



わたしらしく生きるを支える

手帳



氏名	
----	--

発行：佐倉市

(平成30年8月発行)

はじめに

この手帳は、将来、医療や介護が必要になったときに備え、市民の皆様がご自身の生き方や療養に関する希望などを、ご家族や親しい人と話し合う『きっかけ』をつくっていただくために作成しました。

ご本人が手帳を活用することで、期待されること

【わたしらしい生き方を考える・調べる・話し合う】

- 自分らしい老い方について、家族等と考える・話し合う
- 突然の入院に備える
- 在宅療養に向けて準備する
- 将来の療養に関する希望などを記しておく など



本人が記載した内容の提示を受けることで、医療介護に期待されること

【本人の生き方を尊重し 希望に沿ったケアを提供する】

- これまでの暮らしや生活を尊重したサービスの提供
- 退院後の在宅生活に向けての課題を把握する
- 在宅生活を支援する関係機関との連絡調整を行う
- 本人や家族が望む治療やケアを理解する など



手帳の使いかた

- 「救急医療情報キット」をお持ちのかたは、キットの中に一緒に入れておきましょう。
- いつでも・何度でも書き換えることができるので、家族や親しい人と話し合いながら、記入ができます。手帳の内容は、全て記入する必要はありません。
- 手帳の保管場所を家族や親しい人に伝えておきましょう
- 入院や介護が必要になったときには、この手帳に記載した情報をもとに、療養やケアに対する考えや想いを伝えることもできます。（本人が情報を提供することについて同意した場合）



同意欄

わたしは、この手帳に書かれている情報について、医療や介護が必要になったときに、医療機関や介護施設等が活用することに

同意します

同意しません

手帳の内容

シート1 わたしについて 3~8 ページ

シート2 医療・介護の情報 9~17 ページ

シート3 これからのわたしについて 20~21 ページ

※「佐倉市ホームページ」からもダウンロードができます。



記入日： 年 月 日

シート1-1 わたしについて

(写真)

写真も貼ると
安心です。

ふりがな	
氏名	男 女
住所	〒
電話	自宅 FAX 携帯
生年月日	年 月 日 (歳)
家族構成	配偶者： 有 無 (離別・死別) 子ども： 有 (人) 無 一緒に住んでいる人： 人暮らし
仕事	

記入日： 年 月 日

シート 1-1 わたしについて

アレルギー	食べ物（なし・あり） 薬剤（なし・あり）
視力	眼鏡（使う・使わない）
聴力	補聴器（使う・使わない）
歯	入れ歯（使う・使わない）
普段使う 福祉用具	なし 杖 車椅子 歩行器 シルバーカー その他
嗜好品	お酒：飲まない 飲む（何をどのくらい） タバコ：吸わない 吸う（ 本/日）

記入日： 年 月 日

シート 1-2 わたしについて

わたしのもしものときの連絡先

緊急時の連絡先【優先順位 1】			
ふりがな		続	
氏名		柄	
住所	〒		
電話	自宅 携帯		

緊急時の連絡先【優先順位 2】			
ふりがな		続	
氏名		柄	
住所	〒		
電話	自宅 携帯		

記入日： 年 月 日

シート 1-2 わたしについて

わたしのもしものときの連絡先

緊急時の連絡先【優先順位 3】			
ふりがな		続	
氏名		柄	
住所	〒		
電話	自宅 携帯		

その他もしものときに依頼している連絡先

どのようなときに			
ここに連絡をしてください	名称		
	住所		
	電話		

記入日： 年 月 日

シート 1-3 わたしについて

わたし の 生 活	社会 参加	自治会・町内会名	
		ボランティア・趣味の活動	
	日課	朝	
		昼	
		夜	

記入日： 年 月 日

シート1-3 わたしについて

住 ま い と 環 境	住居	持ち家 賃貸 施設 戸建て マンション アパート 集合住宅 ⇒ 階、エレベーター：有 無	
	居 住 空 間	寝 室	布団 ベッド
		ト イ レ	洋式 和式
		浴室の暖房	有 無
		手すりの 設置	なし 玄関 廊下 階段 浴室 トイレ
	玄関～道路 まで	外階段・段差⇒ 有 無	
	環 境	近くのスーパー： 買物の方法：徒歩・自転車・電動カート・車・バス・ タクシー・宅配・その他（ ）	
災害時の避難所：			
車	運転する 免許を返納した もととしない		
住宅 改修	介護が必要になったときに備え、改修したいところ		

記入日： 年 月 日

シート2-1 医療・介護の情報



かかりつけの医療機関	
名 称 ・ 科	
担 当 医	
電 話	
診てもらって いる 病 気	
指導内容など	

かかりつけの医療機関	
名 称 ・ 科	
担 当 医	
電 話	
診てもらって いる 病 気	
指導内容など	

記入日： 年 月 日

シート 2-1 医療・介護の情報

かかりつけの医療機関	
名称・科	
担当医	
電話	
診てもらっている病気	
指導内容など	

かかりつけの医療機関	
名称・科	
担当医	
電話	
診てもらっている病気	
指導内容など	

記入日： 年 月 日

シート 2-2 医療・介護の情報



かかりつけの歯科医院	
名称	
担当医	
電話	
指導内容	

歯や口腔のことで気になることはありませんか？

食事をかんで食べる時の状態	① 何でもかんで食べることができる
	② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
	③ ほとんどかめない
定期的な歯科健診	① 年に1回以上は受けている
	② 受けていない

※ ②・③にあてはまる場合には、歯科医へご相談を。

ご存知ですか？訪問歯科診療

65歳以上のかたで在宅療養中などにより、通院が困難な場合に、歯科医が往診します。詳しくは、お問い合わせください。健康増進課 ☎ (485) 6712

記入日： 年 月 日

シート2-2 医療・介護の情報



かかりつけの薬局	
名 称	
電 話	
メ モ	

お薬手帳をお持ちですか？

もし、患者さんが他の医療機関を受診していることを知らずに医師がお薬を処方した場合、成分が重複したり相互作用のあるお薬を処方してしまうおそれがあります。また、たとえ「かかりつけ薬剤師」が決まっていたとしても、災害や旅行先では必ずしも「かかりつけ薬剤師」に相談できるとは限りません。

このような問題を避けるため、お薬手帳のご活用をお勧めします。お薬を安心して安全に服用していただくため、お薬手帳を日頃からご活用されてはいかがでしょうか？詳しくは「かかりつけ薬剤師」にご相談ください。

(千葉県薬剤師会ホームページより引用)

資料

地域包括支援センター



地域包括支援センターは、地域の高齢者の皆さんや介護をしている家族の身近な相談窓口です。保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職などが連携し、総合的に高齢者の皆さんを支援します。

志津北部地域包括支援センター	☎ (462) 9531
志津南部地域包括支援センター	☎ (460) 7700
白井・千代田地域包括支援センター	☎ (488) 3731
佐倉地域包括支援センター	☎ (488) 5151
南部地域包括支援センター	☎ (483) 5520

介護が必要になったときは

病気や身体機能の衰えにより、「在宅で介護のサービスを受けたい」「施設に入所したい」などの希望がある場合は、要介護認定の申請を行い、「介護や支援が必要な状態である」と認定される必要があります。この認定結果をもとに、サービスを提供する事業者と直接契約を結び、サービスを利用します。

【窓口】 高齢者福祉課 ☎ (484) 1771
各地域包括支援センター

比較的軽度なかたで、訪問や通所による「介護予防・生活支援サービス」のみの利用を希望する場合、「認定」の手続きをせず、日常生活機能の状況を確認する「基本チェックリスト」の判定結果により、サービスをご利用いただくことができます。

【窓口】 各地域包括支援センター

入院が必要になったときは

急な病気やけがで予定外の入院になることがあります。この場合、多くは連絡を受けた家族などが、入院生活に必要な道具や手続きをすることになります。もしものときに備えて話し合いや準備をしておきましょう。

入院に必要なものリスト（病院によって異なります）

- 保険証
- 介護保険証
- お薬手帳
- 内服薬、塗り薬、湿布薬、点眼など（お薬の説明書も）
- 下着、パジャマ
- ティッシュペーパー
- タオル、バスタオル、歯ブラシ、洗面用具
- スリッパ
- コップ、湯呑み、箸、入れ歯
- 時計、筆記用具
- メガネ、補聴器（普段使っている場合）
- 杖、ステッキ
- 小銭
- 救急医療情報キット（75歳以上でお持ちの方）
- この手帳

入院期間は、治療方法や回復状態などによって異なりますが、急性期の病院では、早期の在宅復帰のために、入院したその日から、退院に向けての支援が始まります。

その他、入院中のペットの預け先・家の管理などについても考えておきましょう



記入日： 年 月 日

シート2-3 医療・介護の情報

最も新しい入院について記録しましょう

入院・退院の記録	
入院期間	年 月 日～ 年 月 日
医療機関名	
入院のきっかけになった病気・症状	
入院中の治療・状況	
退院時の指導内容	
状態悪化時の対応	
その他	

記入日： 年 月 日

シート2-3 医療・介護の情報

介護が必要になったときに記録しましょう

介護認定の状況	
申請なし 申請中(申請日： 年 月 日) 非該当 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限 年 月 日～ 年 月 日)	
ケアプランの作成	
ケアマネジャー	事業所名 担当者名 電話番号
	<div data-bbox="399 694 526 733" data-label="Text"><p>名刺貼付欄</p></div> <div data-bbox="263 739 662 806" data-label="Text"><p>担当ケアマネジャーから名刺をもらって ここに貼りましょう</p></div>
メモ欄	

記入日： 年 月 日

シート2-4 医療・介護の情報

利用しているサービス	
種類	連絡先

※サービスの情報は、担当のケアマネジャーや地域包括支援センター等に確認してみましょう。

資料

人生の最終段階の医療とケアについて

自分らしく尊厳を保ちながら人生を生きることについて、考えたことはありますか。まだまだ先のこととお考えかもしれませんが、元気なうちに、いろいろな情報を集め、最期まで自分らしく過ごすために、またしもの時の家族の負担を減らすために、家族や周りの人と話しあってみましょう。考えは、いつでも変えることができます。

Step4

整理する

最期の時期をどのように過ごしたいかについて、自分の意思を明確にし、周囲に依頼したいことを整理する。

意思
表明

(図：千葉県ホームページより)

繰り返す

Step3

調べる

最期を迎える場所の選択肢にはどのようなものがあるか、既存の意思表明様式など関連情報を収集する。

Step2

話し合う

家族や兄弟、友人等の身近で信頼できる人やかかりつけ医などの医療関係者と話し合う。

Step1

考える

自身の価値観や人生観、最期をどこでどのように過ごしたいか、などについて、まず自分で考えてみる。

価値観

人生観



自分が受たい医療とケアについて、あらかじめ書面等に示しておく方法もあります。「リビングウィル」「事前指示書」とも呼ばれていますが、法的な拘束力はありません。主に次のことを考えます。

1. リビングウィル

1	あらゆる活動による延命を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>
2	自分の口から栄養を摂れなくなった時に継続的に医療的手段を活用すること【高カロリー輸液や胃ろう等による継続的な栄養補給】を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>
3	自力で呼吸ができなくなった時に、継続的に医療的手段を活用すること【人工呼吸器を装着する等】を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>
4	自力で心臓が動かなくなった時に、長期間にわたり医療的手段を活用すること【心臓マッサージやAED使用を繰り返す等】を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>
5	延命を目的としない苦痛と疼痛の軽減を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>
6	その他

出典：千葉県医師会作成「私のリビングウィル」

人生の最終段階の医療やケアの内容について、受たいか受たくないかなど、自分の意思を表明するものです。これらの医療処置などの内容については、医療従事者から「行う場合」と「行わない場合」に予想される結果について十分な説明を受け、理解したうえで意思を決定することが最も重要な原則です。

2. 代理人の指示

自分に判断能力が無くなった際に、自分の医療やケアについて代わりに判断をしてほしい人を明示するものです。

記入日： 年 月 日

シート3 これからのわたしについて

まわりの人に知っておいて欲しい「わたしの歴史」

生まれは	
若かりし日の思い出	
好きな音楽・テレビ・映画など	
わたしの自慢	
大切にしていること	
人生の終わりまでにやってみたいこと・行きたい場所	

記入日： 年 月 日

シート3 これからのわたしについて

日ごろから、家族や周囲の人たちと話し合っておきましょう。

病名や病状に関する告知の希望	<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"/> 家族等にまかせる <input type="checkbox"/> その他()
介護が必要になったときには…	<input type="checkbox"/> なるべく自宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設で介護を受けたい <input type="checkbox"/> 家族等にまかせる <input type="checkbox"/> その他()
治る見込みのない病気になったときは…	<input type="checkbox"/> なるべく自宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 病院などの施設で看護を受けたい <input type="checkbox"/> 家族等にまかせる <input type="checkbox"/> その他()
判断能力が無くなったときには…	<input type="checkbox"/> 成年後見制度を利用したい <input type="checkbox"/> わたしの医療やケアについては 氏名 続柄 の 意思を尊重してください。

※上記の内容を話し合った人 ()

佐倉市成年後見支援センター

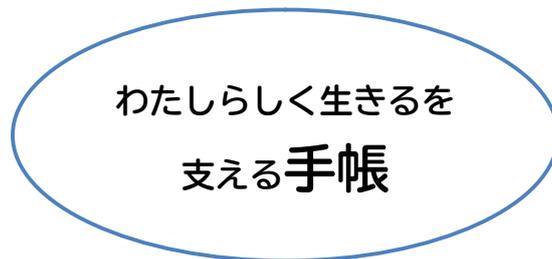
成年後見制度について、お気軽にお問い合わせください。
☎ (484) 1288 (佐倉市社会福祉協議会内)

シート3 これからのわたしについて

日ごろから、家族や周囲の人たちと話し合っておきましょう。

延命治療や医療内容に関する考え	<input type="checkbox"/> 可能な限り延命治療をしてほしい <input type="checkbox"/> 痛みや苦痛を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 家族等にまかせたい <input type="checkbox"/> その他
葬儀に関する考え	<input type="checkbox"/> 家族等にまかせたい <input type="checkbox"/> 希望がある
お墓に関する考え	<input type="checkbox"/> 家族等にまかせたい <input type="checkbox"/> 希望がある
埋葬に関する考え	<input type="checkbox"/> 家族等にまかせたい <input type="checkbox"/> 希望がある
持ち家・財産についての考え	
その他の希望	

※上記の内容を話し合った人（ ）



佐倉市福祉部高齢者福祉課 ☎ (484) 6343

志津北部地域包括支援センター ☎ (462) 9531

志津南部地域包括支援センター ☎ (460) 7700

白井千代田地域包括支援センター ☎ (488) 3731

佐倉地域包括支援センター ☎ (488) 5151

南部地域包括支援センター ☎ (483) 5520