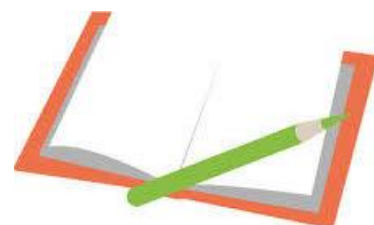


わたしの未来ノート

～おもいをあなたに伝えたい～



—奈良市—



はじめに

このノートは、
あなたに『もしも』のことがあったとき、
自らの意思表示をすることがむずかしくなったときのために
自分の『大切なおもい』をまとめておくものです。
誰もいずれば、医療や介護などの支援を必要とするときが
訪れます。

これまでの人生を振り返りながら、これからの人生について
考え、そのおもいを書きとめることで、あなたがどのような
考えやおもいでいるのか、このノートに記してください。
そして、このノートがあなたの大切なおもいを伝えてくれる
だけでなく、『大切な人』にとっても気持ちの支えとなって
くれることを願っています。

“わたしの未来ノート～おもいをあなたに伝えたい～”
ご活用いただければ幸いです。

ノートの使い方

はじめから、すべてを書く必要はありません。

書けそうなページから書き始め、気が向いたときに書き足しましょう。
質問の回答が選択肢の場合は、□の中に✓を入れてください。

(例 □はい → はい)

書き直しは何度でも大丈夫です。

日々、気持ちは変わります。その時の気持ちを大切にしてください。
また、書き直しがしやすいように鉛筆で記入することをおすすめします。

書き直した日が記入できるように
各ページに【記入日】と【更新日】
の記入欄がありますので、ご活用
ください。

【記入日： 年 月 日】
【更新日①： 年 月 日】
【更新日②： 年 月 日】
【更新日③： 年 月 日】

ご家族やご友人などと相談しながら書いてもかまいません。

一人で決めて書く必要はありません。ご家族や親しい方、支援者の
方などと話し合いながら記入してください。

このノートを『大切な人』にわかるようにしておきましょう。

このノートがあることを、ご家族やご友人など信頼のできる方
に伝えておきましょう。

また、保管場所についても共有しておきましょう。

※このノートには遺言書のような法的拘束力はありません！

1. わたしについて

- わたしの基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P4、5
- わたしの大切な人・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P6、7
- わたしの健康状態・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P8、9

2. もしものときは？

- 病気になったら・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P10、11
- 介護・看護が必要になったら・・・・・・・・・・ P12
- 判断能力が低下したら・・・・・・・・・・・・・・・・ P13
- 葬儀のこと・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P14、15

3. 大切な人達へ

- ペットのこと・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P16
- 渡したいもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P17
- 大切な人へのメッセージ・・・・・・・・・・ P18、19

4. その他

- 各種相談・手続先・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P20
- 地域包括支援センター・・・・・・・・・・ P21

わたしの基本情報

【記入日： 年 月 日】
【更新日①： 年 月 日】
【更新日②： 年 月 日】
【更新日③： 年 月 日】

ふりがな
名前： (旧姓：)

生年月日： 年 月 日

血液型： 型

現住所
〒：

出生地：

住所：

本籍：

電話番号 自宅： FAX：
携帯：

メールアドレス 携帯：
パソコン：

SNS アカウト Twitter Facebook Instagram
LINE その他 ()

所属先 仕事：
趣味・サークル：
地域の活動：
その他：

メモ ※書き足りないこと等を自由にお書きください。

.....
.....
.....
.....

【記入日： 年 月 日】
【更新日①： 年 月 日】
【更新日②： 年 月 日】
【更新日③： 年 月 日】

●わたしはどういう人か

長所や短所：

好きなもの：

大切なもの：

趣味や特技：

好きな言葉：

(座右の銘)

その他：

●わたしの人生に大きな影響を与えたできごとやエピソード

.....
.....
.....

●わたしが大切にしている思い出や印象深いできごと

.....
.....
.....

●わたしと奈良（住んでいる地域）のつながり、関わり、おもい

.....
.....
.....

●わたしがこれからやりたいこと、歩みたい人生

.....
.....
.....

わたしの大切な人

【記入日： 年 月 日】

【更新日①： 年 月 日】

【更新日②： 年 月 日】

【更新日③： 年 月 日】

ふだんの暮らしで関わり深い人を書いてみましょう。

つながりマップ

4 ページの所属先で関係する人

友人、ご近所、よく行く店

家族・親族

家の構成員

福祉の機関、病院（診療所） など

もしもの時の連絡先

※自分に何かあった時に、つながりマップの中で連絡が取れる方を書いてください。

なまえ
名前： 住 所：

(自分との関係：) 電話番号：

なまえ
名前： 住 所：

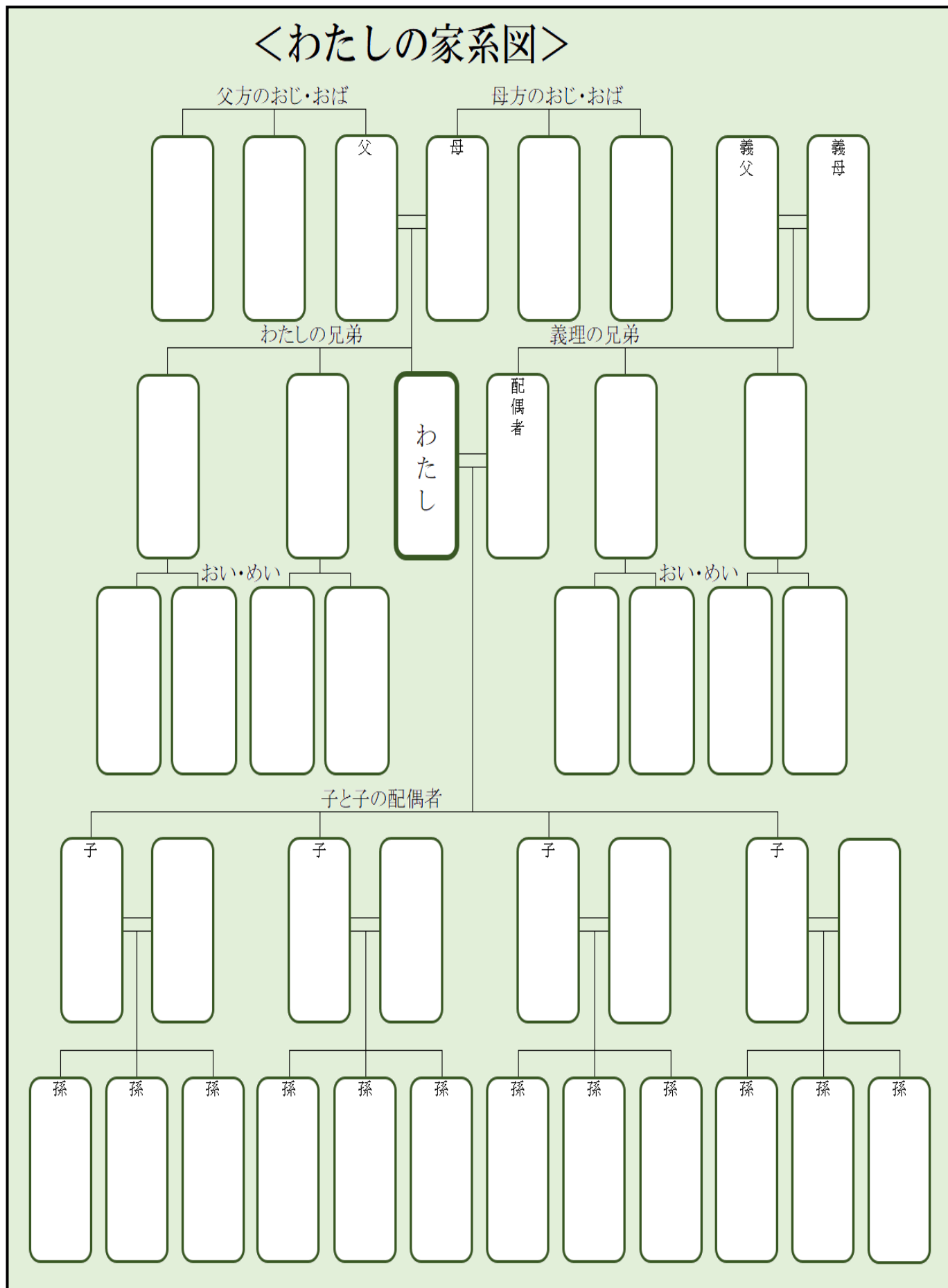
(自分との関係：) 電話番号：

なまえ
名前： 住 所：

(自分との関係：) 電話番号：

わかる範囲で書いてみましょう。

自分の出生から現在までの戸籍を用意しておくとい良いでしょう。



わたしの健康状態

【記入日： 年 月 日】
【更新日①： 年 月 日】
【更新日②： 年 月 日】
【更新日③： 年 月 日】

自身の状態をよく知っている医療機関を1に記入してください

【かかりつけ医療機関】

1 { 病院名： 電話：
 医師名： 診療科目：
 病名等：

2 { 病院名： 電話：
 医師名： 診療科目：
 病名等：

3 { 病院名： 電話：
 医師名： 診療科目：
 病名等：

4 { 病院名： 電話：
 医師名： 診療科目：
 病名等：

5 { 病院名： 電話：
 医師名： 診療科目：
 病名等：

【かかりつけ歯科】

病院名： 電話：

歯科医師名：

義歯（入れ歯）： 部分義歯 総義歯 なし

【かかりつけ薬局】

かかりつけ薬局名：

現在飲んでいる薬：

薬局住所： 電話：

お薬手帳： あり なし

【その他、健康上の注意点・アレルギーなど】

.....

.....

.....

【健康保険証情報】

種類：国民健康保険 後期高齢者健康保険
社会保険 共済保険

【介護保険証情報】

介護保険証：有
無

【介護保険の利用状況】

要介護認定を受けている
介護保険サービスを利用している

担当ケアマネジャー：

事業所名：

介護保険サービスを利用していない

【その他、証明証や資格の有無】

障害者手帳：有（身体 療育 精神）
無

その他：

病気になったら

【記入日： 年 月 日】

【更新日①： 年 月 日】

【更新日②： 年 月 日】

【更新日③： 年 月 日】

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。

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、まずは今のあなたの希望やおもいを整理してみましょう。

もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？（いくつ選んでも結構です）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること |
| <input type="checkbox"/> 身の周りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること |
| <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが無いこと | <input type="checkbox"/> 自分の意思が尊重されること |
| <input type="checkbox"/> その他（具体的に書いてください） | |

(.....)

またその理由を書いてみましょう。

.....

.....

.....

受ける治療に関して、希望はありますか？健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答えください。（いくつ選んでも結構です）

- 一日でも長く生きられるような処置や支援を受けたい
- どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
- 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
- できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
- その他（.....）

もしもの時、あなたの代わりに治療などについて相談し話し合う人はどなたですか。

- 家族 名前：.....（関係：.....）
名前：.....（関係：.....）
- その他 名前：.....（関係：.....）
名前：.....（関係：.....）

【「かかりつけ医」と「人生会議」について】

■【上手な医療のかかり方】

健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のことを「かかりつけ医」と呼んでいます。自宅や職場の近くなどで、あなたや家族が気軽に相談できる「かかりつけ医」をもちましょう。

■【もしものときのために「人生会議」】

もしものときのために、あなたが大切にしていることや、あなたが望む治療などについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する過程（プロセス）を「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」といいます。

何らかの病気がある場合には、あなたの身体や病気のこと、今後の経過、治療などについて、かかりつけ医に聞いてみましょう。そして、あなたの希望や考えについて伝えましょう。あなたの希望やおもいを家族や周りの人に理解してもらうために、繰り返し話し合うことが大切です。



【かかりつけ医や人生会議の相談先】

かかりつけ医や人生会議については、奈良市在宅医療・介護連携支援センター（0742-33-5244）にご相談ください。

介護・看護が必要になったら

【記入日： 年 月 日】
【更新日①： 年 月 日】
【更新日②： 年 月 日】
【更新日③： 年 月 日】

介護・看護をお願いしたい人

配偶者

子ども

名前：..... 名前：.....

その他

名前：..... (関係：.....)

介護・看護してほしい場所

なるべく自宅を希望する

病院・施設

名称・場所等：.....

お任せする

その他 (.....)

費用

私の預金や年金等でまかなってほしい

用意してある

その他 (.....)

その他、わたしの希望

.....
.....
.....
.....
.....
.....

判断能力が低下したら

【記入日： 年 月 日】

【更新日①： 年 月 日】

【更新日②： 年 月 日】

【更新日③： 年 月 日】

財産管理などをお願いしたい人

配偶者

名前：

子ども・親戚

名前：

その他

名前：

↓
「その他」の場合は、以下のいずれかにチェック

任意後見人

代理人

特に契約はしていない

メモ ※ 書き足りないことなどを自由にお書きください。

【成年後見制度について】

認知症等で、判断能力が十分でない方を保護・支援するための制度です。成年後見制度には「法定後見制度」と「任意後見制度」があります。

- 法定後見制度： 家庭裁判所が選任した成年後見人が、本人の利益を考えながら、本人を代理して契約などの法律行為をしたり、本人がした不利益な法律行為を後から取り消すことができます。
- 任意後見制度： 本人が十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人（任意後見人）に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書で結んでおくというものです。

* 法務省ホームページ「成年後見制度～成年後見登録制度～」より抜粋



【権利擁護や成年後見制度の相談先】

権利擁護や成年後見制度の利用については、奈良市権利擁護センター
(0742-34-4900) にご相談ください。

遺影について

遺影にしてほしい写真がある

(保管場所：.....)

特に希望はない

お墓についての希望

先祖代々のお墓

(場所及び連絡先：.....)

すでに購入しているお墓

(場所及び連絡先：.....)

新たにお墓を購入してほしい

納骨堂

手元供養（自宅供養）してほしい

特に希望はない

お墓にかかる費用

用意してある（年金・預貯金・生命保険・互助会等）

(具体的に：.....)

用意していない

その他 (.....)

その他、葬儀・お墓に関する希望

.....

.....

.....

.....

.....

ペットのこと

【記入日： 年 月 日】

【更新日①： 年 月 日】

【更新日②： 年 月 日】

【更新日③： 年 月 日】

ペットは大切な家族の一員です。予期しないできごとや突然の病気で、今まで通りのお世話ができなくなるかもしれません。

あなたにとって大切なペットについて、今のあなたの「心づもり」を書いておきましょう。希望やおもいは時間とともに変化したり、健康状態によって変わる可能性もあります。

その都度「心づもり」を見直して、変化があれば書き直しましょう。

ペットを飼っている

ペットは飼っていない

ペットの名前：

種類・品種：

年 齢： 歳

..... 年 月生

性 別：

かかりつけの動物病院 （かかりつけの病院がある かかりつけの病院はない）

病院名： 電話番号：

*健康状態 良い 普通 悪い

*持病の有無 無 有（持病：）

*性格（吠える、噛み癖・アレルギーなど）

*通常与えている餌の種類・量

*引取り先 （引取りを依頼した人・団体がいる 引取りを依頼した人はいない）

名前： 連絡先：

※ペットの引取りをお願いしたい場合は、事前に依頼しておき、費用についても、確認しておくといいでしょう

その他（伝えておきたいこと）

.....
.....
.....
.....

渡したいもの

【記入日： 年 月 日】

【更新日①： 年 月 日】

【更新日②： 年 月 日】

【更新日③： 年 月 日】

～あなたの大切なものをどなたに受け継ぎますか～

ご自身の意思を伝えることが難しくなる「もしものとき」は、思いがけないタイミングでやってきます。自分の現状を把握しながら、最期まであなたらしく生きるための準備をしましょう。一度にすべてを書く必要はありません。気持ちを整理しながら書けるところから書きましょう。

すべてのを処分してほしい

渡したいものがある

借りているものがある（ ）

現金や有価証券など、資産以外のものを記載してください。

品物（保管場所など具体的に記入）	渡したい人の名前：関係	渡したい人の連絡先
	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

大切な人へのメッセージ

このノートは、もしものときに備え、あらかじめ家族やまわりの人に伝えたいことを「書いておく」ノートです。伝えたいメッセージがありますか。伝えたい人はいますか。今決められないことや、考えたくないこともあると思います。すべてを決めてしまおう、書いてしまおうと意気込まず、今の自分のおもいを書いてみましょう。

.....さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

.....さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

.....さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

.....さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

さんへメッセージ

記入日： 年 月 日

各種相談・手続き先

■（電話番号市外局番 0742）

相談内容	名称	電話番号
高齢者に関する相談	奈良市地域包括支援センター	※P.21 参照
介護保険に関する相談	介護福祉課	34-5422
障害サービスに関する相談	障がい福祉課	34-4593
かかりつけ医や人生会議に関する相談	奈良市在宅医療・介護連携支援センター	33-5244
権利擁護・成年後見制度に関する相談	奈良市権利擁護センター	34-4900
年金に関する相談	国民年金加入者	国保年金課 34-4737
	厚生年金加入者	奈良年金事務所 35-1371 (予約) 0570-05-4890
	共済年金加入者	各共済組合 直接お問い合わせください
法律に関する相談 (契約・遺言・相続等)	総務課（予約制）	34-5444
人権に関する相談	共生社会推進課	34-4733
消費者トラブルに関する相談	奈良市消費生活センター (市役所北棟2階)	34-4895
ごみの処分に関する相談	環境清美工場 (家庭系ごみの持ち込み)	71-3000
	廃棄物対策課 (家電リサイクル製品の処分)	71-3001



地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者のみなさんが、いつまでも住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるように、介護・福祉・健康・医療など、さまざまな面から支えるための市の機関で、市内に13カ所あります。お気軽にご相談ください。

各地域包括支援センターの連絡先は下記をご参照ください

■(電話番号市外局番 0742)

名 称 【担当地域 (小学校区)】	住 所	電話番号 FAX
若草地域包括支援センター 【鼓阪北、鼓阪、佐保】	芝辻町 1-21	25-2345 25-2346
三笠地域包括支援センター 【大宮、佐保川、椿井、大安寺西】	大宮町 2-3-10 106号 東急ドエル奈良 1階	33-6622 30-6380
春日・飛鳥地域包括支援センター 【済美、済美南、大安寺、飛鳥】	西木辻町 110-4	20-2516 20-2517
都南地域包括支援センター 【辰市、明治、東市、帯解】	古市町 1327-6 フォレストヒルズ奈良	50-2288 61-2299
北部地域包括支援センター 【神功、右京、朱雀、左京、佐保台】	右京 1-3-4 サントウンプラザすすらん館 2階	70-6777 70-6778
平城地域包括支援センター 【平城西、平城】	押熊町 397-1 梅守ハイツ 1階	53-7757 53-7758
京西・都跡地域包括支援センター 【伏見南、六条、都跡】	六条 2-2-10	52-3010 48-7234
伏見地域包括支援センター 【あやめ池(学園南以外)、西大寺北、伏見】	西大寺新町 1-1-1 河辺ビル 1階	36-1671 36-1673
二名地域包括支援センター 【鶴舞、青和、二名、富雄北】	鶴舞東町 1-20-2号	43-1280 43-1281
登美ヶ丘地域包括支援センター 【東登美ヶ丘、登美ヶ丘】	中登美ヶ丘 1-1994-3 D20-104 中登美団地ショッピングセンター内	51-0012 51-0013
富雄東地域包括支援センター 【三碓、富雄南、あやめ池(学園南)】	大倭町 2-22	52-2051 46-2012
富雄西包括支援センター 【鳥見、富雄第三】	鳥見町 4-3-1 49-101	44-6541 44-6542
東部地域包括支援センター 【田原、柳生、興東、都祁、月ヶ瀬】	茗荷町 774-1	81-5720 81-5721



発行：令和3年4月 第1版

発行元：奈良市福祉部福祉政策課 電話番号：0742-34-5196

企画：奈良市エンディングノート作成検討会議

会議参加者：基幹型地域包括支援センター、在宅医療・介護連携支援センター

権利擁護センター、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員