

～自分らしく生きるために～

私の人生シート



東京医科大学茨城医療センター

「私の人生シート」の考え方

1. 考えてみましょう。

あなたにとって大切にしたいこと、これからの治療やケア、今後過ごしたい場所、自身の代わりに意思決定を誰にしてほしいのかなど考えてみましょう。

2. 伝えましょう。

今後の事について考えたことを伝えましょう。

家族や大切な人、医療・介護者にもあなたの希望や考えを伝えておくことで、あなたの望みがより尊重されやすくなります。

命の危険が迫った状態になると約70%の方が、これからの治療やケアについて自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなるといわれています。

もしものときに備えて、あなたの大切にしていることや望み、どのような治療やケアを望んでいるかについて、ご自身で考えたり、あなたの家族、大切な人たちと話し合ったりすることをアドバンス・ケア・プランニング（ACP）＝「人生会議」といいます。

最期のときまで、自分らしく生きるために、もしものときのことを普段から考えてみませんか？

この「私の人生シート」には、法的な意味合いや拘束力はありません。

「気持ちが変わること」は、よくあることです。その都度、あなたが信頼できる家族や大切な人、医療・介護従事者と話し合みましょう。

また、希望を伝えた後でも、いつでも内容を修正・撤回することが出来ます。病状や症状が変化したとき、人生の節目などに考えを整理し、必要に応じて見直しましょう。

当院は、ACP＝「人生会議」を推進しています。

この「私の人生シート」から“あなたらしく生きるため”に共に考えながら支援してまいります。

- ご記入された「私の人生シート」は入院の際、お持ち下さい。
- 入院時、お預かりした「私の人生シート」は、コピーして診療録に保管します。個人情報には遵守致します。＊原本は返却致します。
- 後日、意思変更が起きた場合は、お持ちの「私の人生シート」に変更事項・変更日付をご記入の上、お声をかけて下さい。
- 当院から、他病院や他施設へ移られる場合は、この内容をもとに伝達させていただきます。
- 完成した「私の人生シート」は、ご家族がみつけることができる場所に保管して下さい。

私の人生シート

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？

もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？

該当項目の□をお選び下さい。 又はご記入下さい。	初回	変更あり＊下記に年月日記載		
家族や大切な人との時間を大切にすること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
好きなことができること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事や社会的な役割が続けられること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身の回りのことが自分でできること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一日でも長く生きること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分が経済的に困らないこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族が経済的に困らないこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他＊自由記載				

2. あなたが受ける治療やケアの希望は？

あなたがこれから受けるかもしれない治療やケアについて、どう考えますか？
あなたの希望・想いについて気持ちを整理してみましょう。

①もしも、病気になったり大きなけがをしたら？

該当項目の□をお選び下さい。 又はご記入下さい。	初回	変更あり＊下記に年月日記載		
一日でも長く生きられるような治療を受け続けたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
できるだけ自然な形で最期を迎えられるよう、できる限り苦痛緩和や快適な暮らしを大切にしたい治療をうけたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他＊自由記載				

②もしも、病気や障害などで自分が動けなくなり介助が必要な状況になった時は、どこで、どのように過ごしたいですか？

どこで	該当項目の口をお選び下さい。 又はご記入下さい。	初回	変更あり*下記に年月日記載		
	病 院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	施 設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自 宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他*自由記載					

どのように	該当項目の口をお選び下さい。 又はご記入下さい。	初回	変更あり*下記に年月日記載		
	家族に協力してもらいたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	家族に迷惑をかけたくない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事やトイレなど最低限自分で できる生活がしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他*自由記載					

③もしも、病気が進み、最期のときが近くなった時に過ごしたい場所はどこですか？

該当項目の口をお選び下さい。 又はご記入下さい。	初回	変更あり*下記に年月日記載			
	病 院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	施 設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自 宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他*自由記載					

3. あなたの代わりに判断は誰にしてほしいですか？

あなた自身が判断したり希望を伝えることが出来なくなった時、あなたの代わりに判断は誰にしてほしいと思いますか？

- ①氏名： _____ (続柄) _____
- ②氏名： _____ (続柄) _____

4. 臓器提供の意思表示はしていますか？

はい→(提供臓器：心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸、眼球) *○でチェック
いいえ

5. その他あなたの大切にしたいこと、伝えたいことをお書きください。
