

【2018年度～】

携帯版

# 在宅ケア連携手帳

～安らぎとやさしさ自分らしさを支える～



かすみがうらにゃ

ふりがな  
氏名

\_\_\_\_\_

発行:かすみがうら市地域包括支援センター



## 目次

- ・在宅ケア連携ノートの使い方 …… 1ページ
- ・ご本人のページ …… 2～3ページ
- ・関係機関連絡先 …… 4～6ページ
- ・体重記録 …… 7ページ
- ・生前の意思表示について  
(リビングウィル) …… 8～9ページ
- ・思いのページ(自由記載) …… 10～11ページ
- ・高齢者に関する相談窓口一覧 …… 12ページ

記載した内容の見直し			
初回記載	年	月	日
見直し1	年	月	日
見直し2	年	月	日
見直し3	年	月	日
見直し4	年	月	日
見直し5	年	月	日

## 【在宅ケア連携手帳の使い方】

この手帳は、ご家庭で生活される方とその家族や支援者のためのノートです。

ご家庭での療養生活を記入し情報交換する『在宅版』と、在宅医療と介護に係る関係者の連絡先を記入する『携帯版』の2冊で構成されています。このノートを活用することで、ご自宅での様子がわかり、急な入院や退院後の療養生活の際に、その生活に関わる医療や介護の専門職種、民生委員さん等が大変参考になります。

『携帯版』は、かかりつけ医を受診する時、お薬をもらう時、デイサービスやショートステイ、訪問看護やヘルパーなどの介護保険サービスを利用する時、入院した時など、保険証やお薬手帳と一緒に持参し、ご活用ください。



変更点はその都度書き直しましょう。  
毎年、お誕生月には記載した内容を見

## 【同意書】

私は本手帳に記載されている個人情報や医療機関や介護に関わる関係機関等へ情報提供することに同意します。

年 月 日

氏名

---

## 【ご本人のページ】

氏名		男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日
住所	かすみがうら市				
電話	[自宅]	[携帯等]			

### 【緊急連絡先】 ※緊急時に連絡する人、家族・親族・知人・友人等

優先	名前	続柄	連絡先(電話)	住所
見本	霞 ちよ子	長女	〇〇-◆◆◆◆	●●●県〇〇市
1				
2				
3				
4				
5				
6				

## 【自由記載】

◎体の状況で知らせておきたいこと

例)インスリン注射、ペースメーカー、人工透析、耳が遠いのでゆっくり  
大きな声で話しかけて、要支援2 等

## 【関係機関連絡先】

<b>かかりつけ医</b> (かかりつけ医＝日常的な診療や健康管理などを行ってくれる地域の身近な診療所などのお医者さん。家庭医とも呼ばれ、自宅医療では、往診の相談もできます。)	
医療機関名	
医師名	
電話	
<b>備考</b>	
<b>その他通院している医療機関</b> (主治医＝その病気の治療において責任を持つお医者さん)	
医療機関名	
医師名	
電話	
医療機関名	
医師名	
電話	
医療機関名	
医師名	
電話	
医療機関名	
医師名	
電話	
医療機関名	
医師名	
電話	

## 【関係機関連絡先】

### 介護支援専門員（ケアマネジャー）

事業所名		
電話番号		
担当者		
備考		

### 訪問看護師

事業所名		
電話番号		
担当者		
備考		

### かかりつけ歯科

事業所名		
電話番号		
担当者		
備考		

### かかりつけ薬局

事業所名		
電話番号		
担当者		
備考		

### 市役所・地域包括支援センター・在宅介護支援センター 相談しているところに○

介護長寿課	社会福祉課（障害福祉担当）
地域包括支援センター	社会福祉課（保護担当）
在宅介護支援センター	健康づくり増進課



## 【関係機関連絡先】

その他の機関	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	
名称	
電話	



## 【もしものときのために】

人生の終わりまで、どのように過ごしたいですか？～

もしものときのために、望む医療や介護について前もって考え、繰返し話し合い共有する取り組みを『アドバンス・ケア・プランニング(ACP)“人生会議”』と呼びます。

誰でもいつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性「もしものとき」があります。

約70%の方が、医療や介護等を自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

『もしもの時』に備えて、自分が元気で健康な時こそ、自分の『もしもの時』に、ご自身が希望する医療や介護について、周囲の信頼する人たちと話し合い共有することが重要です。

自分は人生の終わりまで、どのような生活を望むのか「生前の意思表示(リビング・ウィル)」を書き残しておくこと、『もしもの時』に、ご自身の意思が尊重されることや本人の意思決定を代わりに行う家族の迷いへの負担が軽減されます。

ご家族やかかりつけ医、ケアマネジャーなどと一緒に、自らが望む人生の最終段階の医療・介護について話し合ってみませんか？

### 【わたしのリビング・ウィル(生前意思表示)】

◆自分以外の誰かが判断をしなくてはいけない場合、意見を尊重してほしい人

氏名

本人との続柄

住所

#### 介護の希望

該当する箇所(□)に☑を記入してください。

◆自分ひとりの力だけでは、日常生活が難しくなるかもしれません。その時はどこで、生活したいですか？

- 自宅を希望する
- 施設や病院に入りたい
- 家族・親族の判断に任せる
- その他( )

## 医療の希望

該当する箇所(□)に☑を記入してください。

### ◆終末期医療について

- 最後まで、延命治療をしてほしい
- 延命治療よりも苦痛を緩和する医療を重視してほしい
- こん睡状態で、意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい
- 重い脳障害を受け、(例 目をひらくことはできるけど話したり理解することはできない状態)、回復の見込みがない場合は延命治療しないでほしい。
- その他

### ◆延命治療について

- |              |                               |                              |                                |
|--------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 心臓マッサージ      | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> わからない |
| 延命の人工呼吸器の装着  | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> わからない |
| 人工透析         | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> わからない |
| 胃ろうによる栄養補給   | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> わからない |
| 鼻チューブによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> わからない |
| 点滴による水分補給    | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> わからない |

## 望む暮らし

### ◆人生の最後に何をしたいですか？

(自由記載)

記載日

年 月 日

本人署名

現在の意思表示であり、その内容は常に変更・撤回できます。必ず年月日を記入し、家族にも伝えましょう。

## 【思いのページ】

(自由記載)

## 【思いのページ】

(自由記載)

## 【高齢者に関する相談窓口一覧】

かすみがうら市役所	千代田庁舎	上土田461	☎0299-59-2111
	霞ヶ浦庁舎	大和田562	☎029-897-1111
介護長寿課	千代田庁舎	介護保険・高齢福祉全般に関すること	
社会福祉課	千代田庁舎	生活保護・社会福祉・障害者等の相談	
健康づくり増進課	深谷3671-2(霞ヶ浦保健センター)		☎0299-59-2111
	健康診断・予防接種など		☎029-897-1111

社会福祉協議会	深谷3719-1(あじさい館内)		☎0299-59-2111
	地域ケアシステム推進事業(高齢者・障害者等の相談支援)		

在宅介護支援センター	在宅介護や福祉サービスの相談に応じ、指導や助言を行います。		
プルミエールひたち野	千代田地区	上土田330-3	☎0299-59-5611
サンシャインつくば	霞ヶ浦地区	坂933-2	☎029-840-9195

地域包括支援センター	上土田433-3 (千代田保健センター内)		☎0299-59-2111
	総合相談支援、ケアマネジメント、権利擁護に関すること		