

わたしの手帳記載マニュアル

1. わたしの手帳について

わたしの手帳は、あなたに関する様々な情報やあなたの希望を、あなたやご家族とあなたを支援する方々（かかりつけ医、専門医、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー、介護職員などの関係者）との間で共有することで、あなたが住み慣れた地域で安心して暮らせるようにすることの手助けとなることを目的としています。

わたしの手帳に記載されたあなたの情報は、原則として、あなたへの適切な医療・介護の提供に必要な限りにおいて使用され、その他の目的のために使用、又は第三者に提供されることはありません。

2. わたしの手帳の使い方について

- (1) わたしの手帳を使うにあたっての準備（同意書等）
わたしの手帳を受け取られたら、この手帳に記載される内容について、
 - 1) あなたを支援する方々が、それぞれの専門分野であなたを支援するために活用すること
 - 2) あなたやご家族の責任においてわたしの手帳を保管することに同意される場合に、手帳3ページ目の同意書にご署名下さい。もし、あなたが記載できない場合にはご家族に署名してもらって下さい。
- (2) わたしの手帳を使うにあたっての準備（表紙）
表紙に氏名と連絡先を記載することができます。連絡先の欄は、万が一紛失したときなどに中身を確認せず表紙を見ただけで連絡をしてもらえるように設けていますので、そのような時に連絡してほしい電話番号などを記載してください。もし、記載したくない場合には空欄でかまいません。
- (3) わたしの手帳の記載について（詳しい記載の仕方は、本マニュアル2ページからの各項目の記載方法に記してあります）
あなたはこの手帳の全てのページに記載できますが、医療や介護に関する専門的な内容を含む部分もあるため、基本的に青色のページを記載して下さい。もし、記載が困難な場合にはご家族と相談しながら記載してもらって下さい。その他のページには記載者として想定される職種が右上に書いてありますので、支援する方々に相談し、記載してもらって下さい。要介護認定を受けていない、ケアマネジャーがいないなど、関わっている専門職の方がいない場合には、できるだけあなたが記載して下さい。もし、記載が困難な場合にはご家族と相談しながら記載してください。全ての内容を記載する必要はありません。記載したくない場合には空欄でかまいません。
- (4) わたしの手帳の使用にあたってあなたはこの手帳をできる限り携行して、必要な時には（例えば、急な病気のために初めての医療機関に受診するときや新しい介護サービスの利用を始めるとき等）、支援する方々（医師、看護職員、ケアマネジャー等）に見てもらって下さい。また、かかりつけの先生については最初に見せて記載してもらおうほかにも、何か先生に伝えたい内容が新しくおこった場合にも見てもらって下さい。あなたを支援する方々が記載するにあたって、書き方がわからない場合などには、本マニュアル5ページから始まる、専門職向けのページを見てもらって下さい。
- (5) わたしの手帳の保管について。この手帳は、あなたやご家族ご自身の責任のもとで保管し、紛失することがないように気をつけてください。

3. わたしの手帳をうまく使うための工夫など

支援する方々に見てもらう場合や書いてもらう場合には、特に見てもらいたい部分などを開いて見せたり、その部分にクリップで印をつけておくなどするとよいでしょう。

4. 各ページの記載方法、記載上の注意

（青色のページについて示しています。それ以外のページは本マニュアル5ページから始まる専門職向けのページに示してあります。手帳の青いページ、「同意書」「わたし自身①」「わたし自身②」「わたし自身③」「わたしの状況③」「わたしのこれからのこと①」「わたしのこれからのこと②」「つながるページ」に記載して下さい。）

(1) 同意書(手帳3ページ)

同意書

本人（医師）専用

私は本手帳に記入されている個人情報、私の医療や介護に関わる関係者が活用することに同意します。

本手帳は、本人・家族等が責任を持って保管するとともに、紛失時の責任は保管者にあることを理解した上で、本手帳の活用に同意いたします。

平成 年 月 日

ご本人
ご家族
(介護者)

(続柄)

「個人情報」とは、個人に関する情報であつて、氏名や生年月日、その他個人を特定することができるあらゆる情報のことです。

わたしの手帳では、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるよう、あなたの「個人情報」をあなたやご家族とあなたを支援する方々との間で共有します。

この手帳のすべての項目に記載する必要はなく、あなたが医療や介護などの関係者で共有してほしい情報をあなたの意思で記載してください。

なお、この手帳を紛失等されますと、個人情報を悪用される可能性もございますので取り扱いには十分ご注意ください。

これらのことを理解したうえで同意書に記入してください。

(2) わたし自身①(手帳4ページ)

緊急時に連絡してほしい人については必ずしも二人記載する必要はありません。

わたし自身①

本人（医師）専用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

お名前			
フリガナ			
性別	男	・	女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住所			
電話番号	-	-	
家族のこと			
緊急時に連絡してほしい人①			
続柄		電話番号	- -
緊急時に連絡してほしい人②			
続柄		電話番号	- -

(3) わたし自身②(手帳5ページ)

わたし自身②

本人（医師）専用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

精神障害者 保健福祉手帳	あり・なし	
等級		
有効期限	平成	年 月 日
身体障害者手帳	あり・なし	
等級		
みどりの手帳 (療育手帳)	あり・なし	
等級		
成年後見制度	利用している・利用していない	
類型	後見 ・ 保佐 ・ 補助	
後见人等氏名		
電話番号		
備考		

障害者手帳をお持ちかどうか、記入してください。

成年後見制度について、不明の場合には、○をつける必要はありません。

(4) わたし自身③(手帳6ページ)

あなたがこれまでしてきた仕事、学生時代にやっていたスポーツなどについて、支障のない範囲でお書きください。あなたを支援する方々との話のきっかけになるかもしれません。

わたし自身③

本人（医師）専用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

わたしの経歴、大切な思い出など

いつ頃	内容

わたしの趣味や嗜好、熱心に取り組んできたことなど

わたしの日課や毎週・毎月やっていることなど

視力や聴力について

視力	両眼なし・両眼弱視・その他（ ）
聴力	両耳なし・耳が弱い・補聴器使用・その他（ ）
備考	

(5) わたしの状況③(手帳22～23ページ)

わたしの状況③

本人（医師）専用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

最近気になっていること、困っていること
（気分が落ち込んだり、不安が強くなったり、イライラしたり、疲れやすい、よく眠れない、物をよくなくす、人の名前が出てこない、転びやすくなった、トイレが間に合わないなど、日常生活の中で気づいたことを記入してください）

	内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

あなたが、最近気になっていることや困っていることを記載して下さい。例として、気分が落ち込む、不安が強い、イライラする、疲れやすい、よく眠れない、物をよくなくす、人の名前が出てこない、転びやすくなった、トイレが間に合わないなどが挙げられます。これらは、認知症の症状の可能性があるため、支援する方々が共有することであなたへの支援の向上に役立つことがあります。

(6) わたしのこれからのこと①(手帳24ページ)

本人（高齢） 年 月 日

わたしのこれからのこと①

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合は、本人に代わって、本人の意思やご家族等介護者や信頼できる方に記入してもらってください）。

わたしのこれから

- ・この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合ってください。
- ・確約はあくまで記入時の希望を示します。何歳でも変更は可能です。
- ・法律的な意味はなく、強制力ありません。

今後、認知症がすすむなどによって、家での暮らしが難しくなったりときや病気が重くなったりと、

①家族のサポートや、デイサービス、ショートステイなど必要なサービスを利用しながら、今まで暮らし続けてきた自宅で生活すること	記入日 年 月 日 ・希望する ・希望しない ・検討中
②必要に応じて介護施設に入所し、必要なサポートを受けながら暮らすこと	記入日 年 月 日 ・希望する ・希望しない ・検討中

③その他、どのような暮らしを希望されるのか希望について自由に記入してください

記入日： 年 月 日

あなたが認知症や脳血管障害といった病気でご自分では意思や希望を伝えることができなくなっている場合などに備えて、あなたの希望を記載するページです。記載したくない場合は記載する必要はありませんし、何度でも変更可能です。また、法律的な強制力はなく、その時々状況に応じて、必ずしもその通りになるとも限りません。あくまで参考となります。

(7) わたしのこれからのこと②(手帳25ページ)

人工的な水分・栄養補給の代表的な例としては、胃ろう(栄養を直接胃に送ること)や中心静脈栄養(身体の太い血管からカロリーの高い点滴を入れること)などが考えられます。これらの方法による生命維持を希望されるかどうか、又は検討中であるかにつきお答えください。意思表示が困難で回復の見込みがない状態であっても、胃ろうや中心静脈栄養を行うことにより、生命を維持するための水分や栄養は身体の中に入りますが、その状態で生命を維持することがご本人やご家族にとって意義があるものと思うかどうかは、考え方や経験、置かれた状況などによって様々です。

 わたしのこれからのこと②

本人（医師） 印

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合は、本人に話し合い、本人の意思をご家族等介護者記入してもらってください）。

- ・この欄は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- ・希望はあくまで記入の傾向を示します。何歳まで希望は可能ですが、治療の希望は強く、強制力はありません。

今後、認知症や脳血管障害などによって意思表示が難しくなり、意思を表示する能力の改善の可能性がないと医師が判断する状態になったとき

① 食事が食べられなくなり、食べられなくなる可能性がある見込みがないと医師が判断したときに、人工的な水分・栄養供給を希望する	記入日 希望する 希望しない 検討中 年 月 日
② 死が目前に迫っており、治療によっても回復の見込みがないと医師が判断したときに、人工呼吸、心臓マッサージによる生命維持を	記入日 希望する 希望しない 検討中 年 月 日

自分でも意思表示や判断が難しくなったとき、主治医が相談すべきときなどです。（お書きいただかなくても結構です）

ご関係： _____

記入日： _____ 年 月 日

人工呼吸や心臓マッサージによって、死期をある程度先に延ばすことができる場合がありますが、意思を表現できない状態となった場合に、そのような医療行為によって死期を少しでも先に延ばすことを希望される方と、そのような行為は行わず「自然な形で」「安らかに」「死を迎えたいと思われる方がおられます。どちらを選ぶかはその人それぞれです。

医療の現場では医師や他のスタッフ、ご本人、ご家族、その他の関係者が相談し、最善と判断される治療が行われていますが、時には、治療を行うかどうか判断が難しい場合があります。そのような場合には、あなたの医療に関する意思や希望が前もって記載されていることが、大変参考になることもあります。あなたの意思や希望に添った医療を行うことが極めて重要ですし、ご家族にとっても重大な決断を求められたときに、あなたの意思や希望が記載されていることが、決断の助けとなる可能性があります。

(8) つながるページ(手帳26～28ページ)

[illegible]

あなたの医療や介護などに携わる関係者や支援する方々に記載してもらってください。また、支援する方々からあなたへ向けてのメッセージや関わった状況などを記載してもらってください。

関係者や支援する方々が閲覧されることで、支援者間の連携の助けになります。

5. 関係者の方々へ

わたしの手帳は、ご本人、ご家族、医療関係者、介護関係者、その他支援に関わる方々がご本人に関する情報を共有し、良い支援をするための情報共有ツールとして作成されています。ご本人やご家族、関係機関から提示があった場合には、ご対応下さるようお願いいたします。様々な情報やご本人の希望が記載されていますので、是非ご活用ください。本手帳を発行(手帳をご本人・ご家族に渡すこと)された方はご本人・ご家族から同意が得られたら、同意書に署名してもらい、手帳の使用を開始して下さい。

わたくしの手帳で得られた情報は、ご本人への適切な医療・介護の提供に必要な限りにおいて使用するとともに、個人情報保護に十分ご留意下さい。

担当の医療機関へのお願い

- (1) わたしの手帳を持参されたご本人について、どの医療機関を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているか、どの介護サービス事業所を利用しているか等を確認したいときに参照して下さい。
- (2) わたしの手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。
- (3) 貴医療機関の診療で有用と思われる項目（例えばデイスサービスでの血圧や現在の体重など）が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。
- (4) 手帳の赤いページ、「わたしの医療・介護②」「わたしの医療・介護③」「わたしの医療・介護④」「わたしの医療・介護⑤」「わたしの状況①」「つながるページ」の記載にご協力をお願いします。

1) わたしの医療・介護②③(手帳8~9ページ)

②に既往症を③に現在診療中の疾患名を記載して下さい(いわゆる保険病名は記載して頂く必要はありません)。新たに診断した場合には、その都度追加して下さい。このページの目的は、ご本人がこれまでどのような疾患を持っていたかまた、どのような疾患を持っているかを、ご本人・ご家族・支援する関係者間で情報共有することです。夜間・休日に救急対応が必要になった場合等においては、本ページが役に立つことが期待できます。

2) わたしの医療・介護④(手帳10～13ページ)

新たに処方した薬や変更した薬について、その処方の目的・意図がわかるように記載して下さい。お薬手帳のシールをご本人・ご家族や薬局・薬剤師等に貼ってもらっても結構です。

このページの目的は、担当者が変わった場合でも、処方目的・意図がわかるようにするためです。目的や意図がわかれば、薬の継続・中止・変更の判断が必要になった場合に参考になります。

(5) わたしの医療・介護⑤(手帳14～15ページ)

医療機関受診時に血圧や体重を測定した場合、記載して下さい。

(6) わたしの状況①(手帳18ページ)

MMSE、HDS-R、その他の評価スケールなどを実施したときには、その結果と評価日を記載して下さい。

本ページは、MMSE や HDS-R など認知機能評価を頻回に実施することがご本人の負担になることを考慮し、評価を実施した場合にその情報を関係者間で共有することでご本人の支援に役立てられるようになることを目的としています。

(7) つながるページ(手帳26～28ページ)

ご本人・ご家族に関わっている関係者や支援する方々に記載していただくことで、お互いの関わり状況を知っていただき連携の助けとしていただくためのページです。所属機関や職種、担当者氏名とともにご本人・ご家族に向けてのメッセージや関わった状況などを記載してください。

担当の介護サービス事業所へのお願い

(1) わたしの手帳を持参されたご本人について、どの医療機関を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているか、どの介護サービス事業所を利用しているか等を確認したいときに参照して下さい。

(2) わたしの手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。

(3) 貴事業所のサービス提供にあたって有用と思われる項目(例えば医療機関での血圧や処方薬の処方目的など)が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。

(4) 手帳の赤いページ、「わたしの医療・介護⑤」「つながるページ」の記載にご協力をお願いします。

1) わたしの医療・介護⑤(手帳14～15ページ)

貴事業所でサービス利用中に、血圧や体重を測定した場合、記載して下さい。

2) つながるページ(手帳26～28ページ)

ご本人・ご家族に関わっている関係者や支援する方々に記載していただくことで、お互いの関わり状況を知っていただき連携の助けとしていただくためのページです。所属機関や職種、担当者氏名とともにご本人・ご家族に向けてのメッセージや関わった状況などを記載してください。

担当の薬局・薬剤師様へのお願い

(1) わたしの手帳を持参されたご本人について、どの医療機関を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているか、どの介護サービス事業所を利用しているか等を確認したいときに参照して下さい。

(2) わたしの手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。

(3) 薬剤に関するサービス提供にあたって有用と思われる項目(例えば医療機関や介護サービス事業所での血圧や処方目的など)が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。

(4) 手帳の赤いページ、「わたしの医療・介護④」「つながるページ」の記載にご協力をお願いします。

1) わたしの医療・介護④(手帳10～13ページ)

初回処方時と薬剤変更時に、追加で薬剤シールを発行するなどし、記載するかシールの貼り付けをして下さい。追加や増減した薬剤に赤線を引くなど、関係者が気づきやすい工夫をしていただけると助かります。変更がない場合には特に記載する必要はありません。

2) つながるページ(手帳26～28ページ)

ご本人・ご家族に関わっている関係者や支援する方々に記載していただくことで、お互いの関わり状況を知っていただき連携の助けとしていただくためのページです。所属機関や職種、担当者氏名とともにご本人・ご家族に向けてのメッセージや関わった状況などを記載してください。

担当のケアマネジャー様へのお願い

(1) わたしの手帳を持参されたご本人について、どの医療機関を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているか、どの介護サービス事業所を利用しているか等を確認したいときに参照して下さい。

(2) わたしの手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。

(3) ケアの提供において有用と思われる項目(例えば医療機関での血圧や処方薬の処方目的など)が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。

(4) 手帳の黄色いページ、「わたしの医療・介護①」「わたしの医療・介護⑥」「わたしの医療・介護⑦」「わたしの状況②」「つながるページ」の記載にご協力をお願いします。

1) わたしの医療・介護①(手帳7ページ)

ご本人・ご家族と相談し、現在関係している医療機関等を可能な限り記載して下さい。認知症サポート医、認知症専門医など、受診していない場合や不明な場合には記載する必要はありません。

2) わたしの医療・介護⑥(手帳16ページ)

要介護認定の状況や担当者の連絡先などについて記載して下さい。

3) わたしの医療・介護⑦(手帳17ページ)

現在利用している介護サービスとその事業所名を記載して下さい。また、介護サービスに限らず、ご本人が利用している配食サービスや見守りサービスなどについても記載して下さい。サービス変更時にはその都度記載をするようにして下さい。

4) わたしの状況②(手帳19～21ページ)

ご本人の現在の状態につき、ご本人・ご家族と相談の上、あてはまる番号(1～3)に○を付けて下さい。必要があれば具体的な状態を備考欄に記載して下さい。(例:食事は自分で食べられるが、むせがあり観察が必要など)。

また、ご本人とご家族の間で状態のとらえ方に違いがある場合も想定されます。よく話し合いをした上で、記載するようにして下さい。

状態が変化したときには、その都度新たなページへ、記載するようにして下さい。

5) つながるページ(手帳26～28ページ)

ご本人・ご家族に関わっている関係者や支援する方々に記載していただくことで、お互いの関わり状況を知っていただき連携の助けとしていただくためのページです。所属機関や職種、担当者氏名とともにご本人・ご家族に向けてのメッセージや関わった状況などを記載してください。

※「わたしの手帳」は、平成28年度埼玉県認知症医療介護等広域連携体制構築事業により作成しました。

※埼玉県済生会鴻巣病院のホームページからも各ページのダウンロードが可能です。ページの追加等にご利用ください。