

◆治らない病気や、大きなケガなどになり、人生の最終段階について自分の気持ちや想いを伝えられなくなった時、心づもりをしておく、もしもの時に安心です。

◆あなたのお気持ちを、主治医の先生や看護師さん・ケアマネジャーさんに教えてください◆

○あなたにとって大切にしたいことは？ 複数可

- |                                           |                                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 楽しみがあること         | <input type="checkbox"/> 一日でも長く生きること         |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 家族や大切な人との時間を大切にすること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知ること | <input type="checkbox"/> その他                 |

[ ]

○あなたが受ける治療やケアの希望について考えてみましょう。

①もしも、病気や大きなケガで自分の気持ちを伝えられなくなったら・・・？

- |                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> できるだけ長く生きるための治療を受けたい               |
| <input type="checkbox"/> 痛みやつらさを軽減する治療やケアのみしてほしい            |
| <input type="checkbox"/> すべての治療やケアを受けたくない                   |
| <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 |

[ ]

②もしも、治らない病気などになったら、どこで過ごしたいですか？ 複数可

- |                                  |                               |                             |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅      | <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 施設 |
| <input type="checkbox"/> 今はわからない | <input type="checkbox"/> その他  |                             |

[ ]

◆あなた自身が判断したり希望を伝えることができなくなったら、医療やケアの判断を代わりにしてもらいたい人を考えておくことは大切です。

○あなたの代わりに、医療やケアの判断を、誰にしてほしいですか？ 複数可

| 代わりに判断する人                           | 続 柄 | 名 前 | 連 絡 先 |
|-------------------------------------|-----|-----|-------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者（夫・妻）   |     |     |       |
| <input type="checkbox"/> 子ども・孫      |     |     |       |
| <input type="checkbox"/> きょうだい      |     |     |       |
| <input type="checkbox"/> 親戚（おい・めい等） |     |     |       |
| <input type="checkbox"/> 友人・知人      |     |     |       |
| <input type="checkbox"/> かかりつけ医     |     |     |       |
| <input type="checkbox"/> その他        |     |     |       |
| <input type="checkbox"/> 頼める人はいない   |     |     |       |

自署（代筆者・関係）

令和 8 年 月 日 記入

## 医療・介護関係者の皆さまへ

「ACPまるっとシート」は、【医療・介護関係者の皆さまからの発信用ツール】として作成致しました。患者様・利用者様の意思決定支援の際に、必要に応じてご利用願います。医療・ケアチーム内で共有することで、更に、医療と介護の連携を推進して頂きたくご理解・ご協力をよろしくお願い致します。

相馬郡在宅医療・介護連携支援センター「まるっと」 R8.5



