

(様式 1-1)

【“もしもの時” の意思確認シート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、前もってあなたの介護・医療やケアに対する希望や考えを、あなたの周りの人たちと話し合っていたくためのものです。

会議の日	年 月 日	本人の氏名	様
参集者	氏 名	所属・関係	連絡先

希望する介護・治療やケアについて相談している人はいますか		
☐	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	(病院名： お名前：)
	☐ 看護師や病院の相談員	(病院名： お名前：)
	☐ ケアマネジャー	(事業所名： お名前：)
	☐ 施設等職員	(施設名： お名前：)
	☐ 家族や親戚	(続 柄： お名前：)
	☐ 友人・隣人	(間 柄： お名前：)
	☐ その他	(間 柄： お名前：)
補足		

“もしもの時”のことを少し考えてみましょう。もちろん、気持ちが変わることはよくあることです。その都度信頼できる家族や友人や医療・介護従事者と話し合しましょう。

◆介護のこと

キーパーソン（連絡可能な親族など）		
☐	いない	
☐	いる	
	間柄：()	お名前：() 連絡先：()
	間柄：()	お名前：() 連絡先：()
	間柄：()	お名前：() 連絡先：()
生活の場所		
☐	自宅を希望する	
☐	施設を希望する	
☐	(お名前：) の判断に任せたい	
☐	その他を希望する ()	

曾於市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン

介護費用	
☐	預貯金や年金など自分の財産から使って欲しい
☐	保険に加入している
☐	特に用意はしていない
☐	その他 ()
財産の管理を託す場合	
間柄：() お名前：() 連絡先：()	
☐	任意後見契約済・委任契約済
好みやこだわりたいこと	
介護してくれる人に伝えたいこと	

◆終末期医療のこと 回復が難しい状態になった時、どのような治療を望みますか

告知	
☐	病名・余命ともに告知を希望する
☐	病名のみ告知を希望する
☐	病名・余命ともに告知を希望しない
☐	その他を希望 ()
終末期を迎える場所	
☐	自宅を希望する
☐	病院を希望する
☐	介護施設を希望する
☐	ホスピスを希望する
☐	(お名前：) の判断に任せたい (間柄：)
☐	その他を希望 ()

経口以外での栄養摂取	
☐	点滴による栄養摂取の処置を希望する
☐	経鼻経管栄養摂取の処置を希望する
☐	胃ろうの処置を希望する
☐	できる限り自然に任せて欲しい
☐	(お名前：) の判断に任せたい (間柄：)
延命治療	
☐	回復が難しくても延命を希望する
☐	延命治療は希望しない
☐	延命より苦痛緩和を重視したい
☐	(お名前：) の判断に任せたい (間柄：)
臓器提供・献体	
☐	臓器提供を希望する (意思表示カード保管場所：)
☐	角膜提供を希望する (アイバンク登録証保管場所：)
☐	献体を希望する (登録団体：)
☐	臓器提供や献体は希望しない

※あなたが大切にしていることや望んでいることを、まずは自分自身で考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。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。

あなたの考えに沿った治療やケアを受けるためにも、今から話し合いを始めませんか。

年 月 日

本人署名

_____ (印)

代筆者

_____ (印)

利用者との関係 ()

曾於市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン