

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思決定してくれる人（代理人）、医療者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

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（                | ）   |



### あなたの健康について学び、考えましょう

- 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
- 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
- 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（
- 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？（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  
 その他（

