見　本

まほろば生き生き安心ノート

発行日：　　/　　/　　　No：

奈良県

まほろば生き生き安心ノートとは

「まほろば生き生き安心ノート」は、認知症の本人や家族が持ち、医療・介護など関係機関に関する情報を共有するツールとなります。
このノートは、例えばパンフレットのように、全ての認知症の本人に対し無条件に配布するものではありません。

〇配布先（発行機関）
認知症疾患医療センター
お住まいの市町村担当課・地域包括支援センター　など
〇交付対象者
認知症の診断を本人・家族とも受容している方
ノートの趣旨や利用条件を理解し同意を得ている方
〇利用条件
ノートの記載内容を関係者間で提供・共有する事に同意していること
〇ご注意いただきたいこと
このノートは個人情報の記入ページもありますので、置き忘れや紛失など取り扱いや管理には十分ご注意いただきますよう願います。
ノートの書き方が分からなくなった、記載欄がいっぱいになった、などございましたら配布先（発行機関）にお問合せください。

発行機関名：

連 絡 先 ：

まほろば生き生き安心ノートを活用される皆様へ

このノートは、あなたが中心となり、あなたの名前や連絡先、通っている病院、介護サービス、おくすりの状況などの情報を、あなたやあなたのご家族、医療に携わる方、介護に携わる方などで共有することで、あなたが安心して医療や介護などの支援をうけられるようにするためのノートです。

あなた自身のことや望むことなどをノートに記入するとともに（あなたが記入できない場合はご家族など介護者に記入してもらってください）、常にこのノートを携帯し、あなたが希望する各関係者に見せ、必要な情報を記入してもらってください。

記入されたあとのこのノートは、特に「わたしの医療・介護」などのページは各関係者にコピーして保存してもらうなどし、今後も関係者の連携に活かしてもらうこともできます。

このノートをつうじて、あなたやご家族が、安心して生き生きと生活できることを願って作成しました。

また、「まほろば」とは、「住みやすい場所」という意味をもっていることから、あなたがいつまでも「住みやすい場所」に暮らし続けられる手助けになれば幸いです。

このノートは以下の**５つのページから**できています。

① わたし自身のページ・・・・・・・7ページ～
② わたしの医療・介護のページ・・・11ページ～
③ 私の認知症の状況のページ・・・・21ページ～
④ わたしの思いや希望のページ・・・27ページ～
⑤ 連絡票のページ・・・・・・・・・32ページ～

各ページに誰が記入するのか色別で示してありますので参考にしてください。
※ただし、あくまでも原則であり、下記以外の方が書いていただいても構いません。

青色のページ＝本人（家族）など

黄色のページ＝ケアマネジャーなど

赤色のページ＝医師・看護職員など

灰色のページ＝どなたでも記載できます

同意書

本人（家族）控え

　私は、本ノートに記入されている個人情報を、わたしの医療や介護にかかわる関係者が活用することに同意します。

　本ノートは、本人・家族など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うえで、本ノートの活用に同意いたします。

年　　月　　日

ご本人

ご家族
（介護者）　　続柄（　　）

同意書
発行機関控え

　私は、本ノートに記入されている個人情報を、わたしの医療や介護にかかわる関係者が活用することに同意します。
　本ノートは、本人・家族など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うえで、本ノートの活用に同意いたします。

年　　月　　日

ご本人

ご家族
（介護者）　　続柄（　　）

わたし自身のページ

わたし自身について　その①
＜本人（家族）等用＞

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など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	
住所	
電話番号	ー　ー

緊急時に連絡してほしい人①			
続柄		電話番号	ー　ー
緊急時に連絡してほしい人②			
続柄		電話番号	ー　ー

後見制度	利用している　・　利用していない
後見人氏名	
電話番号	ー　ー
備考	

わたし自身について　その②

＜本人（家族）等用＞

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など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（　　年　月　日時点）

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	問題なし ・メガネ使用 ・その他（　　）
聴力	問題なし ・ 耳が遠い ・ 補聴器使用 ・ その他（　　）
備考	

わたし自身について　その③
＜本人（家族）等用＞

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など介護者に記入してもらってください）

■わたしの家族構成

記載の一例です。
書きやすいパターンでかまいません

□は男性　○は女性
◻及び ◎は本人

同居者を　　で囲む

家族構成

■自由記載欄（わたし自身についてその①、②以外にもあなたについて必要な情報などがある場合はここに書いてください）

わたしの医療・介護のページ

わたしの医療・介護①
＜ケアマネジャー等用＞

このページはケアマネジャーなどに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）

	医療機関名 （分かる範囲で担当医師名）	電話番号
かかりつけ医		ー　ー
		ー　ー
		ー　ー
		ー　ー
かかりつけ 歯科医	歯科医療機関名	電話番号
		ー　ー
		ー　ー
かかりつけ 薬局・ 薬剤師	薬局・薬剤師名	電話番号
		ー　ー
		ー　ー

わたしの医療・介護②
＜ケアマネジャー等用＞

このページはケアマネジャーなどに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）

記入日	認定有効期間	要介護認定	担当ケアマネジャー
年　月　日	年　月　日 ～ 年　月　日	要介護（　） 要支援（　） 非該当	氏名 事業所名など 電話番号　－　－
年　月　日	年　月　日 ～ 年　月　日	要介護（　） 要支援（　） 非該当	氏名 事業所名など 電話番号　－　－
年　月　日	年　月　日 ～ 年　月　日	要介護（　） 要支援（　） 非該当	氏名 事業所名など 電話番号　－　－
年　月　日	年　月　日 ～ 年　月　日	要介護（　） 要支援（　） 非該当	氏名 事業所名など 電話番号　－　－

わたしの医療・介護③
＜ケアマネジャー等用＞

　このページはケアマネジャーなどに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）

■わたしの利用しているサービスの状況

事業所名	利用しているサービス	利用頻度
例：Ａ事業所	訪問看護サービス	週２回
備考		

わたしの医療・介護④
＜医師・看護職員等用＞

　このページは医師、看護職員などに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）
※分かる範囲で診療科名や医師名などについてもご記入ください。

（　　年　　月　　日時点）

アレルギー 必ず本人や家族の確認をとること	あり　・　なし　・　不明
詳細	

■わたしがこれまでにかかったことのある大きな病気

病名	何歳から 何歳まで	医療機関名	備考
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		

わたしの医療・介護⑤
＜医師・看護職員等用＞

　このページは医師、看護職員などに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）
※分かる範囲で診療科名や医師名などについてもご記入ください。

■わたしが今かかっている病気

病名	何歳から 何歳まで	医療機関名	備考
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		

備　考

わたしの医療・介護⑥の１
＜医師・看護職員等用＞

　このページは医師、薬剤師などに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）
※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方を何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入してください。

■わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつ から	何に 対して	備考
例：〇〇錠	Ａ病院	１錠 朝食後	Ｈ２７年 １月から	腰痛	

わたしの医療・介護⑥の２
＜医師・看護職員等用＞

　このページは医師、薬剤師などに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）
※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方を何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入してください。

■わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつ から	何に 対して	備考
例：〇〇錠	Ａ病院	１錠 朝食後	Ｈ２７年 １月から	腰痛	

わたしの医療・介護⑦の１
＜看護職員・介護職員等用＞

　このページは看護職員、介護職員などに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）

■わたしの血圧・体重など

日付	血圧	体重	日付	血圧	体重
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	

わたしの医療・介護⑦の２
＜看護職員・介護職員等用＞

　このページは看護職員、介護職員などに記入してもらうか、また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など介護者に記入してもらってください）

■わたしの血圧・体重など

日付	血圧	体重	日付	血圧	体重
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	
	／			／	

わたしの認知症や日々の状況のページ

わたしの認知症の状況
＜医師・看護職員等用＞

このページは医師などに記入してもらってください。

診断名	

■認知症機能評価スケール

評価日	評価指標	点数
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点
年　月 日	MMSE ・ HDS-R ・ その他（　　）	点

わたしの日々の状況①
＜ケアマネジャー等用＞

　このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員などに記入してもらうか、または本人、家族が記入してください。（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャーなどの意見を聞いて記入してください）※変化があったときのみ

■わたしの生活について

（１　自分でできる
２　一部手助けが必要
３　手助けが必要）

項目	年　月 日	年　月 日	年　月 日
	評価	評価	評価
食事をする	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
家の中を歩く	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
階段の昇降	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
トイレ動作	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
洗顔・歯磨き	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
着替える	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3

わたしの日々の状況②
＜ケアマネジャー等用＞

このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員などに記入してもらうか、または本人、家族が記入してください。（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャーなどの意見を聞いて記入してください）※変化があったときのみ

■わたしの生活について

（1　自分でできる
2　一部手助けが必要
3　手助けが必要）

項目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	評価	評価	評価
入浴	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:
排便	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:
電話をかける	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:
外出する	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:
買い物をする	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:
洗濯をする	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:	1 2 3 備考:

わたしの日々の状況③
＜ケアマネジャー等用＞

　このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員などに記入してもらうか、または本人、家族が記入してください。（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャーなどの意見を聞いて記入してください）※変化があったときのみ

■わたしの生活について

（１　自分でできる
２　一部手助けが必要
３　手助けが必要）

項目	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	評価	評価	評価
料理をする	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
薬を適切に飲める	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
家事をする	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
金銭の管理	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
その他記載欄①	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3
その他記載欄②	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3	備考: 1 2 3

わたしの日々の状況④
＜本人（家族）等用＞

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など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	

わたしの思いや希望のページ

＜このページについて＞

　このページは　あなたが生き生きと安心して長い人生を送り続けていけるために、家族や関係者の方などと相談しながら、これからのことについてあなたの思いや希望を記入するために設けています。
　確認はあくまで記入時の希望を示しますので、何度でも変更は可能です。
　また、法律的な意味はなく、強制力もありません。
　すぐに書く必要はありません。あなたのこころが落ち着いたときに記入してください。

（本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思をご家族など介護者や信頼できる方に記入してもらってください）

わたしの思いや希望①の１
＜本人（家族）等用＞

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、本人と話し合い、本人の意思をご家族など介護者や信頼できる方に記入してもらってください）

・この内容は本人の意思を記入するためのものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
・確認はあくまで記入時の希望を示します。何度でも変更は可能です。
・法律的な意味はなく、強制力もありません。

■このページでは、これからあなたが新たにしたいことや継続して行いたいと思っていることなどを書いてください。旅行したい場所や計画していることなど自由に記載してください。

新たにしたいこと、継続して行いたいことなど
例）趣味のゴルフを続けるため、体力維持のために１時間以上歩く日課をつける。 例）ヨーロッパ旅行する（イタリア、フランス、ドイツ） 例）地域のサロンで習い事に通い続ける ・・・等々、自由に記載を！

わたしの思いや希望①の２

＜本人（家族）等用＞

　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、本人と話し合い、本人の意思をご家族など介護者や信頼できる方に記入してもらってください）

■このページでは、これからあなたが新たにしたいことや継続して行いたいと思っていることなどを書いてください。旅行したい場所や計画していることなど自由に記載してください。

新たにしたいこと、継続して行いたいことなど

わたしの思いや希望②
＜本人（家族）等用＞

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、本人と話し合い、本人の意思をご家族など介護者や信頼できる方に記入してもらってください）

・この内容は本人の意思を記入するためのものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
・確認はあくまで記入時の希望を示します。何度でも変更は可能です。
・法律的な意味はなく、強制力もありません。

■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ときや病気が重くなったとき、

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、今まで暮らしてきた自宅で生活することを	・希望する ・希望しない ・検討中	記入日 年　月 日
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を	・希望する ・希望しない ・検討中	記入日 年　月 日

③その他、どのような暮らしをのぞまれるかご希望について自由に記入してください。

記入日：　　年　　月　　日

わたしの思いや希望③

＜本人（家族）等用＞

　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、本人と話し合い、本人の意思をご家族など介護者や信頼できる方に記入してもらってください。）

・この内容は本人の意思を記入するためのものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
・確認はあくまで記入時の希望を示します。何度でも変更は可能です。
・法律的な意味はなく、強制力もありません。

■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、治療によっても食べられるまで回復する見込みがないと医師が判断したときに、人工的な水分・栄養補給を	・希望する ・希望しない ・検討中	記入日 年　月 日
②死が間近に迫っており、治療によっても回復する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	・希望する ・希望しない ・検討中	記入日 年　月 日

　ご自分で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人はどなたですか。（お書きいただかなくても結構です。）

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿　ご関係：＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：　年　月　日

連絡票のページ

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

（　　）へ
質問　・　連絡　します。

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

＜　回　答　＞

年　　月　　日（　　）

所属（　　）
氏名（　　）

確認者サイン：

読んだ方はこちらにサインしてください。

メモのページ①の１

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。
日々の生活で必要なことなど自由に記入してください。

メモのページ①の２

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。
日々の生活で必要なことなど自由に記入してください。

メモのページ②の１

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。
日々の生活で必要なことなど自由に記入してください。

メモのページ②の２

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。
日々の生活で必要なことなど自由に記入してください。

認知症に関する県内の
専門医療機関及び相談窓口　一覧

専門医療機関　（　認知症疾患医療センター　）

◆ 奈良県立医科大学附属病院
所在地：橿原市四条町８４０
☎　０７４４－２２－３１３２

◆ (医)平和会　吉田病院
所在地：奈良市西大寺赤田町１丁目７番１号
☎　０７４２－４５－６５９９

◆ (一財)信貴山病院　ハートランドしぎさん
所在地：生駒郡三郷町勢野北４丁目１３番１号
☎　０７４５－３１－３３４５

◆ (医)鴻池会　秋津鴻池病院
所在地：御所市池之内１０６４
☎　０７４５－６３－０６０１

相談窓口

◆ (公社) 認知症人と家族の会奈良県支部
家族の会 電話相談
【相談日時】火曜日、金曜日：10時～15時　土曜日：12時～15時
☎　０７４２－４１－１０２６

◆ (一社)SPSラボ 若年認知症サポートセンター「きずなや」
【相談日時】水曜日：１０時～１５時
☎　０７４２－５３－８６６６

◆ あなたのまちのかかりつけ医、もの忘れ外来、地域包括支援センター等

――――――――< メ モ >――――――――