

## がんに対する医療行為に関する御意向についての記載のお願い

当院はがん医療において、抗がん治療と並行して緩和ケアを行っています。  
当院の緩和ケアの基本理念を以下にお示しします。

「緩和ケアでは、主にごがん患者を対象に、本来の患者さんが生活を送るべき場所、あるいは、治療を受けるべき場所に戻り、本人の意思を尊重しながら、本人らしく生きていただくために、症状緩和と自律性の回復を図ります。また、治療の効果がなく、人生の最終段階を迎えることに立ち至った場合には、苦痛症状を緩和し、静かに見守り、ご家族と穏やかな時間を少しでも長く持っていただくことを支えます。」

三友堂病院（以下当院）は、がん医療を実施するにあたり、ご本人様、ご家族様の当院のがん医療におけるご意向を確認させていただきたくお願い申し上げます。

## 意向確認書

私（以下入院者といいます）もしくは入院者の代弁者あるいは代理人（本人との関係\_\_\_\_\_）は、「貴院のがん医療に対する基本理念」を理解した上で次のように入院者に対する医療とケアを希望します。

1. 入院者との意思疎通が不十分である場合、また、入院者が複雑な内容の事柄を自分で決定する判断力がない場合においても、できる限り問い掛け、気持ちは尊重して下さい。

2. 入院者が医師が必要と判断して指示した検査や治療に協力しない場合：（○を付して下さい）

（    ） a. その検査や治療を断念せざるを得ず、そのために寿命が短くなる可能性があっても、やむを得ないことと受け入れます。

（    ） b. 拘束を行ったり、鎮静剤を使用したりしてでも、その検査や治療を行い、できる限りのことは行って下さい。拘束や鎮静剤による危険は受け入れます。

（    ） 拘束が必要な場合は拘束を行うことに同意する。

（    ） 鎮静剤が必要な場合は鎮静剤を使用することに同意する。

3. 入院者が、高度専門的医療（画像下治療、種々の手術療法、放射線療法等）を必要とする状態になった場合（○を付して下さい。）

（    ） a. 苦痛を伴う延命処置を行わず、緩和ケアを希望します。  
（この場合、状態が悪化することがあっても止むを得ないこととし受け入れます。）

（    ） b. 高度専門的治療を希望します。

（    ） c. 主治医、または、医療チームの判断に従います。  
（この場合 a.、b. どちらの結果になったとしても受け入れます。）

4. 自力で食べられず、誤嚥を繰り返すようになった場合：（○を付して下さい）

（    ） a. 出来る限り点滴を行って欲しい。

（    ） b. 経管栄養（胃瘻、経鼻等）を希望します。

（    ） c. 主治医と相談して決めたい。

5. 入院者の状態が悪化した場合、次のような処置について希望します。

心臓が止まった場合や重症不整脈（放置すれば心停止）が起きた場合、あるいは呼吸が止まった場合：（○を付して下さい）

心肺蘇生術（胸骨圧迫（心マッサージ）、人工呼吸管理、AED（電気ショック）、人工呼吸）を

（    ） a. 希望する。

（    ） i. 胸骨圧迫（心マッサージ）、あるいは AED

（    ） ii. 薬剤（強心剤、呼吸促進剤等）

（    ） iii. 人工呼吸、人工呼吸器による管理

（    ） b. 希望しない。

自然の経過にまかせます。

6. 入院者が最期を迎える時は、

延命処置（胸骨圧迫（心マッサージ）、AED（電気ショック）、人工呼吸）を

（    ） a. 希望する。

（    ） i. 胸骨圧迫（心マッサージ）、あるいは AED

（    ） ii. 薬品（強心剤、呼吸促進剤等）

（    ） iii. 人工呼吸、人工呼吸器による管理

（    ） b. 希望しない

なるべく苦痛のないように、穏やかに迎えられるよう希望します。

7. その他にご希望がある場合は、お書きください。

三友堂病院 担当医 殿

年        月        日

代弁者または代理人の場合、本人との関係：

署 名 \_\_\_\_\_ 印