

■ わたしのキーパーソン（主介護決定者）

名 前 _____ 続 柄 _____

住 所 _____ 電話番号 _____

■ 介護について

介護が必要になったとき、介護してもらいたい人がいますか

☐ はい ☐ いいえ

介護してもらいたい希望の人はどなたですか（お名前・事業所名など）

介護してもらいたい場所がありますか

☐ はい ☐ いいえ

介護してもらいたい希望の場所はどこですか（自宅・施設名など）

介護費用の負担については

☐ 貯金で負担する ☐ 年金で負担する ☐ 家族に負担してもらう

そのほか希望すること

6. わたしのもしも…のこと

不慮の事故や病気におそわれたとき

現在では、延命治療について本人の意思が尊重されるようになっています。このノートに法的効力はありませんが、あなたの大切な人やあなたを大切に想う人の後押しになるかもしれません。

■ 延命治療とは

これ以上の治療方法がない場合、死を迎えるまでの期間を延ばす方法です。たとえば以下のような処置があります。

救急車による病院等への搬送

救急隊員は全力で救命することが任務であり、その人にとっては希望しない救命処置が行われる事もあります。

心肺蘇生行為

心臓や呼吸が止まった人に、胸骨圧迫（胸を押すこと）や呼吸の補助、電気ショック、薬の投与を行うなど医療的な処置をすることです。

経鼻チューブや胃ろうによる栄養摂取

鼻にチューブを入れたりお腹に穴をあけて、栄養剤を体内に流します。

中心静脈栄養点滴

体の奥深くにある太い血管に栄養剤を点滴する方法です。

末梢静脈点滴

腕など表面にある細い血管に水分や少量の栄養剤を点滴する方法です。

緩和ケア

重い病を抱える人やその家族一人ひとりの身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケアのことをいいます。

例えば痛みによるつらさがある場合には、医療用麻薬等の痛み止めのお薬を使って和らげる方法があります。

延命治療には上記のような方法がありますが、場合によってすべてが希望通りにならないこともあります。

医療について

キ
リ
ト
リ
✂

病名告知は希望しますか？	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決められない	
余命告知は希望しますか？	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決められない	
延命治療について	状態悪化時は救急車を呼び、救命処置を受けることを希望しますか？	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決められない ☐ 代理意思決定者*に決めてもらいたい
	心臓や呼吸が止まったときは、どうしてほしいですか？	☐ 胸骨圧迫（胸を押すこと）などで、全力で助けてほしい ☐ 止まったのならそのままよい ☐ 決められない ☐ 代理意思決定者*に決めてもらいたい
	食事が取れなくなったときは、どうしてほしいですか？	☐ お腹から胃へチューブを通して栄養剤を流してほしい ☐ 鼻から胃へチューブを通して栄養剤を流してほしい ☐ 心臓の近くにある太い血管から栄養点滴をしてほしい ☐ 腕などの血管から点滴をしてほしい ☐ そのままでよい ☐ 決められない ☐ 代理意思決定者*に決めてもらいたい
	苦痛があるときには緩和ケアを希望しますか？	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決められない ☐ 代理意思決定者*に決めてもらいたい
最期はどこで迎えたいですか？	☐ 病 院 ☐ 施 設 ☐ 自 宅 ☐ その他 ☐ 決められない ☐ 代理意思決定者に決めてもらいたい	理由
脳死状態での献体は希望しますか？	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決められない	
臓器移植は希望しますか？	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決められない ➡ ドナーカード・・・ ☐ あり ☐ なし	

* 代理意志決定者については裏面にあります。

も
し
も
の
い
つ

■ 代理意思決定をしてくれる人について

自分自身で医療に関する判断・意思決定ができなくなったとき、自分の代わりに判断・意思決定をしてくれる人が代理意思決定者です。代理意思決定者になってほしい人と話し合い、承認を得ておくことが大切です。

① 代理意思決定者		② 代理意思決定者	
氏 名	(続柄・関係)	氏 名	(続柄・関係)
住 所		住 所	
緊 急 連 絡 先		緊 急 連 絡 先	
☐ 承認している ☐ 承認していない		☐ 承認している ☐ 承認していない	

代理意思決定者が決められない場合は、以下に☒を入れてください。

☐ 現時点では代理意思決定者は決定できません。

自由記載欄（このページを記載する際に、考えたことなどがあればお書きください）

例）家族が集まる機会に少しだけ話し合ったが、何かあったら子どもたちで決めてもらいたいと思っている。

キ
リ
ト
リ
✂

わたしに、もしものことがあったときは、このページを切り取って医療機関や関係者の皆さんの参考としてください。

年 月 日

署 名

私は _____ の代理意思決定者であることを承認いたしました

年 月 日

代理意思決定者署名

もしものときの連絡先

No.	ふりがな 名前	住所	電話番号 FAX 番号	関係	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

わたしの人生が幕を閉じたとき

病院で亡くなった場合、自宅に帰りたい

☐ はい

☐ いいえ

お
葬
式

☐ 葬儀場でしたい（生前予約 ☐ あり ☐ なし ）

（葬儀場名 ）

☐ 自宅でしたい ☐ その他（ ）

☐ たくさんの方に参列してほしい

☐ 家族葬（近親者のみ）にしたい ☐ その他（ ）

个性的にしたい（音楽葬・無宗教葬など）

☐ はい →

☐ いいえ

ひつぎ
棺と一緒に入れてほしいものがある ☐ はい ☐ いいえ

（入れてほしいもの ）

遺影用の写真を用意している ☐ はい ☐ いいえ

宗教
菩提寺など

名 称

住 所

連絡先

ほかに決まっていること、希望がありましたらお書きください。
(飾ってほしい花・写真の場所・携帯電話の処分・墓地のことなど)

遺影用の写真を
貼りましょう。

財産について

いざというときのために、財産分配の希望をのせましょう。

※ここに記載されたものは、法的効力はありません。正式な手続きが必要となります。

■ 保 険（生命保険・年金保険・傷害保険・火災保険など）

保 険 会 社 名	種 類	証 券 番 号	契 約 者 名 被 保 険 者 名	受 取 人
TEL				
TEL				
TEL				

■ 預貯金（銀行、郵便局、ネット銀行など）

金 融 機 関 名	種 類	□ 座 番 号	□ 座 名 義	持っているもの
TEL				☐ 通帳 ☐ カード
TEL				☐ 通帳 ☐ カード
TEL				☐ 通帳 ☐ カード

■ 不動産（土地・家屋）

名 称	種 類	所 在 地	名 義	備 考

■ その他の財産（有価証券、自動車、貴金属など）

名 称	種 類	所 在 地	名 義	備 考
		Tel		
		Tel		

■ 負の財産（借入金・債務保証・ローンなど）

関係機関名	種 類	所 在 地	名 義	備 考
Tel		Tel		
Tel		Tel		
Tel		Tel		

■ クレジットカード

カード会社名	カ ー ド 番 号	名 義	備 考
Tel			
Tel			
Tel			

■ 各種インターネットサービス（サブスクリプションなど）

サ ー ビ ス 名	ID/ ユ ー ザ ー 名	パスワード	支 払 方 法 / 支 払 間 隔

写真・メッセージ

お気に入りの写真を貼ったり、大切な人へメッセージを書きましょう。



Blank lined paper for writing.

Blank lined paper for writing.

Blank lined paper for writing.



写真・メッセージ

お気に入りの写真を貼ったり、大切な人へメッセージを書きましょう。





ご自由にお書きください。

A large, empty rectangular box with rounded corners, intended for free writing. The box is white with a thin gray border and occupies the majority of the page area below the instruction.



わたしに、もしものことがあったときや認知症になったときは、
このノートを参考にしてください。

署 名

.....





© 佐渡市

この冊子は、佐渡市ホームページからもダウンロードできます。

URL : <https://www.city.sado.niigata.jp/>

トピックス 佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会から検索ください。

* このノートを私的目的以外に使用したり、無断で加工したものを転載・販売・頒布・賃貸・賃与・譲渡等に使用することはできません。

ゆいノート

令和2年1月 初 版発行
令和7年4月 第2版発行

作成 佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会
在宅医療部会

発行 佐渡市高齢福祉課
佐渡市千種 232 番地
電話 (0259) 63-3790 (直通)
FAX (0259) 63-5121