本人意思確認シート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 |
| 参加者 | 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  ※チェック☑を入れてください。 | | |
| □ | | 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：　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □ケアマネジャーや計画相談員　（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  ※チェック☑を入れてください。 | |
| □ | 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） | |

最期の時まで自分らしく生きるために“もしもの時”のことを少し考えてみましょう。

書いた内容はいつでも変更することができます。その都度、信頼できる家族や友人とよく話し合い、かかりつけ医や介護従事者と相談し書面に残しておくことで、もしもの時にあなたの希望が最大限尊重されます。

すべてを書き込む必要はありません。書けるところや書いてみたいところから始めてみませんか？

|  |  |
| --- | --- |
| 治療をしても回復が難しい状態になった時、どのような延命処置を望みますか  ※チェック☑を入れてください。 | |
| 1. 経管栄養　　　　鼻チューブ　　 　　　　　 　□希望する　　□希望しない   　　　　　　　　※鼻チューブ：口から食べられなくなった時に、鼻から細いチューブを入れ、  栄養や水分、薬を送り込む方法  　　　　　　　　　 胃ろう □希望する　　□希望しない  ※胃ろう：口から食べられなくなった時に、内視鏡や手術でおなかと胃に  小さな穴をあけて、栄養や水分、薬を送り込む方法   1. 点滴による水分補給　　　　　　　　　　　　 □希望する　　□希望しない 2. 心臓マッサージなどの心肺蘇生法　　　　　　　□希望する　　□希望しない 3. 延命のための人工呼吸器の使用　　　　　　　　□希望する　　□希望しない 4. 輸血　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□希望する　　□希望しない 5. 痛みの緩和　　　　　　　　　　　　　　　　　□希望する　　□希望しない 6. 上記の処置を何も望まない　　　　　　　　　　□希望する　　□希望しない | |
| 補足 | そう考える理由を記入してください |

|  |
| --- |
| “もしもの時”が近づいた時、どこで過ごしたいですか  ※チェック☑を入れてください。 |
| □自宅　　□家族の家　　□介護施設　　□病院　　□ホスピス  □その他（　　　　　　　）　□わからない |

|  |
| --- |
| 臓器提供、検体の希望　※チェック☑を入れてください |
| □臓器提供の意思表示をしている（健康保険証や運転免許証の裏面など）  □献体の登録をしている　登録機関： |

※もしもの時のために、あなたが大切にしていることや望んでいることを、まずは自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと繰り返し話し合い、共有することが大切です。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。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　㊞