

第4章 医療の章

入院をした時などに
記入してみましょう

現在受診している医療機関(病院・診療所・歯科・薬局)

医療機関名	電話番号	診療科	主治医	受診頻度又は直近受診日

保険証・診察券の保管場所: _____

体調・身体のことなどで気になっていること、気を付けていること

人生の最終段階についての考え方

・自分自身で意思決定(判断)ができない状態になったとき、代わりに
意思決定して欲しい人(代理意思決定者)

※優先順位の高い人を上から順番に記載 家族、親族、友人など

氏名	間柄	連絡先	相手に依頼した日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

人生の最期を迎えるまでの期間、
医療・ケアをうけたい場所

- 自宅
- 医療機関
- 介護施設
- 代理意思決定者や家族に任せる
- その他()

人生の最期を迎えたい場所

- 自宅
- 医療機関(緩和ケア病棟など)
- 介護施設
- 代理意思決定者や家族に任せる
- その他()

病名や余命の告知について

- 病名・余命を告知して欲しい
- 病名のみ告知して欲しい
- 代理意思決定者や家族に任せる
- その他()

選択した理由や考え方など

延命治療について

もし、治療が不可能な段階(末期がん、末期慢性心不全など)になり、その後、病状の悪化などにより、十分に考えたり、周囲の人に自分の考えを伝えられなくなった場合、どのような治療を望みますか。具体的な治療がイメージできない場合もあると思います。

できれば主治医と相談し、それぞれのメリット・デメリットを理解した上で記入してみましょう。

<input type="checkbox"/> 延命を最も重視した治療	心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用など、心身に大きなつらさや負担を伴う処置を受けても、できる限り長く生きることを重視した治療を受ける。 (その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける)
<input type="checkbox"/> 延命効果を伴った基本的、一般的な内科治療	心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用などの心身に大きなつらさや負担を伴う処置までは希望しないが、そのうえで、少しでも長く生きるための治療を受ける。 (その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける)
<input type="checkbox"/> 快適さを重視した治療	治療による延命効果を期待するよりも、できる限り苦痛の緩和や快適な暮らし(自分らしい生活)を大切にしたい治療を受ける。(苦痛な症状については、できる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける)

上記の選択肢を選んだ理由や考え方などを書いてください。

上記のほか、人生の最終段階における医療の考え方や過ごし方の希望などを書いてください。

※選択した項目や記入した希望などは、いつでも変更できます。あなたが望む最善の選択を家族・主治医・ケアマネジャーと話し合ってみましょう。「今は考えたくない」「話したくない」という気持ちも、あなたの大切な考え方です。

私の意思表示

自分らしい尊厳ある最期を迎えるために、今後あなたの体調や病状が悪化したり、現在の医学の治療では回復の見込みがなく、「まもなく死が訪れる」という状態になったとき、あなたはどのような治療を希望しますか。

ご自身のお考えに○をつけてください。考えが変わったら、書き直しましょう。
(治療内容がわからない場合は、主治医に相談して判断してはどうでしょう。)

治療	説明	希望する	希望しない	わからない
1. 心臓マッサージ	心肺停止などの時に、胸部を圧迫することで血液を心臓から押し出す処置。(除細動を行うこともある。)			
2. 気管内挿管	自力で呼吸を行えなくなった時、呼吸ができるように口または鼻から直接気管内に柔らかい管を入れる処置。			
3. 人工呼吸器	呼吸ができにくくなった場合に、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること。(言葉を発声できなくなる場合もある)			
4. 昇圧剤・強心剤投与	血圧を上げて、脳や心臓など重要な臓器に血液を送り、機能を保つために点滴などを投与すること。			
5. 中心静脈栄養	鎖骨の下・首・太ももなどの太い静脈に管を入れ、点滴を行う方法で、局所麻酔下で医師が管を入れる。点滴と違い、長い間栄養を入れることができる。			
6. 経管栄養	必要な栄養や水分を口から摂れなくなった場合に使用する方法。長期間の栄養・水分の補給が可能となる。			
鼻から胃へのチューブ	鼻から胃に管を入れ、流動食を入れる方法。(鼻や喉の違和感を感じる方もある。)			
ろう 胃瘻	手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること。(鼻や喉の違和感はない。)			

その他、希望すること

医師のコメント

あなたが望む医療について話し合った日

いつ:

誰と:

最終記入年月日 年 月 日