【“もしもの時”の意思確認シート①】

このシートは、“もしもの時”（突然の事故や病気、認知症などで、あなたが自分の意思や希望を伝えることができなくなった時）に備えて、前もってあなたの医療やケアに対する希望やお考えを、あなたの周りの人たちと話し合っていただくためのものです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議の日 | 令和　　 年 　　月 　　日 | | 本人の氏名 |  | | 様 |
| 参集者 | 氏　名 | 所属・関係 | | | 連絡先 | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望する治療やケアについて相談している人はいますか | | |
| □ | | いない　※以下のような方が助言してくれます。相談してみましょう。 |
| □ | | いる |
|  | □主治医　　　　　　　（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □看護師や病院の相談員（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □ケアマネジャー　　　（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □家族や親戚　　　　　（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □友人　　　　　　　　（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □その他　　　　　　　（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 補足 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| “もしもの時”に治療やケアの判断を任せても良いと思える方はいますか | |
| □ | いない |
| □ | いる |
| お名前と間柄を記入してください（複数でも可能） | |
| 補足 |  |

“もしもの時”のことを少し考えてみましょう。

もちろん、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や友人や

医療・介護従事者と話し合いましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| 回復が難しい状態になった時、どのような治療を望みますか | |
| □ | 延命を最も重視した治療 |
| 心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用や、集中治療室での治療など、心身に大きなつらさや負担を伴う処置を受けても、できる限り長く生きることを重視した治療を受ける。（その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける） | |
| □ | 延命効果を伴った基本的、一般的な内科治療 |
| 集中治療室への入院や心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用などの、心身に大きなつらさや負担を伴う処置までは希望しないが、その上で少しでも長く生きるための治療を受ける。（その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける） | |
| □ | 快適さを重視した治療 |
| 治療による延命効果を期待するよりも、できる限り苦痛の緩和や快適な暮らし（自分らしい生活）を大切にした治療を受ける。（苦痛な症状については、できる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける） | |
| 補足 | そう考える理由を記入してください |

（参考：神戸大学「これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンス・ケア・プランニング-」）

※あなたが大切にしていることや望んでいることを、まずは自分自身で考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。そうした取り組みを「人生会議（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。

あなたの考えに沿った治療やケアを受けるためにも、今から話し合いを始めませんか。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　㊞