

## 意思決定内容の表明ツールの運用例

1. 入退院連携シート（神戸市健康局） 別紙 1
2. もしものときの安心シート（神戸市消防局） 別紙 2
3. ゼロからはじめる人生会議（神戸大学） 別紙 3
4. 救急もしもシート及び価値観シート（神戸市医師会） 別紙 4
5. 共に治療について考えていくための質問紙（社会医療法人博愛会相良病院） 別紙 5

# 入院連携シート

神戸市

提供日 年 月 日 入院日 年 月 日

事業所(施設)名	ケアマネジャー名	電話・FAX
----------	----------	--------

ふりがな 氏名	生年月日	明大昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
緊急時 連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考		
	1						
	2						
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載							
家族の 介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合		
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護		<input type="checkbox"/> 生保( ) CW) <input type="checkbox"/> 船員		<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入( )	障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 精神( ) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )				
本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)			生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)				

要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 (備考)			
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
介護サービス 利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護( / 週 ) <input type="checkbox"/> 入浴( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 看護( / 週 )		
	通所	<input type="checkbox"/> 介護( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ( / 週 )		
	その他	<input type="checkbox"/>		
	短期入所	<input type="checkbox"/> 日 / 月		
	訪問看護 事業所	(電話番号)		
かかりつけ 医療機関 (医科・歯科・薬局)	医療機関名等		電話番号	現在 治療中の 病気 ※主治医意 見書等参照
	1			
	2			
	3			
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )			手術歴

	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況					
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ )				
					制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他( ) )				
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 )				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )				
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( ) )				
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 排便習慣 <input type="checkbox"/> 回 / 日・週 )				
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( )				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ( )			夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏
服薬状況					<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い・処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
コミュニ ケーション	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				
精神・心理面での療養上の留意点					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )					
特別な医療	経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 )					<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開				
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )									
在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点										

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

# 退院連携シート

神戸市

記入者

記入日 年 月 日

事業所(施設)名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな氏名	生年月日	明大昭 □ □ □	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女 □ □
住所	電話番号 (固定)		(携帯)				
緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考		
	1						
	2						
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載							
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合		
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護		<input type="checkbox"/> 生保( ) CW) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員		<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> その他( )	障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 精神( ) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )				
退院後の生活に関する意向(本人・家族)				生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)			

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )
	申請日( ) 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	入院先主治医	主治医:
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		診療科:

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定
------	------------------

現在治療中の病気	①	②	③
----------	---	---	---

病名(入院原因疾患)	
------------	--

入院中の経過 予後・予測	
--------------	--

今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )	手術歴
-----	---	-----

病気、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
	本人		

退院後必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開
		<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 ) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引
		<input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )

医療・看護・リハビリの視点	
---------------	--

禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	入院時体重	kg
------	---	------	---	------	--	-------	----

入院中の過ごし方	
----------	--

利用者氏名					
	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 )
食事摂取 食事形態					食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 ( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ )
					制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日 )
					嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に ) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
					食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( )
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回/ ( 日・ 週 )
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( ) 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( )
服薬管理					処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕
					薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理( ) <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他( )
					眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
					禁忌事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 買い物 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 金銭管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
麻 痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
拘 縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) <input type="checkbox"/> 四肢欠損(部位: )
褥 瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )
皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )
視 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がかっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法: )
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし ( <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項( )
社会との関わり	家族等近親者との交流 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無		自由記載欄(社会参加への意欲等)		
	地域近隣との交流 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無				
	友人知人との交流 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無				
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)					
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題					
備 考					

もしものときの**安心シート** (救急医療情報)書き直せるよう、  
エンピツでご記入ください。

( 年 月 日記入)

もしものとき、救急隊や搬送先病院は、以下の情報を活用してください。

名前(ふりがな)	年齢	生年月日	性別	血液型
		年 月 日		型
電話	住所			
	神戸市 区			

<b>知っておいてもらいたいこと</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・持病(高血圧、糖尿病、狭心症など)</li> <li>・常用している薬</li> <li>・アレルギーの有無</li> <li>・その他、お体の具合など ご自由に記入してください</li> </ul>	
--	--

かかりつけの病院	病名	病院の電話番号
①		
②		
③		

緊急連絡先(名前)	ご関係	電話/携帯	住所
①			
②			
③			

※『ご関係』欄には、親族(子・孫・兄弟姉妹など)、友人、担当の民生委員などのご関係を記入ください。

健康保険被保険者証番号	
-------------	--

お世話になっている介護事業者	電話

## 【お願い】

必要に応じて新しい情報に書き直してください。  
救急隊や病院の医師などが見やすいように、ていねいな記入をお願いします。

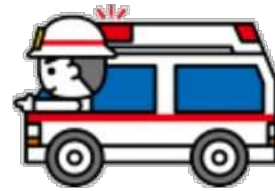
もしものときの

# 安心シート

## (救急医療情報)



神戸市



二つ折り

### 安心シートとは

安心シートは、あらかじめ「名前や住所」「緊急時の連絡先」「持病」「かかりつけの医療機関」などを記入しておき、玄関や冷蔵庫などの目につきやすい場所に設置しておくものです。自宅で具合が悪くなったとき、本人が症状を説明できない場合、記入された情報を駆けつけた救急隊や搬送先の医療機関が参考にします。

### 安心シートの作り方

用意した安心シートに、必要なことを記入してください。記入ができれば、記入面を内側にして二つ折りにしてください。

### 安心シートの設置

二つ折りにした安心シートは、「安心シート」と大きく書いてある面を表面にして、**玄関の下駄箱付近や冷蔵庫のドア**など、駆けつけた救急隊や支援者の目につきやすい場所に、磁石や、テープ、押しピンなどで貼り付けてください。

安心シートが設置してあることが、駆けつけた救急隊や支援者にわかるように玄関扉の内側などに安心シートの設置場所を記入した「**表示マーク**」を貼ってください。この「表示マーク」は各区消防署等で配布しています。



### お願い

安心シートは、市民の皆様への事前の意思表示に基づき、ご自身の救急医療情報を救急隊や医療機関に提供することを目的としています。したがって、救急隊や医療機関などが活用することに同意できる場合のみ設置願います。

安心シートは、救急隊や医療機関が必要に応じて参考にします。活用できない場合もあることをご了承ください。



## 考えてみましょう

大切にしていることは何かを考える

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？ 以下の中から選んでみて下さい。(複数回答可)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること     | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること   |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること   |
| <input type="checkbox"/> 身の周りのことが自分でできること  | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること  |
| <input type="checkbox"/> できる限りの医療が受けられること  | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと      | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが無いこと       | <input type="checkbox"/> その他           |

なぜそう考えたか、その理由を具体的に書いてみましょう。

あなたご自身や親しい方が重体や危篤になった経験や、親しい方を亡くしたご経験はあるでしょうか？ 自身、ご家族や友人のご経験、またはテレビや映画の場面を通じてお感じになったことについて、お伺いします。

「こんな最期だったらいいな、こんな医療やケアを受けたいな」と感じたことはどんなことですか？  
具体的に書いてみましょう。

「こんな最期は嫌だな、こんな医療やケアは嫌だな」と感じたことはどんなことですか？  
具体的に書いてみましょう。

今後もしあなたが同じような状況(重体や危篤)になったらどのような医療やケアを受たいですか？  
具体的に書いてみましょう。

---

あなたがこのような状態になったら、「生き続けることは大変かもしれない」と感じるとすれば、どのような状況になった時でしょうか？  
ご自由にお書き下さい。

(例を挙げると以下のようなものがあります。)

「重体や危篤になって目が覚めず、周りに自分の気持ちや考えを伝えられない」

「体の自由がきかない」

「身の回りのことが自分でできない」

「自分で排泄することができない」

「食べたり飲んだりすることができない」

「機械の助けがないと生きられない」(例:人工呼吸器)

「治すことができないつらい痛みが続く」

もしもあなたが、上で考えていただいたような「生き続けることは大変かもしれない」と感じる状態になったとしたらどのように過ごしたいと思いますか？  
以下の中から選んでみて下さい。

- ① 必要な医療やケアを受けてできるだけ長く生きたい
- ② ①よりは命が短くなる可能性はあるが、今以上の医療やケアは受けたくない
- ③ わからない

なぜそう考えたか、その理由を具体的に書いてみましょう。

次のステップへ>





## 信頼できる人は誰か考えてみましょう

あなたが信頼していて、いざという時にあなたの代わりとして 受ける医療やケアについて話し合  
ってほしい人

- あなた自身の事をよく理解してくれているあなたが信頼できる家族や友人で、病状などによりあなたが考えや気持ちを伝えられなくなった時に、あなたの代わりに「どのような医療やケアを受けるか」「どこで医療やケアを受けるか」などについて相談し話し合う人のこと

- 法的な権利はなく、財産分与などにはかかりません

以下のような人が考えられます。

配偶者(夫、妻)

子ども

きょうだい 親戚(姪・甥など)

友人

親

医療・介護従事者

### なぜ決めておく必要があるのでしょうか

- あなたの価値観や人生観を共有できる
- あなたの医療やケアに対する考えを伝えておくことができる
- あなたの考えや好みが尊重される
- あなたの考えを想像して、不確かなまま決めざるをえない、家族などの気持ちの負担が軽くなる

誰があなたの価値観や考え方を大切に、それに沿った話し合いをあなたの代わりにしてくれるかを慎重に考えて下さい。それは、兄弟かもしれませんし、成人したあなたのお子さんかもしれませんし、信頼できる友人のことも場合があります。1人である必要はありません。

例えば、妻と長女で話し合っ決めてほしい、などのように複数の人となることもあるでしょう。

その方にあなたの気持ちを率直に伝えましょう。

もしも、あなたが病状などにより、自分が考えや気持ちを伝えられなくなった時や、あなたが医療などについて決められなくなった時に、あなたの代わりに医療やケアについて話し合う信頼できる家族や友人の方はどなたになりますか？

具体的なお名前と間柄を記入してください。(複数でも可能)

もしあてはまる人がいないときは、「頼める人がいない」とお書き下さい。

なぜその方をお願いしたいのでしょうか?理由をお書き下さい

---

---

あなたご自身の代わりに受ける医療やケアについての話し合いに参加してほしいと思っていることを、ご本人に直接伝えてありますか？

あてはまる方を選んでください。

伝えている

伝えていない

もしまだ伝えていないのであれば、理由も含めて伝えてみましょう。

---

[< 戻る](#)

[次のステップへ >](#)



## 伝えましょう

話し合いの内容を医療・介護従事者に伝えておきましょう

今まで色々考えてきましたが、もしもの時に、あなたの信頼できる家族や友人にどれくらい任せるかについても考えておくといいでしょう。

特に、あなたが望んでいる医療やケアと医療・介護従事者（医師や看護師など）の考える、あなたにとって一番良いと思われる医療やケアの内容が食い違った時はとても判断に迷います。

**病状が悪化し、自分の考えが伝えられなくなった時に、あなたが望んでいたこととあなたの信頼できる家族や友人の考えが違う時はどうしてほしいですか？**

- 私が望んでいたとおりにしてほしい
- 私が望んでいたことを基本として、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてほしい
- 私が望んでいたことと違って、医療・介護従事者と信頼できる家族や友人で相談して決めてよい
- どちらともいえない（具体的にお書き下さい）

信頼できる家族や友人と話すだけでは十分ではありません。その他の家族や知人、医療・介護従事者にもあなたの希望や考えを伝えておきましょう。あなたの希望がより尊重されやすくなります。

※「気持ちが変わること」はよくあることです。その都度信頼できる家族や友人や医療・介護従事者と話し合しましょう。

※医療・介護従事者(医師や看護師など)に希望を伝えた後でも、いつでも内容を訂正することはできます。

病状や症状が変化したときなど定期的に考えを整理しなおし、必要に応じて主治医や家族と話しておきましょう。

[< 戻る](#)

[作成する >](#)

6. Nov.2020 Yamagishi A



---

# 救急もしもシート及び価値観シートのご提案

---

ご本人の思いを言語化する、伝える、話し合いを重ねるというプロセスに資する、  
その方の人生をより良いものにするためのツール



2020年12月1日  
神戸市医師会  
未来医療検討委員会

## ◆神戸市医師会未来医療検討委員会からの提案

侵襲的でなく且つ効果的な ACP の追究とその実装については、医療・ケア専門職の臨床改善のみならず、市民と共に自発的な ACP 文化を醸成し、また ACP を医療やケアにしっかりと反映できるシステムを行政と共に構築していく必要がある。

以下に 2 種のシートの運用を提案する。

## ◆救急もしもシートについて

### 1. 目的

高齢者の身体状況や緊急連絡先の情報のみならず今後の治療や療養に係る希望に関する情報を記載した文書（緊急時情報共有ツール）や意思決定支援プロセスに関する情報を地域で共有・運用することで、本人の意向が尊重される医療や療養および速やかな救急搬送や病診連携を可能にする。

### 2. 運用方法

ケアマネジャーや生活相談員が ACP の扉を開けるキッカケとして、情報共有ツールを紹介する介入からスタートし、その後も伴走型支援を行う。情報共有ツールは、セキュリティ対策を講じたクラウド上で管理し、併せて入退院支援情報や意思決定支援のプロセスに関する情報なども共有できる仕組みとする。基本的には、救急隊、救急告示病院、当人に関わる医療介護従事者は、これらの情報閲覧が可能となる。当人の希望や積み重ねた ACP に関する情報を共有することで、例えば本人が意向を表明できない状態に陥ったとしても、その意向を推定する材料となる情報をベースに、適切な医療や介護が提供される。

#### 1) 対象者

・当面の対象者は、神戸市内の要介護者のうち、ケアマネジャーまたは施設の生活相談員から当該事業の説明を聞いた上で、自らの情報の登録および共有に関し、書面で同意した者とする。

#### 2) 運用

- ・初回登録後は、対象者のケアマネジャーまたは生活相談員が基本的に 1 年に 1 度（対象者の誕生日）、情報共有ツール（以下、「救急もしもシート」）の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。しかし、病状や意向が変化した際には、その都度見直しを行う。
- ・ケアマネジャーまたは生活相談員は、記入した「救急もしもシート」を当該事業事務局（以下事務局）に登録する。事務局は、「救急もしもシート」を QR コード化し、プリントアウトした QR コードを付したカード（保険証と共にしまっておくもの）とステッカー（玄関または冷蔵庫に貼っておくもの）を発行する。郵送もしくはケアマネジャーを通し、カードおよびステッカーは対象者の元に届けられる。
- ・「救急もしもシート」はクラウドで管理し、服薬情報や入退院連携シート、本人の意向を推定するに資する情報（ACP 記録等）も併せて管理できるようにする。
- ・救急要請があった際、救急隊は特別認証のある端末で当該 QR コードを読み取る（QR コードは一般のスマートフォン等では読み取れず、特別認証のある端末を当該 QR コードをかざすと瞬時に「救急もしもシート」や服薬情報にアクセスすることができる）。
- ・「救急もしもシート」は、救急隊以外に、救急告示病院およびシートに記載された医療福祉関係機関がアクセスできる。救急隊は特別認証のある端末から QR コード経由で、それ以外については、ID、パスワードを付与し、Web 経由でアクセスする。

## ◆ 価値観シートについて

### 1. 開発の背景

- Advance Care Planning(以下 ACP)とは、「今後の治療・療養について、患者・家族と医療・ケア 専門職があらかじめ話し合う自発的なプロセス」とされる (厚生労働省,2017)。
- つまり、ACP は、 決断の結果 (DNAR を含む Advance Directives) ではなく、本人が信頼する近しい人、そして医療・ ケア専門職と、信頼関係・相互理解をベースに、本人の価値観や目標を医療やケアに反映すべく 話し合いを積み重ねていく、そのスタンスに焦点を当てている。
- 70%の国民が、このような話し合いの重要性を理解し賛成という意向を示しているが、実際に詳細を話し合っている者は3%以下、一応は話し合っている者も30%に留まる。
- そして、このような話をしていない理由で最も多かったのが、「話をするキッカケがなかったから」という回答である (厚生労働省,2017)。
- 「おまかせ」、「以心伝心」、「他者との関係の文脈の中で意思決定する文化」のわが国においては、本人の意向や自律の尊重よりも家族の意向が重視されること傾向が強いことが報告されている。

### 2. 開発の目的

機関を越え地域全体で ACP プロセスを共有することを主眼とし、ご本人の思いを言語化する、伝える、話し合いを重ねるといったプロセスに資する、また、その方の人生をより良いものにするためのツールを作成する。

### 3. 開発の方法

- まず、神戸市医師会未来医療委員会のメンバーにより、ご本人の価値観を同定・共有するツールの項目案を作成した。
- ツールの項目案に関し、デルファイ法を用い、医師(病院：救急・総診・内科)、プライマリケア医・在宅医等)、看護師 (病院・連携室看護師、訪問看護師)、MSW、ケアマネジャー、地域包括支援センタースタッフ、薬剤師、学識者 (ACP 研究・倫理学者等)、市民ら、計 58 名の意見収束を行った。

### 4. 対象と運用

- 医療やケアの方針や日常臨床やケアに活かすため、価値観シートを地域全体で運用することを提案する。

#### 1. 比較的、健康な成人

- ・ご本人がまずは自身の価値観を知る (ACP の準備性 (readiness) の向上)
- ・価値観を家族を含む近しい人々と共有  
運用例) 市民啓発 (イベントでの紹介・配布、市報等での周知等)

#### 2. 要介護認定者、基礎疾患を擁する患者

- ・医療・ケア専門職との ACP コミュニケーションツールとして活用  
運用例) 診療所、薬局、地域包括支援センター等での配布/設置  
介護保険関連の書類送付の際 (認定結果の通知時など) に同封  
診療・看護・ケアマネジメントのプロセスで ACP ツールとして活用

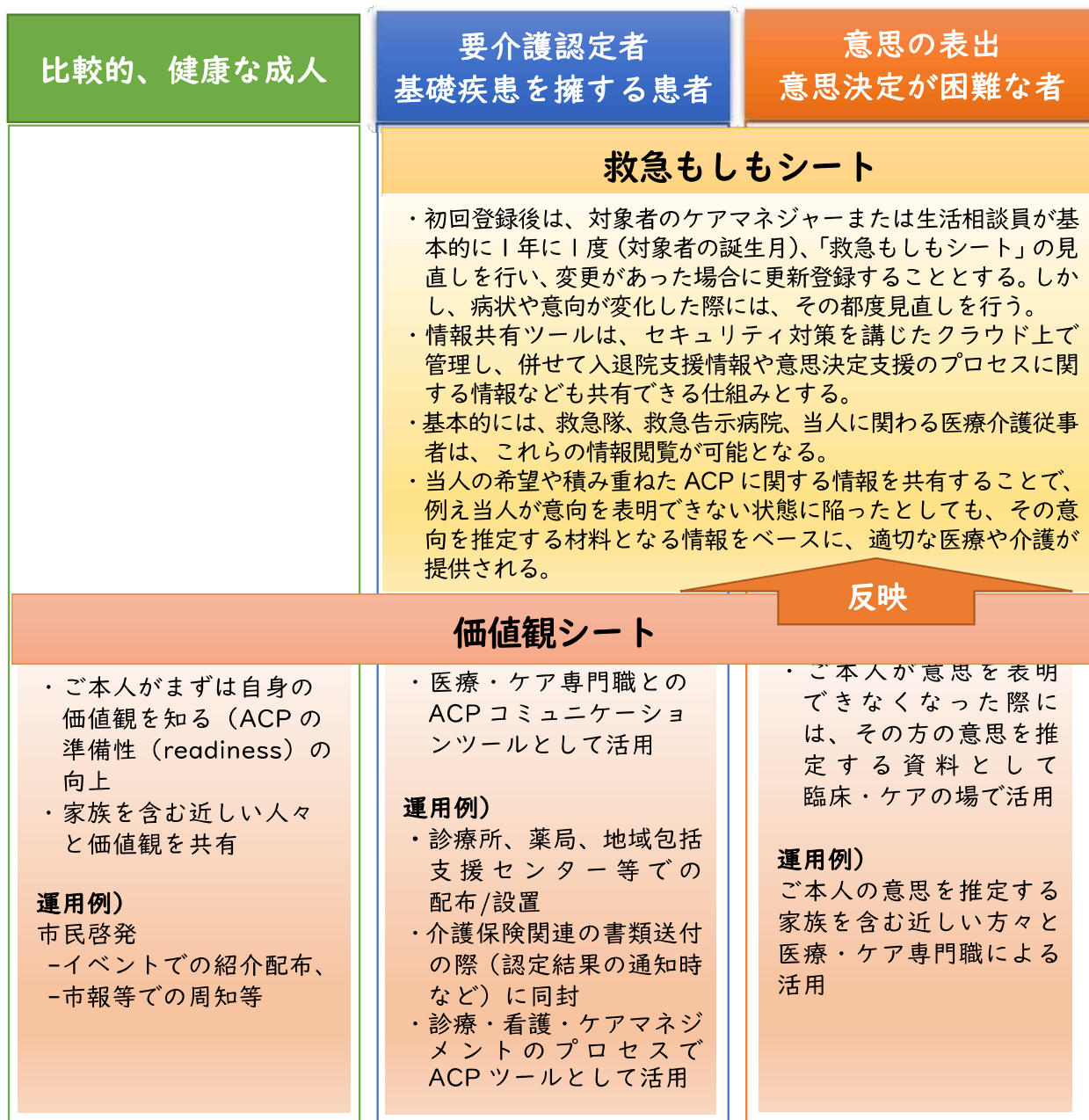
### 3. 意思の表出、意思決定が困難な者

- ・ご本人が意思を表明できなくなった際には、その方の意思を推定する資料として臨床・ケアの場で活用  
運用例) 家族を含む近しい方々と医療・ケア専門職による活用

#### ◆ 価値観シートの項目

- デルファイ法により、17項目が抽出された。
- 神戸市の状況を鑑み、神戸市医師会未来医療検討委員会で議論の末、3項目を追加する形で、価値観シートを完成させた。

#### ◆ 各種シートの対象および運用のイメージ



「救急もしもシート(案)」の項目と記載方法  
 ・項目およびその記載方法(案)は、以下の通り。

改定案		New <b>あんしんシート</b>		① 新規 更新	
② 独居・高齢世帯・居住系施設・その他			③ 記載日 2019年6月20日		
④ 氏名	ふりがな	こうべ あんしんこ	男	生年月日	明治・大正・昭和 12年12月6日(81)歳
		神戸 安心子	因		
住所	神戸市 〇〇区 〇〇1-2-47			電話番号	078-406-△△23
主治医意見書情報	主たる傷病名	頸動脈狭窄症 高血圧 糖尿高			介護度
	予測される緊急病態または重要な既往歴	2015年 脳梗塞 頸動脈アテロームあり 抗凝血剤、降圧剤、血糖降下剤内服中			<input type="checkbox"/> 要支援( )
	日常生活自立度	障害(寝たきり度) 認知症	自立 J1 J2 A1 <b>A2</b> B1 B2 C1 C2 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1)
⑥ 連絡先	氏名	続柄	本人の意思を推定するキーパーソン	住まい(市内外)	緊急時の連絡先(携帯、職場など)
	1. 神戸 花子	長女		<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外( )	078-403-1111(自宅)
	2. 神戸 太郎	長男		<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外( )	090-11187-7795(携帯)
	3. 神戸 次郎	次男	○	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(北海道札幌市)	090-11579-3800(携帯)
⑦ 医介連携連絡先	機関名	担当者	緊急連絡先		
	かかりつけ医	〇〇クリニック	〇〇 〇〇	078-0000-0000	
	訪問看護 St	〇△〇訪問看護ステーション	〇△〇 △〇	078-0000-0000	
	薬局	△△薬局	△〇 △〇	078-0000-0000	
	ケアマネ	〇△〇△ケアプランナー	□△ △□〇	078-0000-0000	
⑧	◆人生の最終段階のことを「かかりつけ医」と相談したいですか? <input checked="" type="checkbox"/> 相談したい <input type="checkbox"/> 今はまだいい <input type="checkbox"/> すでにしている				
	⑨ (話し合いのプロセスに関する希望)	◆ 表明された本人意思や家族の希望 (現時点でのご意向に近いものに、一つに☑してください) ※これはあくまで、本シート作成時のお気持ちであり、決定事項ではありません。			
<input type="checkbox"/> 1. 決められない・決めたくない					
<input type="checkbox"/> 2. できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい					
<input type="checkbox"/> 3. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を <b>病院</b> で受けたい					
<input checked="" type="checkbox"/> 4. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を 受けながら、 <b>住み慣れた自宅や施設</b> で過ごしたい					
⑩	◆あなたは、自宅での療養(往診や訪問診療)についての相談をしたいですか? <input checked="" type="checkbox"/> したい <input type="checkbox"/> 今はまだいいが将来的にはしたい <input type="checkbox"/> すでにしている				
	⑪ その他特記事項	訪問時に語られた、ご本人の人生の最終段階の希望に関する訪問看護師さんの記録のコピーを登録します。			
⑫	※ 案に関しては、お薬手帳又はお薬の説明書のコピーをあんしんシートと併せて登録してください。				
	※ OPTIONについては、ご本人や家族、また医療・介護チームと相談して、必要に応じて登録ください。				



救急もしもシート（案）の項目について

No	項目の説明
①	初回登録時は「新規」に○をする。次年度以降、基本的には、その方のお誕生日月に内容の見直しを行い、内容に変更があった際には「更新」に○をして登録をする。尚、お誕生月を待たずして、対象の方の心身の状態やご意向が変わった場合には、いつでも「更新」できる。
②	居住形態について、当てはまるものに○をする。
③	救急もしもシートの全ての項目について記載が終わり、事務局に FAX する日を記載する。
④	氏名、性別、生年月日は保険証の情報より、住所については、現在お住まいの住所を記載する（このご住所宛に、QR コードを添付したカードおよびステッカーの送付をする）。 <u>（住民台帳もしくは保険証（国保に限る）の情報を転載できるシステム構築などは市に提案予定）</u>
⑤	ケアマネジャー、生活相談員は、主治医意見書から、対象の方の心身の状況に関する情報を転記。「予測される緊急病態または重要な既往歴」に関しては、かかりつけ医や訪問看護師に相談して記載する（主治医意見書に上記項目を追加することや主治医意見書からの情報を転載できるシステム構築などは市に提案予定）
⑥	近年、身寄りのない方も増えていることから、連絡先は家族に限定しない。単なる連絡先ではなく、本人の意思の表明が難しい状態になった際、その意思を推定する立場にいる方の連絡先を記入し、キーパーソンについては、○をつける。
⑦	関与しているサービス事業所および担当者の情報を記載する。
⑧	ACP 全般への「かかりつけ医」の関与に関する希望を記載。希望がある場合、ケアマネからも「かかりつけ医」に一報入るロジスティクスにする。つまり、これは、「かかりつけ医」も交えた地域における ACP の積み重ねを始める介入のトリガー項目となる。
⑨	この項目はあくまで、本シート作成時の本人の意向であり、事前指示書（Advance Directive）ではない。 表明された本人意思や家族等の希望（現時点での意向に近いものに）一つに <input checked="" type="checkbox"/> する。 この項目に関しては、救急搬送より前に ACP を積み重ねておくキッカケとして、また救命医療のその後の治療やケア方針をご本人の意向に沿ったものにするための情報、またご本人が意思の表明ができない場合に、その意思の推定に資する情報という位置づけである。
⑩	自宅での療養（往診や訪問診療）について、具体的な相談の希望を記載。
⑪	その他特記事項を記載。
⑫	お薬の説明書、お薬手帳など服薬内容の分かるものをコピーし、本シートと併せて登録する。複数のクラウドフォルダを準備し、診療情報・ACP のプロセス記録・入退院支援情報などを収載予定。 <u>（かかりつけ医が、国保の処方データを参照できるシステムについて、市に提案予定）</u>



## 私が大切にしていること（価値観シート）案

Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii  
Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii。

Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii  
Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii  
Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii Setsumeii  
Setsumeii。

ご質問項目	全く大切 ではない	あまり大切 ではない	まあまあ 大切	とても 大切
楽しみがあること	1	2	3	4
好きなものを食べたり飲んだりすること	1	2	3	4
自分のしたいことは続けること（飲酒/喫煙含む） ◆したいこと（ ）	1	2	3	4
会いたい人に会うこと ◆会いたい人（ ）	1	2	3	4
身の回りのことは自分でできること	1	2	3	4
いつも清潔な状態で過ごすこと	1	2	3	4
おだやかな気持ちで過ごすこと	1	2	3	4
信仰に従って過ごすこと	1	2	3	4
人の役に立っていると感じられること	1	2	3	4
望んだ場所で過ごすこと	1	2	3	4
家族や友人と十分に時間を過ごすこと	1	2	3	4
家族や友人に十分に気持ちを伝えること	1	2	3	4
家族や友人の負担にならないこと	1	2	3	4
治療や自分の体の状態をよく理解していること	1	2	3	4
治療やケアに生き方や価値観が尊重されること	1	2	3	4
自分が参加して治療・療養方針を決められること	1	2	3	4
家族や友人も参加して治療・療養方針を決められること	1	2	3	4
命を延ばすことよりも、苦痛を和らげることを優先すること	1	2	3	4
痛みが少ないこと	1	2	3	4
少しでも長く生きること	1	2	3	4

お名前		ご記入日	年	月	日
-----	--	------	---	---	---

## 共に治療について考えていくための質問紙 (Ver.2)

当院では、病状によらず、すべての皆様にそれぞれの方に適した治療法をどのように提供すべきかについてご本人やご本人にとっての大切な方と一緒に考えていきたいと思っています。

- 現在のあなたのお考えを可能な範囲で教えてください。回答はいつでも変更できます。
- お答えの内容によって診療・看護上の不利益を被ることは一切ありません。
- 答えにくい質問やあてはまらないと感じる質問は空欄のままで結構です。
- お答えいただく中で心配なこと、不安に思うこと、医療者に相談したいことなどありましたら、いつでもお声かけください。途中で回答をやめることもできます。
- 選択式の項目はあてはまるものに☑を、記述式の項目はご自由にお答えください。

お名前		ID		記入日	年 月 日
-----	--	----	--	-----	-------

1. あなたの治療に携わる医療者（医師や看護師など）との話し合いについてお尋ねします。  
感じておられるありのままのお気持ちをお聞かせください。

- 1) 医療者と十分に話し合いながら治療を進められていると思いますか。  
 そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない
- 2) 医療者は、病気や治療に関して十分な説明をしてくれていると思いますか。  
 そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない
- 3) 医療者は、あなたが大切にしたいことを十分に聴いてくれていると思いますか。  
 そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない
- 4) 医療者は、あなたの疑問や気がかりについて相談に応じてくれていると思いますか。  
 そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない
- 5) 医療者の話を聞いた後、今後どうしたら良いかわからないような気持ちになりますか。  
 そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない

2. 今後の話し合いについて、ご希望をお聞かせください。

- 1-1) 医療者に聞きたいこと、話し合いたいことはどのようなことですか。(あてはまるものはいくつでも)
- 今後起こりうる症状や生活への影響  今後の生活の過ごし方  病気の今後の見通し
- その他 ( )

- 1-2) 予後（予想される平均的な余命）についてできるだけ詳しく知りたいと思いますか。
- そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない

- 2) 病状についてご家族とも話し合いながら、治療を進めていきたいと思いますか。
- そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない

- 3) 未成年のお子さんがおられる方は、病状についてお子さんへも伝えていきたいと思いますか。
- そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない
- 子どもによって違う  迷っている (  相談希望  家庭内で考えたい )

3. 今後の治療について、ご希望をお聞かせください。

- 1) 治療方法を決めていくときに、あなたが大切にしたいことはどのようなことですか。
- a 副作用はある程度我慢してでも最も効果の高い治療を受けること
- そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない

b きつい（つらい副作用がある）治療はなるべく避けること

そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない

c 生活の質（自分が希望するような生活の過ごし方、満足感、充実感）を大切にすること

そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない

2) 今後の治療や生活について、気がかりなことはどのようなことですか。

3) これから大切にしていきたいことはどのようなことですか。(あてはまるものはいくつでも)

自立した自分でいられること  楽しみや喜びがあること  
 家族や友人との時間を過ごすこと  家庭や社会の中で自分の役割を果たすこと  
 仕事を継続すること  痛みや苦しみの少ない状態で過ごすこと  
 自分の意思で治療を選択すること  大切な人と一緒に治療について考えること  
 治療費の負担ができるだけ少ないこと  
 その他 ( )

4) あなたを支えていること（あなたが支えられていると思うこと）はどのようなことですか。

5) あなたご自身にとって、治療の目標とはどのようなことですか。

4. 将来に備えて、ご自身のお考えや大切な人との話し合いの状況について教えてください。

1) ご自身の今後の過ごし方について、考えたことがありますか。  ある  ない

→考えたことが「ある」方は、そのことについて大切な人にお話になったことがありますか。

すべて伝えている  大事なことは伝えている  あまり伝えていない  伝えていない

→伝えておられる場合、あなたの大切な方はあなたのお考えに同意しておられますか。

すべて同意している  ほぼ同意している  一部同意している  同意していない

2) あなたの今後の過ごし方に対する大切な人の希望や思いをお聞きになりましたか。

十分に聞いている  聞いている  あまり聞いていない  全く聞いていない

3) あなたがご自分でご自身の意向を医療者に伝えることが難しいような場合、あなたの代わりに治療などに関する判断をしてくれる人はいますか。

いる  いない  今は考えていない

→「いる」方はその方のお名前 ( )・あなたとのご関係 ( )

→その方には代わりに判断して欲しいことを伝えてありますか？ ( はい  いいえ)

5. このような質問紙は、あなたの心理的な負担になりましたか？

そう思う  ややそう思う  どちらともいえない  あまりそう思わない  そう思わない

社会医療法人博愛会相良病院