



ぱちぱの

あんしんノート

引き継ぎ書

氏名：

初回作成日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 記入者 _____

横浜重心グループ連絡会 ～ぱざぱネット～

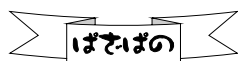
目	次
---	---

・表 紙

・目 次

・「あんしんノート」について

1. 緊急対応用	基 本 情 報	.....	1 ～ 2
	連絡先一覧	.....	3 ～ 4
2. 生活情報	パーソナリティー	.....	5
	日常的な過ごし方	.....	6
	一日の流れ	.....	7 ～ 8
	介助や配慮	.....	9 ～ 10
3. 体調管理	体調に関する基本情報	.....	11
	通院・治療について	.....	12
	日常使っている薬	.....	13
	使ってはいけない薬・頓用薬	.....	14
	医療的ケアなど	.....	15
	体 の 状 態	.....	16
4. 本人情報	これまでの本人歴	.....	17 ～ 18
	補助制度などの更新に関する情報	.....	19
	短期入所などに関する情報	.....	19
	家 系 図	.....	20
5. 将来のこと ～ 本人の思い・ 親の思い ～	将来について	.....	21
	医療について	.....	22
	将来の医療について思うこと	.....	23
6. 成年後見申し立て に関しての資料	成年後見制度の申し立てについて	.....	24
	財産目録	.....	24 ～ 25
	収支の見込みなど	.....	26



あんしんノート

引き継ぎ書

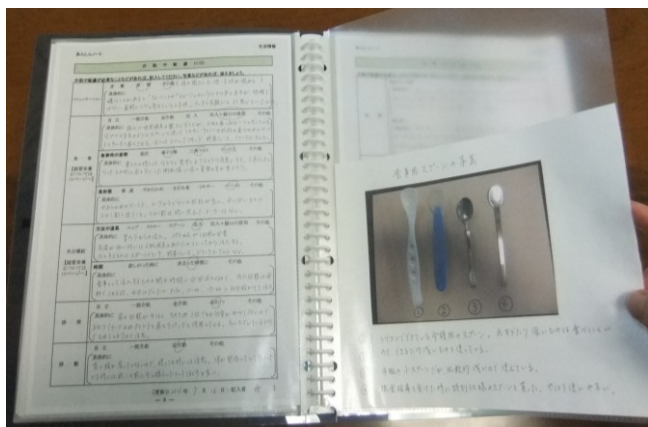
について

「横浜重心グループ連絡会 ～ばざばネット～」は、横浜市の重症心身障がいや肢体不自由の子ども達の親の会を繋ぐ連絡会です。

重症の障がいがあると、生きていくために必要な摂食や排泄、入浴などほとんどすべてに介助を必要とし、吸引や経管栄養など医療的ケアが必要な場合も、多くの場合家族が介助や医療的ケアを担って、障がいのある本人の暮らしを支えています。主に本人の介助をしている母親などが、ある日突然倒れたらどうなるのだろうという不安を抱えて過ごしています。

先ごろ「NPO法人 ゆうの風」や「三人会」作成の『あんしんノート』に出会い、私たちの子どもにもこのようなノートを用意して親の不測の事態に備えたいと思いました。またそれだけでなく、日常の暮らしの中でも、本人の支援に関わる方々に、親から情報を伝える必要があるのも、それらを的確に伝えるツールとして、書き込みやすく、見て分かりやすいノートが必要だと考えました。大切なのは、本人の状態を素早く理解してもらい、分かりやすく伝えられるものを作成することです。本人のパーソナリティ、日常生活の介助、医療関係の情報、医療的ケアの内容を記入するためのページを盛り込み、かつできる限りページ数の少ない『ばざばのあんしんノート』を作成いたしました。このノートは、成年後見制度等の利用や、小さなお子様のご家族にも役立てていただけるよう配慮したつもりですので、多くの皆様にご活用いただければ幸いです。

写真のように、リング式でページの増減ができるクリアホルダーに入れてノートを作り上げてください。情報の内容ごとに見開きで(左右両ページ一緒に)使えるよう“見やすさ”に工夫をしました。必要なページはコピーをして増やしたり、必要でない箇所は未記入で構いません。写真などを活用すると、より分かりやすくなります。それぞれのご家庭に合った使い方をしてください。



左の写真は、A4版30穴バインダーにA4版30穴クリアホルダー(メーカーによってはクリアポケットリフィルという商品名のこともあり)を使用しました。

右の写真、左側のファイルはA4版30穴用ファスナー付きポケットリーフ、右側のファイルはA4版30穴用フラップ付きポケットです。これらを利用すると、手帳や薬の処方の説明書ほか大切な書類のコピーなどを中に入れて保管できます。保管場所がバラバラにならずに便利です。

なお、この『ばざばのあんしんノート』を作るにあたり、資料データの借用などに快くご協力くださいました「NPO法人ゆうの風」と「三人会」の皆さまに、心から感謝申し上げます。

緊急対応用 基本情報

氏名	フリガナ			
	ニックネーム []			
生年月日	昭和・平成	年	月	日生
	[西暦	年]	[血液型 RH±	型]

写真

本人の現在の住まい(自宅・入所施設・ケアホームなど)

住所・所在地	
電話	

〔撮影：_____年____月頃____歳〕

	発 行	手 帳 番 号	障 害 程 度	保 管 場 所
身体障害者 手 帳			種 級	
療育手帳			A1 A2 B1 B2	
精神保健 福祉手帳			級	
受給者証	番号		区分	
健康保険証	番号			
重度障害者 医 療 証	番号			
国民年金 手 帳	番号			
特定疾患医 療受給者証	番号			
診 断 名 ・ 障 害 の 主 たる 原 因				

日常生活で一番利用している所【詳細は、3～4 ページへ】

通 所 先 生 （学校・通園）	名 称： 利用曜日：月・火・水・木・金・土・日	[電話： [備考：
主治医	病院名： 主治医氏名：	[電話： 先生 [科]

「更新日 年 月 日：記入者」

緊急時の連絡先【詳細は、3～4 ページへ】

家族・きょうだいなど	氏名[] 本人との続柄[]
	電話番号[①] [②]
	氏名[] 本人との続柄[]
	電話番号[①] [②]
後見人等	氏名・名称[]
	電話番号[①] [②]
入所施設・ケアホーム	名称[]
	担当者(あれば)[] 電話[]
	名称[]
	担当者(あれば)[] 電話[]
主治医	[病院名:] [科:]
	[主治医氏名:] 先生 [電話:]
かかりつけ医	[病院名:] [科:]
	[主治医氏名:] 先生 [電話:]

緊急保護をお願いする時の連絡先 (児童相談所・通所先・相談支援の窓口など)

名称[] 電話・担当者[]
名称[] 電話・担当者[]

医療	日常の薬の服用	なし	あり	⇒	詳細は、13～14 ページへ	
	医療的ケアの必要	なし	あり	⇒	詳細は、15 ページへ	
介助・移動支援	日常生活上の注意事項【詳細は、5・9～10 ページへ】					
	首のすわり	なし	あり	骨折のしやすさ	なし	あり
	脱臼など	なし	あり	皮膚の痛み	なし	あり
	視覚 機能障害	なし	あり	光への過敏	なし	あり
	聴覚 機能障害	なし	あり	音への過敏	なし	あり
	身体に触れる時	なし	あり	移動時	なし	あり
	食事の時 食形態や姿勢への配慮	なし	あり			
その他特記事項						

緊急対応用

基本情報

の関係図

次ページに必要な連絡先を記入してください。

病院

通所先(学校・通園)

薬局

訪問看護

児童相談所など

友人

区役所・ケースワーカー

民生委員など

成年後見人等[後見・保佐・補助]

ホームヘルパー

ガイドヘルパー

短期入所など【詳細は、19ページへ】

親戚【家系図は、20 ページへ】

本人

家族

[更新日 年 月 日：記入者]

緊急対応用 連絡先一覧

パ ー ソ ナ リ テ ィ ー

どんな人かを表現しましょう。【生活上の介助や配慮については、9～10 ページへ】

性格（性格がわかるようなエピソードがあれば書いてください。）

コミュニケーション（本人の気持ちの伝え方） 言 葉 ・ 表 情 その他 []

好きなこと・好きなもの

苦手なこと・嫌いなもの

ストレス時の行動・表情（自傷・他害など）

どんな時に・どんなことを

対処方法

体調を保つために気をつけていること

体調が悪くなる時の兆候などとその時の対処法

その他、接し方の注意点など

利用しているサービスなども記入しましょう【サービス事業所などの連絡先は 4 ページへ】

	午 前	午 後	帰宅後または夕方以降
月曜日			
火曜日			
水曜日			
木曜日			
金曜日			
土曜日			
日曜日			
備 考			

平日の過ごし方

休日の過ごし方

その他、過ごし方について

・吸引器一式 ・酸素一式 ・人工呼吸器一式 ・薬 ・注入用品一式 ・食事用具[]

・メガネ ・補聴器 ・ヘッドギア ・車いす ・補装具 []

・排せつ用品 [・おむつ ・尿とりパッド ・おしりふき ・その他 ()]

・タオル ・バスタオル ・ひざかけ等 ・予備の着替え ・くつ

・その他

「更新日 年 月 日：記入者

1 日 の 流 れ (通 所 ・ 通 学 日)

介 助 な ど		医 療 に 関 す る ケ ア
	0時	
	1時	
	2時	
	3時	
	4時	
	5時	
	6時	
	7時	
	8時	
	9時	
	10時	
	11時	
	12時	
	13時	
	14時	
	15時	
	16時	
	17時	
	18時	
	19時	
	20時	
	21時	
	22時	
	23時	
	24時	

[更新日 年 月 日 : 記入者]

1 日 の 流 れ (在 宅 日)

介 助 な ど		医 療 に 関 す る ケ ア
	0時	
	1時	
	2時	
	3時	
	4時	
	5時	
	6時	
	7時	
	8時	
	9時	
	10時	
	11時	
	12時	
	13時	
	14時	
	15時	
	16時	
	17時	
	18時	
	19時	
	20時	
	21時	
	22時	
	23時	
	24時	

介 助 や 配 慮 (1/2)

介助や配慮が必要なことなどがあれば、記入してください。写真などがあれば、添えましょう。

食 事 【経管栄養 については 15ページへ】	自 立 一部介助 全介助 注 入 注入＋経口の併用 その他 （具体的に）
	食事時の姿勢 座位 車イス等 三角マット ベッド上 その他 （具体的に）
	食形態 普 通 やわらかめ きざみ食 ミキサー ペースト その他 （具体的に）
水分補給 【経管栄養 については 15ページへ】	方法や道具 コップ スロー スプーン 注入 注入＋経口の併用 その他 （具体的に）
	時間 欲しがった時に 決まった時間に その他 （具体的に）
排 泄	自 立 一部介助 全介助 おむつ その他 （具体的に）
移 動	自 立 一部介助 全介助 その他 （具体的に）

[更新日 年 月 日：記入者]

介 助 や 配 慮 (2/2)

介助や配慮が必要なことなどがあれば、記入してください。写真などがあれば、添えましょう。

姿 勢	起きている時 具体的に 眠る時 具体的に
睡眠・起床時	介助や配慮（照明、音、関わり方、体位交換など） 必要 必要が無い 具体的に
入浴・洗顔など	自 立 一部介助 全介助 その他 具体的に
歯磨き・口腔ケア	自 立 一部介助 全介助 その他 具体的に
衣服の着脱 ・温度調整	自 立 一部介助 全介助 おむつ その他 具体的に
そ の 他	散髪・髭剃り・化粧・爪切り・耳垢など必要なことを記入してください

[更新日 年 月 日：記入者]

[記入日: 年 月 日現在]

・身長 cm ・体重 kg ・側わん 有 ・ 無

・平熱 ℃ [夏場の平熱 ℃、 冬場の平熱 ℃]

・アレルギー 有 ・ 無 [15ページへ] ・使ってはいけない薬 有 ・ 無 [14ページへ]

☐ 瘰癧・てんかん ☐ 喘息 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 肝炎

☐ 高血圧 ☐ 肝臓疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 肺炎 ☐ 褥瘡(床ずれ)

☐ その他 [_____]

予防接種名	接種年月日	罹患の有無	予防接種名	接種年月日	罹患の有無
ツベルクリン			二種混合		
B C G					
ポ リ オ					
三種混合					
は し か					
風 疹					
おたふく風邪					
水 痘					
日本脳炎					

・毎年接種している ・流行状況により接種している ・接種しない

・その他 [_____]

[更新日 年 月 日：記入者]

通 院 ・ 治 療 に つ い て

【薬の詳細は、日常薬 13 ページへ、頓用(臨時で使う)薬 14 ページへ】

科	病院・主治医	服薬などの有無	通院状況・治療内容など
科		有 ・ 無	
科		有 ・ 無	
科		有 ・ 無	
科		有 ・ 無	
科		有 ・ 無	
科		有 ・ 無	
科		有 ・ 無	
科		有 ・ 無	

通院・治療に関して特記事項

日 常 使 っ て い る 薬

「おくすり手帳」

なし

あり

[保管場所]

薬の説明書等の写し

なし

あり

[保管場所]

かかりつけの薬局

なし

あり

[名称:

電話:

]

薬の名称	1日の量	1日の回数と時間	飲ませ方・使い方など

使用方法で注意することなど

使ってはいけない薬・頓用薬

使ってはいけない薬 なし あり

詳しく

薬に関して特記事項 なし あり

詳しく

頓用(臨時で使う)薬

頓用(臨時で使う)薬	薬の名称	分量・飲ませ方や使い方など
どういう時に		

医 療 的 ケ ア な ど

アレルギー なし あり [原因物質]

(症状・対処方法・一番最近起こった時のことなど)

医療的ケア なし あり	必要なものに○	内 容	具 体 的 に	
吸 引		口腔内 鼻腔 のど 気管内		
エアウェイ		常時 定時 臨時	エアウェイのサイズ	挿入cm・固定方法
気管切開部 ケ ア		カニューレ なし あり	種類など	
呼吸器 使 用		常時 定時 臨時		
吸 入		定時 臨時		
導 尿		定時 臨時		
酸 素		常時 定時 臨時		
経管栄養		経鼻経管 胃ろう その他	1日の総量	
			1回の分量	
			回数	
			時間	
			内容	
			注入時の姿勢	
			その他注意点など	
その他				

介助や配慮が必要なことなどがあれば、記入してください。

「更新日 年 月 日：記入者」

これまでの本人歴①

出生時の 状況など	母子手帳	なし	あり	〔保管場所:	〕
	出生時の体重	_____ g	出生時の異常	なし	あり

[illegible]

[更新日 年 月 日：記入者]

こ れ ま で の 本 人 歴 ②

【足りない場合は、このページをコピーしてください。】

本人の状態や入院歴など	年 (西暦)	年齢 (年)	通園・通学・通所・短期入所など
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	
	(	年)	

補助制度などの更新に関する情報

利用の有無		更新手続きの有無	更新手続きの時期・手続き上の注意など	窓 口
有・無	有料道路ETC割引登録	有・無		福祉保健センター
有・無	駐車禁止除外指定車標章	有・無		警察署 交通課
有・無	NHK放送受信料の減免	有・無		福祉保健センター・NHK
有・無	水道料金などの減免	有・無		水道局 サービスセンター
有・無	特別児童扶養手当	有・無		福祉保健センター
有・無	障害児福祉手当	有・無		福祉保健センター
有・無	特別障害者手当	有・無		福祉保健センター
有・無	自動車取得税・自動車税の減免	有・無		県税事務所
有・無	福祉タクシー利用券	有・無		福祉保健センター
有・無	福祉乗車券	有・無		福祉保健センター
有・無	紙おむつ	有・無		福祉保健センター
有・無		有・無		
有・無		有・無		
有・無		有・無		

短期入所などに関する情報

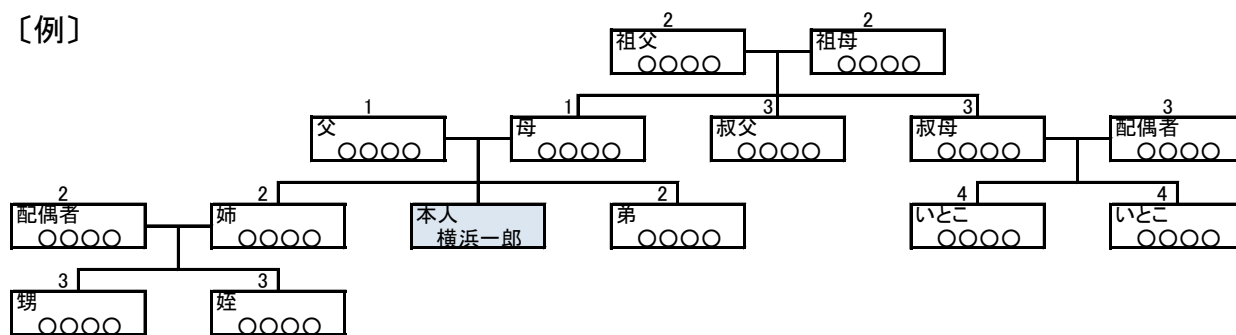
施設名 電話番号	利用理由	時期・期間	申し込み方法・手続き	備 考
[電話:]				
[電話:]				
[電話:]				
[電話:]				

短期入所について考えていること

[更新日 年 月 日：記入者]

家 系 図

〔例〕



家系図

[illegible]

[更新日 年 月 日：記入者]

将 来 に つ い て

暮らし方について

どこで

1. 自 宅 2. グループホーム・ケアホーム 3. 入所施設
4. アパート・マンションなど 5. その他（ ）

どのように

1. 父母と一緒に 2. 日中活動の仲間と 3. 学校時代の仲間と 4. グループなら誰とでも良い
5. きょうだいと一緒に 6. 一人暮らし 7. その他（ ）

暮らし方について考えていること

日中活動について

余暇活動について

医 療 に つ い て

通院について（付き添い、費用、入院先、その他）

入院について（付き添い、費用、入院先、その他）

入院時の保証人をお願いしたい人（名前・間柄・連絡先など）

親が亡くなった後で、手術などの同意をお願いする人（名前・間柄・連絡先など）

その他、医療について心配なこと、願うこと

将来の医療について思うこと

治療について

胃ろう・腸ろう	・希望する	・希望しない	・その他()
気管切開	・希望する	・希望しない	・その他()
人工呼吸器	・希望する	・希望しない	・その他()
IVH等	・希望する	・希望しない	・その他()
_____	・希望する	・希望しない	・その他()

終末期の医療について

緩和ケア	・希望する	・希望しない	・その他()
------	-------	--------	---------

終末期の医療や過ごし方について考えていること

本人の臓器移植について親・家族として思うこと

本人の葬式や埋葬について思うこと

その他

成年後見制度の申し立てについて

・申し立て済み 後見 ・ 保佐 ・ 補助 【後見人等の連絡先は 3～4 ページへ】

・検討中

どのように

後見人等をお願いする候補者がある場合には、氏名(名称)・連絡先などを記入してください。

・申し立てはしない

理由

資料 (財産目録 <1/2>)

本人名義のものについて、必要に応じて記入してください。

不動産(土地)

所 在	地 番	地目	地積(㎡)	現況・使用状況等	資料番号
	番		㎡		
	番		㎡		

不動産(建物、マンションなど)

所 在	家屋番号	種類	構造	床面積(㎡)	現況・使用状況等	資料番号
				㎡		
				㎡		

預貯金・現金

金融機関の名称	種別	口座番号	金 額 (円) (最終残高年月日)	管理者	備 考	資料番号
			(年 月 日)			
			(年 月 日)			
			(年 月 日)			
			(年 月 日)			
合 計						

[更新日 年 月 日：記入者]

資 料 (財 産 目 録)

投資信託・株式など

金融機関・証券会社の名称 株 式 の 銘 柄 等	種別	数 量 (口数、株数等)	評価額:円 (最終評価年月日)	管理者	備 考	資料番号
			(年 月 日)			
			(年 月 日)			
			(年 月 日)			
			(年 月 日)			
			(年 月 日)			
合 計						

生命保険・損害保険など

保険会社の名称	種類	保険証券番号	支払予定額	証書等の 保 管 者	備 考	資料番号

負債

債権者名(支払先・返済先)	種別	残額(円)	借入金額等	返済予定等	備 考	資料番号
合 計						

本人が相続分を有する遺産

遺産の種類(不動産は所在・地番等、預貯金は金融機関名・口座番号等を分かる範囲内で記入してください)	金額または評価額(円)	備 考	資料番号
合 計			
本人の相続分相当額 (法定相続分 /)			

[更新日 年 月 日 : 記入者]

資 料 （ 収支の見込みなど ）

定期的な収入(今後1年間の見込み)

種別	支払者の氏名、名称	金 額 (円)	保管の方法等	資料番号
		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
年合計または月平均		年・月		

定期的な支出(今後1年間の見込み)

種別	支払者の氏名、名称	金 額 (円)	保管の方法等	資料番号
入院・入所費		年・月		
医療費		年・月		
健康保険料		年・月		
介護保険料		年・月		
住民税		年・月		
固定資産税		年・月		
家賃・地代		年・月		
生活費		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
年合計または月平均		年・月		

収支概算

年間収入	約	万円
年間支出	約	万円
差 引	約	万円
□黒 字 □赤 字		

[更新日 年 月 日：記入者]



ぱざぱの

あんしんノート

引き継ぎ書

平成24年11月発行

横浜重心グループ連絡会 ～ぱざぱネット～