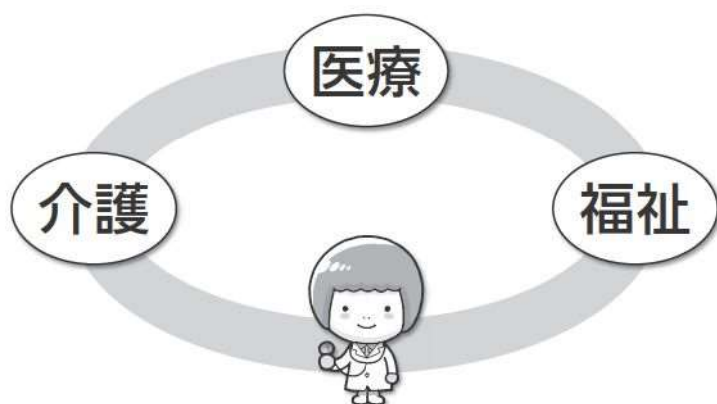


市民のみなさんが住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために

私の 在宅療養のしおり

～笑顔で長生きできるまち 瀬戸内市～



氏名 _____

瀬戸内市、瀬戸内市在宅医療・福祉・保健連携推進協議会
瀬戸内市社会福祉協議会

「私の在宅療養のしおり」の活用について

瀬戸内市では、もしもの時に備えて、緊急時連絡先や療養の記録などを書き留めておく「私の在宅療養のしおり」を作成しました。

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。
自らが希望する医療やケアを受けるために、
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを、
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合ってみませんか。



※命の危険が迫った状態になると、約70%の人が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

※このような取り組みは、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくないと思っている人への十分な配慮が必要です。

あなたの気持ちをまわりの人に伝えましょう。

★くり返し、話し合うことが大切です。

【記入の仕方】

- この「私の在宅療養のしおり」は、家族やあなたの支援者や医療機関の人などとも話し合いながら、ご記入ください。
- 体の状態によって、気持ちは変わることもありますので、そのときは書き直してください。
1冊のしおりで2回分記入することができます。
- 一度にすべてを記入しなくてもかまいません。
記入できるところから、書いてみましょう。

【保管について】

- 記入後のしおりは、お薬手帳や健康保険証などと一緒に持ち歩いていただいたり、家族と一緒にわかりやすいところへ置くようにしましょう。
- しおりは重要な個人情報が含まれていますので大切にお取り扱いください。

目 次

1 私のこと	3 ページ
2 私の緊急時連絡先	3 ページ
3 私の療養の記録	4 ページ
4 私のかかりつけ	5～6 ページ
5 私のおぼえ	7～8 ページ
6 私の医療・介護について	9～12 ページ
記入例	13～14 ページ

1 私のこと

氏 名		性別	生年月日	血液型
ふりがな		男・女	明治・大正・昭和・平成	型
			年 月 日	
住 所		電話番号	ファックス番号	
瀬戸内市				
食物のアレルギー		薬のアレルギー		
家族 の 連 絡 先	氏名・住所 (私との続柄)		電話番号	
	氏名 ()			
	住所			
	氏名 ()			
住所				

2 私の緊急時連絡先

体調が急変した時に、連絡を取ってもらいたい人の連絡先等を書きましょう。相手の方にもあなたの近況や連絡先を伝えておきましょう。

氏名 (私との続柄)	電話番号	備考 (住所など)
()		
()		
()		

3 私の療養の記録

[illegible]

4 私のかかりつけ

かかりつけの医療機関や介護・福祉関係の相談先等を書いておきましょう。

①病院・診療所（診療科・病名）

②歯科診療所

③保険薬局（院外薬局）

④介護・福祉サービス事業所（介護支援専門員、相談支援専門員等）

記入例)

① 医療機関名：〇〇医院（内科・高血圧症）

担 当：〇〇先生 〇〇看護師

住 所：瀬戸内市邑久町山田庄〇〇番地

電 話 番 号：0869-22-3800 FAX:0869-22-3801

5 私のおぼえ

予防接種の記録など、書いておきましょう。

年月日	内 容
記入例) 2018.12.1	肺炎球菌ワクチン予防接種

記入例(13～14ページ)を
参考に、ご記入ください。

6-1 私の医療・介護について

もしもの時に備えて、医療・介護について考えておきましょう。
病気や不慮の事故等により、日常生活の判断が難しくなったり、
意思表示ができなくなった時でも、あなたの意思が尊重された医
療・介護などのケアが提供されるように、元気なうちから、あな
たのご家族やかかりつけの医師・介護・福祉の専門の人たちと話
し合い、人生の最終段階の医療・介護の希望や自分の思いを伝え
ておくことが大切です。

体調の変化などによって気持ちは変わっていくものです。時間
がたって思い直したときに、その都度、記しておきましょう。

私の思い ～はじめて～

_____ 年 月 日現在

私の人生の最終段階の医療・介護の希望

～はじめて～

もしもの時のあなたの医療・介護について考えておきましょう。

【医療について】

- ・病状等は、ありのままを知らせてほしい … ☐ はい ☐ いいえ
- ・痛みなどの症状は、できるだけ和らげてほしい … ☐ はい ☐ いいえ
- ・心臓マッサージなどの心肺蘇生を希望します … ☐ はい ☐ いいえ
- ・人工呼吸器などの延命治療を希望します … ☐ はい ☐ いいえ
- ・延命治療としての胃ろうなどによる栄養補給を希望します
… ☐ はい ☐ いいえ
- ・点滴などによる水分補給を希望します … ☐ はい ☐ いいえ
- ・人生の最終段階に過ごしたい場所は、
☐ 自宅 ☐ 介護福祉施設（老人ホーム等） ☐ 病院 ☐ 家族に委ねる
☐ （ ） です
- ・自分で判断できなくなった時、主治医と相談してほしい人は、
（ ） さんです

【介護について】

- ・介護してもらいたい人は、（ ） さんです
- ・介護してもらいたい場所は、
☐ 自宅 ☐ 介護福祉施設（老人ホーム等） ☐ 病院 ☐ 家族に委ねる
☐ （ ） です

【その他】

- ・医療・介護の費用は、
☐ 私の預貯金 ☐ 年金 ☐ 保険 ☐ 家族からの援助
☐ （ ） で支払う予定です

年 月 日現在

記入例(13～14ページ)を
参考に、ご記入ください。

6-2 私の医療・介護について

もしもの時に備えて、医療・介護について考えておきましょう。
病気や不慮の事故等により、日常生活の判断が難しくなったり、
意思表示ができなくなった時でも、あなたの意思が尊重された医
療・介護などのケアが提供されるように、元気なうちから、あな
たのご家族やかかりつけの医師・介護・福祉の専門の人たちと話
し合い、人生の最終段階の医療・介護の希望や自分の思いを伝え
ておくことが大切です。

体調の変化などによって気持ちは変わっていくものです。時間
がたって、思い直したときに、その都度、記しておきましょう。

私の思い ～思い直してみて～

_____ 年 月 日現在

私の人生の最終段階の医療・介護の希望 ～思い直してみても～

もしもの時のあなたの医療・介護について考えておきましょう。

【医療について】

- ・病状等は、ありのままを知らせてほしい … ☐ はい ☐ いいえ
- ・痛みなどの症状は、できるだけ和らげてほしい … ☐ はい ☐ いいえ
- ・心臓マッサージなどの心肺蘇生を希望します … ☐ はい ☐ いいえ
- ・人工呼吸器などの延命治療を希望します … ☐ はい ☐ いいえ
- ・延命治療としての胃ろうなどによる栄養補給を希望します
… ☐ はい ☐ いいえ
- ・点滴などによる水分補給を希望します … ☐ はい ☐ いいえ
- ・人生の最終段階に過ごしたい場所は、
☐ 自宅 ☐ 介護福祉施設（老人ホーム等） ☐ 病院 ☐ 家族に委ねる
☐ （ ） です
- ・自分で判断できなくなった時、主治医と相談してほしい人は、
（ ） さんです

【介護について】

- ・介護してもらいたい人は、（ ） さんです
- ・介護してもらいたい場所は、
☐ 自宅 ☐ 介護福祉施設（老人ホーム等） ☐ 病院 ☐ 家族に委ねる
☐ （ ） です

【その他】

- ・医療・介護の費用は、
☐ 私の預貯金 ☐ 年金 ☐ 保険 ☐ 家族からの援助
☐ （ ） で支払う予定です

年 月 日現在

こ の ペ ー ジ は

6 私の医療・介護について

もしもの時に備えて、医療・介護について考えておきましょう。

病気や不慮の事故等により、日常生活の判断が難しくなったり、意思表示ができなくなった時でも、あなたの意思が尊重された医療・介護などのケアが提供されるように、元気なうちから、あなたのご家族やかかりつけの医師・介護・福祉の専門の人たちと話し合い、人生の最終段階の医療・介護の希望や自分の思いを伝えておくことが大切です。

体調の変化などによって気持ちは変わっていくものです。時間がたって思い直したときに、その都度、記しておきましょう。

私の思い ～はじめて～

20●●年 ● 月 ● 日現在

この「私の思い」の欄には、家族や大切な人へのメッセージや感謝の気持ち、言いそびれたこと等、内容は何でもかまいませんので、伝えたいことを書いておきましょう。

記入例です

私の人生の最終段階の医療・介護の希望

～はじめて～

もしもの時のあなたの医療・介護について

あなたの希望を
☑してみましょう。

【医療について】

- ・病状等は、ありのままを知らせてほしい … ☒はい ☐いいえ
- ・痛みなどの症状は、できるだけ和らげてほしい … ☒はい ☐いいえ
- ・心臓マッサージなどの心肺蘇生を希望します … ☐はい ☒いいえ
- ・人工呼吸器などの延命治療を希望します … ☐はい ☒いいえ
- ・延命治療としての胃ろうなどによる栄養補給を希望します … ☐はい ☒いいえ
- ・点滴などによる水分補給を希望します … ☒はい ☐いいえ
- ・人生の最終段階に過ごしたい場所は、
☒自宅 ☐介護福祉施設（老人ホーム等） ☐病院 ☐家族に委ねる
☐（ ）です
- ・自分で判断できなくなった時、主治医と相談してほしい人は、
（ 例え 夫、妻、子ども（●●）、友人（●●） ）さんです

【介護について】

- ・介護してもらいたい人は、（ 例：夫、妻、子ども、甥、姪など ）さんです
- ・介護してもらいたい場所は、
☒自宅 ☐介護福祉施設（老人ホーム等） ☐病院 ☐家族に委ねる
☐（ ）です

【その他】

- ・医療・介護の費用は、
☒私の預貯金 ☐年金 ☐保険 ☐家族からの援助
☐（ ）で支払う予定です

____年 ____月 ____日現在

在宅医療に関する相談は・・・

通院中の方は

- ・かかりつけ医療機関の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等

入院中の方は

- ・入院先の担当医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等

介護保険に関する相談は・・・

- ・担当の介護支援専門員等

(事業所名)

)

(担当者名)

)

- ・瀬戸内市地域包括支援センター

電話 0869-24-0001

- ・瀬戸内市福祉部 いきいき長寿課

電話 0869-24-8866

障がい福祉に関する相談は・・・

- ・担当の相談支援専門員等

(事業所名)

)

(担当者名)

)

- ・瀬戸内市福祉部 福祉課障害福祉係

電話 0869-24-8847

その他ご不明な点は・・・

- ・瀬戸内市福祉部 トータルサポートセンター

電話 0869-22-3800

【発行】

瀬戸内市 福祉部 トータルサポートセンター

瀬戸内市呂久町山田庄 862 番地 1 (瀬戸内市総合福祉センター2階)

電話 0869-22-3800

FAX 0869-22-3801

2023 年 5 月改訂