

愛南町民のための

人生会議ノート「わたしの思い」

～ 自分らしくあるために ～



ふりがな
【氏名】

【住所】

【書き始めた日】 _____ 回目 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【一緒に話した人の氏名(続柄)】

人生会議ノート「わたしの思い」とは・・・



あなたは、これからの人生をどのように過ごしたいですか？

人生の最後をどのように迎えたいか、考えたことはありますか？

命の危機が迫った状態になると、約 70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

ご家族や親しい方々は、あなたに代わって、
人生の最終段階における「医療」や「ケア」について、
選択を迫られるかもしれません。

もしものときのために、あなたが望む「医療」や「ケア」について、
前もって考え、周囲の信頼する人たちと、繰り返し話し合い、
共有しておくことを『**ACP:アドバンス・ケア・プランニング**』
または、『**人生会議**』（※日本における愛称）と言います。

あなたも、もしものときのために、
自分が望む「医療」や「ケア」について、
前もって考え、信頼できる人と話し合ってみませんか。
このノートを活用して、あなたの『**人生会議**』を行ってみてください。



－「人生会議」を行う上での留意事項－

- (1) 全ての項目を埋める必要はありません。その時に考えられる範囲で、書けるところから書き始めましょう。それが、自分の思いや希望を少しずつ整理することにつながります。
- (2) ノートを作成することが目的ではなく、ノートを活用して、自分の思いや希望を、家族や医療・ケアチーム等の信頼できる人と、繰り返し話し合い、共有することが重要です。
- (3) ノートはいつでも作成し直すことができます。自分の思いや希望は、おかれている状況や心身の状態などによって変化するものです。その都度話し合い、新しい情報に更新していくとよいです。
- (4) ノートの内容や保管場所については、必要な時に確認ができるよう、家族等の信頼できる人と共有しておくことが大切です。また、救急搬送されるような場合に備えて、コピーをお薬手帳カバー等に入れておくのもよいでしょう。
- (5) ノートを作成することは強制ではありません。「話したくない」「考えたくない」という思いも大切な自分の意思です。作成するタイミングは自分で決めてよいのです。
- (6) 現在、日本において、このような文書を作成することに法的拘束力はありません。しかし、医療・ケアチームは、自立尊重の原則に基づき、可能な限り、本人の意思や思いを尊重する医療・ケアを選択します。

1. 医療・ケアについて

【記載日： 年 月 日】

—もしも病気になったら—

- 病名や病状は聞きたい
- 命にかかわる病気なら教えてほしい
- 受けられる医療について、ていねいに説明してほしい
- 残された時間（余命）を教えてください
- 治療などに必要な費用を教えてください
- その他 → ()

私の思い・希望 ※ご自由にお書きください

－「望む医療・ケア」と「望まない医療・ケア」－

<延命治療について>

- できるだけ延命治療をしてほしい
- 回復の見込みがなければ、延命治療は希望しない

<希望しない処置について>

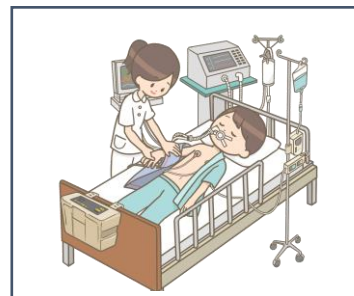
- 心臓マッサージなどの心肺蘇生術

※ 呼吸や心臓が停止している人に対して、救命を目的とした処置のこと。



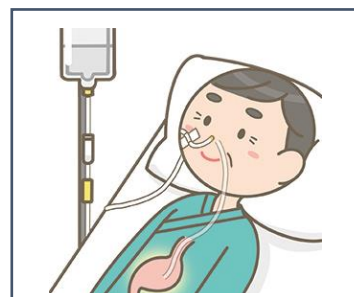
- 延命のための人工呼吸器

※ 自発呼吸が微弱または停止している人に対して、医療機器を用いて、補助的または強制的呼吸を促すこと。



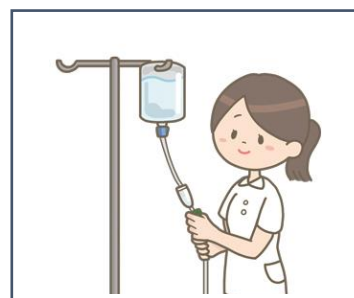
- 胃ろう・胃チューブによる栄養補給

※ ロから食べられなくなった人に対して、胃に必要な栄養を直接注入すること。



- 点滴による水分補給

※ ロから水分が摂れなくなった人に対して、脱水予防や薬剤投与を目的とした処置のこと。



<痛みや苦痛に対する治療について>

※ 鎮痛剤（医療用麻薬など）を使用して、痛みを和らげたり、コントロールしたりすること。

- できるだけ抑えてほしい
- 自然のまままでいたい

2. 代理意思決定者

【記載日： 年 月 日】

※ 代理意思決定者は、自分で希望する医療について判断できなくなったときに、医師が相談すべき人のことです。家族等とよく話し合っ、決めましょう。

いる いない

氏名	続柄	住所	電話番号
①			
②			

<成年後見制度の利用について>

※ 成年後見制度とは、認知症などにより判断能力が十分でない人が、財産管理や日常生活でのさまざまな契約を結ぶときに不利益をこうむることを防ぎ、権利と財産を守り支援する制度です。

あり なし

成年後見人	住所	電話番号

3. 意思決定に関する書類

【記載日： 年 月 日】

※ 遺言書や事前指示書、リビングウィル等を作成している場合。

あり なし

作成している書類	保管場所	連絡先

4. 支えてくれる人たち

【記載日： 年 月 日】

【家族・親族】 独居 高齢者のみ その他

氏名	続柄	住所	電話番号
①			
②			

【緊急時の連絡先】

氏名	続柄	住所	電話番号
①			
②			

【かかりつけ病院・クリニック】

病院名	主治医	連絡先
①		
②		

【かかりつけ薬局】

薬局名	担当薬剤師	連絡先

【居宅介護支援事業所】

事業所名	担当ケアマネジャー	連絡先

5. わたし自身のこと

【記載日： 年 月 日】

【名前】 ふりがな _____ 【旧姓】 ふりがな _____

【生年月日】 _____ 【ニックネーム】 _____

【電話番号】 _____ 【血液型】 _____

【携帯電話】 _____

【持病・アレルギー】 _____

【性格・特性】 _____

【趣味・特技】 _____

【生活歴（生きてきた歴史）】 _____

【楽しかった思い出】 _____

【わたしの支え・大切なこと】

【好きなこと】

(場所) _____

(食べ物・飲み物) _____

(テレビ) _____ (音楽) _____

(色) _____ (その他) _____

【嫌いなこと】

【これからの人生でしたいこと】

地域包括支援センターは、
住み慣れた地域で安心して暮らせるよう
高齢者等の「総合相談窓口」として
医療や介護に関する様々な相談に対応しています。
お気軽にご相談ください。



「愛南町民のための人生会議ノート『わたしの思い』」

編集・発行 愛南町地域包括支援センター

〒798-4196 愛媛県南宇和郡愛南町城辺甲 2420 番地

電話 0895-72-7325 FAX 0895-73-7009

令和5年11月発行