |
|  |  |  | |

わかる範囲で治療内容などを

簡単に書きます。

略歴や退職理由などを

わかる範囲で書きます。

|  |  |
| --- | --- |
| **4ページ　気になる症状** | |
| □にチェックをしてください。当てはまらない場合は「その他」の欄に書いてください。  記入日：　R3　年　7　月　1　日　　　　　　　　　記入者：いばらき　はる子（母） | |
| **症状** | **具体的な内容**  本人と家族が感じている症状を  比べてみるのも有効です。 |
| **☑記憶障害** | ☑少し前のことが思い出しにくくなった　　☑記憶が時々抜けてしまう  ☑新しいことを覚えにくくなった　　　　　□思い出せないことが多くなった |
| **☑注意障害** | ☑注意や集中の持続が難しくなった　　　　☑気が散りやすくなった  □たくさんの情報の中から、大事なことを選ぶのが苦手になった  □同時に複数のことをすると、どれか忘れてしまうことがある |
| **□遂行機能障害** | □時間に合わせた行動や準備が難しくなった  □先を見通した行動がとれなくなった　　　□機転がききにくくなった  □予定が重なると調整したり、対応ができなくなった  該当するものにチェック。  当てはまらないものは欄外に記入します。 |
| **☑易疲労**  **☑意欲・発動性低下** | ☑疲れやすくなった　　　　　　□行動に時間がかかるようになった  ☑やる気が起きない　　　　　　□会話について行くのが大変になった  □他人に興味がなくなった　　　□考えや言葉が浮かばなくなった |
| **□退行・依存性** | □言動が幼くなった　　　　　　□すぐ人を頼るようになった  □1人では外出しなくなった　　 □服装に無頓着になった |
| **□固執性** | □1つのことが気になると、気持ちの切り替えに時間がかかる  □一旦決めた行動を、変えるのが難しくなった  □こだわりが強くなった　　　　□自ら新たな課題には取り組めない |
| **□感情ｺﾝﾄﾛｰﾙの障害**  **脱抑制** | □我慢ができず、イライラしやすい  □後先のことを考えず行動・発言してしまう　　□欲求が抑えにくい  □精神的に不安定になりやすい　　　　　　　　□些細なことで腹が立つ |
| **☑病識欠如** | ☑自分の障害や症状を言われてもピンとこない  □自分では受傷（発症）前と変わっていないと感じている  □周囲から危険と言われても、自分では安全と思ってしまう |
| **☑談話障害** | ☑言葉が回りくどい、伝わりにくい　　　□会話についていけない  □場に合わない発言をしてしまう |
| **☑失語・構音障害**  （脳卒中後の呂律のまわりにくさによる） | ☑言葉が出にくい、時間がかかる　　　　□発音が不明瞭になった  ☑言葉の理解が難しくなった　　　　　　□計算ができなくなった  □文字の読み書きが難しくなった |
| **□視覚認知の障害**  （半盲など） | □見える範囲が狭くなった　　　　　　　□特定の方向が見えにくくなった |
| **□半側空間無視** | □片側（主に左）にあるものを見つけられない  どこに当てはまるかわからないもの、  説明が難しいものは、  状況をそのまま書いてください。  □片側（主に左）の文字を読み飛ばす　　□片側（主に左）によくぶつかる |
| **☑その他** | 人と関わりを避ける。自宅では部屋にこもっている。 |

◎ご家族及び支援者の方へ

　高次脳機能障害の当事者は長期に渡って、何らかの見守りや支援を必要とします。年齢や環境によって課題となることが変化していきます。将来、当事者が自立した生活を送るためにも、このファイルの活用にあたり、ご本人や家族からの協力の依頼がありましたら、ぜひ皆様のご支援を頂けましたら幸いです。

＜支援のポイント＞

* + 病院での治療経過については、関わっている医療従事者の方のアドバイスが必要になりますので、ファイル作成協力の依頼があった場合は、ご協力をよろしくお願いいたします。
  + ご本人が記入される場合，ゆっくり丁寧にサポートしてください。もし記入が難しい場合は代筆し、できるだけ本人の言葉を聞いて書くようにしましょう。
  + 継続してかかわっている支援者（施設の担当者等）には，定期的に見てもらうと良いでしょう。
  + このファイルは，その時の状況に合わせ，追記や削除してお使いください。
  + 病院や薬局からの書類も一緒にファイルしておくとよいでしょう。
  + 個人情報の取り扱いには充分にご配慮をお願いいたします。

☆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 |  |

○詳細については，高次脳機能障害友の会・いばらきにお問い合わせください。

平成27年 1月 1日　発行

令和 3年　 月 日　改訂

高次脳機能障害の会・いばらき「私のことファイル」

　　　発行：高次脳機能障害友の会・いばらき

〒300－2622　茨城県つくば市研究学園4-13-8

TEL　 　　　080－5901－9979

　　　　　　E-mail 　 [koujinouibaraki@yahoo.co.jp](mailto:koujinouibaraki@yahoo.co.jp)

HP http://nousonshoibaraki.sunnyday.jp/

☆このファイルは、茨城県福祉団体等支援事業費の補助金を受けて作成・発行しました