

在宅療養における  
チームで連携した意思の共有手引き  
～"本人らしく生きる"を支える～

初版 令和4年3月作成

豊田市在宅医療・福祉連携推進会議

# 目次

<b>1</b>	<b>はじめに</b>	<b>2 p</b>
1. 1	手引きで表現される“意思”について	
1. 2	意思の共有に関する課題	
1. 3	この手引きに掲載されていること	
1. 4	バインダーを活用する“良いこと”	
1. 5	既存の情報共有ツールとの使い分け	
<b>2</b>	<b>バインダーに綴じる書類</b>	<b>4 p</b>
2. 1	バインダーの使い方手引き	
2. 2	わたしのノート（スタート編）	
2. 3	みんなの伝言板	
2. 4	その他の情報	
<b>3</b>	<b>バインダーの活用手法</b>	<b>5 p</b>
3. 1	通院している方が在宅療養を開始する際の活用手法	
3. 2	通院していた方が入院を経て在宅療養を開始する際の活用手法	
3. 3	在宅療養中の活用手法	
<b>4</b>	<b>場面（療養場所）が移行した際の情報共有</b>	<b>11 p</b>
4. 1	移行先へ共有する意思情報	
<b>5</b>	<b>各ツール見本</b>	<b>12 p</b>
5. 1	バインダーの使い方手引き（本人・家族向け）	
5. 2	わたしのノート（スタート編） 記載例つき	
5. 3	みんなの伝言板 記載例つき	

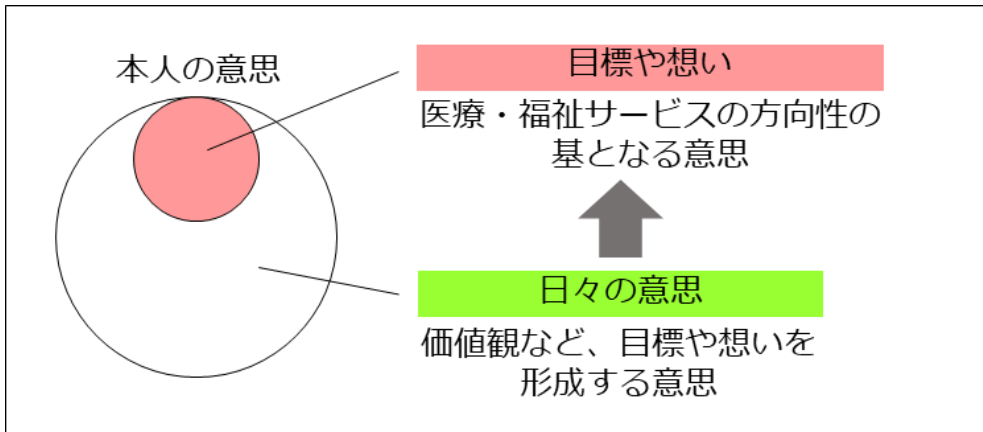
## 1 はじめに

### 1. 1 手引きで表現される“意思”について

この手引きで表現する“意思”は、大きく2つの意味をもっています。

- ・ 目標や想い：医療・福祉サービスの方向性の基となる意思
- ・ 日々の意思：日々の生活の中で発せられる言葉や様子、価値観であり、「目標や想い」を形成する意思

<手引きで表現する意思のイメージ>



### 1. 2 意思の共有に関する課題

在宅療養を支援するチームにおいては、それぞれの専門職が訪問時に、本人とコミュニケーションを取りながら意思決定支援を通じて、「日々の意思」を収集しています。

しかし、それぞれの専門職が収集した「日々の意思」が上手に集約・共有されていない場合があります。そのため、「日々の意思」から「目標や想い」の変化等に気づくことが難しいなど、チームで連携した意思の共有が“確実”にできていないといった課題があります。

～現場でこんなことありませんか？～

- ・ 退院前カンファレンスや担当者会議において、本人の意思はその場で記録している。自分の記録は、他の専門職と合っているだろうか。
- ・ 自分が把握している「日々の意思」が、他の専門職が把握している「日々の意思」と異なる。(ほかの専門職へは、本人は、こんな言葉を発したり様子を示していた)
- ・ 自分が把握していた「目標や想い」がいつの間にか変化していたが、変化に至った背景や傾向(前兆)を掴むことができていなかった。
- ・ 本人のちょっとした様子(日々の意思)を多職種で共有したいけど、特に重要事項でもないし、情報量が多いと返って迷惑にもなりかねないし、共有して良いか分からない。
- ・ 自分は、一部の特定の専門職にしか情報は共有していないが、すべての意思情報は中心の専門職に全て集約されているのだろうか。

### 1. 3 この手引きに掲載されていること

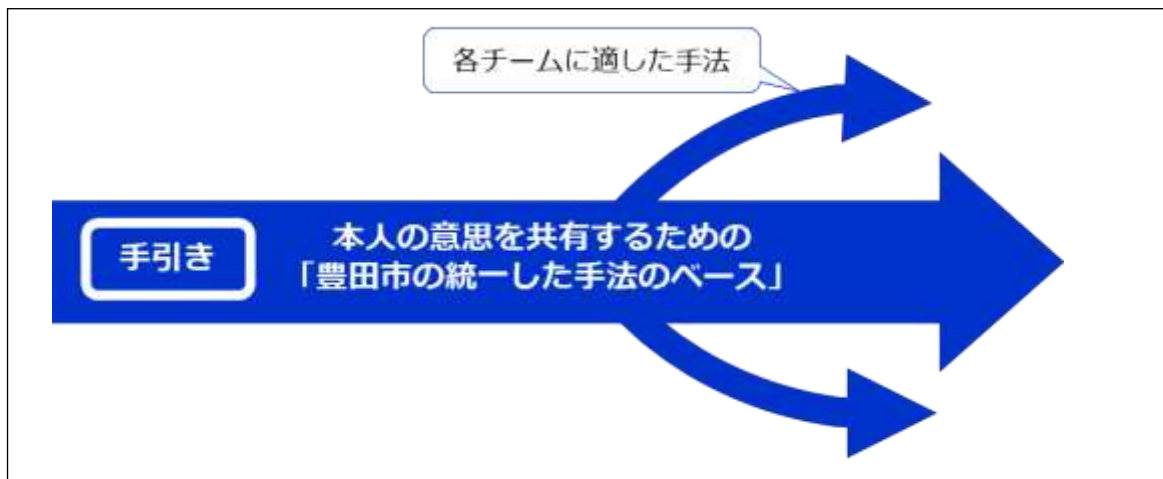
「1.2 意思の共有に関する課題」で上述した課題を解決するために、この手引きでは、本人の「目標や想い」、「日々の意思」などをバインダーに集約し、本人の意思をチームで上手に共有するための手法をまとめています。

下図のように、この手引きが、本人の意思を共有するための「豊田市の統一した手法のベース」として定着し、各チームで適した手法により“確実”に意思を共有できる状態を目指しています。

ただし、実際の現場で取る対応は本人の状態等によって様々なため、全てのケースが、この手引きの手法どおりに当てはまるわけではないと思われます。

この手引きは手法のベースを示すものであり、ACPの中心は本人です。この手引きを遵守することが目的になってしまわないようにご注意ください。

<手引きをベースに、各チームが適した手法で共有を行うイメージ>



### 1. 4 バインダーを活用する“良いこと”

バインダーを活用することで、今まで難しさを感じていた「チームで連携した意思の共有」に役立ちます。

<具体的な“良いこと”>

- ①本人の「目標や想い」と「日々の意思」の見える化・集約・共有
- ②集約した「日々の意思」から、「目標や想い」の変化等への気づきをサポート
- ③共有すべき情報のすみ分けをサポート

### 1. 5 既存の情報共有ツールとの使い分け

バインダーにとじる書類は、家族を含めたチーム全員で「本人の意思」を日常の段階から知り、共有するためのツールです。そのため、身体状態の変化や緊急性が高い場合などの情報共有は、今までどおり既存の情報共有ツール（電話・FAX・豊田みよしケアネット）を活用してください。

## 2 バインダーにとじる書類

### 2.1 バインダーの使い方手引き ※12p参照

本人・家族に対するバインダーの説明書兼同意書です。この書類をお見せしながらバインダーについて説明し、本人・家族からご承諾いただいたら署名をもらいます。

### 2.2 わたしのノート（スタート編） ※13p参照

医療・福祉サービスの方向性の基となる、本人の「目標や思い」などを記録する、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）用のツールです。

- ・「わたしの思い・夢」、「不安に思っていることなど」、「療養・生活し続けたい場所」、「治療について」の4つの項目は、ケアプラン等の作成においても必要な情報です。
  - ・書き直しをするたびに、バインダーにとじてください。
  - ・過去に作成したものは捨てずに、そのまま、とじておいてください。
- 【データ掲載場所】  
<http://www.city.toyota.aichi.jp/jigyousha/tetsuzuki/hukushi/1038052.html>

### 2.3 みんなの伝言板 ※17p参照

日々の生活でのちょっとした出来事から感じた思いや感情、様子などを記録するツールです。本人や家族、専門職の方が、自由に記載できます。

- ・過去のものとは捨てずに、新しいページを積み重ねてとじてください。
  - ・様式の「記入者」や「バイタル」の欄は、チームや本人の状態にあわせて、自由にデータを修正してください。
- 【データ掲載場所】  
<http://www.city.toyota.aichi.jp/jigyousha/tetsuzuki/hukushi/1038052.html>

### 2.4 その他の情報

その他、本人の希望により専門職と共有したい情報は、バインダーに綴じることができます。

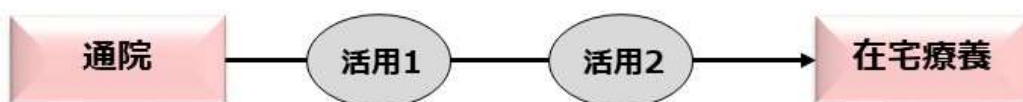
#### ▶わたしのノート ※エンディングノート

“もしもの時”があったときに、お金の管理など周りの人に伝えておきたいことを記録するツールです。

- ・書き直したら、過去のものとは差し替えをしてとじてください。
  - ・周りの人に見られたくない情報がある場合は、バインダーにはとじずに、別の場所へ保管する必要があります。
- 【データ掲載場所】  
<http://www.city.toyota.aichi.jp/jigyousha/tetsuzuki/hukushi/1038052.html>

### 3 バインダーの活用手法

#### 3.1 通院している方が在宅療養を開始する際の活用手法



#### ポイント

- ▶医療・福祉サービスの方向性の基となる「目標や思い」を、わたしのノート（スタート編）により見える化
- ▶「目標や思い」を担当者会議等において、本人・家族－専門職間で“確実に”共有し、支援の方向付けを行う

#### 活用1 わたしのノート(スタート編)の作成/バインダーの説明

- ケアマネジャー<sup>※1</sup>は、本人との面談を通して、本人の「目標や思い」を確認し、それを基にケアプランを作成します。その面談を通して、わたしのノート(スタート編)を作成<sup>※2※3</sup>し、本人の「目標や思い」を“見える化”します。
  - アセスメントシート等の記録=わたしのノート(スタート編)とすることで、まずは、ケアマネジャーと本人・家族間で“確実に”「目標や思い」を共有します。
- ※1)障がい児・者の場合は、障がい者相談支援専門員が、ケアマネジャーが介入しない場合（介護保険非適用者など）は、訪問看護師が訪問時に行ってください。
- ※2)わたしのノート(スタート編)の作成は、基本的には本人・家族が行います。本人が記載できない場合などは、本人の了解を得て、専門職の方が代筆してください。
- ※3)本人が意思の表明をすることが難しい場合などは、面談で把握した意思を暫定的に、わたしのノート(スタート編)に記載します。その際は、本人・家族の了解を得て、「暫定」と分かるようにしてください。また、本人・家族へは、在宅療養中に意思表示できた際に書き直してもらうよう案内してください。

例) わたしのノート(スタート編)に「暫定」と記載する位置  
赤字など目立つ色を推奨

わたしのノート (スタート編) ☺ 書けるところから書いていきましょう。

● わたしの思い・夢 (ありたい自分、叶えたい夢、希望、家族への思いを記載しましょう) **暫定**

♪理由やエピソードがあれば書いてみましょう♪

わたしのノート(スタート編)に記載しておきたい具体的な項目

- ・わたしの思い・夢
- ・不安に思っていることなど
- ・療養・生活し続けたい場所
- ・治療について

ケアプラン作成時に必要な情報  
※本人の状況によっては、表明できない場合があります。

- 「バインダーの使い方手引き(12 p 参照)」を使って、バインダーについて本人・家族に説明し、バインダーにとじる情報の共有について、本人・家族の了解を得たら、署名をもらいます。

#### バインダーについて説明する主な内容

- ・バインダーの目的 (バインダーに綴じて多職種で意思を共有する)
- ・バインダーに綴じる書類
- ・みんなの伝言板の書き方
- ・バインダーに綴じる情報 (主に意思) の共有についての同意

## 活用 2

### 「目標や想い」等の共有／支援の方向付け

- 担当者会議等において、わたしのノート(スタート編)に記載した本人の「目標や想い」等を本人・家族－専門職間で共有します。
- 本人の「目標や想い」等をもとに、医療・福祉サービスの支援の方向付けを行います。
- 支援の方向付けができれば、支援のキーマンとなる専門職 (Key 職) ※4 を予め決めておきましょう。

※4)Key 職とは、例えば、介護サービスにおいては、サービスの中心となるケアマネジャーと「ケアマネジャー以外に必ず情報が共有されるべき専門職」を言います。Key 職は、在宅療養中に情報共有の中心となる専門職です。支援の状況等によって、随時 Key 職が変わる場合があります。担当者会議を開催するたびに Key 職について確認しておきましょう。

#### Key 職の例

- ・ケアマネジャー (介護サービスの中心)
- ・医師、訪問看護師 (医療の中心)
- ・本人と関わりの強い専門職

### 3. 2 通院していた方が入院を経て在宅療養を開始する際の活用手法



#### ポイント

- ▶医療・福祉サービスの方向性の基となる「目標や思い」を、わたしのノート（スタート編）により見える化
- ▶「目標や思い」を退院前カンファレンス(担当者会議)等において、本人・家族－専門職間で“確実”に共有し、支援の方向付けを行う

#### 活用 1

#### わたしのノート(スタート編)の作成/バインダーの説明

●ケアマネジャー<sup>※1</sup> はMSW(メディカルソーシャルワーカー)など病院スタッフと連携して、本人との面談を行い、退院後にどのような生活をしたいかなど、本人の「目標や思い」を確認します。その面談を通して、わたしのノート(スタート編)を作成<sup>※2※3</sup>し、本人の「目標や思い」を“見える化”します。

●アセスメントシート等の記録=わたしのノート(スタート編)とすることで、まずは、ケアマネジャーと本人・家族間で“確実”に「目標や思い」を共有します。

※1)障がい児・者の場合は、障がい者相談支援専門員が、ケアマネジャーが介入しない場合(介護保険非適用者など)は、訪問看護師が訪問時に行ってください。

※2)わたしのノート(スタート編)の作成は、基本的には本人・家族が行います。本人が記載できない場合などは、本人の了解を得て、専門職の方などが代筆してください。

※3)本人が意思の表明をすることができない場合などは、病院が把握している意思情報やアセスメントシート等に記載する意思情報を、暫定的にわたしのノート(スタート編)に記載します。その際は、本人・家族の了解を得て、「暫定」と分かるようにしてください。本人・家族へは、在宅療養中に意思表示できた際に書き直してもらおうよう案内してください。

例) わたしのノート(スタート編)に「暫定」と記載する位置  
赤字など目立つ色を推奨

わたしのノート(スタート編)に記載しておきたい具体的な項目

- ・わたしの思い・夢
- ・不安に思っていることなど
- ・療養・生活し続けたい場所
- ・治療について

ケアプラン作成時に必要な情報  
※本人の状況によっては、表明できない場合があります



- 「バインダーの使い方手引き(12 p 参照)」を使って、バインダーについて本人・家族に説明し、バインダーにとじる情報の共有について、本人・家族の了解を得たら、署名をもらいます。

バインダーについて説明する主な内容

- ・バインダーの目的 (バインダーに綴じて多職種で意思を共有する)
- ・バインダーに綴じる書類
- ・みんなの伝言板の書き方
- ・バインダーに綴じる情報 (主に意思) の共有についての同意

## 活用2 「目標や思い」等の共有／支援の方向付け

- 退院前カンファレンス等において、わたしのノート(スタート編)に記載した本人の「目標や思い」等を本人・家族－専門職で共有します。
- 本人の「目標や思い」等をもとに、医療・福祉サービスの支援の方向付けを行います。
- 支援の方向付けができれば、支援のキーマンとなる専門職 (Key 職) <sup>※4</sup> を予め決めておきましょう。

※4)Key 職とは、例えば、介護サービスにおいては、サービスの中心となるケアマネジャーと「ケアマネジャー以外に必ず情報が共有されるべき専門職」を言います。Key 職は、在宅療養中に情報共有の中心となる専門職です。支援の状況等によって、随時 Key 職が変わる場合があります。担当者会議を開催するたびに Key 職について確認しておきましょう。

Key 職の例

- ・ケアマネジャー (介護サービスの中心)
- ・医師、訪問看護師 (医療の中心)
- ・本人と関わりの強い専門職

### ～在宅療養をしている方が入院し、退院後に在宅療養を再開する場合～

- ①退院前カンファレンスが開催されない場合 (状態などが変わらず、在宅での支援内容も変更なし)  
今までと同じように、必要に応じて、病院専門職 (MSWなど) とケアマネジャーが入院時の情報について共有します。
- ②退院前カンファレンスが開催される場合 (状態などが変わり、在宅での支援内容が変更)  
退院前面談において、本人の意思に変化があった場合は、活用1・2のように、本人の意思を“見える化”し、退院前カンファレンスで共有します。

### 3.3 在宅療養中の活用手法



#### ポイント

- ▶みんなの伝言板により、「日々の意思」を集約・共有
- ▶バインダーの情報や訪問時の本人の様子から「目標や想い」の変化等をキャッチ
- ▶キャッチした情報（特筆すべき情報）から、医療・福祉サービスの変更の必要性について検討

#### 活用1 みんなの伝言板を使って「日々の意思」を共有

- 訪問時に、本人の発した言葉や様子などから把握した本人の「日々の意思」を、みんなの伝言板に記載します。 ※1※2

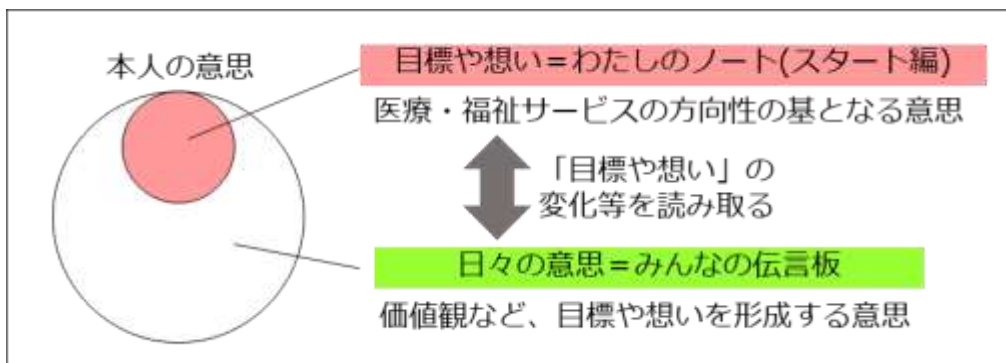
※1)記載例（18p）を参考に、簡潔に記載するよう心がけてください。

※2)デイサービスを利用している場合は、ご家族が、デイサービスの職員から送迎時に聞き取った情報を、みんなの伝言板に記載します。

#### 活用2 バインダーの情報や本人の様子から「目標や想い」の変化等をキャッチ

- バインダーの情報（「目標や想い」・「日々の意思」） ※3 と、訪問時の本人の様子から、「目標や想い」に変化等がないか確認をし、「特筆すべき情報 ※4」と「特筆すべきではない情報」に分類します。

※3)下図のイメージのように、バインダーの情報は、「目標や想い」の変化等を読み取ることに活用します。これらの情報に加えて、実際に本人と会話等を行うことで、「目標や想い」が変化等をしている可能性があるか確認を行います。



※4)特筆すべき情報とは、医療・福祉サービスの内容を変更する可能性がある情報のことを言います。

#### 特筆すべき情報の例

- ・「目標や想い」が変化・強くなったと感じる場合
- ・本人の状態が変化し、今の支援内容では「目標や想い」の実現が難しいと感じる場合

### 活用 3 特筆すべき情報等の報告

- 特筆すべき情報は、Key 職に報告します。 ※1※2
- 特筆すべきでない情報は、医療・ケアサービスの支援内容の変更はありませんが、その日に急ぎで対応すべきケースも現場ではあるかと思えます。その場合は、今まで通りのやり方で対応し、必要があれば関連する職種に共有します。それ以外は、みんなの伝言板に記載をします。

※1)今使っている情報共有ツールを使用して報告してください。

※2)例えば、ホームヘルパーが報告する場合は、ケアマネジャーのみに報告することが多いと思われませんが、他の Key 職への報告はホームヘルパーが行うのか、ケアマネジャーが代わりに報告(共有)するのか、あらかじめチーム内で調整し、特筆すべき情報がすべての Key 職に集約されていることが大切です。

### 活用 4 Key 職が訪問して「目標や思い」・「状態」の確認

- Key 職は、特筆すべき情報の報告を受けた場合、その事実（「目標や思い」や「状態」の変化等）を訪問時に確認します。
- 「目標や思い」が変化等した場合は、わたしのノート（スタート編）の更新を案内し、作成支援を行います。

### 活用 5 「目標や思い」等の共有／支援の方向付け

- 訪問した Key 職は、「目標や思い」や「状態」の変化等を他の Key 職へ共有するとともに、Key 職間で支援の方向性と支援内容の変更について検討を行います。
- Key 職で検討した内容を、チーム全員へ共有します。 ※1

※1)チーム全員で支援の方向付けを行う必要がある場合など、必要に応じて担当者会議等を開催します。

チームで共有する内容

- ・「目標や思い」や「状態」の変化した内容
- ・それに伴い改められる、支援の方向性

## 4 場面（療養場所）が移行した際の情報共有

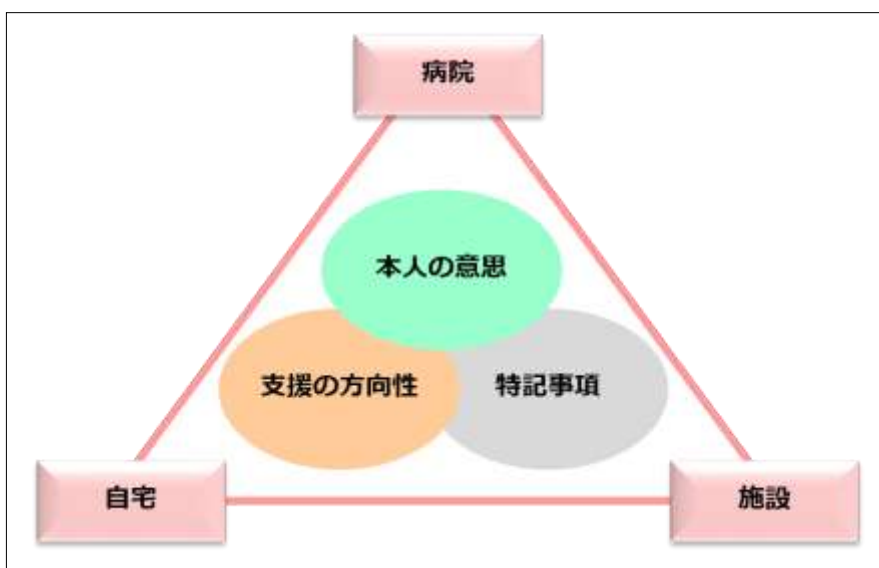
### 4. 1 移行先へ共有する情報

在宅療養者は、「自宅 → 病院」、「病院 → 施設」など療養場所が移行することがあります。そのため、移行先においても、本人が自分らしく生きることができるよう、移行元から移行先の専門職へ、本人の意思を確実に情報共有する必要があります。

そこで、移行元から移行先へ共有する、本人の意思に関する情報は主に次の3つとし、下図イメージのように療養場所が移行する場合においても、3つの情報を円滑に共有します。

<移行先へ共有する情報>

- ①本人の意思（目標や思い・不安なこと・療養生活の場所・望む(望まない)医療 等）
- ②支援の方向性（目標や思い等が基となった支援の方向性）
- ③特記事項（その他、移行先に共有すべき情報）



## 5 各ツール見本

### 5. 1 バインダーの使い方手引き

#### バインダーの使い方手引き

このバインダーは、“あなたが、あなたらしく生きるため”に、「あなたの想い」をとじるバインダーです。

あなたに関わるすべての専門職が、「あなたの想い」をもとにサービスを検討し提供するための、とても大切なバインダーになります。

#### バインダーにとじる「あなたの想い」

##### わたしのノート（スタート欄）

あなたに提供する医療・福祉サービスの基となる、「あなたの想い」などを記録します。家族や専門職の方と話し合い、定期的に更新をしましょう。

##### ★おススメのとし方★

新しく書き直したものを一番上にしましょう。古いものは「あなたの想い」の歴史です。捨てずにとじておきましょう。

##### みんなの伝言板

日々の生活でのちょっとした出来事から感じた想いや感情、様子などを記録します。あなたや家族、専門職の方が自由に記録ができます。

※デイサービスを利用している場合は、利用後に専門職からお聞きした本人のご様子を、ご家族の方がみんなの伝言板に記載をしてください。

##### ★おススメのとし方★

日々の想いや様子は、「あなたの想い」を作り上げる大事なピースです。みんなの伝言板は、積み重ねてとじましょう。

#### そのほか、バインダーにとじることができる情報

##### わたしのノート

あなたに“もしもの時”があったときに、お金の管理など周りの人に伝えておきたいことを記録するツールです。見られたくない場合は、別の場所へ保管しましょう。

##### ★おススメのとし方★

新しい情報に書き直したら、とじてある古い情報と差し替えましょう。

わたしのノート以外にも、専門職など周りの人に知っておいてほしい情報はバインダーにとじることができます。

#### バインダーにとじる情報の共有について

バインダーにとじる情報を、あなたに関わる医療・福祉サービス専門職（以下、「専門職」という。）と共有することで、より、「あなたの想い」に寄り添ったサービスを検討・提供することが可能になります。バインダーにとじる書類の情報を、専門職と共有することに同意いただける場合は、ご署名をお願いします。

ただし、バインダーにとじている情報のすべてがサービスへ全て反映されるわけではありません。「あなたの想い」を中心に、家族、専門職でしっかりと話し合いサービス提供を決めていきます。

年 月 日 本人氏名

（代筆の場合） ご家族等署名

## 5.2 わたしのノート（スタート編）

<掲載場所> <http://www.city.toyota.aichi.jp/jigyousha/tetsuzuki/hukushi/1038052.html>

**わたしのノート（スタート編）**
☺ ← 書けるところから書いていきましょう。

● わたしの想い・夢（ありたい自分、叶えたい夢、希望、家族への想いを記載しましょう）

♪理由やエピソードがあれば書いてみましょう♪

一方で、不安に思っていることや将来への心配事などがあれば書いてみましょう

● わたしに対する家族の想い

● わたしのこと

趣味 .....	日課 .....
大切な場所 .....	好きな食べ物 .....
好きな色 .....	特技・得意なこと .....
楽しみなこと .....	苦手・嫌いなこと .....
療養・生活し続けたい場所	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設
<input type="checkbox"/> 障がい児・者などの施設	<input type="checkbox"/> その他 ( )

● 健康状態などについて

かかりつけ医	有・無	医療機関名 .....	(医師 .....
連携先病院	有・無	医療機関名 .....	(医師 .....
疾病名	.....		
介護認定	無 / 申請中 / 要支援	1 2	/ 要介護 1 2 3 4 5
障がい手帳	無 / 申請中 / 身体	級 / 療育	判定 / 精神 級
特定疾患受給者証	有・無・申請中	生活保護	有・無・申請中

● 治療について (万が一に備えて…)

- 治療について  1日でも長く生きられるような治療を受けたい  
 痛みや苦しみが少ない治療を受けたい  
 上記2つとも希望しない  
 その他 ( )
- 最期に過ごしたい場所  自宅  病院  老人ホームなどの施設  
 障がい児・者などの施設  その他 ( )

● 意思決定が困難になった場合、わたしの意思を推定する者として、治療や日常的なケアを含めて相談してほしい人 (いない場合は空欄で良いです)

ふりがな  
 氏名 ..... 関係 ..... 連絡先 .....

● そのほか、支援者に知っておいてほしいことや配慮してほしいこと

● 緊急連絡先

- 1 氏名 ..... 関係 ..... 連絡先 .....
- 2 氏名 ..... 関係 ..... 連絡先 .....

● このノートと一緒に作った人

家族の構成図

- 氏名 ..... 関係 .....
- 氏名 ..... 関係 .....
- 氏名 ..... 関係 .....
- 氏名 ..... 関係 .....

このノートに記載する情報がケアに反映されます。自分の望む生活を送るため、このノートを、医師や看護師、ケアマネジャーなどの専門職 (支援者) と共有しましょう。  
 また、意思が変わったと感じた際には、積極的にこのノートを更新していきましょう。

※専門職など一緒に作った人からの一言メッセージ※

作成日 令和 年 月 日 (作成場面 )

ふりがな  
 本人氏名 ..... 男・女 ..... 生年月日 ..... 大・昭 ..... 平・令 ..... 年 月 日  
 住所 .....

作成：豊田市在宅医療福祉連携推進会議(令和3年3月) 次回作成予定日 令和 年 月 日

## 5.2 わたしのノート（スタート編） 記載のポイント

<掲載場所> <http://www.city.toyota.aichi.jp/jigyousha/tetsuzuki/hukushi/1038052.html>

**わたしのノート（スタート編）**
😊 書けるところから書いていきましょう。

**● わたしの想い・夢（ありたい自分、叶えたい夢、希望、家族への想いを記載しましょう）**

♪理由やエピソードはあ

一方で、不安に思っ

**★Point★**

- ☞初めから書けない場合は、「わたしのこと」などから書き始め、自分の想いを整理してから書いていきましょう。
- ☞「わたしの想い・夢」を書いた特別な理由や想いがあるはず。自分の想いや人生観を表すキーワードになるため、エピソードや理由を書いてみましょう。
- ☞「わたしの夢・想い」がある一方で、不安に思っていることや心配なことなどを書いてみましょう。

**★記載例★**

- ・人に迷惑をかけずに自立して生きていきたい。
- ・家族との思い出の場所の〇〇へ行きたい。
- ・□□を経験・体験してみたい。
- ・足腰が弱り、歩けなくなってしまうのが不安。
- ・介護が必要になった場合に、ひとり暮らしでも暮らしていけるかが不安。

**● わたしに対する家族の想い**

**★Point★**

☞ご本人をケアすることへの想いや、「わたしの夢・想い」に対する想い、ご本人に対してどのような生き方をしてほしいかなど、ご家族の方がご本人に対する想いを書きましょう。

**● わたしのこと**

趣味 .....

大切な場所 .....

好きな色 .....

楽しみなこと .....

療養・生活し続けたい場所

**★Point★**

☞生活・療養をし続けたい場所  
療養中の場合…どこで過ごしながら療養したいか。  
療養中でない場合…疾病を患った場合に、どこで過ごしながら療養したいか。

療養・生活し続けたい場所

自宅       病院       老人ホームなどの施設

障がい児・者などの施設       その他（      ）

日課

苦手なこと

嫌いなこと

**● 健康状態などについて**

かかりつけ医    有 ・

連携先病院      有 ・

疾病名 .....

介護認定        無 /

障がい手帳      無 /

特定疾患受給者証    有 ・ 無 ・ 申請中

**★Point★**

- ☞かかりつけ医  
自分の健康に異変を感じた場合に相談をする医療機関がかかりつけ医です。
- ☞連携先病院  
かかりつけ医とは別の病院で検査などを行っていることがあれば、その病院を書いてください。
- ☞疾病名  
分からない・書きたくない場合は、書かなくても良いです。

生活保護      有 ・ 無 ・ 申請中

生活保護      有 ・ 無 ・ 申請中



● 治療について (万が一に備えて…)

治療について  
 最期に過ごしたい  
 場所

- 

★Point★

☞どんな人にも万が一は起こりうる話です。自分に万が一のことが起こった時に、どのような治療をしてほしいか、どこで最期を過ごしたいか、整理をしてみましょう。

障がい児・者などの施設  その他 ( )

● 意思決定が困難な治療や日常的なケア

ふりがな  
 氏名 .....

★Point★

☞意思決定が困難になった場合でも意思は存在するため、まわりの支援者はわたしの意思を推定し、十分に話し合ったうえで最善の方針をとります。その際に、わたしの意思を推定する人を前もって定め、その人と治療や日常的なケアを含め、繰り返し話し合うことで、意思が推定しやすくなります。

● そのほか、支援者に知っておいてほしいことや配慮してほしいこと

.....

★Point★

☞周りのかたに対して、知っておいてほしいことを書きましょう。

★記載例★

- ・自分には○○といったこだわりがある。
- ・自分が混乱しているときは、落ち着いてから話をしてほしい。
- ・身体手帳は持っていないが足が不自由。
- ・耳が遠く聞き取りづらいことが多いため、大きな声で話してほしい。
- ・認知機能が低下しているため、記憶を繰り返し振り返るように心がけてほしい。
- ・(終末期の方で) 状態が急変した場合は、救急車を呼ばないでほしい。

● 緊急連絡先

1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

● このノートと一緒に作った人

氏名 ..... 関係 .....  
 氏名 ..... 関係 .....  
 氏名 ..... 関係 .....  
 氏名 ..... 関係 .....

家族の構成図

.....

★Point★

☞家族の構成図  
 ・ご本人と一緒に暮らしている方など、ご本人との家族の関係性を図で表します。  
 ・ご本人・ご家族では書くことが難しいため、専門職の方が書いても良いです。

このノートに記載する情報がケアに反映されます。自分の望む生活を送るため、このノートを、医師や看護師、ケアマネジャーなどの専門職(支援者)と共有しましょう。また、意思が変わったと感じた際には、積極的にこのノートを更新していきましょう。

※専門職など一緒に作った人からの一言メッセージ※

作成日 令和 年 月  
 ふりがな  
 本人氏名 .....  
 住所 .....

★Point★

☞一緒に作成した専門職などから本人に対する一言メッセージを書きましょう。  
 ☞作成日に加えて、どのような場面で作成したのか書きましょう。(例)入院時、退院時、ケアマネジャーとの初めての面談時など  
 ☞次に作成するときは、今の内容から変わっていることもあるため、次の作成予定日(半年後・1年後など目安)を書きましょう。

作成：豊田市在宅医療福祉連携推進会議(令和3年3月) 次回作成予定日 令和 年 月 日

### 5.3 みんなの伝言板

<掲載場所> <http://www.city.toyota.aichi.jp/jigyousha/tetsuzuki/hukushi/1038052.html>

## みんなの伝言板

年 月 日 ( ) 時

★記入者★	本人・家族・医師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・その他 ( )
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
★Memo★ 今日のできごと・相談事項・その他 (名前 )	

チームや本人の状態に合わせて修正してください

年 月 日 ( ) 時

★記入者★	本人・家族・医師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・その他 ( )
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
★Memo★ 今日のできごと・相談事項・その他 (名前 )	

年 月 日 ( ) 時

<p>ちょっとした出来事などから感じた本人の意思を簡潔に記載します。 その中でも、大切だと思う内容は、マーカーを引くなど強調してください。</p>	
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
(名前 )	

年 月 日 ( ) 時

★記入者★	本人・家族・医師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・その他 ( )
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
★Memo★ 今日のできごと・相談事項・その他 (名前 )	

年 月 日 ( ) 時

★記入者★	本人・家族・医師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・その他 ( )
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
★Memo★ 今日のできごと・相談事項・その他 (名前 )	

### 5.3 みんなの伝言板（記載例）

## みんなの伝言板

2022年 4月 1日（金） 16時

★記入者★	本人・家族・医師・ <b>看護師</b> ・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・デイサービス・その他（ ）
体温	℃
★Memo★	<b>今日のできごと</b> ・相談事項・その他
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
身体の調子も良く、家族との旅行に行ったときの思い出を、 楽しそうに話してくれました。 （名前 看護 花子）	

2022年 4月 2日（土） 15時

★記入者★	本人・ <b>家族</b> ・医師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・デイサービス・その他（ ）
体温	℃
★Memo★	<b>今日のできごと</b> ・相談事項・その他
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
桜を見に、〇〇〇へ行きました。とても満足そうで、 <b>来年も 桜を見たいと話しました。</b> （名前 豊田 とよこ）	

大切だと思う内容は強調

2022年 4月 4日（月） 13時

★記入者★	本人・家族・医師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー <b>ヘルパー</b> ・デイサービス・その他（ ）
体温	℃
★Memo★	<b>今日のできごと</b> ・相談事項・その他
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
XXを心配されているようで、いつも食事は完食しますが、 <b>今日は珍しく、〇〇と△△を残しました。</b> （名前 介護 一郎）	

2022年 4月 5日（火） 18時

★記入者★	本人・ <b>家族</b> ・医師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・デイサービス・その他（ ）
体温	℃
★Memo★	<b>今日のできごと</b> ・相談事項・その他
体温	℃
血圧	mmHg
脈拍	回/分
呼吸	回/分
デイサービスで、とても楽しく歌を歌っていたようです。 ご飯も残さずに食べることができたみたいです。 （名前 リハビリ 次郎）	

2022年 4月 6日（水） 15時

★記入者★	本人・家族・ <b>医師</b> ・看護師・リハビリ・ケアマネジャー ヘルパー・デイサービス・その他（ ）
体温	36.6℃
★Memo★	<b>今日のできごと</b> ・相談事項・その他
体温	36.6℃
血圧	120/80mmHg
脈拍	65回/分
呼吸	15回/分
桜を見た日の話を楽しそうに話してくれました。 <b>来年も 桜を見たいから長生きしなきゃと意気込んでいました。</b> （名前 医師 太郎）	