

終活心得

自分を生ききるためのエンディングノート



発行

富士市

企画・編集

富士市在宅医療と介護の連携体制推進会議

令和2年12月作成

はじめに

誰でもいつでも命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。思いがけず「もしもの時」が訪れたときに、多くの人は医療やケアなどの選択を自分で決めたり、人に伝えたりすることができないと言われています。

このノートは、あなたの「これまで」を振り返り、「これから」のことを考えるためのものです。

心の整理をし、家族や大切な人に自分の気持ちを伝えるために、元気な今から書き始めることをお勧めします。

このノートが、家族や大切な人と話し合うきっかけのひとつになれば幸いです。

目次

① わたしのプロフィール	.....	1 ページ
② わたしの歩み	.....	2 ページ
③ 医療・介護について	.....	3 ページ
④ 最期の迎えかたの希望	.....	6 ページ
⑤ 葬儀とお墓	.....	7 ページ
⑥ 財産のことについて	.....	8 ページ
⑦ 連絡先	.....	10 ページ

記入にあたって

～ 空白に記入し、あてはまる口にはし点を入れてください ～

- 1 好きなところから書いてみましょう。すべて埋める必要はありません。
- 2 年に1回は見直してみましょう。書き直した場合は、書き直したことがわかるように二重線を引き書き直し、その修正日を書いておきましょう。
- 3 ノートのことを家族や大切な人に話して、内容を理解してもらうことをお勧めします。また保管場所を伝えておきましょう。
- 4 大切なあなたの情報が書かれています。保管場所に注意しましょう。

書けるところから書いてください。すべてを埋める必要はありません。

①わたしのプロフィール



記入日 年 月 日

ふりがな 氏名				男・女
生年月日	年	月	日	血液型 型(RH +・-)
現住所 〒				
本籍地				
電話番号				
緊急連絡先				
氏名	関係	連絡先 ☎		
氏名	関係	連絡先 ☎		
氏名	関係	連絡先 ☎		
ケアマネジャー氏名	事業所	連絡先 ☎		

■身分証明等

種類	記号・番号・その他	保管場所等
健康保険被保険者証		
介護保険被保険者証		
基礎年金番号		
運転免許証		
マイナンバー（個人番号）		

■個人情報

●携帯電話

契約会社： 名義人

電話番号

メールアドレス

備考（データ削除の希望等）

●パソコン

メーカー： ログインパスワード：

プロバイダー： プロバイダー連絡先：




メールアドレス：

備考（データ削除の希望等）

②わたしの歩み

これまでの人生を振り返ってみませんか。

出来事や関心のあったことなどを思い出して記録できます。
記憶に残っていることなど自由に書いてみてください。

乳 出 生 期	
小 学 生 の 頃	
中 学 生 の 頃	
高 校 生 の 頃	
20 代	
30 代	
40 代	
50 代	
60 代	
定 年 後	

③医療・介護について

記入日 年 月 日

修正日 年 月 日

修正日 年 月 日

医療の希望

- 自分以外の誰かが判断をしなくてはならない場合、意見を尊重してほしい人

氏名

連絡先

- 病名と余命の告知

<input type="checkbox"/> 病名も余命も告知しないでほしい
<input type="checkbox"/> 病名だけは告知してほしい
<input type="checkbox"/> 余命が（ ）か月以上であれば、病名・余命とも告知してほしい
<input type="checkbox"/> 病名も余命も告知してほしい
<input type="checkbox"/> その他

- 現在かかっている病気・医療機関

病名・症状	医療機関名	医療機関連絡先
		☎
		☎
		☎
		☎

○「人生会議」をしてみよう

厚生労働省は、人生の最終段階(終末期)のこと、その時に受ける医療やケアのことについて、ご家族や親しい人と相談することを「人生会議」と名づけました。元気なうちから人生観、死生観について日常のなかで会話をしていくことを目指しています。

○もしも自分の気持ちを伝えられなくなったら

あなたがどのような医療を受けたいかは、医療やケアの専門職と話し合って決めていくことが基本です。しかし、もしもあなたが、認知症や意識不明の状態となり、治療の選択を迫られたら？

家族や医療の専門職は、あなたが書き記したこと、事前に伝えてくれたことをもとに判断します。

「まだまだ元気」な今こそあなたの希望を伝えておいてください。

記入日 年 月 日

修正日 年 月 日

修正日 年 月 日

自分の希望を家族と共有
しておきましょう

●延命治療について

- 最期まで、できる限りの延命治療をしてほしい
- 延命治療よりも苦痛をやわらげる緩和的医療を重視してほしい
- 昏睡状態で、意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい
- 重篤な脳障害を受け（例えば目を開くことはできるけれど話したり理解することはできない状態）、回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい
- 尊厳死を希望している
- 「尊厳死の宣言書」や「尊厳死宣言公正証書」を作成した

●延命治療の種類と希望

○心肺蘇生 <small>しんぱいそせい</small>	心臓や呼吸が止まったときに、胸を圧迫して一時的に心臓の動きを再開させます。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
○気管挿管・人工呼吸器 <small>きかんそうかん しんこうこまきゅうき</small>	呼吸が弱いときに、気管にチューブを入れて、機械で肺に酸素を送り込みます。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
○胃ろう	飲み込む力が衰えたとき、お腹に穴を開けて流動食などを注入する栄養補給方法です。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
○経鼻胃管 <small>けいびい胃かん</small>	飲み込む力が衰えたとき、鼻からチューブを入れて流動食などを注入する栄養補給方法です。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
○中心静脈点滴 <small>しんじょうみやく</small>	口から飲食できなくなってきたとき首などの太い血管に管を植え込み、水分や栄養剤などを注入する栄養補給方法です。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
○末梢静脈点滴	口から飲食できなくなってきたとき手足の血管から水分などを注入する方法です。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない

介護の希望



記入日 年 月 日
 修正日 年 月 日
 修正日 年 月 日

将来はどうしたいか考えてみましょう。

項目	現在	もしも介護などが必要になったら
あなたの住まいは？	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家(一戸建・集合住宅) <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 介護サービスを受けながら今の家に住み続けたい <input type="checkbox"/> 家族と同居したい <input type="checkbox"/> 施設で暮らしたい <input type="checkbox"/> その他()
預貯金の出し入れは誰がしていますか？	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代行する制度を利用 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> できる限り自分でやりたい <input type="checkbox"/> 家族()にお願いしたい <input type="checkbox"/> 代行する制度を利用したい <input type="checkbox"/> その他()
各種手続き(年金やサービス利用などに関する手続き)は誰がしていますか？	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代行する制度を利用 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> できる限り自分でやりたい <input type="checkbox"/> 家族にお願いしたい <input type="checkbox"/> 代行する制度を利用したい <input type="checkbox"/> その他()

※判断能力が不十分で、金銭管理や契約について不安になったときは「成年後見制度」や「日常生活自立支援事業」があります。

○成年後見制度とは

認知症や知的障がい・精神障がいなどにより、判断能力が不十分な人に代わって、家庭裁判所から選任された成年後見人等が財産の管理やさまざまな契約などを行い本人の生活を支援する制度です。成年後見制度には「任意後見制度」と「法定後見制度」の2つの制度があります。

○日常生活自立支援事業とは

成年後見制度のように本人に代わって契約などの手続きを行うことはできませんが、日常的な金銭管理のサポートや、福祉サービスの利用援助をします。

成年後見制度・日常生活自立支援事業の問い合わせ先
 富士市成年後見支援センター ☎0545-64-6010

※判断能力はあるが、病気や加齢等により体が不自由になり、財産管理等を信頼している人に依頼したい場合は、「委任契約」があります。詳しくは公証役場(P8)にご相談ください。

④最期の迎えかたの希望

記入日 年 月 日

修正日 年 月 日

修正日 年 月 日

最期を迎えるとき、どこにいたいかなど、あなたの希望を書いてください。

- 自宅
- 自宅以外
 - 看病してくれる家族の家
 - 病院や施設
- 家族や親族の判断にまかせる
- その他 ()
- 今は考えられない

●臓器提供・献体

- 臓器提供のための意思表示を記録している
(運転免許証・医療保険証・マイナンバーカード・運転経歴証明書)
- アイバンクに登録している
(連絡先等)
- 献体の登録をしている
(連絡先等)



⑤葬儀とお墓

記入日 年 月 日
修正日 年 月 日
修正日 年 月 日

●葬儀の実施について

- おこなってほしい
- 家族葬でおこなってほしい
- おまかせする
- その他（

)



●葬儀の場所

- 自宅
- 葬儀場
- その他（
- 生前予約している（

)

)

●葬儀の業者

- 会員になっている（
- 特に決めていない

)

●葬儀にかかる費用

- 年金や保険金を費用にあててほしい
- 保険・共済などで工面してほしい
- 家族や親族の判断にまかせる
- その他（

)

●棺と一緒に入れてほしいものがある

- はい（入れてほしいもの：
- いいえ

)

●遺影用の写真を用意している

- はい（保管場所：
- いいえ

)

●お墓の用意をしている

- はい（場所：
- いいえ

)

⑥財産のことについて

●預貯金

金融機関名（支店）	番号・記号・その他	種類	口座番号

○相続と遺言書

遺産相続は、分割の割合を故人が遺言書で明確に指定していないとき、法律の分割割合を目安に話し合いで決定します。残された家族間でトラブルが起きないように、まずは財産や借金がどのくらいあるのかを把握し、誰に相続させたいか、遺言書を書いておきましょう。

遺言書の種類

●自分の手で書ける「自筆証書遺言」

自筆で自由に作成できるが、パソコンは不可。開封する前に家庭裁判所で検認（遺言書の内容を明確にして偽造・変造を防ぐ手続き）が必要。

（令和2年7月10日より『自筆証書遺言書保管制度』が開始。法務省に自筆証書遺言書の保管の申請をすることができるようになった。）

●口述して作成する「公正証書遺言」

証人が2人以上必要。原本は、※公証役場で保管。

作成の際は、専門家に相談を。

※富士公証役場 ☎0545-51-4958

●保険 □あり □なし

保険会社 商品名・種類	証券番号 契約者	受取人 指定代理人	担当 連絡先☎

●不動産 □あり □なし

○種類： _____ 名義人： _____ □担当者あり（ _____ ） □担当者なし

所在地： _____ 面積： _____

○種類： _____ 名義人： _____ □担当者あり（ _____ ） □担当者なし

所在地： _____ 面積： _____

○種類： _____ 名義人： _____ □担当者あり（ _____ ） □担当者なし

所在地： _____ 面積： _____

●その他 □あり □なし

○種類： _____ 名義人： _____ 保管場所： _____

○種類： _____ 名義人： _____ 保管場所： _____

○種類： _____ 名義人： _____ 保管場所： _____

●負債 □あり □なし

○内容： _____ 借入先： _____ 連絡先等： _____

○内容： _____ 借入先： _____ 連絡先等： _____

☆大切な人へのメッセージ



このノートの内容を、ぜひ家族や大切な人に伝えておいてください。
そして年に一度(お正月や誕生日など)は、内容を見直してください。

見直し日

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 1. | 年 | 月 | 日 |
| 2. | 年 | 月 | 日 |
| 3. | 年 | 月 | 日 |
| 4. | 年 | 月 | 日 |
| 5. | 年 | 月 | 日 |

この冊子に関する問い合わせ

富士市在宅医療と介護の連携体制推進会議

事務局 富士市保健部高齢者支援課

〒417-8601 富士市永田町1丁目100番地

電話 0545-55-2916 FAX0545-55-2920

E-mail : ho-koureshien@div.city.fuji.shizuoka.jp