

わたしの健康・生活を支援してくれている方

	施設名・担当者名
かかりつけ医	
受診している病院	
担当ケアマネジャー	
訪問看護師	
かかりつけ調剤薬局	

徳島県の四病院では「ACP」の普及に取り組んでいます。  
 徳島県立中央病院 徳島県立三好病院 徳島県立海部病院  
 徳島県鳴門病院

製作・発行

徳島県立中央病院

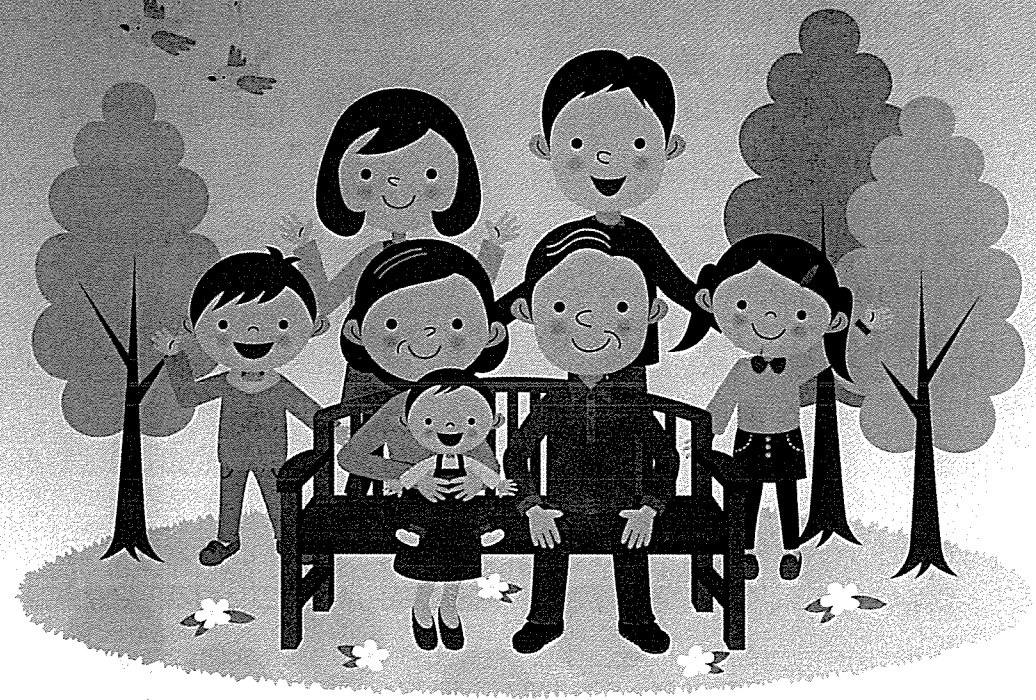
〒770-8539 徳島県徳島市蔵本町1丁目10-3

TEL: 088-631-7151 (代表)

2018年10月初版

# 『もしもの時』のために

アドバンス・ケア・プランニング  
 Advance Care Planning (ACP)



氏名	
生年月日	年 月 日

## 「もしもの時」?

急な病気・事故や認知症が進んでしまうことにより、あなたが受けたい治療やケア、過ごしたい療養・生活場所の希望を、ご自身で判断したり伝えることができなくなるときが訪れます。

本冊子では、このような状況を「もしもの時」と定義します。

あらかじめ、あなたの考えや思いを、信頼できる人と共有して記録していれば、「もしもの時」がきても、周りの人はあなたの意思を最大限尊重した治療やケアの方針を考えることができますし、あなた自身これからの人生を、より良く前向きに過ごしていただくことができます。

本冊子は、あなたの人生を振り返り、「もしもの時」にあなたが望む治療や生活を考えるためのものです。

決して「決める」ことが重要ではありませんし、すべて欄を埋める必要もありません。

「考えておく」それを「伝えておく」ことが大切です。

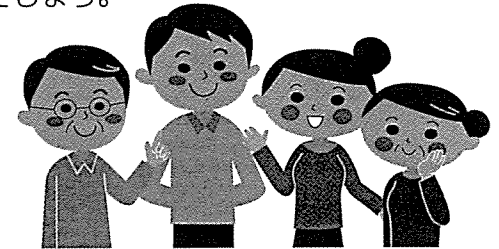


## いつは始めるのがいいのでしょうか?

今からはじめましょう。

「もしもの時」がいつ訪れるかは、誰にもわかりませんので、自分の思いを伝える元気がある今のうちに、はじめてはいかがでしょうか。

また、一度きりでなく、何かの出来事（お盆や正月など親戚が集まったとき、退院したとき等）があった時や気持ちが変わった時など、何度も繰り返し考え話し合うのがいいでしょう。



## どのようには始めるのがいいのでしょうか?

次のような手順をお勧めしています。

1. 信頼でき自分のことを任せられる人（代理決定者）を決める
  2. 代理決定者と一緒に話し合いをしながら本冊子を書いていく
  3. 書いた内容を、かかりつけ医や看護師、ケアマネジャーといった医療や生活上の支援者（医療・介護従事者）にも確認してもらう
  4. まとまった内容は、今後診療を受ける病院などにも共有してもらう
- ※わからないところがあれば、医療・介護従事者に相談してみましょう。

### アドバンスケアプランニングとは?

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、ご自身を主体に、ご家族や近い人、医療・介護従事者が、繰り返し話し合いを行い、意思決定を支援する過程のことです。

ご自身の人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

## STEP 1 信頼して任せることができる人は誰ですか？

あなたのことを一番わかってきていて、もしもの時にあなたにかわって判断してくれる人（代理決定者）を選びましょう。

差し支えなければ、その方を選んだ理由も教えてください。

代理決定者

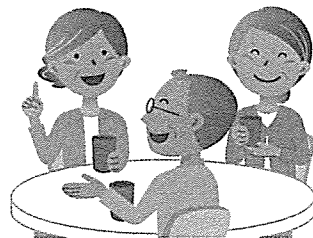
氏名 (続柄)

選んだ理由

-----  
上記の方以外に、信頼できあなたのことを親身になって考えてくれる人がいれば書いておきましょう。

氏名 (続柄)

\*家族・親族がない場合は、友人、内縁の妻（夫）、ご近所の方でもかまいません。あなたのことを親身に考えてくれる人を選びましょう。



次のステップで、あなたの人生を振り返っていきましょう。

できれば、代理決定者をお願いする方と一緒に、ワイワイ楽しく話し合いをしながらすすめてみましょう。

現時点で、代理決定者が決まらない人や、同意の確認ができない場合でも、書いた内容は、後で必ず伝えておきましょう。

代理決定者が不在の場合は、医療・介護従事者に伝えておきましょう。

## STEP 2 これまでの人生を振り返ってみましょう

あなたが、今までどんな人生を歩んできたかを教えていただくことは、今後の過ごし方を相談させて頂く上で、代理決定者や医療・介護従事者にとって大変参考になります。書きやすいところから書いてください。

1) どこで生まれ、どこでどのように過ごしてきましたか？



-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

2) 子どもの頃・学生時代にどんな思い出がありますか？



-----  
-----  
-----  
-----

3) 成人後の仕事や家庭の印象深い思い出として何がありますか？



-----  
-----  
-----  
-----  
-----

4) これまでで、あなたの人生が変わった出来事がありましたか？



-----  
-----  
-----

5) 人生の自慢話を聞かせてください。



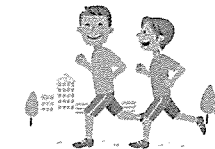
-----  
-----  
-----

6) ご自身の支えになってきた人・ものはありますか？



-----  
-----  
-----  
-----  
-----

7) 現在、趣味や日課にしていることがありますか？



-----  
-----  
-----  
-----  
-----

8) 座右の銘や普段の生活で心がけていることはありますか？



-----  
-----  
-----

9) あなたをよく知る方々が、あなたの性格を表すとしたら何と申すでしょうか？いくつかでも思いつく言葉を挙げてみましょう？



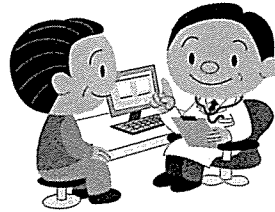
-----  
-----  
-----



4) 深刻な病状説明を受ける場合の希望

- 厳しい内容でも、全て自分に話してほしい
- 主に代理決定者に話して、自分には概要だけでよい
- 代理決定者や医師の判断に任せる
- その他 ( )

上記のように考えた理由は



5) 受ける治療に関して、希望がありますか？

健康な方は「もし病気になったら」を仮定してください。

(いくつ選んでも結構です)

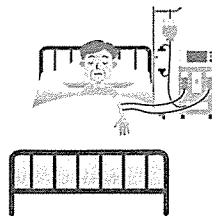
- 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
- どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
- 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- 痛みや苦しみ無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
- できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
- その他 ( )

上記のように考えた理由は

6) もしもの時が近くなったときに“延命治療”を希望しますか？

- はい  いいえ  わからない

“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する（死の経過や苦痛を長引かせることもあります）ための医療処置を指します。また、行われる医療処置やご自身の心身状況によっては身体拘束や鎮静処置が必要になる場合があります。



上記のように考えた理由は

7) 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断出来なくなった時、あなたの希望は以下のどれですか？

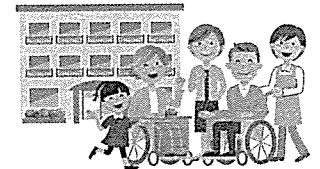
- なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい
- 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい
- 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活を送りたい
- 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい
- その他 ( )



上記のように考えた理由は

8) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいですか？

- 自宅
- 病院
- 介護施設
- その他 ( )
- わからない



上記のように考えた理由は

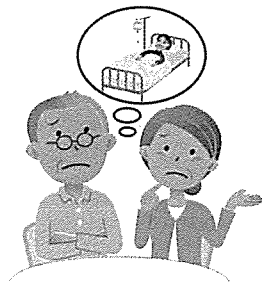
9) 代理決定者に判断を任せる

もしもの時、代理決定者があなたに代わり、受ける治療や療養場所など生活上の様々な選択をすることになります。

しかし、急な事故や予期せぬ病気など想定外の事態になると、本来、あなたが望んでいたことと違う治療を選択することが最善だと判断するかもしれません。また、あなたが望んでいた療養場所で過ごすことが困難と判断されるかもしれません。

その際、最終判断を代理決定者に任せることに同意頂ける場合は以下に☑しましょう。

もしもの時の、最終判断は代理決定者に任せる



10) 健康面や生活上の心配事や気がかりなことはありますか。

-----

-----

-----

-----

\* かかりつけ医やケアマネジャーなど医療・介護従事者に、書いた内容を伝え、心配事があれば相談しておきましょう。

自由記載欄 (その他、あなたの思いなどがあればお書きください)

Large empty rounded rectangular box for free text entry.

自由記載欄（その他、あなたの思いなどがあればお書きください）

死後の社会貢献

以下の臓器提供します。  
 （可能なすべての臓器 その他）

病理解剖：病院医師から要請があれば応じます。

献 体：医学医療の教育研究に貢献します。  
 （白菊会に事前登録が必要）

記載年月日：           年           月           日

本人氏名 \_\_\_\_\_

代理決定者 \_\_\_\_\_（続柄：           ）

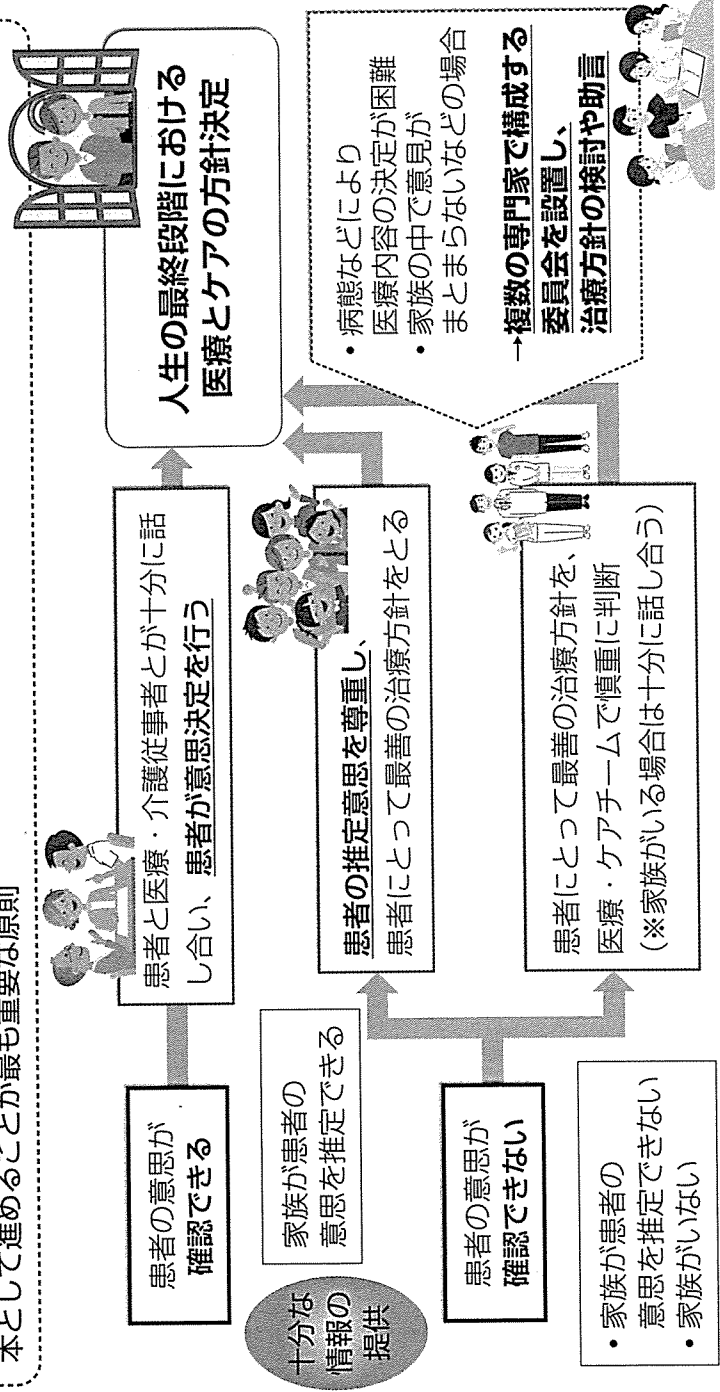
連絡先 \_\_\_\_\_

医療・介護従事者 \_\_\_\_\_

（所属機関・職種：           ）

## 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療・介護従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療・介護従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則





当院もこの取組に賛同しています。

この冊子は、聖路加国際病院（東京都中央区）が配布している「私のリビングウィル」を参考に作成し、同院のご厚意により発行させていただきました。

県立三病院では、「事前指示書」の普及に取り組んでいます。

徳島県立中央病院 徳島県立三好病院 徳島県立海部病院

発行 徳島県立中央病院

徳島市蔵本町1丁目10-3 電話(088)631-7151(代表)

2011年9月初版、2015年3月改訂版



# 事前指示書

自分らしい最期を迎えるために



氏名	
診察券ID	
生年月日	

これは大切な記録です。署名したら医師に渡してください。



## 事前指示書

### 自分らしい最期を迎えるために

あなたが病気や事故で意思表示できなくなっても最期まであなたの意思を尊重した治療を行います。

#### 事前指示書（リビングウィル）とは？

事前指示書とは、「生前に発効される遺書」のことです。

通常の遺書は、亡くなった後に発効されますが、事前指示書は、生きていても意思表示のできない状態になり、その回復が見込めなくなったときに発効されます。

#### 「事前指示書 自分らしい最期を迎えるために」の使い方

- 1) まず、ご自身が病気や事故のために意識や判断能力が障害されて、その回復が見込めない状態になった場合を想定してみてください。たとえば、悪性腫瘍や多臓器障害の最期で意識がなくなったとき、高度の認知症になったとき、脳血管障害で植物状態になったとき、事故で高度の脳損傷を受けたときなど。一般にこのような場合は、意識や判断能力の回復はほとんど見込めません。そのような「まさかの場合」、あなたはあくまで延命治療を希望なさいますか。あるいは、もう希望なさいませんか。
- 2) 冊子の中には、そのような場合に想定される治療の選択肢があります。今、お元気なときに、ご自身の考えに最も近い治療を選んで〇をつけ、そこにご署名ください。
- 3) 次に、ご家族と当院の医療者（医師、看護師、医療連携相談室、医療社会事業部など）にご自身の考えを話して、ご家族と当院の医療者に署名を依頼してください。

- 4) ご家族は、ご本人の意思をよく理解、納得されたうえで、ご署名ください。
- 5) 当院の医療者は、ご本人の意思決定能力を十分に判断したうえで、署名させていただきます。そして当院の診療録（電子カルテ）にも、ご本人の意思（事前指示書）を記載します。
- 6) ご自身の考えが変わった場合は、新たなページに記入し、再度ご家族と当院医療者に署名を依頼してください。
- 7) そして、将来の「まさかの場合」には、医学的判断のもとに、冊子と診療録に記載されたご本人の意思（事前指示書）を尊重した治療を行います。

#### 「事前指示書 自分らしい最期を迎えるために」によってできること

- 1) ご本人の意思が確認できない「まさかの場合」、現状ではご家族や医療者の価値観で治療が決められがちです。でもこれを使えば、最期までご本人の価値観を尊重した治療ができます。
- 2) ご本人の意思が確認できないために生じている不適切な治療を減らせます。たとえば、（ご本人には不本意な？）人工呼吸器の使用や継続的な栄養補給による延命です。
- 3) あらかじめご自身の最期を考えての準備ができます。それによって、安心して今を生きることができます。
- 4) ご自身の意思を元気なときにご家族・医療者と共有することによって、ご自身の事前指示書をより現実的で実効性のあるものにできます。

#### 医学用語の解説

##### 1) 人工呼吸器

自分の力で呼吸ができないときに使用する機械です。人工呼吸器を使用するときは、管を口から気管まで挿入（挿管）する必要があります。

ます。人工呼吸器の使用を一度開始すると、呼吸状態が改善するまで器械を外すことは困難になります。

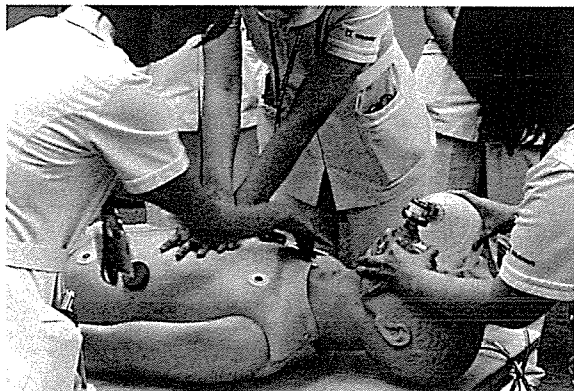
## 2) 心臓マッサージ

心肺蘇生（そせい）法のひとつで、下図のように胸部の圧迫を繰り返す方法です。

### ～心肺蘇生法とは？～

心筋梗塞・窒息・脳卒中などにより、心臓・呼吸が停止した際に、心臓・呼吸の活動再開を目的に行う処置です。

①心臓マッサージ ②人工呼吸 ③電気ショック ④薬剤投与 などをを行います。



## 3) 高カロリー輸液（ゆえき）

普通の点滴の静脈よりも太い静脈（中心静脈）を使って、十分な水分・栄養補給をして長期間生きることを可能にする点滴治療です。

## 4) 胃瘻（いろう）

体外から直接、胃に水分・栄養を入れるために皮膚と胃に通した穴（瘻孔）のことです。胃瘻を使った経管栄養によって、長期間の十分な水分・栄養補給が可能になります。

## 5) 栄養補給と水分補給

高カロリー輸液や経管栄養によって栄養補給と水分補給を行えば、口から食べなくても、時には年単位で生きることもあります。栄養

補給なしで水分補給だけなら、およそ数週間単位で生きることが出来ます。

水分補給もないと数日単位になります。

### 「事前指示書 自分らしい最期を迎えるために」についてのご質問

徳島県立中央病院1Fの総合相談窓口・がん相談支援センター TEL088-631-7151（代表）にお問い合わせください。

もし、あなたが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合、どのような治療を望まれますか？

当院では、「患者との協働医療」を実現するため、患者さんの価値観に配慮した医療を行うことを、基本方針としています。誰もが必ず迎える最期においても、できるだけ自分らしい最期を迎えていただけるように考えています。

そこで今、お元気な時に、意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合をあらかじめ想定していただいて、その際にはどのような治療を望まれるか、そのご意思（事前指示書）をお示しいただけないでしょうか？

なお、どのような場合でも、痛みなどの苦痛の緩和は並行して行います。また、ご本人と相談できる場合は、いつでも治療方針について相談させていただきます。

## 署名・同意される方々へのお願い

### ■ご本人へ

ご本人の直近のご意思を確認したいと思います。

何回でも書き直すことができますから、お考えが変化した時、またはご自身の誕生日等、定期的に更新されることをお勧めします。

このご意思は、法的拘束力を伴うものではありません。

### ■同意されるご家族の方へ

ご本人の意思を十分にご理解、ご納得された上でご署名ください。

### ■同意される医療職の方へ

- ご本人の意思決定能力について十分に判断の上、ご署名ください。
- ご家族がいらっしゃる場合は、ご家族の意思を十分にご確認ください。
- 署名後、診療録に冊子の内容を他の医療スタッフにわかり易いように転記してください。



もし、あなたが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合、どのような治療を望まれますか？

下記の4つのうち、ご自身のお考えに最も近いものに○印をつけてください。

1. 人工呼吸器、心臓マッサージ等生命維持のための最大限の治療を希望する。
2. 人工呼吸器などは希望しないが、高カロリー輸液（ゆえき）や胃瘻（いろう）などによる継続的な栄養補給を希望する。
3. 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴などによる水分補給は希望する。
4. 点滴などによる水分補給も行わず、自然に最期を迎えたい。
5. その他（ ）

実際の医療場面では、上記以外にも様々な治療の判断が必要になります。そのような状況で、ご自身の意思の代理判断を最も委ねたい方をご指名ください。

氏名（ ）続柄（ ）  
（この方には、この件を伝えて承諾を得てください。）

年 月 日

本人署名

年 月 日

同意者署名

続柄

年 月 日

同意者署名

続柄

年 月 日

医療者署名

職種

もし、あなたが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合、どのような治療を望めますか？

下記の4つのうち、ご自身のお考えに最も近いものに○印をつけてください。

1. 人工呼吸器、心臓マッサージ等生命維持のための最大限の治療を希望する。
2. 人工呼吸器などは希望しないが、高カロリー輸液（ゆえき）や胃瘻（いろう）などによる継続的な栄養補給を希望する。
3. 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴などによる水分補給は希望する。
4. 点滴などによる水分補給も行わず、自然に最期を迎えたい。
5. その他（ ）

実際の医療場面では、上記以外にも様々な治療の判断が必要になります。そのような状況で、ご自身の意思の代理判断を最も委ねたい方をご指名ください。

氏名（ ）続柄（ ）  
（この方には、この件を伝えて承諾を得てください。）

年 月 日

本人署名

年 月 日

同意者署名

続柄

年 月 日

同意者署名

続柄

年 月 日

医療者署名

職種

もし、あなたが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合、どのような治療を望めますか？

下記の4つのうち、ご自身のお考えに最も近いものに○印をつけてください。

1. 人工呼吸器、心臓マッサージ等生命維持のための最大限の治療を希望する。
2. 人工呼吸器などは希望しないが、高カロリー輸液（ゆえき）や胃瘻（いろう）などによる継続的な栄養補給を希望する。
3. 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴などによる水分補給は希望する。
4. 点滴などによる水分補給も行わず、自然に最期を迎えたい。
5. その他（ ）

実際の医療場面では、上記以外にも様々な治療の判断が必要になります。そのような状況で、ご自身の意思の代理判断を最も委ねたい方をご指名ください。

氏名（ ）続柄（ ）  
（この方には、この件を伝えて承諾を得てください。）

年 月 日

本人署名

年 月 日

同意者署名

続柄

年 月 日

同意者署名

続柄

年 月 日

医療者署名

職種

その他のご希望や条件など、追加することがありましたら、ご自由にお書きください。

その他のご希望や条件など、追加することがありましたら、ご自由にお書きください。

深刻な病状説明（告知）について

- すべて詳しく聞きたいので私に話してください。
- あまり聞きたくないので、まず家族に話してください。
- 家族（代理人）や医師の判断に任せます。

最期を過ごす場所として、できれば以下を希望します。

- 住み慣れた自宅（入所中の施設など）
- 入院：地域病院・ホスピス（緩和ケア病棟）

死後の社会貢献

- 臓器提供します。  
(可能な全ての臓器、 その他： )
- 病理解剖：入院の担当医から要請があれば応じます。
- 献 体：医学医療の教育研究に貢献する。(白菊会に事前登録が必要)
- その他 ( )