



交通事故被害者 生活支援連携手帳



公益社団法人 日本医療社会福祉協会

交通事故被害者生活支援
公益社団法人 日本医療社会福祉協会

目次

contents

はじめに	1
交通事故にあったら	2
連携手帳の使い方（ご本人・ご家族向け）	4
連携手帳の使い方（医療機関・相談機関向け）	5
連携手帳記入欄	
基本情報	6
事故情報	7
保険情報	8
関係機関情報	9
手続き関係	10
自動車事故対策機構（NASVA）関係	12
メモ欄	13
個人情報に関して（同意欄）	14
支援の内容と申し送り内容	15
メモ欄	20

はじめに

交通事故にあったら、医療機関等を利用することになりますが、特に重傷を負われた方は、急性期から回復期、社会復帰への移行期といった治療過程と並行し、保険請求から示談、後遺障害補償など、社会的手続きを取ることが必要となります。ご本人やご家族が抱える問題は、交通事故後の時間的な経過とともに変わっていきます。また、その時々状況に応じて、社会保障制度も多岐に渡り、手続きも複雑となる場合があります。

そこで、公益社団法人日本医療社会福祉協会では、一般社団法人日本損害保険協会の自賠責運用益抛出事業の助成を得て、「交通事故被害者生活支援連携手帳」を作成しました。

連携手帳の活用により、交通事故被害にあわれたご本人やご家族が今後生活していくうえで必要となる情報を管理できます。長い経過を辿るなかでは、多機関のソーシャルワーカーや相談機関の方々との関わりがでてくることもありますので、機関ごとに支援の概要と申し送り内容も記載できるようにになっています。

このように本手帳は、ご本人やご家族、医療機関・相談機関間において情報の管理・共有ができることで、切れ目のない支援に結びつくことを目的としています。ご本人やご家族が、ご自分達の情報を管理し必要な支援をうけるための道具としてご活用して下さい。



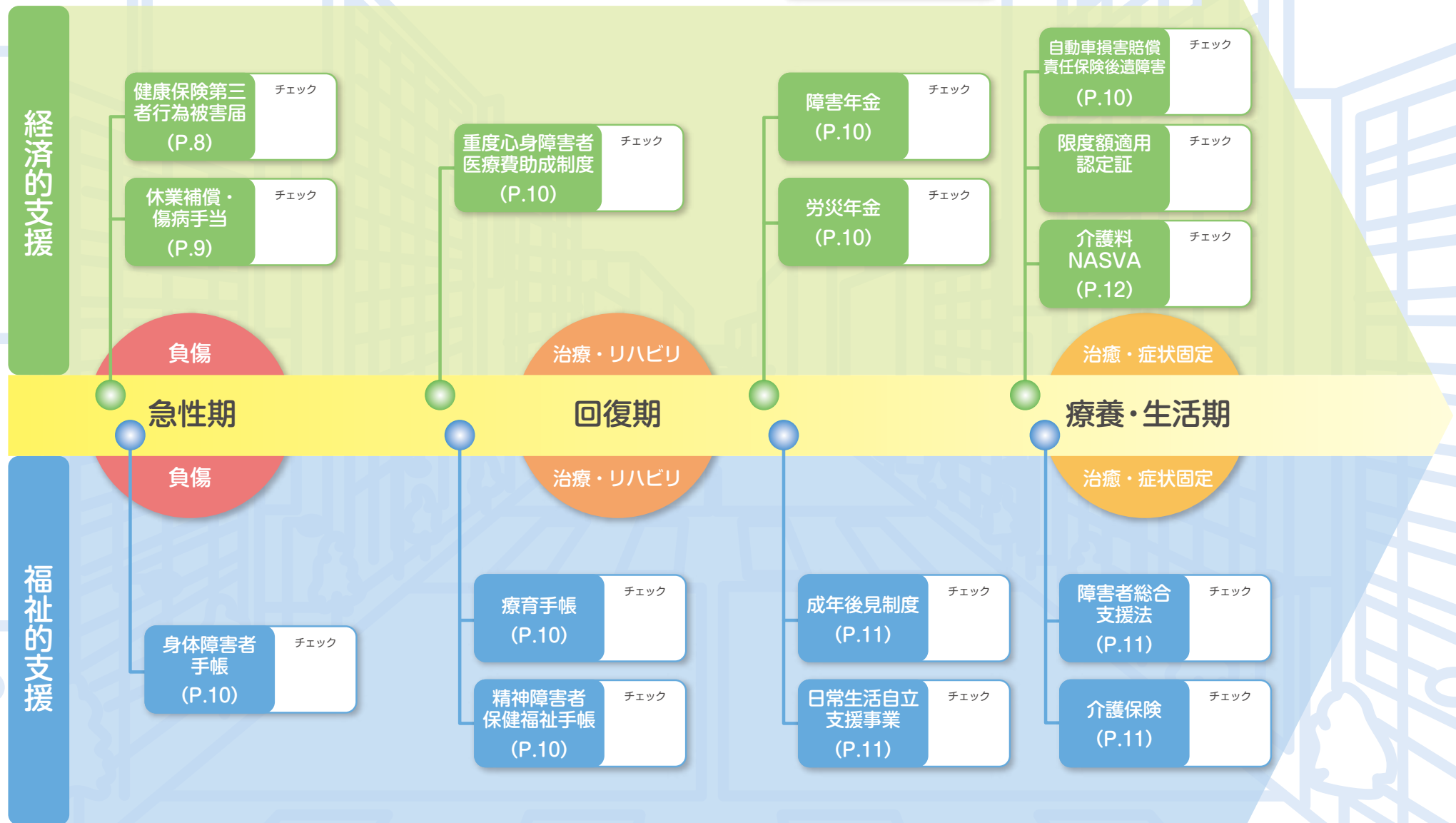
交通事故にあったら…

申請時期等にチェックを入れて、ご自身のステージをご確認頂けます。
(申請時期は目安です。また、ご本人の状況によっては該当しないものもあります。)

〇〇〇手帳
(P.xx)

チェック
2017年
3月31日

記入例





連携手帳の使い方

ご本人様・ご家族様

交通事故が発生してから社会復帰までには長い時間や経過を辿ることがあります。その中で、利用する医療機関や相談機関が替わったり、新たに社会保障制度や社会福祉サービスの手続きなどが必要になってくる時もあります。

ご本人やご家族にとって必要な支援を途切れること無く繋ぐための道具として、この手帳をご活用下さい。

手帳にご本人の記録を記載しておくことで、今後関わる医療機関や相談機関の方々に、これまでどのような経過を辿ってこられたか、これからどのようなことが必要になるのかを知ってもらうことができます。また、ご本人・ご家族自らにとっても、今後必要となるサービスや手続きが何かを把握するものとしても役立つと思います。

- 新しい医療機関や相談機関を利用されるときには、相談担当者（医療機関であればソーシャルワーカー）に本手帳をご提示下さい。
- 6～12ページの項目は、全て埋めなくても大丈夫です。相談担当者と一緒に、わかる範囲でご記載ください。
- 記載した内容が更新された場合は、そのつど追記してください。記載方法は自由ですが、過去の情報を二重線で消すなどして、どれが最新かわかるようにしておくとうれしいでしょう。
- わからない用語や制度があれば、相談担当者にお聞き下さい。
- 15ページからの「支援の概要と申し送り内容」は、それぞれの機関の相談担当者が記載します。次の機関に引き継いでもらいたい内容になっているか、一緒に相談しながら記載してもらうようにしてください。
- 本手帳に記載されている支援内容や使い方についてわからないことがあれば、手帳をお渡しした、もしくは現在の相談担当者にお聞きください。

連携手帳の使い方



医療機関・相談機関の担当者様

- 本手帳は、交通事故被害者への生活支援に特化した内容の情報を中心にまとめています。
- 本手帳を最初に発行される機関は、ご本人もしくはご家族に、本手帳の趣旨や内容をご説明の上、利用の承諾を頂いて下さい。同意欄は14ページになります。
- ご本人・ご家族には、本手帳により機関間で情報共有を図り、情報が更新されたら追記していくことをご説明下さい。
- 6～12ページの内容は基本的にご本人・ご家族が記載されますが、記入が漏れていたり、わからなくて書けていない箇所がないか一緒に確認していただき、不足がないようサポートしてください。
- 「支援の概要と申し送り内容」（15ページ以降）
 - ◎次の機関に支援を引き継ぐときには、①実際に行った支援の概要と、②今後必要と思われる支援内容をご記載ください。
 - ◎記載内容はご本人・ご家族にも確認していただき、手続きの経過や今後の課題などを共有してください。
 - ◎専門用語を避け、ご本人・ご家族にとってわかりやすい言葉を用いてください。
 - ◎記載スペースが足りない場合には、別に用紙を貼付するなどの工夫をしてください。
 - ◎記載した日付や担当者名をご記載ください。
- 引き継いだ機関との連携のためにも、ご本人・ご家族の承諾のもと、本手帳をコピーし記録として保管してください。なお、保管方法は各機関の方法で構いません。
- 連携先へ内容を送付する場合には郵送手段をとるなどして、個人情報保護を厳守し個人のプライバシーが侵害されないよう十分配慮してください。

基本情報

ふりがな 氏名			
生年月日：	T・S・H	年	月 日
住所	〒		
	電話	(	)
	携帯	(	)
連絡先①	様（続柄）		
	電話	(	)
	携帯	(	)
連絡先②	様（続柄）		
	電話	(	)
	携帯	(	)
変更欄			
※上記に変更があった場合、記載してください			

事故情報

事故発生日：	年	月	日	時刻	:
事故の状況	（この情報は様より得ています）				
	☐ 自損事故 ☐ 相手あり ☐ 無保険車 ☐ ひき逃げ				
車：	◇	二輪車：	←○	歩行者：	○
進行方向：	←	事故現場：	⊗	信号機：	○○○
横断歩道：					
現場見取図					

保險情報

(相手) 自動車保険	☐ 自賠償 ☐ 無保険 ☐ 任意保険あり ☐ 任意保険なし
労働災害	☐ 通勤災害 ☐ 業務災害
健康保険	☐ 国民健康保険 ☐ 健康保険 ☐ 後期高齢者医療 ☐ 共済組合 ☐ 船員保険 ☐ 第三者行為届け済み ☐ 第三者行為届け情報提供のみ
生活保護	☐ 受給 ☐ 申請 (年 月 日) ☐ 第三者行為届け済み ☐ 第三者行為届け情報提供のみ 福祉事務所： 担当者： 電 話：
(相手) 加入任意保険	☐ 対人賠償保険 ☐ 対物賠償保険 ☐ 車両保険
(本人) 加入任意保険	☐ 対人賠償保険 ☐ 自損事故保険 ☐ 無保険車傷害保険 ☐ 対物賠償保険 ☐ 人身傷害補償保険 ☐ 搭乗者傷害保険 ☐ 車両保険
政府保障事業	☐ 申請 (年 月 日) ☐ 情報提供のみ
変更欄	

※上記に変更があった場合、記載してください

関係機関情報

損害保険会社	保険会社名 () 担当者： 電 話：	変更欄
労働基準 監督署	管轄 () 担当者： 電 話：	変更欄
職場	勤務先窓口： ☐ 自営 ☐ 雇用 ☐ その他 職業 () ☐ 休職中 年 月 日～ ☐ 復職 年 月 日～ ☐ 退職 年 月 日～	
学校	学校の窓口： ☐ 休学届提出 年 月 日～ ☐ 退学 年 月 日～ ☐ 卒業	
その他 関係機関等		

後遺障害関係情報①

障害者手帳 関係	☐ 身体障害者手帳	☐ 申請中
		☐ 交付（ 年 月 日）
	障害名：	（ 種 級）
	※おおむね受傷後 3 ～ 6 ヶ月で申請可能な場合が多いですが医師にご相談ください	
	☐ 療育手帳	☐ 申請中
		☐ 交付（ 年 月 日）
		（等級 ）
	☐ 精神障害者保健福祉手帳	☐ 申請中
		☐ 交付（ 年 月 日）
		（ 級）
	※申請時期の目安は精神疾患の初診から 6 ヶ月を経過していること	
	※2 年毎に更新手続きが必要です	
	☐ 重度心身障害者医療費助成制度	
	※損保の症状固定をする前に手続きを済ませておくと、損保に医療費の請求が出来なくなった後も医療費の助成をすみやかに受けることができます	

年金関係	☐ 申請中	年	月	日
	☐ 受給開始	年	月	日
	☐ 障害基礎年金	☐ 障害厚生年金		
	☐ 労災傷病年金	☐ 労災障害年金		
	☐ 老齢基礎年金	☐ 老齢厚生年金		

損保関係	症状固定日	年	月	日
	自賠責保険後遺障害等級	☐ 申請中	☐ 認定（	級）

後遺障害関係情報②

[illegible]

※治療後の療養生活を送る際に必要となります

障害者 総合支援法	市町村担当者：	変更欄
	電話：	
	相談支援事業所：	変更欄
	支援相談員：	
	電話：	
	障害支援区分：	
介護保険	居宅介護支援事業所：	変更欄
	ケアマネジャー：	
	電話：	
	要介護度：	

自動車事故対策機構（NASVA）関係

※対象となれば申請できます

自動車事故
対策機構
(NASVA)
関係

療護施設

☐ 情報提供のみ

☐ 申込済み

※自動車事故による頭部外傷で遷延性意識障害となった患者が入院対象となる医療機関

施設名：

貸付制度

☐ 情報提供のみ

※交通遺児や重度の後遺障害が残った方のお子様等

☐ 申請

年

月

日

☐ 受給

介護料

☐ 情報提供のみ

※自動車事故により脳、脊髄又は胸腹部臓器を損傷し重度の後遺障害がある場合、支給されます

☐ 申請

年

月

日

☐ 介護料

種受給

短期入院制度

☐ 情報提供のみ

☐ 利用

※介護料受給者が治療等の目的で短期入院を行ったり、レスパイト目的で障害者支援施設等へ短期入所できます。その費用の一部の助成も受けられる場合があります

memo

同意書

支援機関が複数に渡る中、切れ目のない支援のための連携を図っていくために、連携先の医療機関や介護施設、あるいは在宅支援サービス事業者等の担当者と一緒に連携手帳の内容を確認し、必要なケア・手続きが必要な時期に適切に行えるよう情報を活用させていただきます。

利用に際し、ご理解をお願いしますとともに、ご協力をお願いします。

私は、上記の内容につき説明を受け、
連携手帳を使用することに同意します。

機 関 名：

本人氏名:

支援の内容と申し送り内容

日付		年	月	日
支援の概要と 申し送り内容				
記載者	機関名			
	連絡先			
	担当 SW			

支援の内容と申し送り内容

日付		年 月 日
支援の概要と 申し送り内容		
記載者	機関名	
	連絡先	
	担当 SW	

支援の内容と申し送り内容

日付		年 月 日
支援の概要と 申し送り内容		
記載者	機関名	
	連絡先	
	担当 SW	

支援の内容と申し送り内容

日付		年 月 日
支援の概要と 申し送り内容		
記載者	機関名	
	連絡先	
	担当 SW	

支援の内容と申し送り内容

日付		年 月 日
支援の概要と 申し送り内容		
記載者	機関名	
	連絡先	
	担当 SW	

memo

交通事故被害者生活支援連携手帳は
一般社団法人日本損害保険協会の
自賠責運用拠出事業の助成により作成しました

交通事故被害者 生活支援連携手帳

2017 年 4 月 1 日 初版発行

2018 年 3 月 1 日 第 3 版発行

編著 交通事故被害者生活支援教育研修担当チーム

発行 公益社団法人 日本医療社会福祉協会

TEL : 03-5366-1057

E-mail : jaswhc@d3.dion.ne.jp

URL <http://www.jaswhs.or.jp/>

制作協力 株式会社 大昭企画

本手帳についてわからないことがあれば、公益社団法人
日本医療社会福祉協会へお問い合わせください。

本手帳の PDF データを下記 WEB サイトからダウンロード
できます。プリントアウトしてご利用ください。

アドレス : <http://www.jaswhs-msw.jp/report/2017628-2/>