

エンディングノート

# 医療・介護



---

名前

---

## 意思を委ねる人

自分の治療や介護について正常な判断ができなくなった場合、この人の意見を尊重してください。

記載年月日 年 月 日

名前		間柄	
電話番号		携帯番号	
住所			

# 医療の希望

## 告知の希望

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 病名・余命ともに告知しないでほしい <input type="checkbox"/> 病名だけ告知して欲しい <input type="checkbox"/> 全ての情報をありのまま伝えて欲しい <input type="checkbox"/> 余命は知らせないでほしい <input type="checkbox"/> 家族に任せる <input type="checkbox"/> その他 ( )	理由	
--	----	--

## 延命措置の希望

記載年月日 年 月 日

<b>■延命措置の希望（基本的な方針）</b>		※複数回答可
<input type="checkbox"/> 最後までできる限りの延命措置をして欲しい <input type="checkbox"/> 医学的に、まだ回復(社会復帰ができる)の可能性があるのであれば延命措置をして欲しい。 <input type="checkbox"/> 苦痛を和らげる措置は最大限行って欲しい。 <input type="checkbox"/> 尊厳のある死を迎えられるように配慮してほしい。 <input type="checkbox"/> 一時的に延命措置をして延命したとしても、死期が少し(1日～ 週間)延びるだけの措置であれば、苦痛を和らげる措置だけをして、延命だけの措置はしないで欲しい <input type="checkbox"/> 命は助かって、植物状態になるのであれば延命措置は望まない。 <input type="checkbox"/> いたずらに死期を伸ばすだけの無駄な延命措置は一切拒否する。 <input type="checkbox"/> 経済的な負担を考え、家族の判断により適度なところで延命措置は打ち切ってよい。 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 「尊厳死の宣言書」 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
理由		



## 医療行為に対する希望

記載年月日 年 月 日

### ■人工栄養(経鼻栄養・胃ろう)について ※複数回答可

<input type="checkbox"/> 回復が見込める場合の一時的な処置であれば行って欲しい	<b>理 由</b>	
<input type="checkbox"/> 脳卒中などで意思疎通ができなくなった場合での延命治療に用いる為だけの措置であれば拒否する。		
<input type="checkbox"/> 状況に応じて家族に判断を任せたい。		
<input type="checkbox"/> 一切の人工栄養は拒否する。		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

### ■人工呼吸器の装着について ※複数回答可

<input type="checkbox"/> 回復が見込める場合の一時的な処置であれば行って欲しい	<b>理 由</b>	
<input type="checkbox"/> 脳卒中などで意思疎通ができなくなった場合での延命治療に用いる為だけの措置であれば拒否する。		
<input type="checkbox"/> 最後に家族に感謝の言葉を述べたいので、言葉が発せなくなるような人工呼吸器の装着は拒否する。		
<input type="checkbox"/> 一切の人工呼吸器の装着は拒否する。		
<input type="checkbox"/> 状況に応じて家族に判断を任せたい。		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## 臨終を迎える場所

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> できれば自宅で迎えたい	<b>理 由</b>	
<input type="checkbox"/> 病院で迎えたい。		
<input type="checkbox"/> 家族の判断に任せたい		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## 病理解剖について

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 私は一切の病理解剖を希望しない	<b>理 由</b>	
<input type="checkbox"/> 私は医師に求められた場合には病理解剖を了承する。		
<input type="checkbox"/> 家族の判断に任せたい。		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

※病理解剖とは死体解剖保存法に基づき、不幸にして亡くなった患者さんの病気の状態、病気の診断と治療効果を判定する目的で、その遺体を解剖させていただくことです。

## 脳死後の臓器提供

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 臓器提供は希望しない <input type="checkbox"/> 臓器提供の希望を「臓器提供意思表示カード」等に記入してある。 (保管場所： ) <input type="checkbox"/> 角膜を提供したいのでアイバンクに登録している。 (連絡先： )	理由	
---	----	--

## 献体について

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 私は献体を希望しない <input type="checkbox"/> 私は献体を希望する	理由	
委託する団体・連絡先・手続き方法など		

※献体とは、医学・歯学の大学における解剖学の教育・研究に役立たせるため、自分の遺体を無条件・無報酬で提供することをいいます。

## ホスピスについて

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 死を迎えるときの選択肢のひとつとして漠然と考えている <input type="checkbox"/> そういう状態になったらホスピスに入りたい <input type="checkbox"/> 今のところ考えていない <input type="checkbox"/> 家族の判断に任せたい <input type="checkbox"/> その他 ( )	理由	
入りたい施設名・連絡先・費用の手当てなど		

その他の希望

--

## 医療に関する必要な情報

かかりつけの医療機関

記載年月日 年 月 日

医院名		担当医師	
電話番号			
住所			
医師との 関係性			

定期的に訪問診療くれる所

記載年月日 年 月 日

医院名		担当医師	
電話番号			
住所			
医師との 関係性			

※訪問診療 定期的に訪問し、診察を行うこと

往診くれる所

記載年月日 年 月 日

医院名		担当医師	
電話番号			
住所			
医師との 関係性			

※往診 突発的な病気や怪我に医師が伺うこと

病状が非常に重い時に診てほしい病院・医師

記載年月日 年 月 日

医院名		担当医師	
電話番号			
住所			
医師との 関係性			

その他 ( )

記載年月日 年 月 日

医院名		担当医師	
電話番号			
住所			
医師との 関係性			



## ■各種保険について

記載年月日

年 月 日

保険会社名		担当者	
連絡先(TEL)		契約者	
保険の種類		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日
契約内容			

保険会社名		担当者	
連絡先(TEL)		契約者	
保険の種類		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日
契約内容			

保険会社名		担当者	
連絡先(TEL)		契約者	
保険の種類		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日
契約内容			

保険会社名		担当者	
連絡先(TEL)		契約者	
保険の種類		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日
契約内容			

# 余命がわずかになった時に会いたい人・知らせて欲しい人

記載年月日 年 月 日

名前		関係	
電話番号		携帯番号	
住所			

名前		関係	
電話番号		携帯番号	
住所			

名前		関係	
電話番号		携帯番号	
住所			

名前		関係	
電話番号		携帯番号	
住所			

名前		関係	
電話番号		携帯番号	
住所			

名前		関係	
電話番号		携帯番号	
住所			

名前		関係	
電話番号		携帯番号	
住所			

# 終末期の具体的状況において希望する治療方針

※具体的な状況においてあなたがどう考えるかを見つめ直すページ

記載年月日 年 月 日

①末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合

## Q・終末期を過ごしたい場所

- なるべく早く今まで通った（又は現在入院中の）医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入居したい
- その他
- わからない

## 理 由

## Q・これから、どのような方針での医療を希望しますか？

- がんの治療を優先した医療
- 自分のやりたいこと、自分の生活を優先した医療
- できるだけ医療は受けたくない
- わからない

## 理 由

記載年月日 年 月 日

②末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合

「もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療を希望しますか。」

—あなたの病状—

末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくい、呼吸が苦しいといった状態です。しかし、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、徐々にあるいは急に死に至る。」とのことです。

## Q・終末期を過ごしたい場所

- なるべく早く今まで通った（又は現在入院中の）医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい

- 老人ホームに入居したい
- その他
- わからない

## 理 由

### Q・これから、どのような方針での医療を希望しますか？

副作用はあるが、多少なりとも悪化を遅らせることを期待して、抗がん剤や放射線による治療	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から水を飲めなくなった場合の点滴	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から十分な栄養をとれなくなった場合、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること（中心静脈栄養）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること（経鼻栄養）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること（胃ろう）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること （言葉を発声できなくなる場合もあります）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置（心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない

③重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様の場合

《もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療を希望しますか。》

—あなたの病状—

慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態です。しかし、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、徐々にあるいは急に死に至る。」とのことです。

**Q・終末期を過ごしたい場所**

- 医療機関
- 介護施設
- 居宅
- その他 ( )
- わからない

**理 由**

**Q・これから、下記のような治療を望みますか？**

肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から水を飲めなくなった場合の点滴	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から十分な栄養をとれなくなった場合、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること（中心静脈栄養）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること（経鼻栄養）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること（胃ろう）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること （言葉を発声できなくなる場合もあります）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置（心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと）	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない

④認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合

«もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療を希望しますか。»

—あなたの病状—

認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできました。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、徐々にあるいは急に肺炎などで死に至る。」とのことです。・

Q・終末期を過ごしたい場所

- 医療機関
- 介護施設(老人ホームなど)
- 居宅
- その他 ( )
- わからない

理 由

Q・これから、下記のような治療を望みますか？

肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること

- 望む
- 望まない
- 分からない

口から水を飲めなくなった場合の点滴

- 望む
- 望まない
- 分からない

口から十分な栄養をとれなくなった場合、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること（中心静脈栄養）

- 望む
- 望まない
- 分からない

口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること（経鼻栄養）

- 望む
- 望まない
- 分からない

口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること（胃ろう）

- 望む
- 望まない
- 分からない

呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること  
（言葉を発声できなくなる場合もあります）

- 望む
- 望まない
- 分からない

心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置（心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと）

- 望む
- 望まない
- 分からない

⑤交通事故により半年以上意識がなく管から栄養を取っている状態で、衰弱が進んでいる場合

「もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療を希望しますか。」

—あなたの病状—

交通事故で強く頭を打ち、既に半年間以上意識がなく、管から栄養をとっている状態ですが、衰弱が進んでいます。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、いずれ肺炎などで死に至る。」とのことです。

Q・終末期を過ごしたい場所

- 医療機関
- 介護施設(老人ホームなど)
- 居宅
- その他 ( )
- わからない

Q・これから、下記のような治療を望みますか？

肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること (言葉を発声できなくなる場合もあります)	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない

⑥交通事故により心肺停止となったのち蘇生したものの、2週間を経過した時点で意識はなく人工呼吸器と点滴を受けている場合

「もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療を希望しますか。」

—あなたの病状—

交通事故で全身を強く打ち、一時呼吸も心臓の動きもとまった状態になりましたが、処置により心臓の動きは戻りました。集中治療室に入って2週間が経過した現在、意識はなく、気管から管を入れてつけている人工呼吸器がなければ呼吸ができません。栄養や薬などを入れるため、太い血管に点滴の管が入っています。

—医療上の判断—

「あらゆる治療を行っているが、効果がなく、このまま徐々に死に至る。」とのことです。

Q・これから、下記のような治療を望みますか？

状態が悪くなるのに対応して、薬の量や呼吸の補助のための機械の設定を増やすなどの更なる治療	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない
現在の治療を継続すること	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 分からない

# 介護の希望

## 介護を受けたい場所（軽度の介護状態になった場合）

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 介護施設の整った施設・病院に入る <input type="checkbox"/> 自宅で介護の専門家に一切の介護をお任せする。 <input type="checkbox"/> 自宅で主に家の者に介護を頼み、介護保険によるサービスを適宜利用する。 <input type="checkbox"/> 息子・娘夫婦宅で介護して欲しい <input type="checkbox"/> その時々が一番良い場所で介護して欲しい <input type="checkbox"/> 家族の判断に任せたい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他（ ）	理由	
---	----	--

## 介護を受けたい場所（重度の介護状態になった場合）

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 介護施設の整った施設・病院に入る <input type="checkbox"/> 自宅で介護の専門家に一切の介護をお任せする。 <input type="checkbox"/> 自宅で主に家の者に介護を頼み、介護保険によるサービスを適宜利用する。 <input type="checkbox"/> 息子・娘夫婦宅で介護して欲しい <input type="checkbox"/> その時々が一番良い場所で介護して欲しい <input type="checkbox"/> 家族の判断に任せたい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他（ ）	理由	
---	----	--

## 介護は主に誰にして欲しいか（軽度の介護状態になった場合）

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 配偶者の介護して欲しい <input type="checkbox"/> 息子夫婦にして欲しい <input type="checkbox"/> 娘夫婦にして欲しい <input type="checkbox"/> できれば（ ）に介護して欲しい <input type="checkbox"/> なるべく家族の誰かに介護して欲しい <input type="checkbox"/> なるべくプロのヘルパーや介護サービスを利用し、利用のできない時間を家族に介護して欲しい <input type="checkbox"/> 介護の専門家に一切の介護をお任せしたい <input type="checkbox"/> 家族の判断に任せたい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他（ ）
---

理由

## 介護は主に誰にして欲しいか（重度の介護状態になった場合）

記載年月日 年 月 日

- 配偶者の介護して欲しい
- 息子夫婦にして欲しい
- 娘夫婦にして欲しい
- できれば（ ）に介護して欲しい
- なるべく家族の誰かに介護して欲しい
- なるべくプロのヘルパーや介護サービスを利用し、利用のできない時間を家族に介護して欲しい
- 介護の専門家に一切の介護をお任せしたい
- 家族の判断に任せたい
- わからない
- その他（ ）

理由

## 介護にかかる費用をどうするか

記載年月日 年 月 日

- 全額、私の預貯金や年金などから
- 私の預貯金や年金などから支払い、不足が生じた場合には（ ）をお願いしたい
- 保険会社から介護資金が出る見込みなので請求して欲しい  
保険会社名：  
内容： 連絡先：
- 配偶者から
- 息子・娘（ ）から
- 家族の判断に任せたい
- その他（ ）

理由



## 介護を施設で受けたい場合の希望する施設名

第一希望

記載年月日

年

月

日

施設名		電話番号	
住所			
費用の目安	入居時	月額	
理由			

第二希望

施設名		電話番号	
住所			
費用の目安	入居時	月額	
理由			

第三希望

施設名		電話番号	
住所			
費用の目安	入居時	月額	
理由			

## 介護施設を選ぶときに重視して欲しいコト

記載年月日

年

月

日

立地	<input type="checkbox"/> 自宅に近いほうがよい <input type="checkbox"/> 家族の家に近いほうがよい <input type="checkbox"/> どこでもよい	
費用	<input type="checkbox"/> とにかく費用が安いほうがよい <input type="checkbox"/> 自分の支払える範囲のところが良い <input type="checkbox"/> 家族に任せる	
雰囲気	<input type="checkbox"/> 明るくきれいなところがいい <input type="checkbox"/> スタッフの人柄がよさそうなところがいい <input type="checkbox"/> 周りの景色がよりのところがよい <input type="checkbox"/> 買い物等の利便性がよいところがよい	※複数回答 可
サービス	<input type="checkbox"/> 24 時間対応してくれるところがいい <input type="checkbox"/> 食事は美味しいほうがよい <input type="checkbox"/> アクティビティが充実しているところがいい <input type="checkbox"/> 看取りまでやってくれるところがいい <input type="checkbox"/> その他 ( )	※複数回答 可

## 介護関係の相談・連絡先リスト

住まいの自治体の福祉関係窓口

記載年月日

年

月

日

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

最寄りの地域包括支援センター

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

最寄りの社会福祉協議会

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

最寄りの居宅介護支援事業所

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

地域の民生委員

氏名		電話番号	
----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

ケアマネージャー

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

( ) ※その他、見守り契約サービス会社、弁護士、税理士など

名前		電話番号	
----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

( )

名前		電話番号	
----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

( )

名前		電話番号	
----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

( )

名前		電話番号	
----	--	------	--

住所			
----	--	--	--

## 看護・介護してくれる人に伝えたい事

### 私の性格・呼び名

記載年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 人見知り(初対面の人が苦手)	<input type="checkbox"/> 一人でいるのが好き	<input type="checkbox"/> 頑固
<input type="checkbox"/> 社交的(人づきあいが好き)	<input type="checkbox"/> 誰かと一緒にいるのが好き	<input type="checkbox"/> 短気
<input type="checkbox"/> マイペース	<input type="checkbox"/> 無口	<input type="checkbox"/> のん気
<input type="checkbox"/> 協調性がある	<input type="checkbox"/> おしゃべり	<input type="checkbox"/> きちようめん
<input type="checkbox"/> その他( )		

家族からは・・・( )と呼ばれている  
友達からは・・・( )と呼ばれている  
看護・介護する人からは・・・( )と呼ばれてたい

### 好みの食べ物

記載年月日 年 月 日

食材	好きなもの	苦手なもの
料理	好きなもの	苦手なもの
飲み物	好きなもの	苦手なもの
味付け	好きな味	苦手な味
おやつ	好きなもの	苦手なもの
大好物なもの		

### 日課にしていたことや趣味など

記載年月日 年 月 日

日課	
趣味	
特技	
その他	