

わたしの ケアノート

大阪府認知症アプリ

- Osaka City Dementia Application -

スマートフォンやタブレット端末などで利用できる「認知症アプリ」をリリースしました。認知症の方ご自身だけでなく、**ご家族、支援者にもご活用いただきやすいものとなっています。**ぜひ、ダウンロードしてご利用ください。

スマホで便利！

医療・介護のこと・認知症支援マップ・イベント情報・認知症チェック等の豊富な情報を掲載！

大阪府
認知症
アプリ



iOS版ダウンロード



Android版ダウンロード



認知症の人をささえるまち大阪



おおさかし
大阪府

- このノートの使い方について -

このノートは、もの忘れが気になるようになったあなたが、これからの人生をよりよく生きていくために、ご自身の考えを整理することをお手伝いするノートです。

あなたが、またはあなたが家族や支援者と相談しながら、あなたの思いや考えていることを伝えやすい言葉で一緒に記入してください。

*わたしのことについて

フリガナ	
名前	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	(自宅) (携帯)

*このノートを管理してほしい人

名前	
関係・職種	
連絡先	名称 ☎

平成31年 3月 初版 第1刷発行

発行：大阪市福祉局

作成：「わたしのケアノート」検討チーム

(大阪市立弘済院、高齢者施策部高齢福祉課)

監修：金田 大太 (大阪市立弘済院附属病院 神経内科部長)

協力：認知症の人と家族の会 (大阪府支部)、弘済院家族の会、

大阪市認知症介護指導者

＜このノートを作った理由＞

ある日、お年寄りが「ひとり暮らしをしていれば、自分がこの先どうなるのか心配になることがある。いつか誰かにお世話になる時がくるかもしれないけれど、その人たちに自分のことを伝えるにはどうすればよいのか今はわからない」とつぶやきました。

同居する家族のいるお年寄りからは「先のことは家族であってもじっくりと話し合うことは少ないし、よくよく考えてみれば自分自身の考えを整理したこともない。もしもの時に備えて書いておくことは、自分のためにも大事なことだと思う。誰かに手伝ってもらったら誰がよいのか、それを考えることも自分のことを見つめなおすきっかけになるのではないか」という意見もありました。

このノートに関心を持つ人の理由はさまざまです。すべての人の願いにこたえることはできません。しかし、普段の暮らしで忘れがちな、自分にとって大切なことを思いだし、自分なりにまとめてみる。そして、それを誰かに伝えたいという気持ちを小さな形にすることは可能ではないでしょうか。

このノートは、そんな願いに少しでも近づくことができたらと作成しました。もしもの時のためだけでなく、今の人生がくっきりと浮かび出るように、ゆっくりと少しずつこのノートに書き込んでみましょう。そして「ほんとうに大切なこと」を見つけてみませんか。

たよ ひと
*頼りにしている人

わたしの周りにいる人、家族以外の人にも記入してください



とき きんきゅうれんらくさき
*もしもの時の緊急連絡先

なまえ 名前	かんけい 関係	れんらくさき 連絡先
		☎
		☎
		☎

このページの記入にお手伝いしていただいた人の名前と日付

(. . .) (. . .) (. . .)

けんこうかんり
*健康管理について

つういんちゆう いりようきかん
通院中の医療機関



いりようきかんめい しんりようか 医療機関名・診療科	れんらくさき 連絡先	しゅじい 主治医
	☎	
	☎	
	☎	
	☎	

は ちりよう
歯の治療をしているところ

しつかいびん 歯科医院名	れんらくさき 連絡先	しゅじい 主治医
	☎	

くすり
薬をもらっているところ

やくきょくめい 薬局名	れんらくさき 連絡先	やくざいし 薬剤師
	☎	
	☎	

きにゆう てつだ
*このノートの記入を手伝ってくれた人

ねん がつ び
年 月 日

なまえ 名前	
かんけい しよくしゆ 関係・職種	
れんらくさき 連絡先	めいしよ 名称 ☎

ねん がつ び
年 月 日

なまえ 名前	
かんけい しよくしゆ 関係・職種	
れんらくさき 連絡先	めいしよ 名称 ☎

ねん がつ び
年 月 日

なまえ 名前	
かんけい しよくしゆ 関係・職種	
れんらくさき 連絡先	めいしよ 名称 ☎

話し合った内容を書いておきましょう

いつ、どこで、誰と、どんなことを

参考

※日本医師会『終末期医療アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える』
 ※厚生労働省『自らが望む人生の最終段階における医療・ケア』

もっと伝えておきたいこと

これまでにかかった病気・けが・手術

病名	いつ頃？	現在の状態
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中

血液型：A・B・O・AB	利き手：右・左
薬や食べ物のアレルギー：なし・あり（ ）	
視力：良い・眼鏡使用・その他（ ）	
聴力：良い・耳が遠い・補聴器・その他（ ）	
歯：自分の歯・総入れ歯・部分入れ歯・インプラント	

このページの記入にお手伝いしていただいた人の名前と日付

（ ）（ ）（ ）

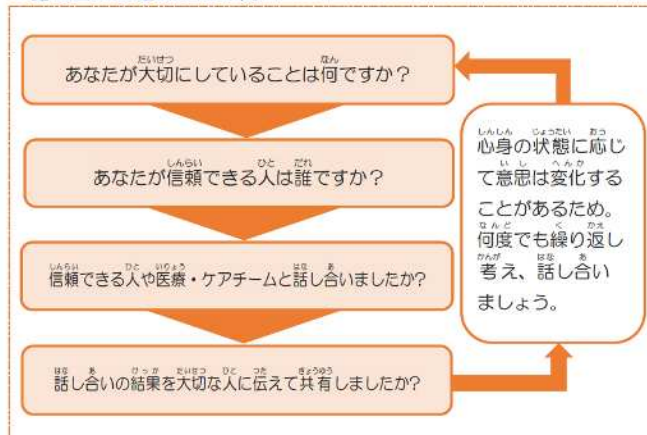
*わたしの年表 ねんぴょう

0歳	年 月 日出生 出生地:
20歳	兄弟姉妹について
30歳	仕事・頑張ってきたこと
40歳	
50歳	懐かしい土地・思い出の場所
	大切な思い出・出来事
	覚えておきたい日・記念日

*もしものときのために

人生の最終段階において、どこでどのような医療やケアを望むかを、自分自身で前もって考え、周囲の人たちと話し合い、共有することが重要です。

・話し合いの進めかたの例



・医療についても話し合しましょう

- ・心臓マッサージ、人工呼吸器など生命維持のための治療について
- ・胃ろうなどによる継続的な栄養補給について
- ・点滴などの水分補給について
- ・延命治療は行わず自然に最期を迎えたい、痛みはとってほしい
- ・臓器提供について など

(裏面に続きます) →

かいご *介護などについて



介護が必要になったとき、介護を頼みたい人について

- 家族（ ）
- 家族以外の人（ ）
- 特に希望はないため、家族の判断に任せる
- その他（ ）

介護が必要になったとき、どこで介護を受けたいですか

- 自宅で
- 施設で
- 特に希望はないため、家族の判断に任せる
- その他（ ）

介護の費用について

- わたしの預貯金
- 民間の保険に加入している
- 自分の資産が不足したら、家族・親族に負担してほしい
- その他（ ）

認知症などで判断が困難となった場合の財産管理等について

- 配偶者やこどもに一任する
 - 具体的に管理を任せたい人がいる
- | | |
|--------|--|
| 名前 | |
| 住所/連絡先 | |
- 成年後見制度を利用したい
 - その他（ ）

施設入所や入院した場合（わたしがいない間）、家のことは誰に任せたいですか

- わたしの持ち物・ペット・近所の人への対応など

100歳

くらしの様子について

1日の過ごし方



(例) 起床、食事、就寝時間など



週間予定

月	火	水	木	金	土	日

(例) ごみ出し日、受診日、デイサービス、習い事など

このページの記入にお手伝いしていただいた人の名前と日付

(. .) (. .) (. .)

*わたしのこと・伝えたいこと

わたしの呼び名
(こう呼んでほしい)

大切にしているもの・こと

いつも身につけているもの
(例えば、指輪、時計など)

好きな服装・色

行きたいところ
やってみたいこと

楽しみにしていること
喜びを感じることに

好きな食べ物・飲み物

苦手な食べ物・飲み物

好きなスポーツ

好きな音楽・歌・歌手・映画・俳優

得意なこと
続けていきたい活動

したくない活動
苦手なこと

リラックスするために工夫
していること

心配していること

健康のために気を付けてい
ること

薬の飲み方で工夫している
こと

長く眠れるために工夫して
いること

排泄で気を付けていること

このページの記入にお手伝いしていただいた人の名前と白付

(. . .) (. . .) (. . .)