

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意志決定してくれる人（代理人）、あるいは医師と話し合いを持ちましょう。



あなたの希望や思いについて考えましょう

- 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可能性があること | <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) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合や、その様な状態にまで病気が悪化した場合の治療の目標は以下のどこにおきたいとお考えですか？（一つ選んでください。）
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> なるべく迷惑をかけずに自宅で生活すること | |
| <input type="checkbox"/> 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活すること | |
| <input type="checkbox"/> 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が送れるようになること | |
| <input type="checkbox"/> 病院や施設でも良いので、とにかく長生きすること | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
- 3) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？
- | | | | |
|-----------------------------|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 自宅以外（ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> その他（ | ） | <input type="checkbox"/> わからない |
|-----------------------------|--|---|--------------------------------|



あなたの健康について学びましょう

- 1) 今、あなたは病気で治療中ですか？それはどの様な病気ですか？（
- 2) あなたの病気の治療法について医師から説明を受けていますか？
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|
- 3) あなたの病気がこれからどのような経過をたどるか、医師から十分な説明を受けていますか？
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|
- 4) これからどのような経過をたどるか、もっと詳しい説明を受けたいですか？
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

5) 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
- その他()

6) あなたの病気が悪化して、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、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する(死の経過や苦痛を長引かせることもあります)ための医療処置を意味します。

Step 3

あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう

1) あなたの代わりに意思決定をし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) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？

- はい いいえ

3) その方は、複雑で困難な状況でもよく考えて判断ができますか？

- はい いいえ

自由記載欄 (その他、あなたの思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 _____

・ 代理人氏名 _____

・ 主治医と話し合った日 20 年 月 日