事前意思確認書　　　　　　　　　　　　グループホーム○○

|  |
| --- |
| **利用者のみなさまへ**当事業所では、ご希望される方には終末期介護（看取り介護）を行っています。利用者の方の容態が悪くなった時には、ご本人のご意向を反映した看取りを行います。以下の質問項目により、終末期介護（看取り介護）に対してどのようなお考えをもっておられるのか、可能な範囲でいいのでご回答いただきますようお願いいたします。 |
| **１．終末期を迎えたい場所はどこですか？** | * 事業所で最期を迎えたい
* 自宅に戻って最期を迎えたい
* 入院を希望する 　□ 今はわからない
 |
| **２．終末期には、積極的な延命治療を望みますか？** | * 望む　　　　　　　 □ 望まない・自然な形でいい
* 今はわからない
 |
| **３．急変時（心停止・呼吸停止）に病院への搬送を希望されますか？** | * 希望する　　　　　 □ 希望しない
* 今はわからない
 |
| **４．病気についてすべてを知りたいですか？** | * 知りたい　　　　　　□ 知りたくない
* 今はわからない
 |
| **５．口から食べられなくなったら希望する対応は何ですか？** | * 経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養
* 中心静脈栄養（ＩＶＨ）
* 苦痛を取り除くための点滴・座薬・内服
* 何もしない　　　 　□ 今はわからない
 |
| **６．その他ご希望・ご要望があればご記入ください** |
| **７．看取り時に希望する項目に〇をつけてください**（　　）意識低下におちいるとしても、苦痛を和らげるための十分な処置や投薬を望みます。（　　）うつ状態・吐き気・呼吸困難・幻覚症状を和らげるための最大限の処置を望みます。（　　）可能な場合には誰かがそばにいてくれることを望みます。（　　）親戚や友人に私が病気であることを伝えて会いに来るように頼んでください。（　　）もし可能であれば、自分の家で死ぬことを望みます。 |
| **８．自分自身で医療・介護に関する判断ができない時、私の代わりに決定をしてほしい人**第1選択：名前　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。　第２選択：名前　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。　 |
| 平成　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印家族代表氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印事業所（役職　　　　　　　　　）立会人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |