

わたしの思い ～受けたい医療・ケア～

将来、予期しない出来事や突然の病気など、もしもの時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの思いを託せる人、医療者と繰り返し話し合しましょう。何度書き換えても構いません（空欄があっても構いません）、考えが変わった時、誕生日など定期的に話し合しましょう。

※話し合いや、この用紙に記載することを無理に行う必要はありません。

1. あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながることもあること | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感ずること |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずにご過ごすこと |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

2. あなたの健康、医療・ケアについて考えてみましょう

- 1) あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか？
 はい いいえ わからない
- 2) あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？
 はい いいえ わからない
- 3) 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。（いくつ選んでも結構です。）
 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
 どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
 できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
 わからない その他（
- 4) 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（今の気持ちに最も近いものを一つ選んでください。）
 なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい
 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい
 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活を送りたい
 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい
 わからない その他（

5) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなったりした時には、どこで療養したいとお考えですか？
 自宅 自宅以外 (病院 介護施設 その他 ()) わからない

6) もしもの時が近くなった時に“延命治療”(*)を希望しますか？
 はい いいえ わからない

* “延命治療”とは、治療しても回復が見込めない場合に延命のために行う医療処置を意味します。

3. あなたの想いを託せる人が誰か考えてみましょう

1) 予期しないできごとや突然の病気などで、自分自身で自分のことを決められなくなった時、あなたの代わりに受けてほしい医療・ケア、想いを伝えてくれる方はいますか？
 はい いいえ

1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします
2) その方にあなたの想いを伝えていますか？
 はい いいえ

4. 医療・ケアに関するあなたの希望や想いを話し合い、伝えましょう

5. あなたの想いを文書にしましょう

自由記載欄（その他、あなたの想いがあればお書きください）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 記載年月日 20 年 月 日
- 本人氏名 _____
- 話し合った人氏名（続柄） _____（ ）
- 話し合った日 20 年 月 日
- 話し合った医療者 _____

※自分の考えを整理するために記載したときなど、話し合った相手がいなくても構いません。