

3 「もしもの時のメッセージ」の活用について

【活用の経緯と趣旨】

住み慣れた地域でいつまでも自分らしく暮らし続けるために、もしもの時のことを考え、自身の希望や思いを家族や大切な人と共に話し合うきっかけとなることを目的に、「わたしの未来ノート」(江津市版エンディングノート)を令和2年に作成し、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及に関する取り組みをはじめました。

また、令和6年には介護認定を受け介護サービスを利用する段階が来た時に、ケアマネジャーが本人や家族との思いを共有するためのツールとして、江津市ケアマネジャー部会において「もしもの時のメッセージ」を作成し、活用することとしました。

「わたしの未来ノート」や「もしもの時のメッセージ」を活用し、本人・家族がより安心して医療・介護が選択できるケアマネジメントや人生の最終段階にある利用者の意思決定支援を行うと同時に、かかりつけ医との連携を進めていくことを期待しています。

※「わたしの未来ノート」について

- ・配布場所：地域包括支援センター（済生会江津病院内）
高齢者障がい者福祉課（市役所1階）
- ・市ホームページからダウンロードすることもできます

↓こちら



【問い合わせ先】

江津市地域包括支援センター

TEL：0855-52-7488



「もしもの時」のメッセージ

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて
今のあなたの希望や想いを整理してみましょう

○あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつでも結構です）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながることを持っていたい | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごしたい |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできていたい | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごしたい |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされたい | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感じたい |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たしたい | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごしたい |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑になりたくない | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けたい |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごしたい | <input type="checkbox"/> 大切な人に思いを伝えたい |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておきたい | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごしたい |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せたくない | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じていたい |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられたい | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

○医療やケアについて望むことは何ですか？

告知について

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病名や余命を告知してほしい | <input type="checkbox"/> 病名のみ告知してほしい |
| <input type="checkbox"/> 家族等に任せる | <input type="checkbox"/> その他（ |

延命治療について

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 可能な限り延命治療を受けたい | <input type="checkbox"/> 延命治療を希望しない |
| <input type="checkbox"/> 苦痛を少なくすることをしてほしい | <input type="checkbox"/> その他（ |

希望する延命治療

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 点滴による水分補給 | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう含む） |
| <input type="checkbox"/> 昇圧剤の投与 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 蘇生術（心臓マッサージなど） |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |

終末期医療について

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい | <input type="checkbox"/> 病院で看護を受けたい |
| <input type="checkbox"/> 病院以外の施設等で過ごしたい | <input type="checkbox"/> その他（ |

○自分の意思が伝えられなくなったとき、自分の代わりに判断してほしい人は？

名前： (続柄：)

住所：

連絡先：

○自分の代わりに判断してほしい人に、ご自身の意向を伝えていますか？

はい

いいえ → 理由：

○家族やケアする人たちに伝えておきたいことは？

自分にとって大切なこと、嫌なこと、希望、メッセージなど自由に記入してください。

氏名（本人）：

記入日 年 月 日

