

これからのこと、もしもの時のこと

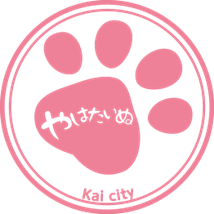
　　　　　　あなたらしく生きるために

アドバンス・ケア・プランニング

あなたの希望の生活は何ですか

あなたにとって大切なことは何ですか

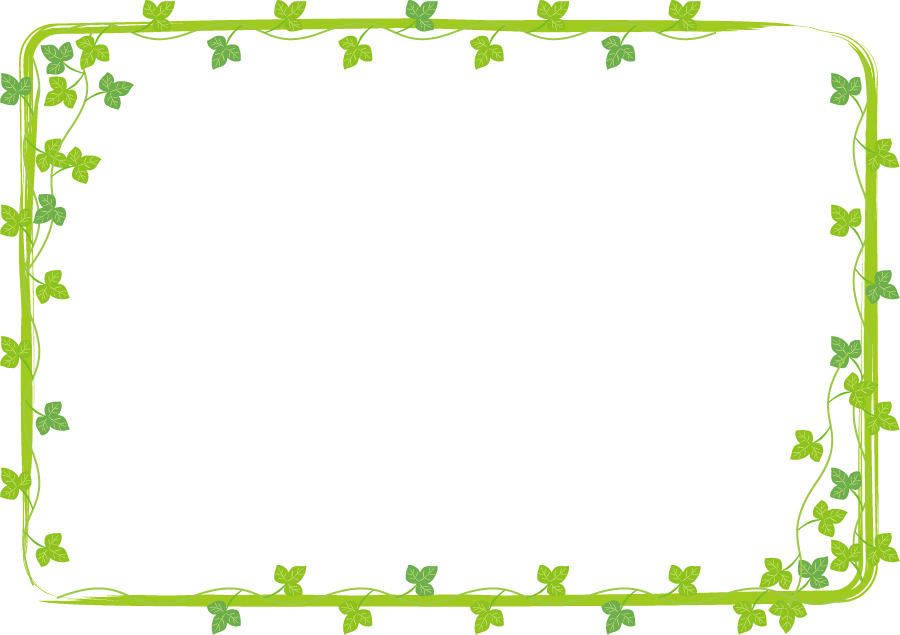




記入日　　　　年　　　月　　　日

記入者

甲斐市自立支援協議会　医療的ケア部会

アドバンス・ケア・プランニングシート

○あなたの情報

名　　前

生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　年齢　　　　歳

〇あなたにとって大切なことは何ですか？

あなたの人生で大切にしたいことは何ですか。

あなたの目標・希望・想いについて気持ちを整理してみましょう。

□楽しいこと（旅行、買い物、映画、スポーツなど）

□身の周りのことが自分でできること

□施設へ通所すること（施設名:　　　　　　　　　）

□先々に起こることを詳しく知ること

□元気に過ごすこと

□家族や大切な人との時間を大切にすること

□その他

〇これから先、どの場所で暮らしていきたいですか？

病気や障がいなどで今よりも介助が必要な状況になり、介護してくれている家族が介護できなくなった時、どこで、どのように過ごしていきたいですか。

あなたの目標・希望・想いについて気持ちを整理してみましょう。

どこで？　　　　　　　　　　どのように？

□自宅　　　　　　　　　　　□日中はどこかに通いたい

□施設（入所・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）　 □家族に協力してもらいたい

□病院　　　　　　　　　　　□食事やトイレなど、最低限自分でできる生活がしたい

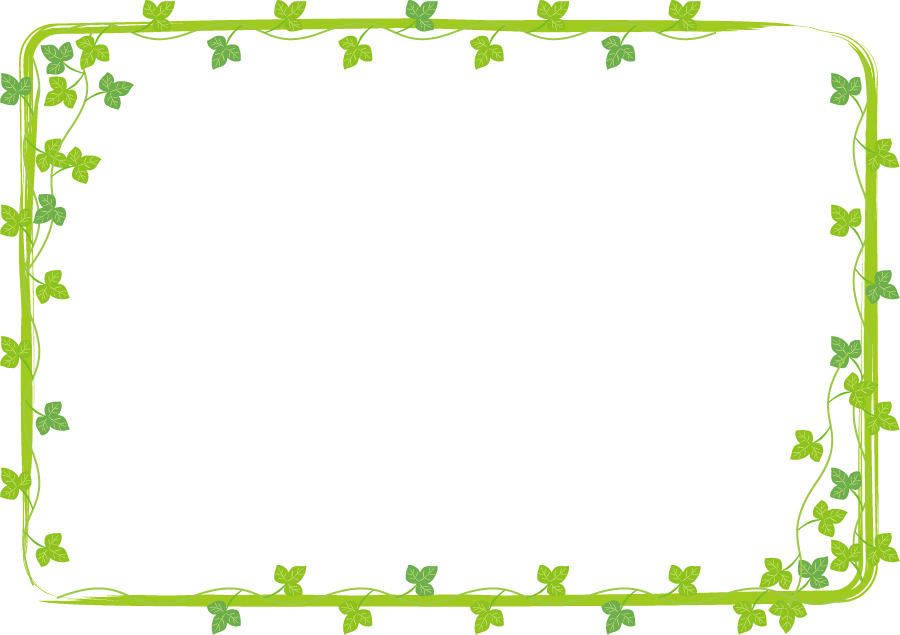
□その他（　　　　　　　）　□家族に迷惑をかけたくない

□わからない　　　　　　　　□仲間と楽しく暮らしたい

□施設の人やヘルパーさんなどの支援者に協力してもらいたい

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ：障がいのある方が日常生活の支援を受けながら少人数で共同生活を送る場所

〇これからの生活に必要なことは何ですか？

これからの希望する生活に必要と思われることは何ですか。

あなたの目標・希望・想いについて気持ちを整理してみましょう。

□医療・健康に関する支援　（かかりつけ医、後方支援病院、訪問看護、訪問リハビリなど）

□介護・福祉に関する福祉サービスの支援　（居宅介護、生活介護、相談支援事業所など）

□生活・住居に関する支援　（施設、グループホームなど）

□社会参加・余暇に関する支援　（日中一時、移動支援など）

□経済・金銭的な支援　（成年後見制度など）

□その他

□わからない

〇あなたの事を誰に相談してほしいですか？

あなたが自分のことを伝えることが難しい場合に、あなたの事を誰に相談して欲しいですか。

□家族（　　　　　）　□親戚　□友人　□代理人（成年後見人）　□その他（　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日　　　　（年齢） | 健康状態等 | 同居/別居 |
|  |  | 年 　月 　日（ 　歳） |  |  |
|  |  | 年 　月 　日（ 　歳） |  |  |
|  |  | 年 　月 　日（　 歳） |  |  |
|  |  | 年 　月 　日（ 　歳） |  |  |
|  |  | 年 　月 　日（ 　歳） |  |  |

〇家族構成

〇あなたの考えや希望・想いを自由に書いてみよう。

【あなた】

【家族】



アドバンス・ケア・プランニング

（ACP）とは？

◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆

もしもの時に備えて、あなたの希望や想いを家族や大切な人などに話しておくことです。

自分らしく穏やかに生きるために、これからのこと、もしもの時のことを考えてみませんか。



いつから始めるの？

◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆◇◆

今から始めましょう。これからのこと、もしもの時を考えましょう。あなたの希望や想いを整理して、家族や大切な人などと話し合っておくことが大切です。

　アドバンス・ケア・プランニング（ACP）には、法的な意味合いや拘束力はありません。

健康状態や生活環境の変化等によって、いつでも何度でも書き直すことができます。

生活環境が変わった時や、人生の節目などに、話し合いをして見直しましょう。