

# もしもの時の私の希望

## アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

### アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

あなたが将来、自分の考えを伝えられなくなった時に備えて、これから受ける医療やケアについて、あなたの考えをご家族や医療従事者に明らかにして、文書に残す手順のことです。

人生の最期は誰もが必ず迎えます。自分が受ける医療について、前もって判断力のあるうちに希望を書いておきましょう。

突然の病気や事故、認知症などで、「自分のことを自分で決める」ことができなくなってしまうことがあります。家族や周囲の人が困惑せずに、あなたの意思を尊重した治療を選んでもらうためには、準備しておくことが大切です。

この「もしもの時の私の希望」は、自分の意思を伝えることができなくなったときにどうしてほしいのかということ、ご家族をはじめ、親しい人々に伝えることができ、自分らしい最期の生き方を選択することに役立ちます。

### 記入時の注意

- 項目ごとにあなたの意思に沿った内容を書いておきましょう。  
なお、わからないことや決められないことは書かなくても構いません。
- 作成するときは、医師やご家族、親しい人と相談のうえで行ってください。  
また、この書類「もしもの時の私の希望」の存在を共有しておきましょう。
- 書いた内容は何時でも修正・撤回できます。  
また、定期的に見直すことも重要です。

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、あなたの思いや希望する医療について、今の気持ちを書き記してみましょう。  
気持ちが変わったときは何度でも書き直しましょう

① あなたの希望や思いについて

あなたが大切にしたいことは何ですか？

(あてはまる選択肢にチェック☑してください。いくつ選んでも結構です)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながることもあること  | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること    | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること     |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること        | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感ずること    |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること     | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること       |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること    | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること         |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと         | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること  |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと        | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること  |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと    |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと      | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること          |   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )             |   |

② あなたの健康について (あてはまる選択肢にチェック☑してください)

1 あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか

- はい  いいえ

2 あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか

- はい  いいえ

3 受ける医療に関して、希望がありますか？ (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  
 痛みや苦しみがなく、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小限の治療を受けたい  
 その他 ( )

4 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか (ひとつ選んでください)

- 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自宅で生活したい  
 病院や施設でもよいので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活を送りたい  
 病院や施設でもよいので、とにかく長生きしたい  
 その他 ( )

③ 人生の最終段階（終末期）における医療について

※終末期とは、「生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」のことです。

1 基本的な希望（希望の選択肢にチェック☑してください）

(1) 痛みなど

できるだけ抑えてほしい（必要なら鎮静剤を使ってもよい）

自然のままにいたい

その他（

）

(2) 終末期を迎える場所

病院 自宅 施設 病状に応じて

その他（

）

(3) 上記以外の基本的な希望（自由にご記入ください）

（

）

2 終末期になったときの希望（希望の選択肢にチェック☑してください）

(1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生法

希望する 希望しない その他（

）

(2) 延命のための人工呼吸器

希望する 希望しない その他（

）

(3) 抗生物質の強力な使用

希望する 希望しない その他（

）

(4) 胃ろうによる栄養補給

希望する 希望しない その他（

）

(5) 鼻チューブによる栄養補給

希望する 希望しない その他（

）

(6) 点滴による水分の補給

希望する 希望しない その他（

）

(7) 上記以外の希望（自由にご記入ください）

（

）

④ あなたが意思表示できない場合に自分の代わりに医師と相談して医療の選択をしてほしい人は誰ですか

代理人氏名（

）あなたとの関係（

）

連絡先（

）

⑤ 医療・介護の関係者と話し合いましたか

はい

いいえ

・話し合った日（ 年 月 日）

・話し合った関係者

（

）

記載年月日（ 年 月 日 ）

本人氏名（ ）



入院や入所など、場所や担当が変わるときは、この「もしもの時の私の希望」に記載されている内容を共有するようにしましょう。

この「もしもの時の私の希望」はあいセーフティネットのすべての施設で使用できます。

また、他の病院や施設でも使用してもかまいません。

医療に対するあなたの希望を伝えるためであれば、他の病院や施設でも制限はありません。具体的な医療に対する希望については、そこでの医療スタッフとよくご相談ください。

※現在、日本において、医療に関する事前指示に法的強制力はありません。

しかし、医師をはじめとする医療従事者や介護従事者は事前指示（本人の意思）を基本にしたうえで治療に関する方針を決定しています。

自然で平穏な終末期を望む場合は、本人の意思表示（事前指示）が必要です。

この「もしもの時の私の希望」は下記を参考に作成したものです。

- ・公益社団法人全日本病院協会「ACPの手引き 将来の医療及びケアについて」
- ・国立長寿医療センター「私の医療に対する希望（終末期になったとき）」

