

わたしの ケアノート



 大阪市

- このノートの使い方について -

このノートは、あなたがこれからの人生をよりよく生きていくために、ご自身の考えを整理することをお手伝いするノートです。

あなたが、またはあなたが家族や支援者と相談しながら、あなたの思いや考えていることを伝えやすい言葉で一緒に記入してください。

*わたしのことについて

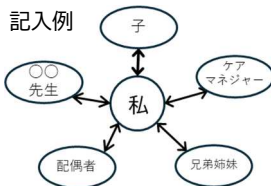
ふりがな	
名前	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	(自宅) (携帯)

*このノートを管理してほしい人

名前	
関係・職種	
連絡先	名称: 電話:

*大切な人、親しくしている人、 いつも相談に乗ってくれる人

わたしの周りにいる人
家族以外の人も記入してください



私

*もしもの時の緊急連絡先

緊急時に連絡がとれる電話番号を記入してください

名前	関係	連絡先電話番号 住所(市区町村まで)
		電話: 住所:
		電話: 住所:
		電話: 住所:

*健康管理について

通院中の医療機関

医療機関名・診療科	連絡先	主治医
	電話: 住所:	
	電話: 住所:	
	電話: 住所:	
	電話: 住所:	

歯の治療をしているところ

歯科医院名	連絡先	主治医
	電話: 住所:	

薬をもらっているところ

薬局名	連絡先	薬剤師
	電話: 住所:	
	電話: 住所:	

これまでにかかった病気・けが・手術

病名など	いつ頃？	現在の状態
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中

血液型： A ・ B ・ O ・ AB

利き手： 右 ・ 左

食べ物のアレルギー： なし あり()

薬のアレルギー： なし あり()

その他のアレルギー： なし あり()

日頃使っている用具： 眼鏡 補聴器 入れ歯 杖

歩行器 車椅子 その他()

*わたしの年表

0 歳 年 月 日 誕生

出生地:



兄弟姉妹のこと

仕事やがんばってきたこと

懐かしい土地・思い出の場所

大切な思い出・できごと

覚えておきたい日・記念日

今の年齢(年 月 日現在)
歳

*わたしのこと・伝えたいこと

わたしの呼び名
(こう呼んでほしい)

大切にしているもの・こと

いつも身につけているもの
(指輪、時計など)

好きな服装・色

行きたいところ
やってみたいこと

楽しみにしていること
喜びを感じること

好きな食べ物・飲み物

苦手な食べ物・飲み物

好きなスポーツ

好きな音楽・歌・歌手・映画・俳優

得意なこと
続けていきたい活動

苦手なこと
したくない活動

健康のために気をつけていること

薬の飲み方で工夫していること

リラックスするために工夫していること

よく眠れるために工夫していること

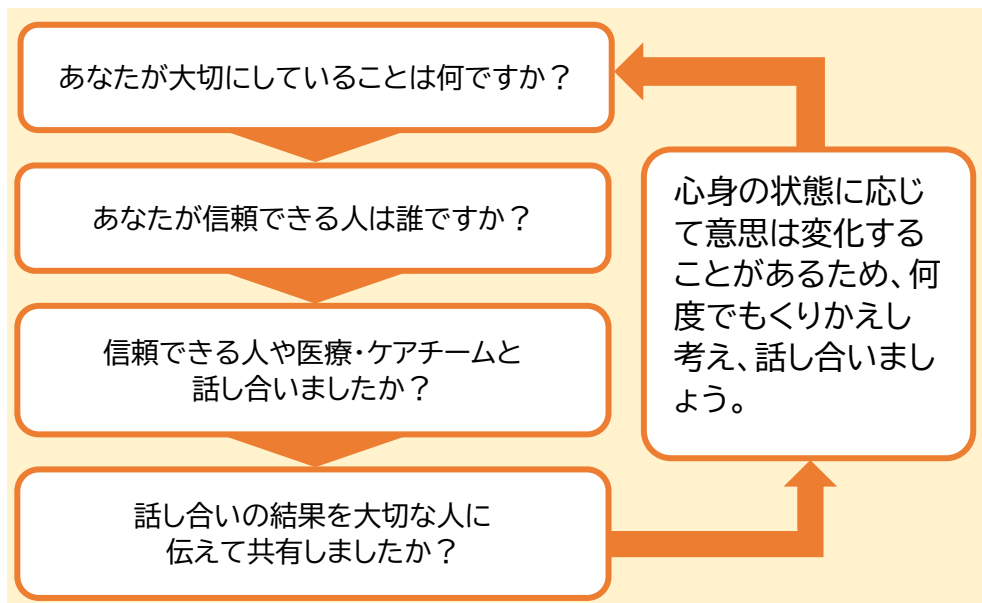
排泄で気をつけていること

心配していること

*もしものときのために

人生の最終段階において、どこで、何を、どのように望むかを、自分自身で前もって考え、周囲の人たちと話し合い、共有することが重要です。

話し合いの進め方の例



*終末期医療について

告知

- 病名・余命ともに告知を希望する
- 病名のみ告知を希望する
- 病名・余命ともに告知を希望しない

口から食べることがむずかしくなった時は

- 点滴や胃ろうによる栄養摂取の処置を希望する
- できる限り自然に任せてほしい

延命治療

- 回復がむずかしくても延命を希望する
- 延命より苦痛緩和を重視したい
- 自然に最期を迎えたい

臓器提供

- 臓器提供を希望する
- 臓器提供を希望しない

*介護などについて

介護が必要になった時、介護を頼みたい人について

- 家族()
- 家族以外の人()
- 特に希望はないため、家族の判断に任せる
- その他()

介護が必要になったとき、どこで介護を受けたいですか

- 自宅で
- 施設で
- 特に希望はないため、家族の判断に任せる
- その他()

介護の費用について

- わたしの預貯金
- 民間の保険に加入している()
- 自分の資産が不足したら家族・親族に負担してほしい
- その他()

認知症などで判断が困難となった場合の財産管理などについて

※実際に財産管理などを任せる場合には、財産管理等委託契約や任意後見契約等が必要です。

- 配偶者や子どもに一任する
- 具体的に管理を任せたい人がいる

名前・所属など

住所・連絡先

- 成年後見制度を利用したい
- その他()

*このノートの記入を手伝ってくれた人

記入日	年 月 日
名前	
関係・職種	
連絡先	名称:
	電話:
記入日	年 月 日
名前	
関係・職種	
連絡先	名称:
	電話:
記入日	年 月 日
名前	
関係・職種	
連絡先	名称:
	電話:
記入日	年 月 日
名前	
関係・職種	
連絡先	名称:
	電話:

－ おわりに －

このノートは、約4年ぶりの改訂になります。この約4年の間にも、わが国では、記憶や判断が少しずつ難しくなる人を、周りの人たちが理解し、支え合い、本人の尊厳や意思を大切にすることで、安心して生活できる社会をめざす取組が行われています。

この「わたしのケアノート」は、あなたがどんな生活を大切にしてきたか、どんな人たちと関わってきたか、そしてこれまで生きてきた中であなたが大事にし、これからも大事にしたい思いを伝えるためのノートです。

このノートは、自分の気持ちをうまく伝えられなくなったとき、家族や医療・介護に関わる人たちが、「あなたらしさ」を大切にしたい医療や介護につなげ、あなたの尊厳や意思を守ることに役立てて頂きたいという願いで作られました。

難しいことやすぐに答えを出せないことを、今すぐ決める必要はありません。少しずつ考えて、家族や大切な人と話してみることが大切です。このノートがあなたと、あなたを支える人たちが話し合い、共に考えるきっかけとなることを願っています。

また、気持ちは、時間とともに変わることもあります。このノートは、何度書き直してもかまいません。その時々のお思いを、できる範囲で少しずつ書いていきましょう。

このノートがあなたと、あなたを支える人たちが話し合うきっかけとなり、あなたが自分らしく生きるための大切な準備を行い、今後も安心して毎日を過ごすための助けになることを願っています。

参考

- 日本医師会
「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html
- 厚生労働省ホームページ
「[人生会議]してみませんか」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 厚生労働省
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン第2版」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484891.pdf>

発行日： 平成31年3月 初 版 発行
令和4年3月 第2版 第1刷発行
令和5年8月 第2版 第2刷発行
令和8年3月 第3版 発行

作 成： 「わたしのケアノート」検討チーム
(大阪市立弘済院附属病院・弘済院第2 特別養護老人ホ
ーム)

発 行： 大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

監 修： 内田 健太郎(大阪市立弘済院附属病院 精神神経科担
当部長 兼 福祉局高齢者施策部医務主幹)

協 力： 大阪市認知症介護指導者



大阪市認知症アプリ

- Osaka City Dementia Application -



スマートフォンや
タブレットなどで
認知症の情報が
いつでもどこでも
手に入ります！

ダウンロードはこちらから

