

宮城県高次脳機能障害  
地域支援連携パス

記入例



宮城県リハビリテーション支援センター



宮城県高次脳機能障害地域支援連携パス

パス開始日	○年	○月	○日
氏名	宮城 太郎		( <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
医療機関①	○○病院		
医療機関②	△△病院		
医療機関③	□□病院 (□□県)		
医療機関④	◇◇病院		
支援機関A	就労継続支援B型 ○○		
支援機関B	就労移行支援 □□		
支援機関C	△△ハローワーク		
支援機関D			
行政機関Ⅰ	○○県リハビリテーション支援センター		
行政機関Ⅱ	○○保健福祉事務所		
行政機関Ⅲ			

この連携パスは医療・福祉・行政が連携して支援するために使用するものです。支援を受ける際には持参してください。

〔記入例〕

基礎データ

# 支援状況表

〔記入例〕

支援機関	支援開始日	支援頻度
<input type="checkbox"/> 医療機関① ○○病院	平成○年○月○日	脳神経外科入院
<input type="checkbox"/> 医療機関② △△病院	平成○年○月○日	リハ科入院
<input type="checkbox"/> 医療機関③ □□病院	平成○年○月○日	リハ科入院
	～○月○日	
<input type="checkbox"/> 医療機関④ ◇◇病院	平成○年○月○日	外来(1日平均60分)
<input type="checkbox"/> 支援機関A 就労継続支援B型 ○○		○年間通所
<input type="checkbox"/> 支援機関B 就労移行支援□□	平成○年○月	
<input type="checkbox"/> 支援機関C		
<input type="checkbox"/> 支援機関D		
<input type="checkbox"/> 行政機関Ⅰ ○○県リハ支援 センター	平成○年○月○日～	所内相談
<input type="checkbox"/> 行政機関Ⅱ ○○保健福祉事務所	平成○年○月○日	
<input type="checkbox"/> 行政機関Ⅲ		

# 各種支援制度状況

〔記入例〕

種別	等級及び区分	認定日	記載者	記載日
身体障害者手帳等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input checked="" type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級	H○.○.○	○○ MSW	H○.○.○
身体障害の種別	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input checked="" type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> その他 (                    )		○○ MSW	H○.○.○
療育手帳等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
精神障害者保健福祉手帳等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1級 <input checked="" type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		○○ MSW	H○.○.○
障害年金等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1級 <input checked="" type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		○○ MSW	H○.○.○
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
生活保護受給	<input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		○○ MSW	H○.○.○

メ モ



# 医療的情報

〔記入例〕

診断名	発症年月日	記載者	記載日
1 頭部外傷後遺症	平成〇年〇月〇日	〇〇 MSW	H〇.〇.〇
2 びまん性軸索損傷	〃	〇〇 MSW	H〇.〇.〇
3			
症状	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	〇〇 MSW	H〇.〇.〇
障害の直接の原因となっている傷病の経過および投薬内容			

メモ



## 心身の状態

【記入例】

項目	内容	記載者	記載日
行動上の障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	〇〇 MSW	H〇.〇.〇
精神・神経症状	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 見当識 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 ( <input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	〇〇 MSW	H〇.〇.〇
てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> あり 頻度： <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし	〇〇 MSW	H〇.〇.〇
身体の麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> なし	〇〇 PT	H〇.〇.〇
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> なし	〇〇 PT	H〇.〇.〇
失調・不随意運動	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> なし	〇〇 PT	H〇.〇.〇
痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> なし	〇〇 PT	H〇.〇.〇
その他	失語 視野欠損	〇〇 ST	H〇.〇.〇

## 日中活動状況

## 〔記入例〕

項目	内容	記載者	記載日
主な活動場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	母親	H〇.〇.〇

## 介護者関連

項目	内容	記載者	記載日
介護者	<input checked="" type="checkbox"/> あり(本人との関係: 家族(主に母親) ) <input type="checkbox"/> なし	母親	H〇.〇.〇
介護者の健康状態	良好	母親	H〇.〇.〇

## 居住関連

項目	内容	記載者	記載日
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅(同居家族 3人) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	本人	H〇.〇.〇
住居環境			

## その他

内容	記載者	記載日

# サービス利用状況表

〔記入例〕

平成 ○年 ○月 ○日現在

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00	□□ 通所	□□ 通所	□□ 通所		□□ 通所		
10:00	↓	↓	↓	○○病 院受診	↓		
11:00				↓ 移動			
12:00							
13:00				□□ 通所			
14:00	↓	↓	↓	↓	↓		
15:00	↓	↓	↓	↓	↓		
16:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅		
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							

メ モ

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項
平成〇年〇月～ 平成〇年〇月	就労継続支援B型 〇〇	主に農作業や清掃作業	<p>身体面、精神面ともに安定し、欠席することなく通所が可能になってきている。</p> <p>記憶障害があり、常にメモする習慣をつけるよう練習していく必要がある。</p>
平成〇年〇月〇日	就労移行支援 □□	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種作業</li> <li>・パソコン教室への参加</li> <li>・個別面談実施</li> </ul>	<p>パソコン教室への参加が苦痛。一つ一つの指示に伝えるのが辛いことに対し、パソコン講師に伝え、方法を検討。</p> <p>また、就労への意欲が強く、本人の焦りが感じられ、個別相談を実施。</p> <p>今後の方向性について、本人と確認した。</p> <p>県〇〇保健福祉事務所の高次脳機能障害相談窓口に電話。</p> <p>現在の状況について話し、今後の方針について相談する。</p>
平成〇年〇月〇日	〇〇保健福祉事務所	<p>母親と本人で来所。</p> <p>これまでの経緯を聴取し、今後の方針について話し合う。</p>	<p>人は就労を希望しているが、母親は就労に向けたリハビリや支援を受けたいという意向がある。情報を整理し、今後の方針を検討したい。</p>

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項
<p>平成〇 年〇月 〇日</p>	<p>リハ支援センター</p>	<p>就労移行支援* *の見学 就労継続支援A型〇 〇に応募するにあ たり、就労移行支援 * * *の取り組み についての相談を 兼ねて* * *を見 学した。 アクセス方法が不 安との話があり、職 員が〇〇駅から同 行した。</p>	<p>本人、家族了承のもと、リハ支 援センターに連絡し、今後の支 援について相談した。 後日、リハ支援センターと日程 調整し、通所中の就労移行支援 □□の支援員と本人、家族でリ ハ支援センターを訪問し、相談 する予定。  本人は就労移行支援事業所に通 所する意思はなく、就労継続支 援 A 型を利用しながらいずれは 一般就労をしたいというニーズ が強く、就労継続支援 A 型〇〇 の面談を受けうることで意思は 変わらなかった。</p>