

利用者様

この「青葉区医療・介護連携ノート」は、青葉区にお住いの在宅療養者の方が、病状が悪化した時や緊急時、さらに災害時などに安心して医療が受けられ、少しでも早く元の生活に戻れることを目標に作成されたものです。

医療・介護に関する事やお薬の情報などが入っています。ご自宅の決まった場所に保管し、ご自身で管理する『健康カルテ』として、さらにご自宅と病院とを結ぶ橋渡しとなる『連携ノート』として活用いただければ幸いです。

例えば、

- ・急に具合が悪くなり病院を受診する時
→この「青葉区医療・介護連携ノート」を持って病院を受診し、
病院の職員にお渡しください。
- ・救急車を呼んだ時
→救急隊にこの「青葉区医療・介護連携ノート」をお渡しください。
- ・大震災などの災害時
→医療情報ファイルとして活用してください。

この「青葉区医療・介護連携ノート」は、ご自宅等に訪問して下さる医師のほか、関係する方々で情報を共有します。ケアマネジャーや訪問歯科医、訪問薬剤師の方々にも提示してください。

また、連絡先等が分かるよう、名刺ポケットで関係者の連絡を整理します。ご自身またはご家族から、名刺挿入について、お伝え下さい。

以上の内容を確認したうえで同意し、「青葉区医療・介護連携ノート」を利用します。

平成 年 月 日 氏名 _____

(本人・代理人)

青葉区 医療・介護連携ノート フェイスシート

作成日	平成 年 月 日	更新日①	平成 年 月 日
更新日②	平成 年 月 日	更新日③	平成 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
M T S 年 月 日生 (歳)			
住所			
緊急連絡先	①	氏名	(歳) 続柄
		住所	電話番号
	②	氏名	(歳) 続柄
		住所	電話番号

現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中		
感染症	HBs	抗原 () 抗体 ()	未検
	HCV	抗体 - +	未検
	疥癬	- + 部位 ()	未検
	結核の既往	無 ・ 有 (歳)	不明
	その他		
麻痺	無 ・ 有 ()	不明	

使用中医療機器	在宅酸素(L/分) ・ ペースメーカー ・ その他()
	透析(腹膜 血液 ⇒ シヤント 右 ・ 左 透析日: 月 火 水 木 金 土 日)
アレルギー・禁忌薬	食べ物() 薬() その他()
備考	

介護保険	被保険者番号		保険者番号	
	要介護度	有効期間		認定日 交付日
		H 年 月 日 ~ H 年 月 日	/	/
		H 年 月 日 ~ H 年 月 日	/	/
		H 年 月 日 ~ H 年 月 日	/	/

医療保険 (国保 健保 共済 生保 無保険 後期高齢者 その他)			
保険者番号		被保険者番号	
保険負担割合	割	公費負担医療	
特定疾患 無 ・ 有 ()			
身障手帳 無 申請中 不明 有 (種 級 年 月 日交付)			

病院名等			
在宅主治医		診察券番号	
その他かかりつけ病院		診察券番号	

わたしの医療に対する希望 ~もしもの時にそなえて~

この「わたしの医療に対する希望」は、あなたが、事故や病気等で判断能力を失うなど、意思表示ができなくなった場合に備え、事前に自分自身が受ける医療の決定に関する希望を書面等で示しておくことを目的としています。

これは、あなたが、判断能力の回復が見込めない状態になっても、ご自身の価値観を尊重した医療やケアを受けることにつながり、また、自分らしい最期を迎えるためにも必要となります。

この「わたしの医療に対する希望」への記載内容は、いつでも修正・撤回できますので、定期的な見直しをお勧めします。また、この「わたしの医療に対する希望」は、法律的な効力を有しません。

1. 基本的な希望

痛みや苦痛について	<input type="checkbox"/> できるだけ抑えてほしい (<input type="checkbox"/> 必要なら鎮静剤を使用してほしい) <input type="checkbox"/> 自然のままでもいい <input type="checkbox"/> 決めていない
人生の最終段階 (最期) を迎える場所について	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病状に応じて <input type="checkbox"/> 決めていない
最期まで続けたいこと (日課・趣味など)	

2. 人生の最終段階 (最期) を迎えたときの希望

鼻チューブによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない <input type="checkbox"/> 決めていない
胃ろうによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない <input type="checkbox"/> 決めていない
点滴による水分/栄養分の補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない <input type="checkbox"/> 決めていない
輸血の使用	<input type="checkbox"/> 使ってほしい <input type="checkbox"/> 使って欲しくない <input type="checkbox"/> 決めていない
心臓マッサージなどの心肺蘇生	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない <input type="checkbox"/> 決めていない
延命のための人工呼吸器	<input type="checkbox"/> つけて欲しい <input type="checkbox"/> つけて欲しくない <input type="checkbox"/> 決めていない
その他の希望 (自由記載)	

※別紙の『わたしの医療に対する希望』の記載にあたっての説明書』で、各項目の説明をご確認ください。

3. 判断能力が失われ意思表示ができなくなった場合、主治医が相談すべき人はどなたですか

お名前 () ご関係 ()

本人署名 _____ (年 月 日)

家族署名 _____ (年 月 日)

※ 救急で運ばれた時や病院に受診する際に、「わたしの医療に対する希望」を入れた青葉区医療・介護連携ノートを、救急隊や病院職員にお渡しください。

※ この「わたしの医療に対する希望 ~もしもの時にそなえて~」は、定期的に見直しを行ってください。様式は青葉区在宅医療連携拠点ホームページからダウンロードできます。

「わたしの医療に対する希望」の記載にあたっての説明書

もしもの時、ご自身の価値観を尊重した医療やケアを受けるための参考としていただくために「わたしの医療に対する希望」を作成いたしました。この「私の医療に対する希望」は、あなたが自分らしい最期を迎えるための医療に対する希望を記載していただくものです。

この「わたしの医療に対する希望」は法的な効力を有さず、強制力もありませんが、あなたの意思が尊重されるという意味においては必要となる意思表示です。現時点の医療に対する希望を記入してください。また、記載内容は、何時でも変更・更新できますので、記入した希望内容が変わった時や、毎年決めた日に定期的に見直しをしていただくことをお勧めします。

1 基本的な希望

痛みや苦痛・最期を迎えたい場所について希望を記載している現時点の希望にチェックをつけてください。

最期まで続けたいこと：お気に入りの食事（朝はごはんのみそ汁等）、お酒等の嗜好品、散歩、好きなテレビ等や日課になっていること、趣味等を記入してください。

2. 人生の最終段階を迎えたときの希望の各項目の解釈

人生の最終段階とは、老衰・病気・障害の進行により死に至ることを回避するいかなる方法もなく、予想される死期が相当程度差し迫ってきている段階を意味しています。

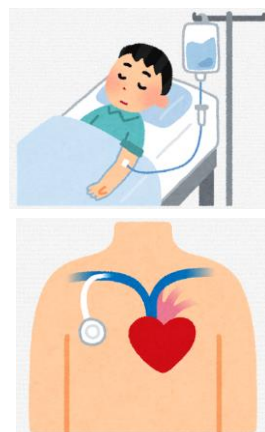
①鼻チューブ・胃ろうによる栄養補給

- ・鼻チューブは、鼻から胃まで管を通し、そこから栄養や水分を流入することをいいます。
- ・胃ろうとは、口から十分に栄養が取れないとき、胃に栄養を送るための小さな穴を作り、その穴に管を通し、その管から栄養や水分などを流入するための処置をいいます。
- ・胃ろうは、事前に内視鏡と若干の器具を用い、局所麻酔下で開腹することなく栄養補給のための胃ろうを作る手術（経皮内視鏡的胃ろう造設術）をうける必要があります。鼻チューブよりも一般的に管理しやすい方法です。
- ・胃ろうや鼻チューブでは、つねに栄養補給ができます。しかし、人生の最終段階においては、供給された栄養を十分に取り入れることができないため、徐々に低栄養になります。また、栄養剤が食道から口の中に逆流して肺炎を引き起こすことがあります。



② 点滴による水分/栄養分の補給

- ・点滴による水分補給は、すぐに重度の脱水にならないようにできますが、栄養はほとんどなく、次第に低栄養が進行します。
- ・胃や腸から栄養が取れなくなった際には、太い静脈に点滴チューブを通し、より多くの栄養を持続的に入れる**中心静脈栄養**という方法がありますが、胃ろうや鼻チューブでの栄養補給の時と同様、人生の最終段階においては、徐々に低栄養になります。また、点滴チューブを介した感染症を起こすことがあります。



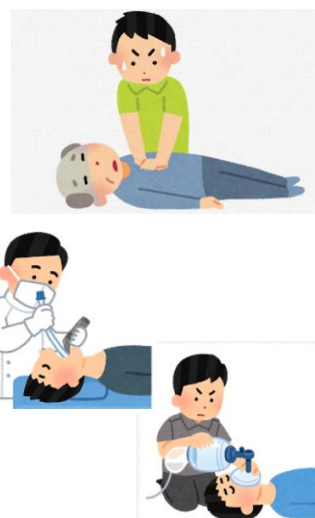
③ 輸血の使用



- ・輸血は他人の血液を自分の体に入れる治療です。体質に合わなかったり、病気がうつってしまったりする可能性もあります。輸血中や輸血後すぐに症状の出る副作用ばかりでなく、輸血から数日後、数週間後、数年から 20 年 30 年後に問題になる副作用もあります。

④ 心臓マッサージなどの心肺蘇生

- ・心肺蘇生とは、死が迫ったときに行われる、心臓マッサージ、気管挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤投与等の医療行為をいいます。
- ・心臓マッサージをすると、心臓が一時的に動き出すことがあります。(マッサージを止めると、心臓の動きがとまることもあります。)
- ・気管挿管の場合、必ずしもすぐに人工呼吸器を装着する訳ではなく、多くの場合、手動のバック (アンビューバック) を連結して医療スタッフが呼吸補助をします。この行為により、一時的に呼吸が戻る場合があります



⑤ 延命のための人工呼吸器

- ・延命のために人工呼吸器を装着後、人生の最終段階においての疾患の違いにより、死亡するまで期間は異なります。



各病院の関係者様

この「青葉区医療・介護連携ノート」を活用いただいた後は、ご利用者様本人若しくはご利用者様ご家族に、このノートをお戻しく下さい。

なお、このノートを返却が困難な場合や、運用に関するお問い合わせは、下記までお願いします。

問合せ先

青葉区在宅医療連携拠点

TEL 045-910-3120

青葉区役所 福祉保健センター 高齢・障害支援課

TEL 045-978-2449 FAX 045-978-2427

青葉区医療・介護連携ノート保管場所 オリジナルステッカー
サイズ：縦 100×横 150mm アート紙 色数 4/0C



① このステッカーに「青葉区医療・介護連携ノート」を保管している場所をお書きください。

※ 救急隊が発見しやすいよう、玄関での保管を推奨しています。

② このステッカーは、玄関扉裏に貼ってください。