



脳損傷後の経過記録

# パーソナルノート





## ◆ はじめに

～このノートを所有される方へ～



- ・このノートには、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ノートです
- ・あなた自身も、このノートを大切にしてほしいと思います

ありがとう ♡



## ◆パーソナルノートご利用のお願い

～ 支援を必要としている人を見過ごさないために ～

### 1. パーソナルノートの目的

高次脳機能障害は脳の損傷によっておこる後遺症の一つです。救急救命医療の進歩によりこの後遺症を抱えて生活している人たちが増えています。

このノートは、脳損傷により自分のことをうまく伝えられない人たちが、効率よく情報伝達を行えるよう作成しました。目的は以下の通りです。

- ① 本人のことを分かってもらうための記録
- ② 年金や手帳等の更新時期を、忘れないための記録
- ③ 診断書など重要書類を、一まとめに保存できるファイル
- ④ 困った時に相談する場所、連絡先が分かる記録

### 2. 活用方法 ～ サービス利用の際に

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き、必要な支援が分かるように医療・福祉・生活の情報を分類、整理してあります。新たな支援を受ける時などは参考資料として活用してください。また「生活の状況・自立度」は年金診断書作成の参考になるような項目になっています。受診の時はコピーし医師へ渡すなど活用できます。

福祉制度は複雑な手続きを必要としています。申請、更新の状況が分かりやすいように一覧表にしました。現在利用している福祉制度を確認し、更新の忘れがないかチェックしましょう。

### 3. 記入方法 ～ 誰が・いつ・どのように

このノートは、家族・本人が記入することを基本にしています。記入が難しい部分は支援者のアドバイスを受けながら記入してください。継続して関わっている支援者には、定期的に見てもらおうと良いでしょう。

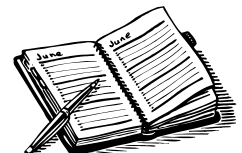
このノートは、本人の状況に合わせて追加や削除してお使いください。他に必要な情報や診断書の写しなど、一緒にファイルに入れて保存すると便利です。

追加が必要なページはコピーしてお使いください。新しい用紙が必要な場合は脳外傷友の会コロポックルにお問い合わせいただくか、コロポックルホームページよりダウンロードし入手することができます。

### 4. 支援の皆様にお願い

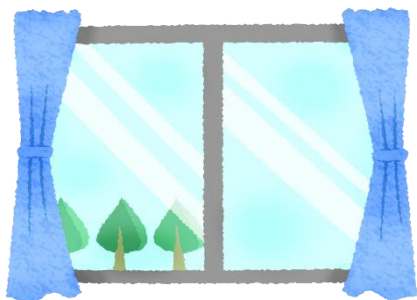
高次脳機能障害の当事者は生涯に渡って、何らかの見守りや支援を必要としております。年齢や環境によって課題となることが変化して行きます。将来当事者が自立した生活を送るために、皆様のご理解とご支援をよろしくお願ひします。

このノートは支援のための情報共有を目的として作成しました。個人情報取り扱いには充分にご配慮願ひします。



## 目 次

パーソナルノートを所有される方へ	3
パーソナルノートご利用のお願い	4
高次脳機能障害について	6
緊急時の情報	7
今までの経過（基本情報・医療情報）	8
気になる症状	11
生活の状況・自立度	12
福祉制度等の覚書	15
制度・サービス更新時期一覧表	20
生命保険・損害保険の覚書	22
私からお願いしたいこと	23
生活・受診の覚書	24
連絡先（私と関わっている機関）	26
支援機関一覧	27



# 高次脳機能障害とは

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。

様々な原因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行く必要があります。

## ◆ 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。

### 記憶障害

新しいことを覚えられない  
同じ事を何度も聞く  
大事な事が覚えられない

### 感情のコントロール障害

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

### 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

### 退行、依存性・固執性

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

### 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

### 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

### 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

### 視知覚の障害（半側空間無視・半盲）

左側によくぶつかる。左側の文字を無視する  
視野が狭くなった。見える範囲が狭くなった

### 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

● 緊急時の情報

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 日生 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・勤務先)		
	② ( )	(自宅・勤務先)		
	③ ( )	(自宅・勤務先)		
保証人等	氏名： ( ) 電話番号：			
	住所：			
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	<input type="checkbox"/> アレルギー (有・無) 内容： <input type="checkbox"/> 麻痺 (有・無) 部位：			
	<input type="checkbox"/> てんかん (有・無) 最後の発作は 年 月ころ			
	<input type="checkbox"/> 内服薬 (有・無)			









# ● 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」の欄にお書きください

記入日： 年 月 日 記入者：

症 状	具体的な内容
<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 少し前のことが思い出しにくくなった <input type="checkbox"/> 記憶が時々抜けてしまう <input type="checkbox"/> 新しいことを覚えにくくなった <input type="checkbox"/> 思い出せないことが多くなった
<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> 注意や集中の持続が難しくなった <input type="checkbox"/> 気が散りやすくなった <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> <small>すいこうきのう</small> 遂行機能障害	<input type="checkbox"/> 時間に合わせた行動や準備が難しくなった <input type="checkbox"/> 先を見通した行動がとれなくなった <input type="checkbox"/> 機転が利きにくくなった <input type="checkbox"/> 予定が重なると調整したり、対応が出来なくなった
<input type="checkbox"/> <small>いひろう</small> 易疲労 <input type="checkbox"/> 意欲・発動性低下	<input type="checkbox"/> 疲れやすくなった <input type="checkbox"/> 行動に時間がかかるようになった <input type="checkbox"/> やる気が出ない <input type="checkbox"/> 会話について行くのが大変になった <input type="checkbox"/> 他人に興味がなくなった <input type="checkbox"/> 考えや言葉が浮かばなくなった
<input type="checkbox"/> 退行・依存性	<input type="checkbox"/> 言動が幼くなった <input type="checkbox"/> すぐ人に頼るようになった <input type="checkbox"/> 一人では外出しなくなった <input type="checkbox"/> 服装に無頓着になった
<input type="checkbox"/> <small>こしつせい</small> 固執性	<input type="checkbox"/> 一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 <input type="checkbox"/> 一旦決めた行動を、変えるのが難しくなった <input type="checkbox"/> こだわりが強くなった <input type="checkbox"/> 自ら新たな課題は取り組めない
<input type="checkbox"/> 感情コントロール障害 脱抑制	<input type="checkbox"/> 待たされると我慢が出来なく、イライラしやすい <input type="checkbox"/> 後先の事を考えず行動発言してしまう <input type="checkbox"/> 欲求が抑えにくい <input type="checkbox"/> 精神的に不安定になりやすい <input type="checkbox"/> 些細なことで腹がたつ
<input type="checkbox"/> 病識欠如	<input type="checkbox"/> 自分の障害や症状と言われてもぴんとこない <input type="checkbox"/> 自分では受傷(発症)前と変わっていないと感じている <input type="checkbox"/> 周囲から危険と言われても、自分では安全とってしまう
<input type="checkbox"/> 談話障害	<input type="checkbox"/> 話が回りくどい、伝わりにくくなった <input type="checkbox"/> 会話についていけない <input type="checkbox"/> 場に合わない発言をしてしまう
<input type="checkbox"/> 失語・構音障害	<input type="checkbox"/> 言葉が出にくい、時間がかかる <input type="checkbox"/> 発音が不明瞭になった <input type="checkbox"/> 言葉の理解が難しくなった <input type="checkbox"/> 計算ができなくなった <input type="checkbox"/> 文字の読み書きが難しくなった
<input type="checkbox"/> 視覚認知の障害 (半側空間無視・半盲など)	<input type="checkbox"/> 左側にあるものを見つけられない <input type="checkbox"/> 左側の文字を読み飛ばす <input type="checkbox"/> 左側によくぶつかる <input type="checkbox"/> 見える範囲が狭くなった
<input type="checkbox"/> その他	

## ● 生活の状況・自立度

このページは自分の症状や障害状況を、支援者に理解してもらうためのものです。

この項目は精神障害者保健福祉手帳・年金の診断書に準じた内容になっています。年金申請時に今の状態を反映できるよう、このページを医師に見てもらうなど活用してください。変化があった時や数年ごと定期的にチェックをして、今の状態を理解するのに役立ててください。支援者が何を手助けすれば良いか分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。

### ✍ 記入に当たって

#### 書き方

- ◎ 質問項目ごとに1～4段階で、最も当てはまるものに○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、具体的に備考や特記事項に記入してください
- ◎ 備考欄の(有・無)は該当するものに○をつけてください

#### 評価の基準、文言の説明

- |                  |       |                                  |
|------------------|-------|----------------------------------|
| 1. 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          |
| 2. 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 |
| 3. 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          |
| 4. できない          | ..... | その行為を行うことが困難であること                |



#### 留意する点

- ★ 「本人が単身で生活するとしたら」可能かどうか を判定します
- ★ チェックリストにおける「できる」とは

「適切な判断、準備、実施、片付けの全てが可能である」こと を指します

例えば…

- |               |       |  |
|---------------|-------|--|
| 食事ができる        | ..... | 一日に必要な栄養のバランスを考え、自ら準備して食べ片付けが自発的に行えること               |
| 身体の清潔・入浴ができる  |       | 必要な回数の洗面、洗髪、入浴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 |
| 通院ができる        | ..... | 定期的に通院が行え、病状の変化などを主治医に伝えられること                        |
| 安全管理・危機対応ができる |       | 事故など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          |



◆ 私（名前）の生活の状況・自立度 ◆

記入日： 年 月 日 記入者：


項目	1.自発的にできる	2.自発的にできるが援助が必要	3.援助があればできる	4.できない	備考
移動・歩行	1	2	3	4	道に迷う（有・無）
食事	1	2	3	4	
排泄（尿）	1	2	3	4	
排泄（便）	1	2	3	4	
身体の清潔・入浴	1	2	3	4	
整容・着替え	1	2	3	4	
睡眠	1	2	3	4	睡眠薬（有・無）
買い物	1	2	3	4	
掃除・洗濯	1	2	3	4	
服薬管理	1	2	3	4	定期服薬（有・無）
通院	1	2	3	4	
交通機関利用	1	2	3	4	
金銭管理	1	2	3	4	
電話・連絡	1	2	3	4	
会話・意思疎通	1	2	3	4	
安全管理・危機対応	1	2	3	4	
社会的手続き	1	2	3	4	
その他，日常生活の特記事項					

◆ 私（名前）の生活の状況・自立度 ◆

記入日： 年 月 日 記入者：

項目	1.自発的にできる	2.自発的にできるが援助が必要	3.援助があればできる	4.できない	備考
移動・歩行	1	2	3	4	道に迷う（有・無）
食事	1	2	3	4	
排泄（尿）	1	2	3	4	
排泄（便）	1	2	3	4	
身体の清潔・入浴	1	2	3	4	
整容・着替え	1	2	3	4	
睡眠	1	2	3	4	睡眠薬（有・無）
買い物	1	2	3	4	
掃除・洗濯	1	2	3	4	
服薬管理	1	2	3	4	定期服薬（有・無）
通院	1	2	3	4	
交通機関利用	1	2	3	4	
金銭管理	1	2	3	4	
電話・連絡	1	2	3	4	
会話・意思疎通	1	2	3	4	
安全管理・危機対応	1	2	3	4	
社会的手続き	1	2	3	4	
その他，日常生活の特記事項					

## ● 障害者手帳・年金・福祉制度の覚書

 利用しているものを  (チェック) し、次回の更新年月日を記入しましょう

詳細は、お住まいの地域の市役所、区役所、各関係機関にお問い合わせください  
市町村によって、適応やサービスが異なることがあります

### ◆ 福祉や医療の制度を使いやすくする障害者手帳制度 ◆

制度	制度の種別, 概要, 対象者	現在の利用状況
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 四肢・体幹の肢体不自由, 視覚, 聴覚, 言語など定められている障害のある人	等級: 級 次回判定: 有 ( 年 月 ) 無 診断元:
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 高次脳機能障害の場合, 記憶, 認知などの障害により, 生活に支障がある人	等級: 級 有効期限: 年 月 日 ※2年間有効 診断元:
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 18歳未満の受傷・発症による, 知的や発達の障害のため日常生活に福祉的配慮が必要な人	判定: 判定 次回判定: 年 月 診断元:
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">申請要件</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診日から半年以上を経過した時点, 又は医師が症状固定と診断し, 医師の診断が各障害等級に該当した場合</li> <li>・療育手帳は, 児童相談所又は更生相談所で知的障害の判定を受けた場合</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">制度の活用</div> <p>障害種別や等級, 収入等, 一定の要件を満たす場合は税金の控除や減免, 公共施設や民間サービスの割引が受けられる.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・税金の控除・減免: 所得税, 住民税, 自動車税など</li> <li>・公共料金等の減免: NHK受信料・公共施設利用・携帯電話など</li> <li>・交通費の助成 (市町村により異なる), 公共交通機関等の運賃の割引</li> </ul> <p>福祉制度等の利用が簡素化できる場合がある.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">申請先</div> <p>区役所・市町村役場</p>	<input type="checkbox"/> 交通費助成 (札幌市の場合) 毎年4月にいずれかを交付 <ul style="list-style-type: none"> <li>・交通乗車証</li> <li>・タクシーチケット</li> <li>・ガソリン券</li> </ul> <p>※等級により受けられない場合あり, 要確認.</p>

## ◆ 医療にかかわる制度 ◆

制度	制度の種別, 概要, 対象者	現在の利用状況
医療保険制度	<p>収入に応じた保険料を支払い, 医療を受けた時に保険から医療費の一定割合が支払われる制度</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険</p> <p><input type="checkbox"/> 社会保険</p> <p><input type="checkbox"/> 共済保険</p> <p><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 … 75歳以上, 一定の障害のある65~74歳</p> <p><input type="checkbox"/> 労災保険 … 仕事中に発生した傷病(療養(保障)給付)</p> <p><input type="checkbox"/> 自賠責保険 … 自動車事故被害者</p> <p><input type="checkbox"/> 医療扶助 … 生活保護受給者</p>	
自立支援医療	<p>障害により継続した通院医療が必要とされたり, 障害が軽減すると判断された場合に医療費の助成を受けられる</p> <p><input type="checkbox"/> 精神通院医療 … 通院加療を要する精神疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 更生医療 … 18歳以上の治療効果がある身体障害</p> <p><input type="checkbox"/> 育成医療 … 18歳未満の治療効果がある身体障害</p> <p><b>注意</b> ○自己負担額:1割(世帯の所得に応じ負担上限あり) ○精神通院医療は毎年の更新が必要(診断書は2年毎に提出)</p> <p><b>申請先</b> 区役所・市町村役場</p>	<p>有効期限: 年 月 日</p> <p>診断元:</p>
重度心身障害者医療費助成	<p>市町村が定める基準に該当する重度障害者に該当した場合に医療費の助成を受けられる</p> <p><input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成</p> <p>※多くの自治体の基準は, 下記のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳:1~2級(内部障害は3級)</li> <li>・療育手帳:A判定</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳:1級</li> </ul> <p><b>注意</b> ○自己負担額(1~3割)を助成 ○世帯の所得やその他の基準により異なる ○市町村により基準が異なる</p> <p><b>申請先</b> 区役所・市町村役場</p>	<p>有効期限: 年 月 日</p> <p>診断元:</p>



◆ 生活資金の補償等の制度 ◆

制度	制度の種別, 概要, 対象者	現在の利用状況
年金制度など	<p>障害年金…身体または精神に種々の症状がある場合に支給される年金. 程度により判定される.</p> <p><input type="checkbox"/> 障害基礎年金 (1~2 級) … 国民年金被保険者</p> <p><input type="checkbox"/> 障害厚生年金 (1~3 級) … 厚生年金適用の会社に勤務する者</p> <p><input type="checkbox"/> 障害共済年金 (1~3 級) … 公務員・私立学校教員等</p> <p><b>受給要件</b> 障害年金受給には, 以下の要件が必要</p> <p>①初診日に年金被保険者である, 又は 20 歳未満である</p> <p>②保険料納付要件を満たしている</p> <p>③初診から 1 年半が経過, 又は症状固定と診断されている</p> <p>④障害等級に該当している</p> <p><b>注意</b> ○申請・更新には医師の診断書が必要</p> <p>※初回申請は, 日常生活の状況申立書を記入</p> <p>○保険料国民年金納付免除制度: 納付困難な時は窓口で相談</p> <p>○65 歳以上の方は申請できない</p>	<p>等級: _____ 級</p> <p>次回判定: _____ 年 _____ 月</p> <p>診断元:</p>
	<p><input type="checkbox"/> 老齢 (基礎・厚生・共済) 年金</p> <p>※障害年金受給者は, どちらか多い方を選択できる</p>	
	<p><b>申請先</b> ○基礎年金 → 区役所・市町村役場・年金事務所 (第 3 号被保険者の場合)</p> <p>○厚生・共済年金 → 所管の年金事務所・共済組合</p>	
労災保険・労災年金	<p>労働者災害補償保険…業務上災害又は通勤災害が原因で, 負傷や疾病にかかった場合に補償を受けられる</p> <p><input type="checkbox"/> 療養(補償)給付: 必要な医療や治療を受けられる制度</p> <p><input type="checkbox"/> 休業(補償)給付: 傷病のため休業する場合の賃金補償</p> <p><input type="checkbox"/> 障害(補償)給付: 負傷や疾病が治った後, 等級に該当する障害が残った場合, 一時金又は年金を給付</p> <p><input type="checkbox"/> 介護(補償)給付: 一定障害が残り, 介護が必要な場合に給付</p> <p><input type="checkbox"/> アフターケア制度: 症状固定後に再発や後遺症に伴う新たな病気を防ぐための, 診療, 保健指導, 検査等</p> <p><b>注意</b> ○「治った」とは, 傷病の症状が安定し医療の効果が期待できない状態 ○上記以外にも給付あり</p> <p><b>申請先</b> 所属事業所, 労働基準監督署</p>	<p>有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>アフターケア (年 1 回): _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
傷病手当金	<p>各健康保険の加入者が, 業務外の傷病や負傷によって仕事に就けないとき, 休業中の賃金の一部を補償</p> <p><input type="checkbox"/> 傷病手当金</p> <p><b>支給要件</b> ①業務外の負傷又は疾病のため, 自宅療養も含め労働不能の場合 ②連続する 3 日間を含め 4 日以上労働に服せない場合 ③給与の支払いがない場合</p> <p><b>注意</b> ○支給期間: 最長 1 年 6 ヶ月</p> <p>○支給額: 1 日につき標準報酬日額の 3 分の 2 に相当する額</p> <p><b>申請先</b> 勤務先の企業・事業所 (加入の保険組合)</p>	<p>受給開始: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>

制度	制度の種別, 概要, 対象者	現在の利用状況
自動車保険	<p>自動車事故によって受傷した場合に, 治療費・看護料・入院諸費用・休業損害慰謝料, 後遺障害等の補償</p> <p><input type="checkbox"/> 自賠責保険: ケガ 120 万円まで, 後遺障害 4000 万円まで</p> <p><input type="checkbox"/> 任意保険: 自賠責保険で不足した額の上乗せ</p> <p><b>申請先</b> 各保険会社</p>	
自動車事故対策機構(ナスバ)	<p>自動車事故対策機構 (NASVA: ナスバ) の交通事故被害者支援…自動車事故が原因で重度の後遺障害を負ったため, 常時・随時介護を必要とする方への介護料の支給</p> <p><input type="checkbox"/> 介護料支給, 短期入院 (入所) 費用助成</p> <p><b>注意</b> 条件あり. 詳細はホームページ <a href="http://www.nasva.go.jp">http://www.nasva.go.jp</a></p> <p><b>申請先</b> 独立行政法人自動車事故対策機構</p>	受給開始: 年 月 日
生活保護制度	<p>障害や病気などにより就労が困難, 又は, 収入があっても国が定めた基準を下回る人に最低限度の生活を保障する制度</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護</p> <p><b>注意</b> 活用できる資産を使い, 身内が援助不可能な場合</p> <p><b>申請先</b> 区役所・市町村役場</p>	受給開始: 年 月 日

◆ 生活を充実させる福祉サービスの制度 ◆


制度	制度の種別, 概要, 対象者	現在の利用状況
障害者総合支援法	<p>障害のある人に対して, 市町村が判断する障害程度の区分をもとに, 地域生活に必要なサービスが受けられる.</p> <p>①介護給付</p> <p><input type="checkbox"/> 介護給付 … 家で介護の支援を受ける場合 居宅介護 (ホームヘルプ), 重度訪問介護, 行動援護療養介護 (デイケア) 生活介護 (デイサービス) 短期入所 (ショートステイ) など</p> <p><input type="checkbox"/> 訓練等給付 … 訓練等の支援を受ける場合 就労移行支援, 就労継続支援 A 型・B 型, 就労定着支援 自立訓練 (機能訓練・生活訓練) など</p> <p><input type="checkbox"/> 入所・入居系サービス 共同生活援助 (グループホーム) 施設入所支援など</p> <p><input type="checkbox"/> 計画相談支援 (サービス利用支援・継続サービス利用支援) サービス利用の計画を作成 (利用者負担はありません)</p> <p>②地域生活支援事業 相談支援, 地域活動支援センター, 日常生活用具給付・貸与, 移動支援など (地域によって異なる)</p> <p><b>注意</b> 原則利用料 1 割負担 (所得に応じた負担上限額あり)</p> <p><b>申請先</b> 区役所・市町村役場</p>	<p>介護給付</p> <p>区 分:</p> <p>有効期限: 年 月 日</p> <p>利用サービス内容:</p> <p>計画相談支援事業所:</p> <p>訓練等給付</p> <p>区 分:</p> <p>有効期限: 年 月 日</p> <p>利用サービス内容:</p> <p>計画相談支援事業所:</p>

制度	制度の種別, 概要, 対象者	現在の利用状況
介護保険	<p>寝たきりなどで介護が必要, または, 必要になる恐れがあると判断された場合, 段階に応じたサービスが受けられる</p> <p><input type="checkbox"/> 65 歳以上の人 : 第 1 号被保険者</p> <p><input type="checkbox"/> 40~64 歳で高次脳機能障害者は脳血管疾患の患者 : 第 2 号被保険者</p> <p><b>サービスの種類</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>要介護 (1・2・3・4・5) 認定の場合</b></p> <p>居宅サービス: 訪問サービス, 通所サービス, 短期入所サービス等</p> <p>施設サービス: 施設入所介護</p> <p><b>要支援 (1・2) 認定の場合</b></p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防サービス: 介護予防訪問サービス, 介護予防通所サービス等</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具購入</p> <p><b>申請の流れ</b> ①利用申請 ⇒ ②要介護の認定 ⇒③サービス等利用計画作成・サービス利用</p> <p><b>注意</b> 利用料: 所得により 1~3 割負担 (区分支給限度額あり)</p> <p><b>申請先</b> 区役所・市町村役場</p>	<p>区分: 要支援・要介護( )</p> <p>有効期間: 年 月 日</p> <p>サービス計画作成機関:</p>
日常生活自立支援事業	<p>判断力に支障がある人が, 地域で自立した生活ができるように, 福祉サービスの利用や日常生活の管理の手伝いを行う</p> <p><input type="checkbox"/> 日常的な生活支援サービス (基本サービス)</p> <p>… 福祉サービスの情報や手続きの支援, 書類の内容確認</p> <p><input type="checkbox"/> 金銭管理サービス (選択サービス)</p> <p>… 公共料金の支払いや預金を金融機関で払い戻し等の日常生活内の相談・支援を行う</p> <p><input type="checkbox"/> 財産保全サービス (選択サービス)</p> <p>… 年金証書, 定期預金などの日常的に使用しない書類を貸金庫で預かる</p> <p><b>注意</b> ○契約に基づくサービス ○利用料金の負担あり</p> <p><b>申請先</b> 各市町村社会福祉協議会</p>	<p>利用開始: 年 月 日</p>
成年後見制度	<p>判断能力が不十分な人を保護・支援するため, 選任された後見人等が本人を代理して, 契約などの法律行為や不利益な法律行為の取り消しなどを行う制度</p> <p><b>法定後見</b>: 判断力が衰えた後に契約する</p> <p><input type="checkbox"/> 補助 … 大体のことは判断できるが, 難しい事項については援助が必要</p> <p><input type="checkbox"/> 保佐 … 簡単なことは判断できるが, 重要な事項については援助が必要</p> <p><input type="checkbox"/> 後見 … 判断がほとんどできない</p> <p><input type="checkbox"/> <b>任意後見</b>: 判断力があるうちに契約する</p> <p><b>注意</b> 本人・家族等が家庭裁判所に申し立てを行う。</p> <p><b>申請先</b> 家庭裁判所</p>	<p>利用開始: 年 月 日</p> <p>後見人等:</p>



年	年	年	年
年	年	年	年

## ● 生命保険・損害保険の覚書

 保険証書を確認して記入してください。

給付金請求には所定の診断書が必要になる場合があります。


詳しくは、各保険担当者に確認してください

記入日：            年    月    日

保険会社名  (担当者 )	保険の種類, 給付内容, 特約など
	連絡先
	備考
保険会社名  (担当者 )	保険の種類, 給付内容, 特約など
	連絡先
	備考
保険会社名  (担当者 )	保険の種類, 給付内容, 特約など
	連絡先
	備考
備考	



## ● 生活・受診の覚書

 病院での説明や変化のあったことなどを記録しておきましょう。


いつ、誰から言われたのかなど、支援者の意見やアドバイスもこの欄に記入してください

日/場所	その時の状態, 医師や支援者の説明, 薬の変更など	疑問点・確認事項
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		



日/場所	その時の状態, 医師や支援者の説明, 薬の変更など	疑問点・確認事項
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

## ● 連絡先（私と関わっている機関）

 関わりがある福祉の機関について、記入してください。

生活や仕事の相談室や、日中通っている施設、ヘルパーステーション など

機関名  (担当者 )	TEL	住所
	備考（支援内容・頻度など）	
機関名  (担当者 )	TEL	住所
	備考（支援内容・頻度など）	
機関名  (担当者 )	TEL	住所
	備考（支援内容・頻度など）	
機関名  (担当者 )	TEL	住所
	備考（支援内容・頻度など）	
機関名  (担当者 )	TEL	住所
	備考（支援内容・頻度など）	
備考		

## 支援機関一覧

医療機関				
拠点病院・リハビリテーション科	北海道大学病院 リハビリテーション科	011-706-7010	(札幌市北区北14条西5丁目)	
	札幌医科大学付属病院 リハビリテーション科	011-611-2111	(札幌市中央区南1条西16丁目)	
こころの相談	北海道立精神保健福祉センター(道内の方)	011-864-7121	(札幌市白石区本通16丁目6-34)	
	札幌こころのセンター(札幌市民の方)	011-622-0556	(札幌市中央区大通西19丁目)	
脳神経外科・精神神経科など				
高次脳機能障害情報・支援センター(国立障害者リハビリテーションセンター内) <a href="http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/">http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/</a>				
北海道立保健所(担当部署:健康推進課)				
渡島保健所	0138-47-9547	深川保健所	0164-22-1421	
八雲保健所	0137-63-2168	室蘭保健所	0143-24-9847	
江差保健所	0139-52-1053	苫小牧保健所	0144-34-4168	
江別保健所	011-383-2111	浦河保健所	0146-22-3071	
千歳保健所	0123-23-3175	静内保健所	0146-42-0251	
倶知安保健所	0136-23-1957	上川保健所	0166-46-5992	
岩内保健所	0135-62-1537	名寄保健所	01654-3-3121	
岩見沢保健所	0126-20-0121	富良野保健所	0167-23-3161	
滝川保健所	0125-24-6201	留萌保健所	0164-42-8327	
各区役所・市立保健所				
札幌市内各区役所(担当部署:保健福祉課)		各市立保健所		
中央区	011-231-2400	豊平区	011-822-2400	
北区	011-757-2400	清田区	011-889-2400	
東区	011-741-2400	南区	011-582-2400	
白石区	011-861-2400	西区	011-641-2400	
厚別区	011-895-2400	手稲区	011-681-2400	
旭川市保健所 0166-25-6364				
小樽市保健所 0134-22-3110				
函館市役所 0138-21-3077 (障がい保健福祉課)				
相談機関・支援機関				
障害のこと	札幌市障がい者更生相談所	011-622-8670	(札幌市中央区北7条西26丁目)	
	北海道立心身障害者総合相談所	011-613-5401	(札幌市中央区円山西町2丁目)	
	北海道障害者職業センター	011-747-8231	(札幌市北区北24条西5丁目)	
事故通 家族会・作業所・通所施設・相談機関	自動車事故対策機構(NASVA:ナスバ)	011-218-8155	(札幌市中央区北2条東12丁目98-42第2新川ビル)	
	脳損傷友の会コロポックル(家族会)	011-858-5600	(札幌市豊平区月寒東1条17丁目5-39)	
	クラブハウスコロポックル(就労継続支援B型事業)	011-858-5600	(札幌市豊平区月寒東1条17丁目5-39)	
	コロポックルレディース(地域活動支援センター)	011-595-7136	(札幌市白石区東札幌3条2丁目1-57)	
	コロポックル道東(地活センター・家族会)	0155-24-6974	(帯広市大通南12丁目1)	
	コロポックル道南(就労継続B型・家族会)	0138-22-6188	(函館市入船町6-17)	
	コロポックル道北(家族会)	0166-85-6460	(旭川市東7条3丁目2-11)	
	NPO法人 Re〜らぶ(就労継続支援B型事業所)	011-868-7844	(札幌市白石区南郷通7丁目北5-29)	
	こころのリカバリー総合支援センター	011-861-6353	(札幌市白石区平和通17丁目北1-13)	
	障がい者相談支援事業所 相談室コロポックル	011-376-1919	(札幌市豊平区月寒東1条17丁目5-39)	
	札幌市障がい者相談支援事業所	札幌市内各区にあります		
	高齢者・障がい者生活あんしん支援センター	011-632-7355	(札幌市中央区大通西19丁目)	
	※介護保険をご利用の方は、お近くの地域包括介護支援センター又は、居宅介護支援事業所などにお問い合わせください			

◆ 電話番号・名称等は変更になる場合があります。関連機関に直接ご確認ください。 ◆

## 連絡先

氏名		電話	
----	--	----	--

2013年12月16日発行

2024年12月20日改訂

## 脳損傷後の経過記録 パーソナルノート

製作・発行 脳損傷友の会コロポックル パーソナルノート製作実行委員会

〒062-0051 札幌市豊平区月寒東1条17丁目5-39

TEL: 011-858-5600 FAX: 011-858-5696

E-mail: koropokkuru@mail.goo.ne.jp



◎ この冊子をご希望の方は、上記までお問い合わせください。

◎ なお、追加用紙はコロポックルホームページ (<http://www.koropokkurusapporo.com>) よりダウンロードできます。

◎このノートは大切な個人情報に記載されています。決して失くさないように、ご自身の責任で保管してください

◎万一、このノートを拾われた方は、前ページの連絡先までご連絡ください。