



元気な今から考え、話し合っていきませんか



※漫画は、厚生労働省の令和6年度ACP啓発資料となります

いまから始めるACP(人生会議)が、あなた・家族・地域の未来につながる

あなたの思い、お聞かせください

ACP(アドバンスケアプランニング)は、「人生会議」とも言います。あなたの思いや大切にしている事を伝えていく、ひとつの方法です。



今からやろまい
年齢なんて関係ないがね

ちゃんと語り合っとこ
わしのこと知っとってもらえりゃ

いざってときに
大事な人も困らんで済むがね

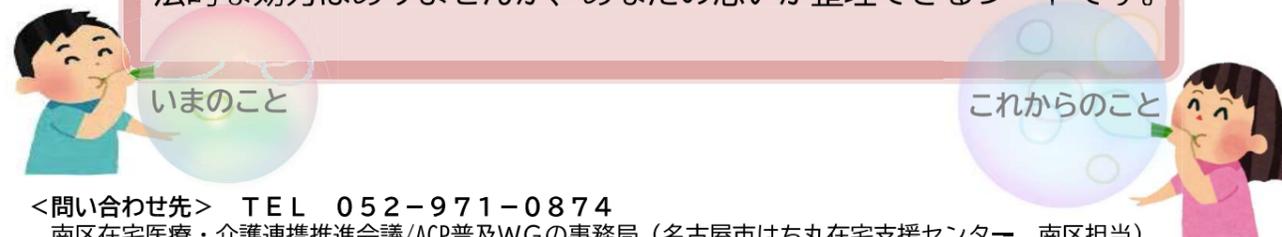
もしもの時に
自分の思いが言えやせん人 よーけおるよ

あなたの人生は、あなたが主役！ わたしを「知っとして」帳

わたしを「知っとして」帳が載った配布チラシは、こちらよりダウンロードできます



その時々のお気持ちを整理し、伝えていきませんか
※わたしを「知っとして」帳について
法的な効力はありませんが、あなたの思いが整理できるシートです。



<問い合わせ先> TEL 052-971-0874
南区在宅医療・介護連携推進会議/ACP普及WGの事務局(名古屋市はち丸在宅支援センター 南区担当)
※名古屋市はち丸在宅支援センターは、名古屋市より委託を受けて一般社団法人 名古屋市医師会が運営しています。



わたしを「知っとして」帳

※このシートは、あなたの生き方や思いを知る手掛かりになります。あなたの思いを繋いでいけるよう、支援者たちに「あなたの思いを」をお聞かせください。

今の気持ちとして該当するものに
を入れてみませんか
 何故そう思ったかもメモしておく
 とあなたの価値観や思いの深さも
 知ってもらえますよ



氏名

あなたにとって大切にしたいことは何ですか？	初回 令和 年 月 日	変更 令和 年 月 日
●該当する気持ちは？		
家族や大切な人との時間を過ごすこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族の負担にならないこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先々に起こることを詳しく知ること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一日でも長く生きること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身の回りのことが自分でできること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※大切にしたい身の回りのことは？		
・トイレに行くことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ご飯が食べられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・外出できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
楽しみがあること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※わたしが楽しんでいることは？		
・友達と一緒に過ごす(食事・会話・外出・)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・体を動かす(ドライブ・散歩・グランドゴルフ・)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・趣味(手芸・園芸・読書・)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※何故そう思ったかも「知っとして」		

その他伝えたいこと

思い出に残っていること

気がかりなこと



気持ちは変化していきます。その都度、周りの人にも伝えていきましょう



もし病気になるったり、ケガをしたら？	初回 令和 年 月 日	変更 令和 年 月 日
●どんな場合も痛みや苦しみを和らげるケアや治療は行われます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一日でも長く生きられるような治療を受けたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
期間を決めて治療を受けて、それから考えたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
延命は考えず、穏やかに過ごしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※何故そう思ったかも「知っとして」		

もし介護が必要になった時は？	初回 令和 年 月 日	変更 令和 年 月 日
●どこで？		
病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●どのように？		
家族・親しい人に協力してもらいたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族・親しい人に迷惑をかけたくない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事が口から食べられる生活がしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレが最低限自分でできる生活がしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療・ケア職員がいる病院や施設で安心をえたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※何故そう思ったかも「知っとして」		

もしもの時、あなたの代わりに判断して欲しい人は？ ●病状が悪化して伝えられなくなった時、代わりに判断してほしい方（複数人いても構いません）

氏名： (間柄) (連絡先)

氏名： (間柄) (連絡先)

もしもの時の連絡先(かかりつけ医やケアマネジャーなど) ●あなたの「思い」を伝えていきましょう(気持ちの変化を書き留めたシートもみせましょう)

氏名： (間柄) (連絡先)

氏名： (間柄) (連絡先)

氏名： (間柄) (連絡先)

※あなたの思いを記録したこのシートは大切に保管し、支援者にお見せください。

