

在宅ケア連携ノート「あたたかい目」について

<目的>

- ・在宅で療養されている方・家族とサービス提供者を結ぶ連絡帳として、医療機関や各サービス提供者が情報を共有するために活用するものです。
- ・「あたたかい目」の使用により、在宅で療養されている方が、安心して、より自立した生活を送ることができることを目的としています。

<使い方>

- ・ご本人またはご家族が保管し、医療機関への受診時やサービス利用時に持参してください。
 - ・各用紙は、最新の記録が一番上になるようにファイルにとじてください。
 - ・ファイルが厚くならないよう、各用紙が多くなった場合は、ご本人またはご家族（困難な場合はケアマネジャーや地域包括支援センター）が外し、必要に応じて別途保管してください。
- ※ファイルへの記録用紙の保管期間は、1年程度を目処としてください。

<収納するもの>

	書類名	記録者	備考
1	おぼえがき	ご本人またはご家族	記入が困難な場合は、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員にご相談ください。
2	体重	体重測定者	—
3	記録	医療機関 ケアマネジャー サービス提供者 ほか (ご本人またはご家族)	・連絡シートは、主に専門職同士で伝達事項がある時に利用するものです。(ご本人やご家族の記入も可能です) ・各事業所で使用している記録も必要に応じてとじてください。
4	ケアプラン	ケアマネジャー	最新のケアプランをとじてください。
5	ほほえみサービス	—	焼津市で行っている高齢者の方を対象にしたサービスの一覧です。
6	お薬	ご本人またはご家族	内服しているお薬の説明書をとじてください。
7	封筒型フォルダー	ご本人またはご家族	各自必要なものを収納してください。

<サービス事業者の方へ>

- ・各用紙の補充は各サービス事業者によりお願いします。(焼津市ホームページからダウンロードできます)
- ・「あたたかい目」の積極的な活用とともに、急を要する場合等は、電話やシズケア*かけはし等の活用により、タイムリーな情報共有を実施してください。

作成：高齢者福祉課

フェイスシート（おぼえがき）

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日 () 歳
住所		電話番号	()
			携帯電話
介護保険	非該当・事業対象者・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5		

身体障害者手帳	無・有 (級) 内 容 ()	精神保健福祉手帳	無 有 (級)
特定医療費(指定難病)受給者証	有 無	療育手帳	無 有 (A ・ B)

家族状況(介護者の介護状況に関する特記事項)

名前(ふりがな)	続柄	年齢	連絡先(その他)	家族構成 (□男○女)

緊急連絡先

名前(ふりがな)	続柄	年齢	電話番号(携帯電話)
①			
②			
③			

かかりつけ医の記録

	医院・病院、歯科医院名	担当医	電話番号
かかりつけの 医院・病院、 歯科医院			

関係機関連絡メモ

関係機関	電話番号	事業所名
ケアマネジャー		
訪問看護ステーション担当者		
かかりつけ薬局名		
地域包括支援センター担当者		
サービス事業者		
サービス事業者		
民生委員		担当地区

緊急の連絡先

かかりつけ医 _____ 医院・病院 _____ 先生 _____

☎ _____ - _____ - _____

訪問看護ステーション

_____ 訪問看護ステーション

☎ _____ - _____ - _____

救急車 ☎ 119 (志太消防本部) (可能であれば固定電話で)

【119通報時に伝えること(患者情報)】

①「救急車をお願いします」

②住 所 ()

③T E L ()

④氏 名 ()

⑤年 齢 ()

⑥性 別 ()

⑦いつから、どのような状態か？

() で困っている

⑧伝えておきたい病気 ()

⑨かかりつけ病院・医院 ()

※「あたたかい目」を救急隊に渡してください。

もしものときのために

もしものときのために、あなたが望む医療や介護について、前もって考え、家族や関係する方たちと話し合い、共有し、記入してみましよう。
心身の状態に応じて気持ちが変化することもあります。繰り返し考え、話し合いましよう。

1 本人・家族が希望する療養生活(どこで誰に介護され過ごしたいか)

--

2 私のこと

過去のお仕事 (今までの暮らし方)	
趣味・楽しみ	
特技	
1日の過ごし方	
・これからしてみたいこと ・行ってみたいところ	

3 もしものときは

*該当するところにチェック☑をいれてください。

①【容態の急変について】	
<input type="checkbox"/> 救急車を呼んでほしい	<input type="checkbox"/> 救急車は呼ばない
<input type="checkbox"/> 在宅でできる範囲の処置でよい	<input type="checkbox"/> その他()
②【告知について】	
<input type="checkbox"/> 病名・余命を告知してほしい	<input type="checkbox"/> 病名のみ告知してほしい
<input type="checkbox"/> 家族などにまかせる	<input type="checkbox"/> その他()
③【最期をどこで迎えたいか】	
<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院
<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> その他()

④【延命治療(気管切開、人工呼吸器、心臓マッサージなど)について】

- 可能な限り延命治療を受けたい
- 回復の見込がなければ延命治療を希望しない
- 延命より苦痛を少なくすることを重視する
- その他()

⑤【痛みの緩和について】

- 痛みの緩和を行う治療を希望
- 医師に判断を委ねる
- その他()

⑥【食べることが難しくなったら】

- 経管栄養法(胃瘻、経鼻経管など)をしたい
- 点滴をしてほしい
- 経管栄養法は拒否する
- その他()

⑦【口からの水分補給が難しくなったら】

- 点滴をしてほしい
- 口からの補給にとどめたい
- 医師に判断を委ねる
- その他()

⑧【臓器提供・献体について】

- 臓器提供意思表示カードを持っている
- 臓器提供・献体を希望しない
- 献体の登録をしている (登録先:)
- その他()

⑨【自分で意思を伝えることができなくなった時】

私の治療方針については、

名前() 続柄()
連絡先()

の意見を尊重して決めてください。

記入日 令和 年 月 日

本人署名 _____

代筆者署名 _____

本人との続柄 _____

体重管理表

年 月 日	体 重
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg

年 月 日	体 重
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg

年 月 日	体 重
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg
R / /	kg

【メモ】

ほほえみサービス

令和8年4月発行

焼津市では、65歳以上の高齢者の方を対象に以下のサービスを行っています。
お気軽にお問い合わせください。



《お問い合わせ先》

焼津市役所 ☆高齢者福祉課 高齢者福祉担当

TEL 054-626-1117

〒425-8502 焼津市本町2丁目16番32号 (本庁舎3F 6番窓口)

在宅ねたきり老人等紙おむつ支給事業

内 容 在宅のねたきり高齢者や認知症高齢者等に紙おむつを支給します。所得により支給制限があり、審査決定後、引換券を送付し、指定の薬局等で自分に合った紙おむつと交換できます。(申請のあった翌偶数月の第2週目あたりに審査の結果通知書を送付します。)

対 象

- ・ 自宅で生活している方
- ・ 65歳以上の介護度の付いている方、重度身体障害者(身障手帳1・2級)、療育手帳A又はこれと同等と認められる方でおむつを常時使用する状態にある方
- ・ トイレでの排泄や、おむつ交換に介助(見守り等)が必要な方
- ・ 対象者本人が住民税非課税の方

以上4点の要件を全て満たしている方

種 類 引換券・・・指定の薬局または、薬店でおむつ等と引き換えしていただきます。
(1回6,000円分)

支給月・・・年6回 偶数月に支給・・・(4、6、8、10、12、2月)

在宅ねたきり老人等介護手当支給事業(在宅介護支援事業)

内 容 認知症やねたきりで要介護4以上の高齢者を、在宅で6か月以上にわたって、常時介護する同居家族等に家族介護手当を支給します。なお、所得による制限があります。

対 象 要介護認定4以上が6か月以上継続している65歳以上のねたきりの高齢者等を自宅で介護している方で、かつ、その世帯での所得制限に該当しない方
※申請時に、介護者が要介護状態でないことを確認しています

支給額 月額 2,500円

慰労加算金 10,000円(前年度のすべての月分が支給対象となった場合のみ4月に支給)

支給月 4月、8月、12月

ひとり暮らし高齢者等「食」の自立支援事業

- 内 容 ひとり暮らしの高齢者等へ昼食を宅配する事業です。食生活の改善と、弁当を対面で受け取ることで安否を確認します。週5回以内（土日・祝日を除く）の配達で、普通食と高機能食の2種類から選択します。
- 対 象 ①65歳以上でひとり暮らしの方
②要介護又は要支援の認定を受けた方のいる65歳以上の高齢者のみの世帯の方
③65歳以上の高齢者と重度障害者（手帳1、2級程度）のみの世帯の高齢者
- 利 用 料 1食あたり 普通食 280円 高機能食 330円の助成を行います。
（普通食料金目安 500～700円、高機能食料金目安 700～850円）
※配送時にご自身が直接弁当を受け取ることが補助の条件です。

高齢者外出支援サービス

- 内 容 居宅において、家族等による移送が困難な要支援（1、2）もしくは総合事業対象者のうち外出支援が必要とされる高齢者に外出の機会を確保するため、タクシー料金を助成します。（1年24枚を限度にタクシー券を支給）
- 対 象 65歳以上の介護保険法の規定による要支援（1、2）の認定者もしくは総合事業対象者のうち、外出支援が必要な高齢者であり、所得制限に該当しない方
- 利用方法 タクシー券を、利用するタクシーの運転手に渡します。乗車料金が基本料金を超えた分は自己負担となります。助成額は普通タクシー料金の初乗り分相当となります。
- 利用区間 医療機関への通院、官公署への手続き、市の公共施設の利用

緊急通報システム設置事業

- 内 容 ひとり暮らしの高齢者世帯、ねたきり・障害者等を抱える高齢者のみの世帯や日中独居世帯等にペンダント型発信機等の器具を設置し、緊急時に迅速に対応できるようにします。
- 対 象 ①概ね65歳以上のひとり暮らし世帯
②ねたきり又は、これに準ずると福祉事務所長が認めた方を抱える高齢者のみの世帯
③同居の家族の仕事等により一時的に①、②の状態となる世帯で、福祉事務所長が認めた世帯
- 利 用 料 月額 1,000円・器具点検のための電話料金1日10円
※携帯電話のみでも設置可能（ただし設置に1か月ほどお時間をいただく場合があります。）

生活管理指導短期宿泊事業

- 内 容 一時的に体調等をくずした高齢者に生活習慣等の指導・支援をし、体調の調整を図るため養護老人ホームでお預かりします。
- 対 象 介護保険給付の対象とならない概ね 65 歳以上のひとり暮らしの高齢者等
- 利用期間 原則として、7 日以内
- 利 用 料 1 日につき 1,000 円 (別に食事料 820 円(税別)については施設へ納付)
- 利用施設 養護老人ホーム慈恵園 大覚寺三丁目 2 番地の 3

生きがい活動支援通所事業 (生きがいデイサービス)

- 内 容 家に閉じこもりがちな高齢者に対して、要介護状態への進行、または状態の悪化を予防するため、車による送迎により、日帰りで日常動作訓練や趣味活動等のサービスを提供し、生きがいを持てる健やかな生活の確保に必要な支援を行います。
- 対 象 外出機会の少ない概ね 65 歳以上の高齢者で、介助が不要な自立の方、介護保険法の規定による要支援 1 を受けている方、事業対象者の方。※審査により利用の可否を決定します。
- 利用日時 月～金のうち指定の 1 日、午前 10 時～午後 4 時頃
- 利 用 料 1 日 1,250 円 (昼食代を含む。)
- 利用施設 焼津市総合福祉会館 (大覚寺三丁目 2 番地の 2) TEL 6 2 7 - 0 4 1 2
大井川福祉センター (宗高 572 番地の 1) TEL 6 6 2 - 0 6 1 0
※お住まいの地区によって利用施設が異なります。

在宅高齢者訪問理美容サービス

- 内 容 理美容店に出向くことが困難な高齢者が、自宅で理美容サービスを受けられるよう、理容師又は美容師の派遣にかかる出張料の一部として訪問 1 回につき上限 3,500 円を助成します。(年間最大 4 回まで)
- 対 象 ・ 自宅で生活している方
・ 65 歳以上の方
・ 介護保険法の規定による要介護 3 以上の方
・ 理美容店へ出向くことが困難な方
以上 4 点の要件を全て満たしている方
- 利用方法 サービス券は指定の店舗のみご利用できます。サービスを実施した理容師又は美容師に利用券を渡します。理美容サービス料と助成額を超えた出張料は自己負担となります。(理美容サービス料やサービス内容、出張料については、実施店舗により異なります。)

高齢者保健福祉用具給付事業（補聴器購入補助）

内 容 加齢に伴い聴力機能が低下している高齢者に対し、家族等の精神的負担、ストレス軽減を図り、また、引きこもり防止や積極的な社会参加を促し、対象者本人の介護予防につなげていくことを目的に、補聴器購入費用の一部を助成します。

対 象 ・ 65 歳以上の市内に住所を有し、現に居住している方
・ 対象者本人が住民税非課税の方
・ 両耳の聴力レベルが 30 デジベル以上の方で、医師が日常生活において補聴器の使用を必要と認めていること
・ その他の法令等に基づき補聴器購入費の助成を受けていないこと
以上 4 点の要件を全て満たしている方

助 成 額 補聴器の購入に要する費用（※医師の証明又は診断書作成、故障・紛失・メンテナンス等に係る費用は除く）の 2 分の 1 以内、上限額：片耳につき 3 万円以内
※購入後の申請は補助できませんので、必ず購入前に申請してください

その他ご心配などありましたらお気軽に下記までご相談ください。

地域包括支援センター

内 容 ①総合相談・支援事業
・ 高齢者に関する幅広い相談の受け付け（必要に応じて訪問も実施）
・ 介護、医療、福祉、保健など、さまざまな制度や地域の社会資源の紹介
②介護予防ケアマネジメント事業
・ 要介護認定で「要支援」と判定された方もしくは総合事業対象者を対象に、介護予防ケアプランを作成
・ 高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう総合的な支援を実施
③権利擁護事業
・ 悪質商法などの被害防止と対応
・ 高齢者虐待の早期発見と防止
・ 成年後見制度の手続き支援

相 談 先 ・ 北部地域包括支援センター（第 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17 自治会）
焼津市総合福祉会館内・・・ TEL 6 2 6 - 3 2 1 9
・ 中部地域包括支援センター（第 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13 自治会）
焼津市医師会館内・・・ TEL 6 2 6 - 8 8 1 1
・ 南部地域包括支援センター（第 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23 自治会）
イオン焼津店 1 階東側・・・ TEL 6 5 6 - 3 3 2 2
・ 大井川地域包括支援センター（大井川地区内各自治会）
大井川福祉センター「ほほえみ」内・・・ TEL 6 6 4 - 2 7 0 0