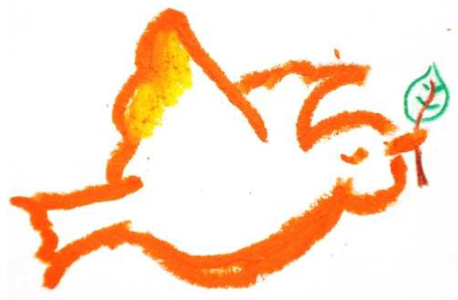


# 「こころの健康手帳」マニュアル

(わたしと支援者をつなぐ手帳)



福 岡 県

平成28年11月25日

## 目 次

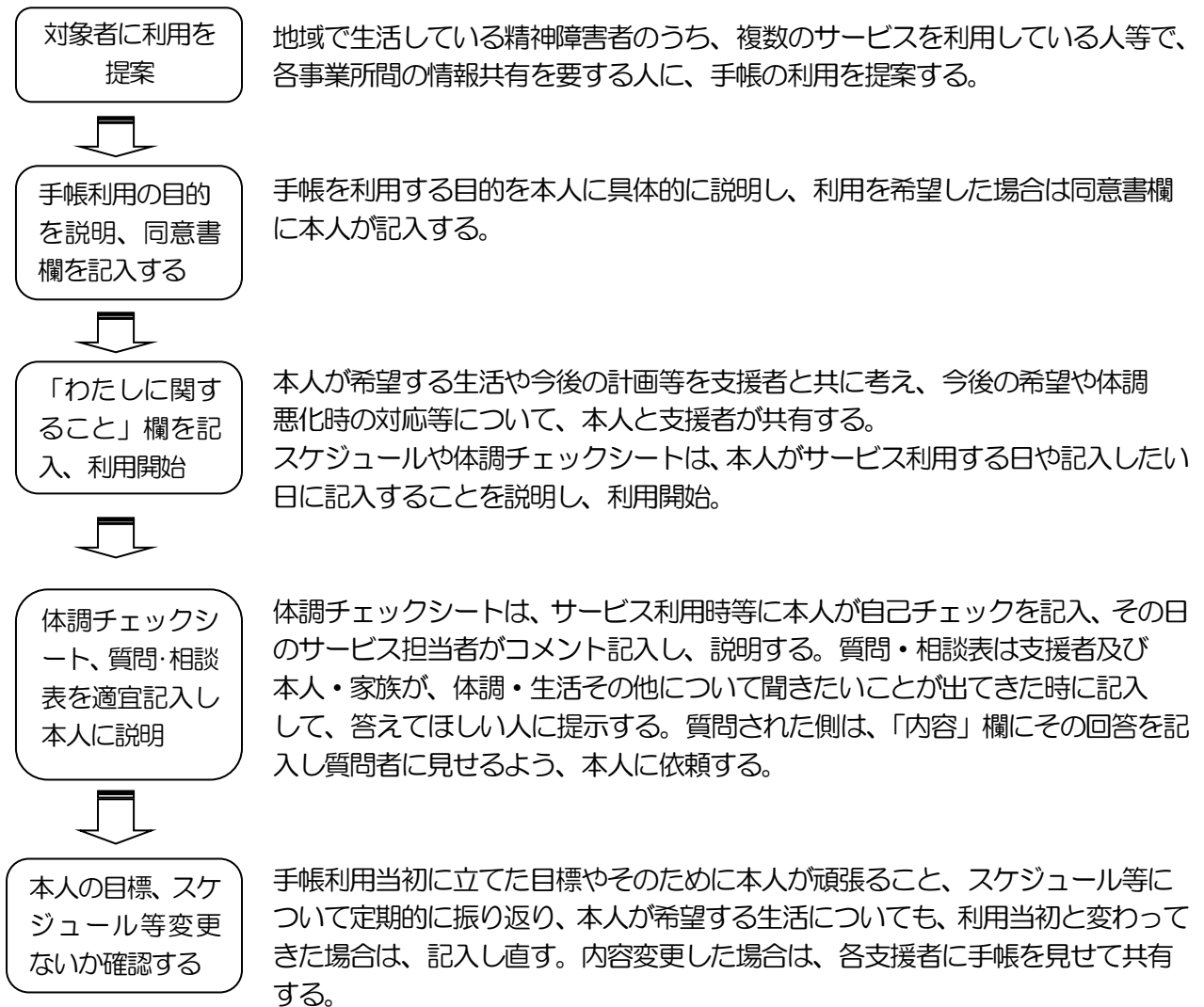
こころの健康手帳とは	・・・・・・・・・・・・・・・・	1
こころの健康手帳の使い方	・・・・・・・・・・・・・・・・	2
こころの健康手帳にかかる同意書	・・・・・・・・・・・・・・・・	3
わたしに関すること		
プロフィール	・・・・・・・・・・・・・・・・	4
困ったときの対応	・・・・・・・・・・・・・・・・	5
生活に関する希望	・・・・・・・・・・・・・・・・	6
スケジュール	・・・・・・・・・・・・・・・・	7
体調チェックシート	・・・・・・・・・・・・・・・・	8
質問・相談表	・・・・・・・・・・・・・・・・	9
関係機関の連絡先	・・・・・・・・・・・・・・・・	10

# こころの健康手帳とは

この「こころの健康手帳」は、精神障害を持つ人の地域での生活を支える目的で活用する地域連携パスです。

地域連携パスとは、精神障害を持つ人が住みなれた地域で自分らしい暮らしができるように、本人を中心に医療機関をはじめとした支援者が、本人の希望する生活の実現に必要な情報を共有し、効果的な支援を実現するために活用するものです。

## 【活用の手順】



# こころの健康手帳の使い方

こころの健康手帳は、ご本人が所持する手帳です。

(1) この手帳を受け取ったら「わたしに関すること」の記入をしましょう。

- プロフィール
- 困ったときの対応
- 生活に関する希望
- スケジュール
- 体調チェックシート

\* 記入例がありますので、参考にしてください。

(2) 記入は自分のペースで書きやすい項目から記入しましょう。

なお、書きたくないところは書かなくてもかまいません。

(3) ご本人が受診先や関係機関の窓口到手帳を提出した時は、ぜひ手帳をご覧ください。手帳

には、「困っていること」や「たずねたいこと」等ご本人の声が記載されています。

「質問・相談表」は、連絡・質問したい人が、知ってほしい・答えてほしい人に質問などをする交換ノートとしての役割もあります。必要な場合には記入しましょう。

(4) こころの健康手帳には、大切な個人情報がたくさん記載されています。

ご自身でしっかり管理し、なくさないように注意しましょう。

## こころの健康手帳の使用にかかる同意書

わたしはこの手帳に記載されている個人情報、医療機関や障害福祉サービス事業所などへ情報提供することに同意します。

この手帳は、わたしが責任を持って保管するとともに、紛失した時の問題や責任は保管者にあることを理解したうえで、この手帳の使用に同意します。

「こころの健康手帳」を利用する際は、本人に利用目的、手帳の内容、及び手帳の使い方について、具体的に説明をし、必ず本人の同意を得て利用してください。なお、同意した日付と本人の署名を下記に記入してください。

平成〇〇年      〇月      〇日

ご本人サイン： 福岡    こころ

---

# わたしに関すること

記入日：平成〇〇年 〇月 〇日

## <プロフィール>



ふりがな

名前： ふくおか 福岡 ころころ (性別： 男・女)

生年月日： (昭和・平成) 60年12月 1日 30歳

住所： 春日市原町3-1-7

自宅電話： 092 - 123 - 4567

携帯電話： 090 - 1111 - 2222

健康保険の種類：

(国保・健保・生保・その他 ( ))

仕事、または昼間通っているところ

曜日によって違っても、  
昼間通っているところ

通っているところの名前	連絡先
うみ病院 デイケア	092 - 222 - 2222
かわ地域活動支援センター	092 - 333 - 3333
やま就労支援事業所	092 - 555 - 5555

# 困ったときの対応・緊急連絡先

## <困ったときの対応>

### ○ 調子が悪いときのサイン

・睡眠時間が短くなる。眠れなくなる。

・そわそわして落ち着かなくなる。

・怒りっぽくなる。イライラする。

### ○ 調子が悪いときの解決方法

・不眠時の薬または頓服を飲む。

・家族や訪問看護師などに早めに相談する。

・家でリラックスして過ごす。好きなことをする。

## <緊急連絡先>

○ 氏名： 福岡 花子

○ 本人との関係： 母

○ 住所： 福岡県〇〇市〇〇 〇〇—〇〇

### ○ 連絡先

・昼間：TEL 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

・夜間：TEL 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

あなたの調子が悪いときは、どんなサインが現れますか。今までの経験を元に、具体的に記入してみてください。

あなたの調子が悪いとき、どういう方法で解決しているのか、具体的に記入してみてください。

あなたのことで、緊急時に連絡をとってほしい人の連絡先を記入してください。

緊急時に連絡がつく電話番号（携帯電話でも可）を記入してください。

あなたから見て、どのような関係の人かを記入してください。

# 生活に関する希望



## 【わたしの目標】

- 住み慣れた家で、家族と穏やかに暮らしたい。再入院はなるべくしたくない。
- 趣味の料理や菜園を楽しみながら生活したい。いつかは趣味に関係した仕事に就きたい。
- 血圧が高くならないよう気をつけたい。

• 私らしい生活に向け、具体的に目標をご記入ください。

## 【目標達成のためにがんばること】

- 薬を飲むこと、通院することを忘れない。
- 生活リズムがくずれないように、夜は22時には寝る。
- 薬を飲んででもぐっすり眠れない日が3日以上続くときには、早めに訪問看護師や保健師に相談する。
- 掃除と洗濯は家族にやってもらう。無理をしすぎないようにする。
- デイケアに通い、料理の練習をする。

• 日々、ご自身で取り組めることを具体的に記入ください。

• 一度に埋めようとしなくてもかまいません。思いつくことから記入ください。



1 週間のあなたのスケジュールを記入しましょう。

# スケジュール

受けているサービスや、生活の中で決まった出来事や日課などを記入しましょう。

## 【週間】

曜日	時間帯	内容(サービス利用を含む)
月	9時～12時 14時～16時	〇〇作業所(袋づめ作業をする) フリースペースで、ゆっくり過ごす
火	午後	1週間分の買い物に行く
水	9時～12時 14時～16時	〇〇作業所(箱折り作業をする) フリースペースで、ゆっくり過ごす
木	10時～11時	訪問看護(1週間の出来事を話す。相談する)
金	9時～12時 14時～16時	〇〇作業所(袋づめ作業をする) フリースペースで、ゆっくり過ごす
土	午前	30分散歩 ゆっくり過ごす
日	14時頃	友達が遊びに来る

あなたの月間スケジュールを記入しましょう。  
また、週間スケジュールに入りづらいものなども記入しましょう。

## 【月間】

- ・2週間に1回(火曜日)診察に行く
- ・町と保健所の保健師さんが月1回訪問に来る
- ・障害年金の支給日(2カ月に1回)

### ..... 記入・説明のポイント .....

○スケジュール内容は、どこまで書いたらよいの？

→週間・月間スケジュールは、どういった内容を書いたらよいのか、支援者と相談しながら書きましょう。なお、変更があった時は、必要に応じて書き直したり、追加などをしましょう。

# 体調チェックシート

体調チェックシートは月1～2回程度、定期的なスケジュールにあわせてチェックしましょう。  
支援者から勧められた時は是非、チェックしてみましょう。

## <体調チェックシート>

■ご自身の体調を確認しましょう。

○（よい）、△（まあまあよい）、×（よくない）をご記入ください。

■体調を確認して、その結果を支援者と振り返りましょう。

支援者は必要なアドバイスをコメント欄に記載してください。

体調チェックシートの項目は、活用しやすいように追加変更が可能です。

○△×だけでなく、絵文字や%などに変更する事も出来ます。

月日	こころの調子	からだの調子	その他（睡眠）	伝えたいこと・困っていること	支援者コメント
9/10	×	△	×	下の階の人達に悪口を言われて困った。	対処方法を一緒に考えましょう。一人で考えず、困った時は何でも相談してください。サイン(〇〇〇)
9/30	80%	50%	30%	心配事があったて眠れなかった。	次回からは、不眠時の薬を飲んで様子をみましよう。いつでも相談してください。サイン(〇〇〇)
/					
/					
/					サイン( )
/					サイン( )

支援者コメント欄は支援者が記入します。  
できるだけ簡潔でわかりやすい言葉で記入しましょう。

# 質問・相談表

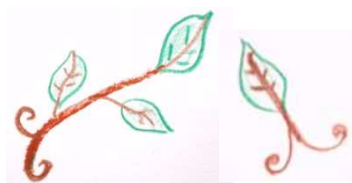
ご本人の事について質問や相談をしたいと思った時、本人・家族・支援者等、どなたが書いても構いません。

質問や相談したい方が、質問に答えてほしい人の氏名を書き、本人がその人に手帳を見せてください。

月日	質問・相談する人 (氏名)	⇨ 答えてほしい人 (氏名)
	内容	内容
5/15	福岡 ころこ (本人) 将来的には働きたいが、まずどこに相談に行ったらよいですか？	〇〇訪問看護師 〇〇〇〇 働くための訓練から始めた方がよい事もあるので、市町村の〇〇課か、〇〇相談支援事業所に相談してみてください。
7/17	福岡 花子 (家族) 本人にホームヘルプサービスを受けさせたいのですが、どういう手続きをしないといけないですか？	〇〇相談支援事業所〇〇〇〇 詳しい希望等についてお聞きしたいと思いますので、〇月〇日にお伺いしたいと思います。
9/20	〇〇相談支援事業所〇〇 本人は就労希望あり。まず就労継続B型事業所等を勧めようかと思いますが、どうでしょうか？	〇〇〇〇 医師 (主治医) 最近病状も安定しており、次のステップを考えても良い時期かもしれません。次回受診時に話しを聞いてみましょう。
/		
/		
/		

あなたの質問に対して、関係者が助言を書きます。

医師やスタッフに聞きたいことや伝えたいことをご自由にお書きください。



困ったときに相談できる  
ところや相談できる人を  
書いて下さい。

## 関係機関の連絡先

### 【医療機関】

医療機関名	主治医・担当者	連絡先
うみ病院	〇 〇 〇 〇 医師	電話番号 0900-00-0000
//	〇〇〇〇 ソーシャルワーカー	電話番号 0900-00-0000
//	〇 〇 〇 〇 看護師	電話番号 0900-00-0000

### 【行政機関】

機関名	担当者	連絡先
やま保健所	〇 〇 〇 〇 保健師	電話番号 0900-00-0000
かわ市町村役場 〇〇課 〇〇係	〇 〇 〇 〇 担当者	電話番号 0900-00-0000

### 【相談支援事業所】

機関名	担当者	連絡先

### 【障害福祉サービス事業所】

機関名	担当者	連絡先

### 【その他】

機関名	担当者	連絡先