

有田地方地域連携パス

～もしものためのノート～ 



様

開始日 令和 年 月 日



**医療機関の受診や介護保険サービス機関を利用する時は
必ずこのノートをお出してください。**

はじめに

このノートは、病院での検査内容や普段飲むお薬など、ご自身の情報を書くことで、かかりつけ医、訪問看護ステーション、デイサービス、訪問介護、地域包括支援センターなどで、情報を共有し、スムーズに治療や介護が受けられることを目指した「地域連携パス」です。ご自身もしくはご家族で大切に保管していただき、医療機関の受診や介護保険サービス利用の際に出せるよう、**常に携帯**していただければ幸いです。

また、このノートに書かれた情報は個人情報です。関係機関の皆様には個人情報保護にご配慮いただくと共に、趣旨に賛同いただき、積極的に活用していただければ幸いです。何卒よろしく申し上げます。

このノートは次のような内容になっています。 (ページ番号)

[基本]地域連携同意書	02・03 (青色)	●
[わたしのプロフィール]	04・05 (桃色)	●
[認知症チェックシート]	06 (桃色)	●
[問診表 (認知症の症状がある方)]	08 (桃色)	●
[認知症進行度チェック表].	09・10 (黄色)	●
[主治医・医師 記載欄]	12・13 (赤色)	●
[内服薬説明書 貼り付け欄]	14 (赤色)	●
[血液検査等結果 貼り付け欄]	15 (赤色)	●
[予防接種等 記入・貼り付け欄]	16 (赤色)	●
[介護保険の情報]	17・18 (緑色)	●
[現在治療中の合併症と治療薬]	19 (緑色)	●
[わたしのあしあと]	20 (桃色)	●
[もしもの時のために]	21～24 (桃色)	●
[メッセージ (伝えたいこと)]	25・26 (桃色)	●

各ページについて誰が書くのか、色別で示してあります。

※ただし、色分けは原則であり、他の方が書いても構いません。

- 青色 = 本人・家族・各関係機関用
- 桃色 = 本人・家族用
- 黄色 = 家族・介護機関用
- 赤色 = 医療機関用 (かかりつけ医・専門医等)
- 緑色 = 介護支援専門員 (ケアマネジャー) 用

<地域連携同意書>

私は、関係機関間での情報共有等、地域連携パスの活用に同意します。
このノートは本人、家族もしくは介護者が責任を持って保管します。

ご本人氏名

署名代行者名

(続柄：)

TEL ()

家族等氏名

(続柄：)

TEL ()

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL : ()	
	TEL : ()	

<専門医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL : ()	
	TEL : ()	

<介護支援専門員（ケアマネジャー）>

事業所	連絡先	担当者
	TEL : ()	

<地域包括支援センター>

事業所	連絡先	担当者
	TEL : ()	

<介護保険サービス>

事業所	連絡先	担当者
	TEL : ()	

<訪問看護ステーション>

事業所	連絡先	担当者
	TEL : ()	

<民生委員等>

担当者	連絡先
	TEL : ()
	TEL : ()
	TEL : ()

わたしのプロフィール（1）

本人・家族用

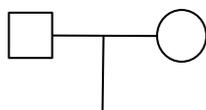
記入者： (関係：)

ふりがな 名前		(性別)
		男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所		
生活状況	自宅 施設 (種別 名称)	
年金受給状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金	

《家族構成》 独居 同居

主介護者	(歳)	続柄：	同居・別居
------	------	-----	-------

(家族構成図)



: 男性 : 女性 : 死亡 ◎ : 本人現在の同居者は で囲む

《ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号》

関係	氏名	連絡のとれる時間帯	電話・携帯
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間	()
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間	()
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間	()
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間	()
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間	()
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間	()
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間	()

わたしのプロフィール（２）

本人・家族用

身長（ cm）／体重（ kg）	
利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明・補聴器（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（お薬： /食物： ）
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他） ・過去に、肺結核にかかったことが（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他）
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他（ ）
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）年間×（ ）/日
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）年間×（ ）本/日（ ）年間禁煙
習慣	（長年なじんだ習慣・好み・こだわり等）
職業歴	現在： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）元：
最終学歴	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校（旧中学校） <input type="checkbox"/> 大学
性格	<input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> 陰気 <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 優柔不断 <input type="checkbox"/> せっかち <input type="checkbox"/> その他（ ）
これまでにかかったことのある病気	
・糖尿病・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・高血圧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・脂質異常症・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・心臓病（狭心症・心筋梗塞）・・・・・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・脳卒中（脳梗塞・脳出血）・・・・・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・頭部外傷（打撲・交通事故等）・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・甲状腺機能低下症・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・精神疾患・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・その他（癌・手術など）・・・・・・（ ）	
ご本人、ご家族のご希望をお書きください。	

これまでに、こんな症状はありませんでしたか？

- 今、切ったばかりなのに電話の相手の名前を忘れる
- しまい忘れ、置き忘れが増え、いつも探し物をしている
- よく知っている人の名前を忘れる
- ものの名前が出てこなくなった
- 簡単な計算の間違いが多くなる、いつも大きなお金で支払いをする
- 料理、片づけ、運転等のミスや、蛇口、ガス栓の閉め忘れが多くなった
- 雑誌や新聞、テレビ番組の内容が理解できなくなった
- 薬の飲み忘れが多くなった
- 今日の日付、時間がわからない
- 慣れているところでも道に迷うことがある
- 約束の日時、時間がわからない
- ささいなことで怒りっぽくなった
- 自分の失敗を人のせいにしたたり、以前よりも疑い深くなった
- 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった
- 身だしなみに気をかけなくなった
- 一人で外出することが減った
- 気分が落ち込みやすくなった

5つ以上チェックがある人は認知症の可能性ががあります！

4つ以下でもご心配な方や症状が目立つようになってきた方は、一度お住まいの地域包括支援センターなどへ相談してみましよう。



「認知症チェックシート」は、ご本人やご家族の「もしも？」にお答えします。
認知症への気づきから、早期治療また適切なケアまでのきっかけとなるシートです。
一人で悩まずに、まずは相談することが大切です。
認知症の正しい知識や情報をもとに地域で支える認知症ケアを実現していきましょう。

気づき

最近 なんだか言動や行動
がおかしい？
物忘れが多くなってきた…。

認知症チェックシート
をしてみませんか？

相談

家族や民生委員さん、
地域包括支援センターに
相談してみませんか？

ものわずれ相談
に行ってみましょう。

受診

かかりつけの先生や
こころの医療センターに受
診してみましよう。

認知症疾患医療センター
へも相談してみましよう。

日常生活の支援

介護保険の利用や地域の
福祉サービスについて相談
してみましよう。

もしもノートを活用
してみましよう。

私らしい「いき方」

自分の生き方、逝き方は
自分で決めていきましよう。

エンディングノートに自分の
思いを記しましよう。

～認知症予防に大切なこと～



- ☆ 体を動かす
- ☆ 日記をつける
- ☆ 新聞や本を声に出して読む
- ☆ 友達とおしゃべり・笑う
- ☆ 趣味や楽しみを見つける
- ☆ 普段し慣れないことにチャレンジ！



一番大切なことは・・・楽しく 長く！

認知症かな？と思われる症状がある方はお答えください。

1. 症状に気づいたのはいつ頃ですか？ 年 月頃

2. 症状は急に始まりましたか？ 急に いつのまにか

3. 症状に気づいたのは本人ですか、周囲の人ですか？ 本人 周囲の人

4. 症状は日によってあるいは一日の内で変動はありますか？ ある ない

5. 今一番お困りのことは何ですか？

()

6. 現在服用している薬はありますか？ ある ない

それは、何の薬ですか？

高血圧 糖尿病 心臓病 脂質異常症 脳卒中

その他

()

認知症進行度チェック表

家族・介護機関用

※ 3～6ヶ月毎を目安に記載
認知症進行度チェック表解説を参照してください。

確認する項目		選択肢（あてはまる番号を選びチェック欄に○印）	開始時	
			年 月	年 月
			チェック欄	チェック欄
記憶	ここ数ヶ月間の悪化傾向	1. あり 2. なし 3. 不明	1 2 3	1 2 3
	最近の出来事に対して	1. 数分前～数時間 2. 数日前のこと 3. ときどき忘れる 前の事も忘れていて も忘れていて	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のこと 2. 数年前のこと 3. ときどき忘れる も忘れていて も忘れていて	1 2 3	1 2 3
行動	自力歩行	1. できない 2. 一部介助 3. できる	1 2 3	1 2 3
	外出状況	1. 外出なし 2. 家族と一緒になら可能 3. 1人で可能	1 2 3	1 2 3
	金銭管理	1. 全介助 2. 一部介助 3. 不明	1 2 3	1 2 3
	薬の内服	1. 全介助 2. 一部介助 3. できる	1 2 3	1 2 3
食事	食事介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3
	1食あたりの食事量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. 食べすぎ傾向	1 2 3	1 2 3
	1日の水分量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. とりすぎ傾向	1 2 3	1 2 3
トイレ	排泄介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3
	尿・便失禁	1. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3
	おむつ使用 (紙パンツ含)	1. 常時使用 2. 夜間のみ使用 3. なし	1 2 3	1 2 3
入浴	入浴介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3
	入浴拒否	1. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3
着脱	介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3
	服の前後を間違える	1. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3
	ボタン	1. 全介助 2. 一部介助 3. できる	1 2 3	1 2 3
他の症状の確認	1. 徘徊 2. 幻覚妄想 3. 夜間不眠	1 2 3	1 2 3	
	4. 日中傾眠 5. 興奮 6. 無関心、意欲低下	4 5 6	4 5 6	
	7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行為	7 8 9	7 8 9	
介護者の方の印象	1. 表情が良くなり穏やかになった	1	1	
	2. 意欲が出てきた	2	2	
	3. 一度言ったことを繰り返す回数が減った	3	3	
	4. 以前と変わらない	4	4	
	5. 悪くなった	5	5	
	記載者			
	関係			

認知症進行度チェック表

家族・介護機関用

年月	年月	年月	年月	年月	年月
チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6
7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5

認知症進行度チェック表解説

確認する項目	全介助	一部介助
自力歩行	・歩行できない場合 (何かにつかまったり、支えてもらっても歩けなかったり、車椅子を使用しなければならない等の場合)	・杖や歩行器を使用する、壁に手をかける、手引きを行う、腕を介護者が支える等により、歩行できる場合
金銭管理	・所持金の支出の把握、管理、出し入れする金額の計算等の全てに介助が行われている場合	・金銭管理の一部に介助が行われている場合 (小遣いとして小額のみ自己管理している場合や財布の中身を確かめ清算等の介助をしている場合も含む)
薬の内服	・薬や水を手元に用意し、口に入れる等全て介助が行われている場合	・薬の分包、薬を飲む時の見守り、飲む薬や水を手元に用意するなど、何らかの介助を行っている場合。
食事介助	・食器の上の食べ物を口に入れるまでの行為の全てに介助が行われている場合	・食器の上の食べ物を口に入れるまでの行為の一部のみ介助が行われている場合 (食べやすくするための介助や、スプーン等に食べ物を乗せる介助も含む)
排泄介助	・ズボンの上げ下げ、陰部の清拭、トイレの水洗、おむつ、尿とりパットの交換等の全てに介助が行われている場合	・ズボンの上げ下げ、陰部の清拭、トイレの水洗、おむつ、尿とりパットの交換等の一部に介助が行われている場合
入浴介助	・浴槽への出入り、身体を洗う行為全てに介助が行われている場合	・浴槽の出入りや、スポンジや手拭いに石鹸やボディシャンプー等を付けて全身を洗う行為の一部に介助が行われている場合
着脱介助	・上の衣服やズボンを着たり脱いだりする行為全てに介助が行われている場合 (服を体にあてがう行為や、袖とおし、ズボンに足を通す行為など全て介護者がおこなっている場合)	・上の衣服やズボンを着たり、脱いだりの一部に介助は行われている場合 (ズボンや上着を構えると自分で袖を通す場合や、ズボンを引き上げる部分で介助が行われている場合も含む)
ボタン	・ボタンのかけはずしの全てに介助が行われている場合	・ボタンのかけはずしの一部に介助が行われている場合 ・ボタンの掛け間違いがある場合

他の症状確認

- 徘徊・・・・・・・・歩き回る・車椅子で動き回る・床やベッドの上で這い回る等目的なく動き回る
- 幻覚・妄想・・・・・・・・ありもしない幻が見える、聞こえる(何も無いところに向かって話しかけている)
実際に盗られていないのに、物を盗られたと言う等
- 夜間不眠・・・・・・・・夜間に何度も目覚め良く眠れていない
- 日中傾眠・・・・・・・・日中、居眠りしている時間が多く、活動できない
- 興奮・・・・・・・・怒りやすい、興奮しやすい。大声をだしたりする
- 無関心・意欲低下・・何もしようとしない、関心を示さない
- 火の不始末・・・・・・・・ガス栓の締め忘れ、なべを焦がす、タバコの火の消し忘れなど
- 不潔行為・・・・・・・・便をいじる
- 異食行為・・・・・・・・食べ物でないものを食べる

※記入欄の上からお薬に関する資料を貼付されても構いません。
普段のお薬や、追加されたお薬などを貼付・記入してください。

お薬の名前	用量・投与方法	いつから	何に対して

※記入欄の上から検査の結果等を貼付されても構いません。
日頃の値や大きく値に変化があったときに貼付・記入してください。

検査名	実施日	医療機関	結果
-----	-----	------	----

現在の要介護度

- 未申請
- 申請中
- 要支援もしくは要介護

※要支援もしくは要介護の場合は、下の表に記入してください。

認定有効期間	介護認定	ケアマネ名	居宅事業所名
初回認定			
年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援 ()		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 要介護 ()		
年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援 ()		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 要介護 ()		
年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援 ()		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 要介護 ()		
年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援 ()		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 要介護 ()		
年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援 ()		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 要介護 ()		

介護サービス利用状況

各介護サービス	利用内容（内容が変わった場合、右へ記入していただきます。）			
訪問介護	(例) 週1回 (月・木)			
訪問入浴	(例) 週2回 (月・木)			
訪問リハビリ	(例) 週2回 (月・木)			
訪問看護	(例) 週2回 (月・木)			
デイサービス	(例) 週2回 (月・木)			
デイケア	(例) 週2回 (月・木)			
ショートステイ	(例) 月3日			
居宅療養管理指導	(例) 月2回			
福祉用具レンタル	(例) ベッド・車いす			
福祉用具購入	(例) シャワーチェア			
住宅改修	(例) 玄関手すり			

疾患名・疾患の有無		処方薬	医療機関名
○糖尿病	有・無・不明		
○高血圧	有・無・不明		
○心臓疾患	有・無・不明		
○脂質異常症	有・無・不明		
○甲状腺 機能低下症	有・無・不明		
○脳卒中	有・無・不明		
○精神疾患	有・無・不明		
○頭部外傷	有・無・不明		
○その他			

あなたが歩んできた道を思い返してみましよう。
(学校・仕事・家族のこと など)

年	月	(才頃)
特技や資格		
エピソード (～心に残る思いで深い出来事～)		

<今後のこと>

1. 老後にしたいこと

()

2. 老後を過ごしたい場所

- 自宅で過ごしたい
- 老人ホームなどで過ごしたい
- 家族の家で過ごしたい
- その他 ()

※入所したい老人ホーム等が決まっていれば具体的に記入してください。

()

<もしもの時にどうして欲しいか>

1. 要介護状態になった場合は

- 自宅で介護してほしい
- 専門の施設で介護をして欲しい
- 特に希望はありません。家族に任せます

2. 胃ろうについて（胃に直接管を入れて栄養剤を注入する方法）

- 胃ろうの処置をしてほしい
- 胃ろうの処置をしてほしくない
- 特に希望はありません。家族に任せます

3. 私の最後は

- 自宅で過ごしたい
- 病院やホスピスなど専門の施設で過ごしたい
- 老人ホームなどで過ごしたい
- 特に希望はありません。家族に任せます

4. もし死ぬかもしれない悪性の病気にかかった場合、正確な病名を

- 知りたい
- 知りたくない

5. あとどれくらい生きられるかといったことを
知りたい 知りたくない

6. 延命治療について

※詳しくは23・24ページ「もしもの時のために（延命治療）本人・家族用」を参照ください。

- 延命治療をして欲しい 延命治療はやめて欲しい
回復の可能性があれば延命治療をして欲しい

7. わたしが頼りにする人

もし、ご自分で判断ができない状態になった時、あなたのことについて
どなたに相談すればよろしいですか？

氏名： _____（続柄 _____）

TEL： _____

住所： _____

<わたしの人生が終了したら>

1. お葬式は

- 葬儀場でしたい 自宅でしたい
その他（ _____ ）

2. 柩（ひつぎ）と一緒に入れてほしいものがある

- はい いいえ

※入れてほしい物（入れてはいけない物もありますので、確認しましょう）

[_____]

3. 臓器の提供を希望されますか？（脳死となった場合）

- 希望します 希望しません
家族に任せます

4. 献体（医学の発展のため、大学での教育のために提供すること）

- 希望します 希望しません

※生前に、医科大学等での登録が必要です。



延命治療について

「延命治療」とは「命を延ばす治療」、つまり長く生命を維持するための治療のことで、主に下記のものがあります。

あなたが人生の最期をどう迎えたいか、よく考えてみましょう。

その考えを、ご家族や主治医、周囲の人たちと話し合ってみてください。

また、考えが変わったらいつでも書き直してください。

【呼吸機能】

酸素投与 : 希望する 希望しない

気管挿管 : 希望する 希望しない

気管切開 : 希望する 希望しない

人工呼吸器 : 希望する 希望しない

【栄養補給】

末梢点滴による水分補給 : 希望する 希望しない

中心静脈栄養 : 希望する 希望しない

経鼻胃管 : 希望する 希望しない

胃ろう : 希望する 希望しない

【その他の処置】

輸血・血液製剤の使用 : 希望する 希望しない

人工透析 : 希望する 希望しない

心肺蘇生 : 希望する 希望しない

用語説明

酸素投与

鼻チューブやマスクを使い、鼻や口から高濃度の酸素を吸入します。

気管挿管

口から気管に管（挿管チューブ）を入れ、肺に強制的に空気を送り込みます。その後人工呼吸を行うこともあります。

気管切開

のど（気管）に手術で穴を開け、直接気管に管を入れて気道を確保します。この処置を行うと声を出せなくなります。

人工呼吸器

自力で呼吸ができない時、気管に入れた管から機械（人工呼吸器）で呼吸させます。一度装着すると、その後人工呼吸器を外すことは難しくなります。

末梢点滴による水分補給

一時的な脱水・栄養不足のときに、血管に注射して栄養補給を行います。

中心静脈栄養

深い静脈に太い管を奥まで入れ、高カロリー点滴で栄養補給を行います。管を入れる時に肺や血管を傷つけたり、感染を起こす可能性があります。

経鼻胃管

鼻から胃まで管を入れ、流動食を流し込んで栄養補給を行います。チューブが不快で抜いてしまったり、流動食が逆流して肺炎を起こすことがあります。

胃ろう

内視鏡の手術で皮膚から胃に穴を開け、胃に直接チューブを入れて栄養剤を入れます。チューブが不快で抜いてしまったり、チューブ周辺の皮膚がただれることがあります。

輸血・血液製剤の使用

貧血や血圧低下をきたしたとき、一時的に改善させるために投与します。

人工透析

機械を使って、血液を体外に出して老廃物を取り除き、再び体内へ戻します。毎回長時間の透析が必要で、一般的に生涯必要となります。

心肺蘇生

呼吸や心臓が止まった時、心臓マッサージや人工呼吸で一時的に救命します。

家族・友人・大切な人たちへ



() へ

お気に入りの写真 

お気に入りの写真を貼りましょう。

A large rectangular area with a dotted border, intended for pasting a favorite photo.

このノートは地域の皆さんが、住み慣れた地域で安心して、自分らしく生きるためにという思いを込めて、作成された「地域連携パス」です。医療や介護サービスなど関係機関での情報共有も、もちろん大切ですが、このノートを通して、一度、ご自身の「生き方」について、ご家族や周囲の人たちとともに考え、話し合ってみましょう。



お問い合わせ・相談窓口



名 称	住 所	電 話
有田市医師会 在宅医療サポートセンター	有田市箕島33-1 (紀州有田商工会議所2F)	0737-85-3388
有田医師会 在宅医療サポートセンター	湯浅町湯浅2430-77	090-6970-6303
有田市地域包括支援センター	有田市箕島50番地	0737-22-3540 (直通)
湯浅町地域包括支援センター	湯浅町青木668-1	0737-64-1120
広川町地域包括支援センター	広川町広1500	0737-63-1122
有田川町地域包括支援センター	有田川町大字中井原136番地2 (役場金屋庁舎内)	0737-32-5102 (直通)
湯浅保健所 (有田振興局健康福祉部)	湯浅町湯浅2355-1	0737-64-1294
和歌山県立 こころの医療センター	有田川町庄31	0737-52-3221
有田市立病院 認知症疾患医療センター	有田市宮崎町6	0737-82-2151
和歌山県立医科大学附属病院 認知症疾患医療センター	和歌山市紀三井寺811-1	073-441-0776
ひだか病院 認知症疾患医療センター	御坊市藺116-2	0738-24-1802
独立行政法人国立病院機構 南和歌山医療センター	田辺市たきない町27-1	0739-24-3028
認知症の人と家族の会 和歌山県支部 「認知症コールセンター」	和歌山市新堀東2-2-2 ほっと生活館しんぼり内	073-432-7660 (電話相談) 0120-783-007
和歌山 認知症なんでも電話相談	和歌山市和歌浦東4丁目3-51 (和歌山県認知症支援協会)	0120-969-487



★ 認知症

脳の病気
早期発見・治療と適切な対応で、進行を遅らせることができ

★ 認知症 疾患医療センター

- ・有田市立病院
- ・県立医大附属病院
- ・ひだか病院
- ・南和歌山医療センター
認知症の確定診断

★ 介護保険

申請は役場まで
「予防」と「安心」
で
暮らしを支える制度

★ 地域包括 支援センター

役場の中の健康・介護
・福祉などの相談窓口
ぜひお電話を！

★ 県立こころの 医療センター

認知症専門外来

★ 有田地方地域連携パス ～もしものためのノート～

高齢者の方とご家族を
支え自分の生き方を
決めていくノート

★ 権利擁護 成年後見人制度

日常的な金銭管理
相談援助