

## わたしの「想い」シート

## \*ご本人の想いを見る化するツール\*

記入日:令和 年 月 日

本人氏名: ○○ ○○○

様 【代筆者氏名:

続柄

】

わたしの困りごと	手伝ってほしい内容	
① 介護など各種サービスの利用手続き	判断能力が低下してから <input type="checkbox"/> 家族にサポートをしてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 支援者にサポートしてほしい ・なるべく自分でやりたいけど、難しくなってきたら手伝ってほしい	
② 施設や病院で必要な物品の準備	<input checked="" type="checkbox"/> 物品の準備(買い物も含めて)手伝ってほしい ・友人Aさんに無理のない範囲でお願いしたい ・売店で買えるものは売店で購入してほしい	
③ 病院受診や入院・手術などの手続き ※医療同意に関する延命治療の説明は 別紙の「命じるべ P17 抜粋」を参照	<input checked="" type="checkbox"/> 病院受診の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 入院や手術の手続き <input checked="" type="checkbox"/> 医療同意について一緒に説明を聞き、考える ・受けたい治療と受けたくない治療は考えている。 ・独り身なので、最期は自然の流れでいい。	
④ 退所や退院の付き添いや手続き	<input checked="" type="checkbox"/> 退所・退院の付添い <input checked="" type="checkbox"/> 退所・退院の手続き	
⑤ 料金の支払いやお金の管理	<input checked="" type="checkbox"/> お金を預ける <input type="checkbox"/> 財布を預ける <input type="checkbox"/> 通帳を預ける <input type="checkbox"/> キャッシュカードを預ける 上記を 氏名: <u>△△ △△</u> (続柄: <u>友人A</u> ) に預けるので、手伝ってほしい <input checked="" type="checkbox"/> 社会制度を利用したい <input type="checkbox"/> 身元保証など民間サービスを利用したい	
⑥ 亡くなった後の手続き	*葬儀 <input type="checkbox"/> 一般葬を希望 <input type="checkbox"/> 家族葬を希望 <input checked="" type="checkbox"/> 直葬 / 葬儀会社名: <u>□□□葬祭</u> *お寺・教会(宗派): <u>なし</u> / お墓 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない ※永代供養に申し込み済(支払い済)	
⑦ 確認・共有事項 (私の想いなど)	・友人Aさんに負担のならない範囲で手伝ってほしい。 ・疎遠になっている兄弟には迷惑をかけたくないけど、亡くなった時には知らせてほしい。	

入所・入院時など必要に応じて、関係機関に本シートが情報提供されることに同意します。 本人署名: ○○ ○○○

## わたしの「おたすけ」シート

本人氏名: ○○ ○○○

様

記入日: 令和

年 月 日

万一のときに備えて、必要な支援について、協力してくれる支援者、お手伝いの内容を見る化するシートです。  
あなたを含めた支援者のチームで協議・同意が得られた上で作成し、支援者と共有してください。

おたすけの項目	お手伝いしてくれる支援者氏名・連絡先	支援内容
①介護などサービスの利用手続き (※部分的協力でも可)	氏名: △△ △△ 関係性: 友人 A TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 所属:	各種利用契約、介護・福祉サービス、診療計画の説明を聞き、本人の意思に基づき署名を行います。 <b>▣ 基本的には本人が同意します。本人へ分かりやすく説明します</b>
②施設や病院で必要な物品の準備 (※部分的協力でも可)	氏名: △△ △△ 関係性: 友人 A TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 所属:	施設入所・病院入院中の際に必要な物品の購入や準備に協力します。 <b>▣ 社協の方からお金を預かり、物品購入や準備に協力します</b>
③病院受診・お薬の受け取り (※部分的協力でも可)	氏名: □□ □□ 関係性: 訪問介護 TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 所属: □□訪問介護事業所 管理者	医療機関の受診、お薬の受け取りが必要になった場合の同行に協力します。 <b>▣ ※自費サービスを利用します</b>
④入院・手術などの手続き (※部分的協力でも可)	氏名: 関係性: TEL: 所属:	入院等の手続き、本人の医療同意(対応の協議)に協力します。 <b>▣ 基本的には本人が同意します。本人へ分かりやすく説明します</b> 難しい場合は、エンディングノートを参考に支援者で検討します
⑤料金の支払いやお金の管理 (※部分的協力でも可)	氏名: △△ △△ 関係性: 友人 A TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 所属:	施設・病院の居室の明け渡しや退所・退院先の確保に協力します。 <b>▣ 退院手続きは友人A△△△△氏で行い、タクシー手配、送り出しは病院職員、自宅でケアマネジャーが待機し、状況確認を行います</b>
⑥死後のこと (※部分的協力でも可)	氏名: □□ □□ 関係性: 日自担当 TEL: 098-〇〇〇-〇〇〇〇 所属: □□市社会協議会	本人の意思に基づき、本人預貯金から利用料や医療費等の支払いを行います。 <b>▣ 日常生活自立支援事業利用 □成年後見制度利用</b> <b>▣ 生活費は2週間に1回手渡し。料金支払いは都度対応します</b>
	氏名: △△ △△ 関係性: 友人 A TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 所属:	万一、亡くなられた際 <b>▣ 葬儀・納骨など連絡調整に協力します。</b> <b>□ 遺体、遺品の引き取りに協力します。</b> <b>▣ ※葬儀社への連絡は友人 A にて行います</b>

※支援者として指名記載があっても、法的拘束力はなく、強制を強いるものではありません。支援者の負担が偏りなく、分け合えるようチームで協力しましょう。