



人生会議手帳 2

あなたの想いを大切な人へ



氏名



在宅医療・介護連携推進事業

あなたの人生の主役は、あなた自身です

これから的人生、ご自身の望む生き方や大切にしたいことがあるのではないでしょか?

人生の最終段階では、70%の方が自分の気持ち（意向）を伝えにくくなると言われています。

自分らしく暮らし続けるために、そして、これからも安心して過ごせるように、あなたが大切にしたいこと、望む医療やケアへの思いを、あなたの大切な人や医療・ケアチームに伝えておきませんか。

この手帳は、あなたのこれから医療やケアについて、あなた自身とあなたの大切な人や医療・ケアチームが対話を重ねて一緒につくりあげていくものです。

医療・ケアチームはあなたの望みや大切な事、あなたらしい生き方をサポートさせていただきます。

記入にあたって

- ◆ 記載したことや話し合った内容はいつでも訂正することができます。病状や症状が変化した時や気持ちが変わった時など、繰り返し考えを見直し、必要に応じて、家族等や医療・ケアチームと話し合っておきましょう。
- ◆ 「人生会議手帳1」を記載している方は、医療・ケアチームの方へご提示ください。

※ 記載した内容は法的な意味を持っていませんのでご了承ください。



【参考】
人生会議手帳1

あなたを支える医療・ケアチーム



医療・ケアチームとは、あなたの医療やケアを担当している医療、介護、福祉関係者で、具体的には、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護福祉士、相談員などです。
様々な専門職があなたをサポートいたします。

〈医療・ケアチームの方へ〉

人生会議手帳1の記載の有無及び内容を確認しながら、お話を進めましょう。

この人生会議手帳2は、ご本人をサポートするチームメンバーがご本人にお話を伺い、ご本人に確認しながら、人生会議手帳2に記載するようお願いいたします。

※ガイドラインを一読されてからご活用ください。 [ガイドライン▶](#)



I. あなたの病名や病状について教えてください。



1. これから治療やケアについて考えるためには病状を知っていることが大切です。ご自分の病名や病状、これから予測される経過や、具体的な治療やケアなどについて説明を受けましたか？

どのように説明を受けているかについて、ご自身の言葉で教えてください。もし、さらに知っておきたいと思う情報があれば以下に書いてみましょう。そして、次の機会に医療・ケアチームに尋ねてみましょう。

日付 / サイン

一般的に、患者は主治医から、治療やケアについて
以下のようなことを聞くことができます。



- 治療やケアの利益（メリット）
- 治療やケアの不利益（デメリット、リスク）
- 他の治療やケアの方法
- 治療やケアによってあなたの生活にどんな影響があるか
- 病気の予想される経過
- 治ることが難しい場合、その理由や予想される余命 等

2. これからのことできがかりなことはありますか？

日付 / サイン

3. 今までに病状が進行して動けなくなった時や、話せなくなった時のことを考えたことはありますか？

ある ない 今は考えたくない

「考えたことがある」と答えた方にお尋ねいたします。どのようにお考えになったか、考えたときの出来事など教えていただけますか？

日付 / サイン

もしも、病状が進行した時のことについて、これからご相談したいと思うのですがよろしいですか？

はい いいえ 今は考えたくない

〈医療・ケアチームの方へ〉 ご本人の合意を得たうえで、お話をすすめましょう。

Ⅱ. あなたが大切にしていることについて 教えてください。



1. あなたが大切にしたいこと（目標や希望など）について教えてください。

1) これまでの人生で大切にしてきたことを教えていただけますか？

	日付 / サイン
--	----------

2) これまでにどのようなことが支えになっていましたか？

	日付 / サイン
--	----------

3) 病状が進んだ場合、あなたにとってどのようなことが一番大切ですか？

	日付 / サイン
--	----------

4) これからやりたいことや希望はありますか?

① 動けるうちにやりたいこと、やっておきたいこと

(例: 体験、仕事、残しておきたいこと、身辺整理など)

	日付 / サイン
--	----------

② 話せるうちに話したい人、伝えたいこと

(例: 家族、友人等、どなたに、何を…など)

	日付 / サイン
--	----------

5) あなたの望みを叶えるために、医療・ケアチームや家族等に手伝って

もらいたいこと、知りたい情報などはありますか?

	日付 / サイン
--	----------

2. これからあなたの医療・ケアに対する希望について教えてください

〈医療・ケアチームの方へ〉

人生会議手帳1(P9～)を確認・参照の上、お話をすすめましょう。



1) 病状が進んだ場合、あなたが過ごしたい場所はどこですか？

日付 / サイン

2) してほしい治療やケアにはどのようなものがありますか？

そう考えた理由について教えていただけますか？

例えば・・・

- 移動（歩くこと等）に介護が必要になったとき
- 食事・排泄に介護が必要になったとき
- 食事を食べられなくなったとき
- 話をするのが難しくなった時
- 意識がなくなった時 等

日付 / サイン

3) してほしくない治療やケアにはどのようなものがありますか?

そう考えた理由について教えていただけますか?

例えば・・・

- 移動（歩くこと等）に介護が必要になったとき
- 食事・排泄に介護が必要になったとき
- 食事を食べられなくなったとき
- 話をするのが難しくなった時
- 意識がなくなった時 等

日付 / サイン

【自由記載欄】

〈医療・ケアチームの方へ〉

以下のページは、独自で確認したいことや医療・ケアチームと話し合った内容など、ご自由にお使いください。

【自由記載欄】

自由記載欄

III. もしも、今後あなたのお気持ち（意向）を自分で伝えられなくなった場合について教えてください。



- あなたに代わって、あなたの気持ち（意向）を代弁してくれる信頼できる人はどなたでしょうか？
その方にあなたの気持ち（意向）は伝えていますか？



お名前	ご関係	伝えたかどうか	伝えた年月
例：浜松静子	友人	<input type="radio"/>	20〇〇年〇月 ごろ

ご家族等にお気持ちを伝えておくことは、もしもの時のあなたの安心とご家族の気持ちの負担を軽くするために大切なことです。

もし、まだ伝えていないのであれば、その理由を教えていただけますか？
「自分では伝えにくい」などがありましたら、お手伝いさせていただきます。

日付 / サイン

2. もしもの時の医療やケアの選択について、あなたの信頼できる家族や友人にどれくらい任せるかについて考えておくと良いでしょう。

**あなたが望んでいたことと、あなたの信頼できる家族等の考え方
違う時はどうしてほしいと思いますか？**

特に、あなたが望んでいる医療やケアと、医療・ケアチームや家族等の考える、あなたにとって一番良いと思われる医療やケアが食い違ったときにはとても判断に迷います。

- 私の意見のとおりにしてほしい
- 私の意見のほうを重視してほしい
- 信頼する家族等の意見のほうを重視して決めてよい
- どれともいえない（具体的に教えてください）

上記を選択した理由を教えていただけますか？

日付 / サイン

お近くにいる家族や友人と話すだけではなく、遠くに住む家族等や医療・ケアチームにもあなたの望みや考えを伝えておきましょう。

あなたの望みがより尊重されやすくなります。

「気持ちが変わること」はよくあることです。その都度、信頼できる家族・友人や、医療・ケアチームにお話しください。

IV. あなたのお気持ち(意向)を、あなたを支える関係者で共有させていただき、あなたの望みを支えたいと考えています。



人生会議手帳に書かれた_____さんの想いを共有された方は、以下の該当欄に氏名などをご記入ください。

ご家族・親類・友人など

氏名	ご関係	日付	氏名	ご関係	日付

医療・ケアチーム

所属	職種	氏名	日付

【MEMO】書き記しておきたいこと等ご自由にお書きください。

メ
モ



あなたに関する情報

氏名：	性別：	電話：
生年月日： 年 月 日生		血液型：
住所：		

かかりつけ医

病院 医院 科	医師名	電話
病院 医院 科	医師名	電話
病名	服薬名	

緊急連絡先

氏名	ご関係	住所	電話番号

居宅介護支援事業所（要支援・要介護認定者のみ記入）

事業所名：	電話
担当者名：	

訪問看護ステーション（利用者のみ記入）

事業所名：	電話
担当者名：	

かかりつけ薬局（利用者のみ記入）

事業所名：	電話
担当者名：	

※普段から、よくお付き合いがある方をご記入ください

氏名	ご関係	住所	電話番号

※かかりつけ医とは
厚生労働省ホームページより



<https://kakarikata.mhlw.go.jp/kakaritsuke/motou.html>



【MEMO】書き記しておきたいこと等ご自由にお書きください。

メ
モ

[MEMO]

メモ



©浜松市

浜松市人生会議手帳 2

検索



人生会議手帳 2 あなたの想いを大切な人へ 初版

編 集 地域包括ケアシステム推進連絡会 ACP 部会
事務局 浜松市健康福祉部高齢者福祉課
〒430-8652 浜松市中央区元城町 103 番地の 2
TEL 053-457-2361

発 行 浜松市
発行年月 令和 7 年 9 月

アンケートのお願い



〈利用者向け〉

ご意見やご感想をお寄せください



〈医療・ケアチーム向け〉

ご意見やご感想をお寄せください

