

わたしの終活ノート

～自分らしく生きるために～



名前 _____

記入日 年 月 日

はじめに・・・

「終活」は人生のエンディングを考えることを通じて自分を見つめ、今をよりよく、自分らしく生きる活動とされています。

このノートは、どこでどのように天寿を全うするかを選択、「終活」としての在宅医療・介護の大切さを考えて作成しました。

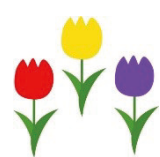
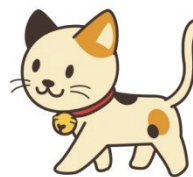
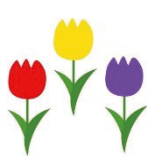
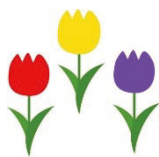
医療や介護についての思いや、大切な人へ伝えておきたいこと等を元気な時に書いておくためのものです。自分の望む療養生活を送るためには、家族やかかりつけ医、周りの方々とよく話し合っておくことも大切なのではないのでしょうか。

長いような短いような人生、何が起こっても不思議ではありません。

このノートは遺言とは違い法的な拘束力はありませんが、自分の終末期の希望を記すことで周囲の方に思いを知ってもらい、今をよりよく生きるとともに、意思表示ができなくなった時に備える手立てとしてご利用いただければ幸いです。

目次

- 1、 わたしのこと……………P.3～
- 2、 もしも病気になったら……………P.9～
- 3、 もしも介護が必要になったら…P.14～
- 4、 もしも判断能力が低下したら…P.16～
- 5、 大切な人へ……………P.17～
(リビングウィル…P.20)



1、わたしのこと

ふりがな

名前: _____



生年月日:大正

昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所:〒 _____

所属町会: _____ 血液型: _____

電話番号: (_____) _____

携帯電話番号: _____

メールアドレス:

_____ @ _____

医療保険 被保険者番号(記号・番号): _____

介護保険 被保険者番号: _____

【メモ】※各種手帳をお持ちでしたら、自由にお書きください。

.....

.....

.....

【今の私】



●好きなこと、好きなもの

食べ物 : _____

花 : _____

音楽 : _____

テレビ : _____

本・映画 : _____

色 : _____

服装 : _____

時間 : (例:犬をつれて散歩する時間)

入浴 : 熱め ぬるめ 長湯 さっと入る

●趣味・特技

●これからしたいこと

●嫌いなこと、嫌いなもの

【病気について】

●現在治療中の病気

病名	いつ頃から	内服薬の名前

※お薬手帳を携帯しましょう！

●過去にかかった病気

病名	いつ頃	病院名

【アレルギー等 気をつけること】

.....

.....

.....

.....

【かかりつけ医と緊急連絡先】



●かかりつけ医

医療機関名	電話番号	担当医	病名

●かかりつけ歯科医

医療機関名	電話番号	担当医

●かかりつけ薬局

薬局名	電話番号	かかりつけ薬剤師

●訪問看護ステーション

施設名	電話番号	担当看護師

●利用している介護事業所

施設名	電話番号	担当者

●地域包括支援センター

施設名	電話番号	担当者

●ケアマネジャー

施設名	電話番号	担当者

●民生委員

名前	電話番号



●家族・親戚・その他緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

【メモ】※書き足りないことなどを自由にお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....



2、もしも病気になったら

※チェック☑を入れてください

【告知について(癌などの病気にかかった時)】

- 病名、余命とも告知してほしい
- 病名だけ告知してほしい(余命は告知しない)
- 病名、余命だけでなく病状も詳しく説明してほしい
- 病名、余命とも告知しないでほしい
- 家族の考えにまかせる
- その他 _____

【在宅療養】

医療や介護が必要になった場合、どんなケアがしてほしいかの希望は、いざとなってからではなく、元気なうちから考えておくといいのではないのでしょうか。あなたが望むなら、住み慣れた我が家で安心して療養生活を送ることができます。



【余命わずかになった時の治療や過ごし方】

※複数チェック☑可能

- 最後まで回復を信じて、治療を受けたい
- 痛みや行動制限を伴う検査や治療はあまり受けたくない
- 自宅でおだやかに過ごしたい
- ホスピスや緩和ケア病棟などで過ごしたい
- やりたいことがある

会いたい人がいる

●これだけは嫌なこと

●ぜひして欲しいこと



【胃ろうとは】

口から食べることのできない人に対して、腹部に穴を開け、胃にチューブを通し、直接流動食や栄養剤を流し込む方法。

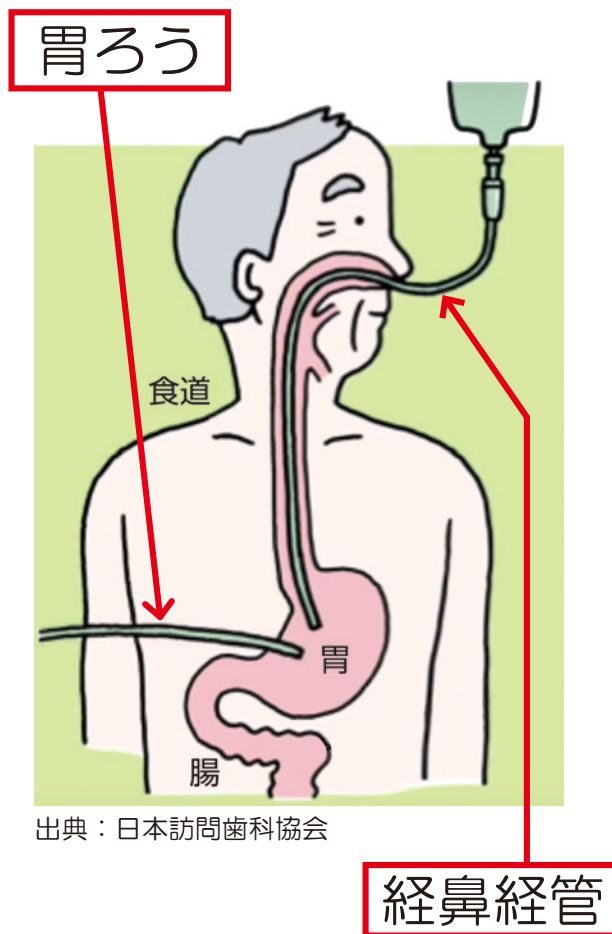
【経鼻経管栄養とは】

口から食べることのできない人に対して、鼻から胃にチューブを通し、流動食や栄養剤を流し込む方法。

【静脈栄養とは】

口から食べることのできない人に対して、静脈にカテーテル（点滴）を留置し、栄養や水分を入れる方法。静脈栄養法には2種類あり、鎖骨下静脈などの太い血管にカテーテルを留置する中心静脈栄養と、末梢血管に

カテーテルを留置する末梢静脈栄養があります。



出典：日本訪問歯科協会



出典：大塚製薬

【食事が食べられなくなった時に希望する方法】

※チェック☑を入れてください。複数チェック☑可能

- 胃ろうから流動食を入れてほしい
- 鼻からチューブを通して流動食を入れてほしい
- 点滴で水分と栄養を補ってほしい
- 点滴による水分や栄養の補給は行わなくていい
- その時の病状に合った、最適な水分や栄養の補給の方法について詳しく知りたい
- その他 _____

【癌の末期や老衰などで回復の見込みがなく、死期が迫った時の延命治療について】

(人工呼吸器装着、気管切開、心臓マッサージ、輸血など)

※急変時の治療(肺炎発症時等)は行います。

- できるだけ延命治療をしてほしい
- 延命よりも苦痛を少なくすることを重視してほしい
- 延命治療はしないでほしい
- その他 _____

**【治療の内容などについて、私の代わりに誰かの
判断が必要になったとき、判断をお願いしたい人】**

第1順位

氏名 _____ 続柄・間柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

第2順位

氏名 _____ 続柄・間柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

【臓器提供・献体について】※チェック☑を入れてください

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 _____

3、もしも介護が必要になったら

※チェック☑を入れてください

【介護をお願いしたい人】

配偶者（名前：_____）

子ども（名前：_____）

その他（名前：_____ 関係：_____）

【介護してほしい場所】

なるべく自宅を希望する

病院・施設

（名称・場所等：_____）

お任せする

【介護の費用】

私の預金や年金等でまかなってほしい

用意してある

（保管場所等：_____）

その他

（_____）

【成年後見制度について】

認知症・知的障害・精神障害等で、判断能力が十分でない方を保護・支援するための制度です。成年後見制度には「法定後見制度」と「任意後見制度」があります。

■**法定後見制度**・・・家庭裁判所が選任した成年後見人等（成年後見人・保佐人・補助人）が、本人の利益を考えながら、本人を代理して契約などの法律行為をしたり、本人がした不利益な法律行為を後から取り消したりすることができます。本人の判断能力に応じて、「後見」「保佐」「補助」の3つの制度を利用でき

ます。

区分	本人の判断能力	援助者
後見	全くない	成年後見人
保佐	著しく不十分	保佐人
補助	不十分	補助人

■**任意後見制度**・・・本人が十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人(任意後見人)に、身上監護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約（任意後見契約）を公正証書で結んでおくというものです。

4、もしも判断能力が低下したら

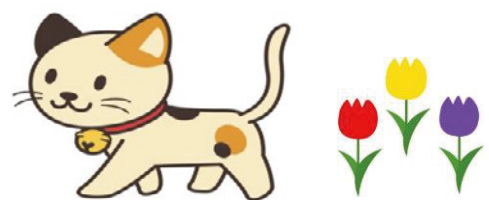
【財産管理などをお願いしたい人】

※チェック☑を入れてください

配偶者（名前：_____）

子ども（名前：_____）

その他（名前：_____）



5、大切な人へ

【遺言書について】 ※チェック☑を入れてください

遺言書は作成していない

相続などについての希望や考え

.....

.....

.....

.....

.....

遺言書を作成している

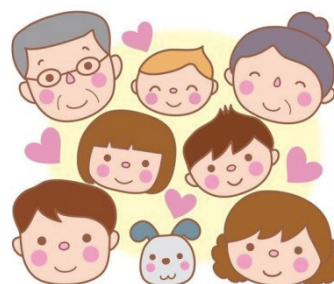
保管場所 _____

【財産について】

財産についての一覧が作成してある

保管場所 _____

財産についての一覧は作成していない



【葬儀について希望すること】

※チェック☑を入れてください。複数チェック☑可能

できるだけ賑やかに行ってほしい

身近な人で静かに見送ってほしい

家族にまかせる

その他 _____

遺影に使ってほしい写真がある

保管場所 _____

葬儀の業者を決めている

業者 _____ 電話番号 _____

【宗教・宗派に基づいて希望すること】

【右ページの書き方・使い方】

- リビングウィルは自分らしい最期を迎えるための、現在の意思表示です。
- その内容は、いつでも変更・撤回できます。
- 年月日を記入し、署名をしましょう。
- 法的効力はありませんが、いざ選択を迫られた時に、本人の意思を尊重した選択ができるように、家族にも伝えておきましょう。
- 必要時、切り取ってお使いください。

【延命治療】

回復の見込みがない患者や、症状の悪化が食い止められなくなった患者に対して、生存期間の延長のために行われる医療行為です。

【心臓マッサージ等の心肺蘇生】

呼吸が止まり、心臓も動いていないとみられる人へ、自発的な血液循環および呼吸を回復させる試みや手技を心肺蘇生法といいます。

【延命のための人工呼吸器装着】

人工呼吸器は自発呼吸ができない患者の肺に、空気や酸素を送って呼吸を助けるための装置です。

終末期医療についての意思表示(リビングウィル)

【食事が食べられなくなった時に希望する方法】

※チェック☑を入れてください。複数チェック☑可能

- 胃ろうから流動食を入れてほしい
- 鼻からチューブを通して流動食を入れてほしい
- 点滴で水分と栄養を補ってほしい
- 点滴による水分や栄養の補給は行わず、自然に最期を迎えたい
- その他の希望 _____

【延命治療について】※急変時の治療(肺炎発症時等)は行います。

(人工呼吸器装着、気管切開、心臓マッサージ、輸血など)

- できるだけ延命治療をしてほしい
- 延命よりも苦痛を少なくすることを重視してほしい
- 延命治療はしないでほしい
- その他の希望 _____

_____ 年 月 日 本人署名:

_____ 年 月 日 同意者署名: 続柄: _____

_____ 年 月 日 同意者署名: 続柄: _____

【メモ(その他伝えたいことなど)】

Handwriting practice area with 20 horizontal dashed lines.



作成：佐野市在宅医療・介護連携推進協議会

佐野市在宅医療・介護連携推進協議会について

医療や介護が必要になっても、市民のみなさまが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、関係機関（医療・介護・地域）が連携して対応を協議することを目的として、平成29年6月1日に設置されました。

平成30年4月：第1版第1刷

令和元年5月：第1版第2刷

令和5年12月：第2版第1刷

問い合わせ先

佐野市いきいき高齢課

☎0283-20-3021

