

元気なうちから考えてみませんか？

長久手エリアACPシート 「わたしの思いをつなぐシート」

長久手市医療・介護・福祉ネットワーク運営分科会
入退院支援部会



あなたの思いや大切にしている事を伝えるひとつの方法として「人生会議」(ACPアドバンスケアプランニング)があります
意思決定能力が低下する場合に備え、あらかじめあなたの望む医療とケアについて家族や親しい方々、あなたの医療・ケアに関わる支援者と繰り返し話し合っ共有する取り組みです

人は、誰にでも
人生の最期を迎える時が訪れます
自分にもしものことがあった時に備え、「自分はこうしたい」「こう生きていきたい」という希望を
元気なうちから自分で考え
自分の言葉で残しておきませんか？

あなたの「思い」は
次の3つを中心に記しておきましょう

1. あなたにとって大切にしたいこと
2. あなたが受ける「医療」や「ケア」に対する希望
3. あなたの代わりに「医療」や「ケア」に関する選択をする「代弁者」

あなたの希望をあなたの言葉で伝えることは、
あなたの大切な人を守ることにもなります

「わたしの思いをつなぐシート」 を書くにあたっての留意点

- ・「わたしの思いをつなぐシート」は、記載することが目的ではありません。家族や親しい方々と自分の生き方(最期の時も含め)について十分に話し合う、その過程がとても大切です。かかりつけ医や主治医、ケアマネジャー、あなたの周りにいる支援者にも相談しましょう。
- ・人の気持ちは揺れ動くものです。環境や心身の調子によって変化します。気持ちが変わったときはいつでも、何度でも書き直すことができます。定期的に内容を見直すことも大切です。書き直した日付は忘れずに記載しましょう。

※「わたしの思いをつなぐシート」には法的効力や強制力はありません。

※医師をはじめとする医療従事者や介護従事者は、本人の意思が確認できる場合には、本人による意思決定を基本とした上で、医療(治療)・ケア(介護)に関する方針を決定しています。本人の意思が不明な場合は、医療・介護の妥当性・適切性を判断して、本人にとって最善な医療(治療)・ケア方針をとることを基本とします。

【参考: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 2018. 3月 厚生労働省】

わたしの思いをつなぐシート

このシートは、あなたがあなたらしく生きられるよう、支援者たちがあなたの思いを共有するシートです。あなたの思いをお聞かせください。

氏名： _____ 初回記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. あなたにとって大切にしたいことは何ですか？

もしもの時、どのように暮らしていきたいですか？

該当するものを1つから3つまで選んでください	初回	変更あり ※下記に年月日を記入			
楽しみがあること	<input type="checkbox"/>				
身の回りのことが自分でできること	<input type="checkbox"/>				
先々に起こることを詳しく知ること	<input type="checkbox"/>				
一日でも長く生きること	<input type="checkbox"/>				
家族や大切な人との時間を過ごすこと	<input type="checkbox"/>				
家族の負担にならないこと	<input type="checkbox"/>				
・その他伝えたいこと					

2. あなたが受けるケアや治療の希望は？

①もしも病気になったり、大きなケガをしたら？

該当するものに☑を入れてください	初回	変更あり ※下記に年月日を記入			
一日でも長く生きられるような治療を受けたい	<input type="checkbox"/>				
期間を決めて治療を受けて、それから考えたい	<input type="checkbox"/>				
とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい	<input type="checkbox"/>				
痛みや苦しみを和らげるためのケアや治療を受けたい	<input type="checkbox"/>				
延命は考えず、穏やかに過ごしたい	<input type="checkbox"/>				

②もしも介助が必要となった時は、どのようにどこで過ごしたいですか？

●どのように？	初回				
家族・親しい人に協力してもらいたい	<input type="checkbox"/>				
家族・親しい人に迷惑をかけたくない	<input type="checkbox"/>				
食事が口から食べれる生活がしたい	<input type="checkbox"/>				
トイレが最低限自分でできる生活がしたい	<input type="checkbox"/>				
・その他伝えたいこと					

●どこで？	初回				
病院	<input type="checkbox"/>				
施設	<input type="checkbox"/>				
自宅	<input type="checkbox"/>				
・その他(最期の時はどこで？決まっていたら書きましょう)					

3. あなたの代わりに判断は誰にしてほしいですか？

●病状の悪化等により自分の考えが伝えられなくなった場合に、あなたの代わりに判断は誰にしてほしいですか？

①氏名： _____ (続柄) _____ 連絡先： _____

②氏名： _____ (続柄) _____ 連絡先： _____