

医療従事者向け研修会の開催について

【概要】

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた意思決定プログラム（E-FIELD）を活用し、厚生労働省が全国で開催している研修会を、香川県で実施し、人生の最終段階における医療に係るより充実した体制整備を図る。

※国実施の研修会は、令和2年度はZoomを用いたオンライン開催

【香川県での開催について（案）】

- 日程案 令和3年1月24日（日）又は2月7日（日）
- 会場 県庁12階会議室
- 実施方法 講師と県庁をオンラインでつなぎ、受講者は県庁へ集合
国開催のE-FIELD研修に準じた研修の実施、グループワークは集合型で
- 対象 30人（5グループ）程度
⇒多職種3人（医師1人以上）×10チーム程度※を募集。
※2チームを1グループとする。
- 内容 ACPの実践的研修（E-FIELD※を準用）

【参考：R元年度実施】

日時：令和元年11月10日（日）9:00～17:30

場所：香川県庁12階第1・2会議室

講師：神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科 特命教授 木澤 義之 先生

対象：30～40人（5～6グループ）程度

⇒多職種3人（医師1人以上）×10～12チーム程度※を募集。

※2チームを1グループとする。

内容：ACPの実践的研修（E-FIELD※を準用）

※E-FIELD：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた意思決定支援教育プログラム（Education For Implementing End-of-Life Discussion）の略。

備考：日本医師会生涯教育講座のカリキュラムコード81：終末期のケア（0.5単位）に指定

当日受講者
47名（14チーム）



人生会議

オンライン

どこでも参加可能

定員300名

事前申込締切

9月23日(水)

～いきいきと生きて逝くために～

万が一のときに備えて、あなたの大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自分自身で前もって考え、家族や友人などあなたの信頼する人たちと話し合って共有することを「人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)」といいます。この講演会をきっかけに、あなたの信頼する人たちと、「人生会議」を開いてみませんか？

日時 令和2年9月26日(土) 13:30～16:00
(サテライト会場：開場13:00)

場所 オンライン開催

ただし、サテライト会場も設けます。▶▶▶

サテライト会場

- | | |
|----------------------|------------------|
| ① 香川県社会福祉総合センターOA研修室 | 高松市番町1丁目10-35 |
| ② さぬき市公民館(津田公民館) | さぬき市津田町津田138番地16 |
| ③ 小豆島町役場本館内会議室 | 小豆郡小豆島町片城甲44番地95 |
| ④ 坂出市民ふれあい会館内会議室 | 坂出市本町1丁目2-1 |
| ⑤ 観音寺市民会館多目的ホール | 観音寺市観音寺町甲1186-2 |

視聴方法

視聴用のURL等具体的な視聴手順は、9月18日以降、事前申込みいただいた方へ順次お知らせします。

視聴手順を、「imu@pref.kagawa.lg.jp」からお申込みのメールアドレスにお送りします。受信設定によりメールを受信できない場合がございますので、お申込み前に予めメール設定をご確認ください。

PCやタブレットなどの端末と、インターネット環境が必要です。動作環境(PC・モバイル)
(注)セキュリティソフトウェアまたは、アンチウイルスソフトウェアのセキュリティ機能によって配信システムの機能が正しく利用できない場合があります。

講師



めぐみ在宅クリニック院長、(一社)エンドオブライフ・ケア協会代表理事
小澤竹俊氏

<講師紹介>

1987年東京慈恵会医科大学医学部医学科卒業。
1991年山形大学大学院医学研究科医学専攻博士課程修了。
救命救急センター、農村医療に従事した後、94年より横浜甞生病院内科・ホスピス勤務。
2006年めぐみ在宅クリニックを開院、院長として現在に至る。
2015年4月には有志と共にエンドオブライフ・ケア協会を設立。
多死時代に向け、人生の最終段階の人に対応できる人材育成に努めている。

<資格・公職等>

日本内科学会 総合内科専門医 / 日本緩和医療学会 専門医、代議員
日本死の臨床研究会 世話人、企画委員会委員
一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 代表理事

裏面の参加申込方法
をご覧ください。

<プログラム>	13:30～	開会
	13:35～13:55	問題提起「 コロナ禍の今こそACP 」 講師 蔵谷弘子氏(香川県医師会監事、みのりクリニック院長)
	14:10～15:40	講演「 より良く生きるためのACP 」 講師 小澤竹俊氏(めぐみ在宅クリニック院長、(一社)エンドオブライフ・ケア協会代表理事)
	15:40～16:00	まとめ



お問い合わせ：香川県健康福祉部医務国保課

TEL:087-832-3256 FAX:087-806-0248

【主催】香川県

【後援】一般社団法人香川県医師会、公益社団法人香川県歯科医師会、一般社団法人香川県薬剤師会、公益社団法人香川県看護協会、一般社団法人香川県介護支援専門員協議会

香川県 人生の最終段階における医療・ケア普及啓発講演会 参加申込書

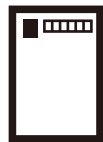
◇お申込先・お申込方法



FAX送信先

087-806-0248

下の参加申込書に記入しFAXください。



ハガキ宛先

〒760-8570 ※住所は不要です

香川県医務国保課

「人生の最終段階における医療・ケア普及啓発講演会」係

下の参加申込書の内容をハガキに記載してお送りください。



E-mail

imu@pref.kagawa.lg.jp

タイトルに「人生の最終段階における医療・ケア普及啓発講演会」参加希望と記入。
本文には団体名、お名前(ふりがな)、E-mailアドレス、電話番号、サテライト会場での
視聴を希望される場合のみ、①～⑤の会場番号を記入してください。

締切

令和2年9月23日(水) 定員になり次第締め切ります。

◇お問い合わせ先

TEL 087-832-3256 香川県健康福祉部医務国保課 医療政策グループ

※サテライト会場に申込をされた場合は当日、直接会場受付へお越しください。

また駐車場には限りがありますので、公共交通機関をご利用ください。

※募集人数を大きく超えた場合のみ、電話でご連絡いたします。

※荒天時等により中止する場合は、香川県ホームページ(<https://www.pref.kagawa.lg.jp/>)で告知します。

香川県医務国保課 FAX087-806-0248行

香川県 人生の最終段階における
医療・ケア普及啓発講演会

参加申込書

※電話番号は必ずご記入ください。

団体名(空欄可)	ふりがな お名前	E-mailアドレス	電話番号	サテライト会場 で視聴の場合 会場番号

※ご記入いただきました個人情報は、厳重な管理のもとに、本講演会に関してのみ使用いたします。

オンラインでの参加の場合は空欄
サテライト会場→①～⑤の会場番号

人生会議～いきいきと生きて逝くために～ アンケート集計結果

当日参加者 303名

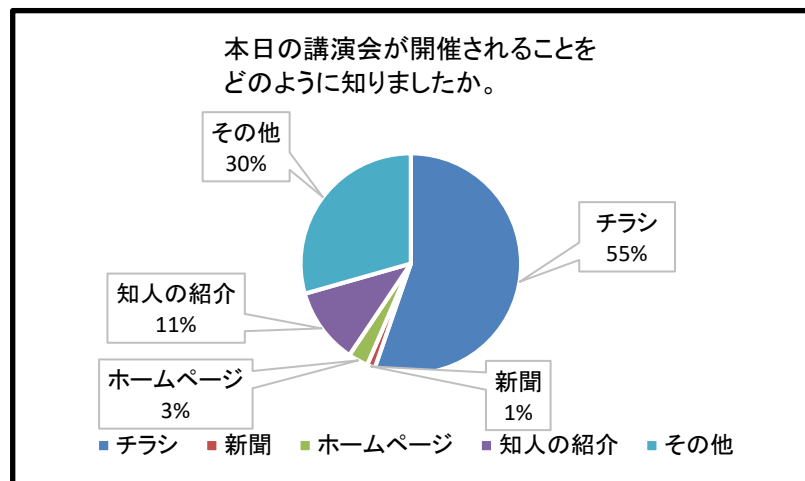
○オンライン 206名（システムによる集計）

○サテライト会場 97名

（内訳） 社会福祉総合センター	24名	津田公民館	11名
小豆島町役場	25名	坂出市民ふれあい会館	22名
観音寺市民会館	15名		

問1 本日の講演会が開催されることをどのように知りましたか。すべてお答えください。

- チラシ 新聞 県広報誌 ホームページ 知人
その他（ ）



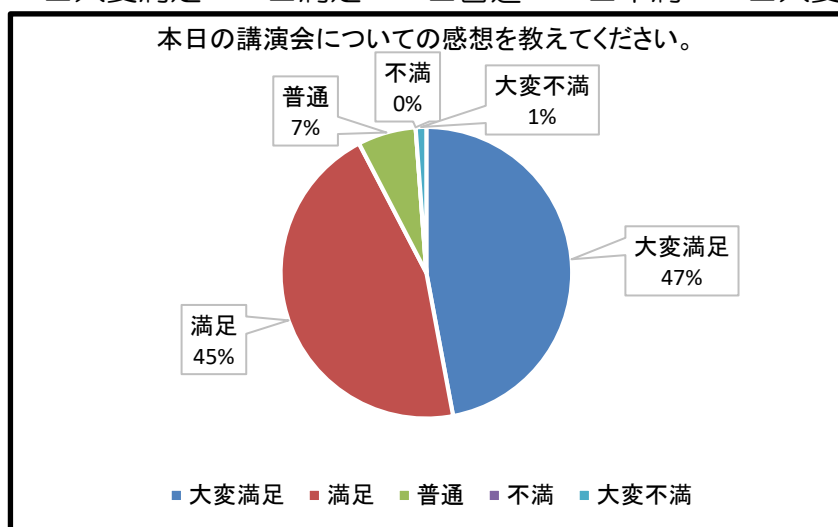
問1 何で知った	計
1 チラシ	94
2 新聞	2
3 ホームページ	5
4 知人の紹介	19
5 その他	50
計	170

（その他）主なもの

職場での回覧
団体からの案内
会議内での案内
フェイスブック等の SNS

問2 本日の講演会についての感想を教えてください。

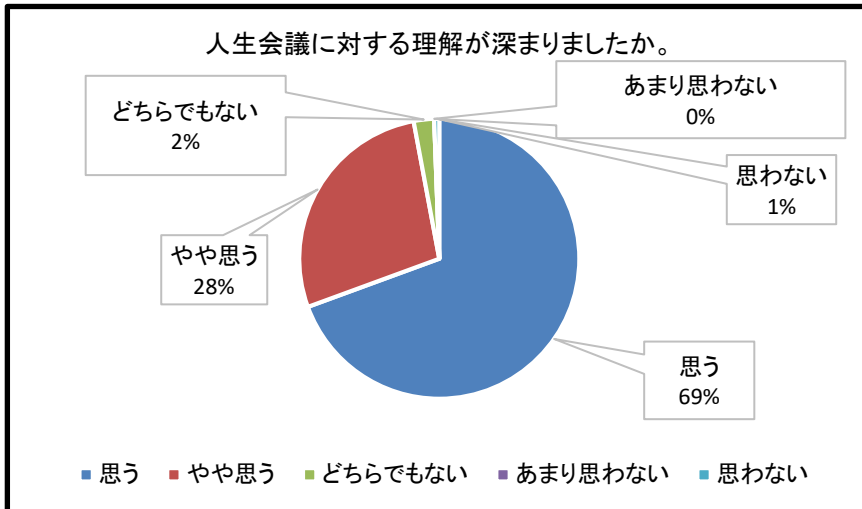
- 大変満足 満足 普通 不満 大変不満



問2 講演会感想	計
1 大変満足	80
2 満足	77
3 普通	11
4 不満	0
5 大変不満	2
計	170

問3 人生会議に対する理解が深まりましたか。

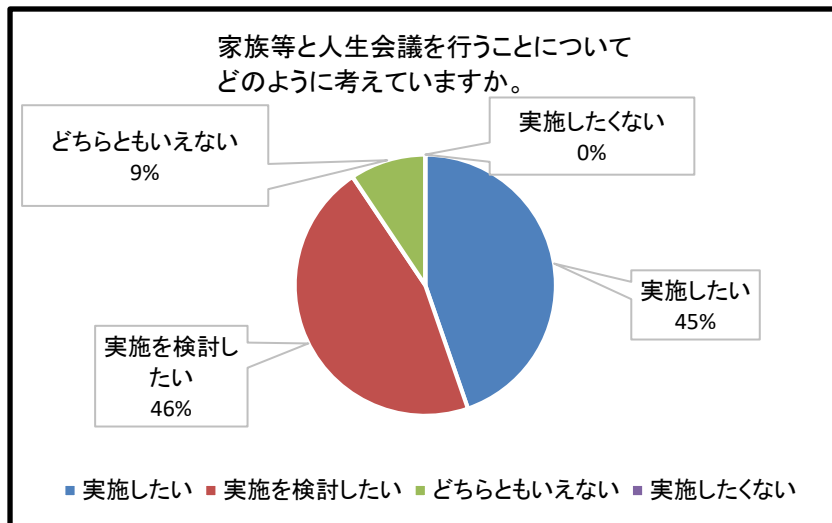
思う やや思う どちらでもない あまり思わない 思わない



問3 人生会議に対する理解		計
1	思う	118
2	やや思う	47
3	どちらでもない	4
4	あまり思わない	0
5	思わない	1
計		170

問4 家族等と人生会議を行うことについて、どのように考えていますか。

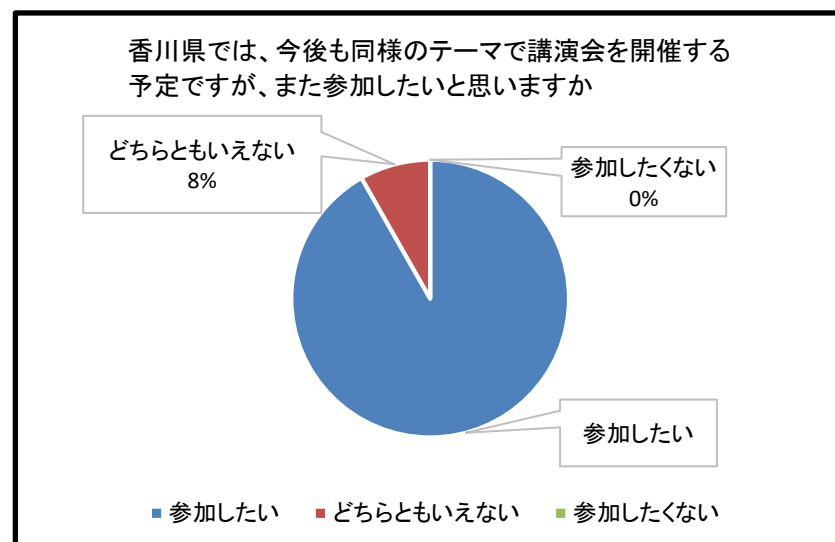
実施したい 実施を検討したい どちらともいえない 実施したくない



問4 家族と人生会議を行うことについて		計
1	実施したい	76
2	実施を検討したい	78
3	どちらともいえない	16
4	実施したくない	0
計		170

問5 香川県では、今後も同様のテーマで講演会を開催する予定ですが、また参加したいと
思いますか。

参加したい どちらともいえない 参加したくない



問5 又参加したいか		計
1	参加したい	156
2	どちらともいえない	14
3	参加したくない	0
計		170

問6 今回の講演会に関して、ご意見やご要望等ございましたらご自由にお書きください。
 (～についてもっと聞きたかった、オンライン開催やサテライト会場についての感想 など)

番号	主な御意見
1	難しい問題を事例を踏まえて分かりやすく説明頂き、とても勉強になりました。ありがとうございました。オンライン開催は時間が有効に使え効率的でした。画像・音声ともにストレスなく受講出来ました。今後も開催を希望します。
2	オンラインでの参加となりましたが、子供の小さな職員も参加することができ助かりました。人生会議の意味深さもしっかりと認識する機会を得られました。講師の先生の講演もわかりやすく、時間が短く感じられました。 蔵谷先生の現状や係わった事例とかも聞きたかったです。コロナ禍で研修する機会も少なくオンラインで参加できる機会に感謝します。
3	オンラインシステムの講演会だと迫力がない。
4	スライドの文字が小さく見えにくかったです。(レジュメがあればよかったと思いました。)反復はとても重要だとわかりました。「苦しみは希望と現実の開き」。
5	その時その時で本人・環境が変わるので、本人を中心にその時の最善を確認するために必要と再確認しました。どの選択も後悔がある事をあらかじめ認識することで楽になると思いました。
6	ACPがどういうものかというより、実践の中でまた自分の人生の中で他人とつながる事や自分や他人を支えということが何なのか、それがとても大切だということをとっても考えさせられる内容で良かったです。
7	介護支援専門員 10 年目です。現在に至るまで、終末期の方を幾度か担当させていただきました。その対応で感じた事は、本人の支援はもちろんですが、周囲で支える家族親族への意思決定支援の難しさです。本人が旅立った後に、悔いが残らない事はありません。悔いの残らない支援はないと思っています。意思是、置かれた状況等によって、常に変わるものと思います。その揺れ動く想いに寄り添いながら、最善の努力を尽くす事が、支援者の役目と感じます。
8	「今の苦しみは、将来出逢うであろう誰かのために」心に沁みるお言葉でした。現在入院中ですけど(2.3年繰返し)、患者さんとの出逢いで御縁を多くいただき、入院生活がありがたいと思うようになりました。いつか看取りの世界に歩んでいきたいという夢を持つことが出来ました。そして、この講演に参加するという御縁に恵まれたことに感謝します。(2.3年前に小澤さんの著書を拝見し、是非とも)反復「～ね」を実生活に取り入れ、心に寄り添う存在だと相手に思ってもらえるように精進していきます。最期を後悔せず、笑って見送れる空間を誰もが持てる社会になる事を願っています。
9	オンライン研修についてはとてもありがたいです。 ●小澤先生のお話は心に響き自分自身を見つめ直すよい機会になりました。 途中、先日利用者宅で介護者の妻と面談した時の場面が浮かび、あの時自分の対話が良かったのかどうか振り返りができました。また反復についても活用していきたいです。 ●蔵谷先生はいつもパワフルで前向きで凄い方と尊敬しています。 今回の講演あとの感想をお聞きして先生もいろいろ悩みながらがんばっておられるんだと思いました。これからもよろしくお聞かせください。また二日間の小澤先生の研修もぜひ企画していただきたいです。
10	一般市民向け、よりは介護・医療職向けの内容だったと感じました。医療、ケア従事者以外、一般の方々にももっと広く知ってほしい。ACPって何？と思っている人は、もっとたくさんいます。広く知ってもらうことが、よりよい最期を迎えられるチャンスがもっと広い人たちにめぐってくる気がします。とても面白い講演会でした。いろいろ考える事ができました。

香川県版ACPの手引書について

【概要】

実際の医療現場等でACP作成の支援が図られる環境づくりに取り組むため、香川県版ACPの手引き書を作成する。

※人生の最終段階における医療・ケア普及啓発ワーキンググループで内容を検討

【県民向け公開講座の開催を通じた意見】

- ・医療やケア従事者以外にも、一般の方々に広く知ってもらうことで、より良い最期を迎えられるチャンスがもっと広がるのではないかと。
- ・本人の支援はもちろんですが、周囲で支える家族等への意思決定支援が難しい。置かれた状況等により意思は常に変わるもの。揺れ動く思いに寄り添いながら、最善の努力を尽くすことが、支援者の役割である。
- ・看取りの現場で従事する専門職員にとっても、本人の支援はもちろん、周囲で支える家族親族への意思決定支援が難しいと感じている。等

【誰にでも突然、起こりうるケース】

心肺蘇生を希望しないという傷病者やその家族の意思と、救命するという救急活動の原則の狭間で救急隊が苦慮する状況が発生している。本県では、平成31年1月～令和元年12月に救急要請のあった事例のうち、心肺蘇生を望まなかった事案が63件発生。全国的にも同様の報告がなされている。こうした状況を踏まえ、県では令和2年9月にMC協議会（事務局：危機管理課）の中にDNARワーキングを立ち上げ、DNARのプロトコル化を含めた救急隊の現場判断の仕組みについて検討を開始したところである。

⇒ 誰にでも突然起こりうる心肺停止時にどうするか（救急要請を行うかどうか、救急の現場における心肺蘇生を希望するかどうか）を事前に考えることは、幅広い年齢層の方に、人生の終末期に関する理解を深めてもらうためには、効果的である。

【香川県版ACPについて】

ACPに関する考えるきっかけを、誰にでも突然起こりうる心肺停止時にどうするかという切り口から理解してもらい、考えてもらうものとしてパンフレット化し、それを活用するための手引書を、病院や介護施設など対象別に作成してはどうか。

（ACPの結果としての意思表示（書面）として、救急隊が確認しやすい指示書にもなる様式を含む。）

【資料】

《手引書素案》もしも「ぴんぴんころり」を望むなら

【参考資料】

- 指示書等事例（半田市地域包括ケアシステム推進協議会、乙訓郡医師会、宇治久世医師会、千葉県医師会）
- 人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での対応

もしも

「ぴんぴんころり」

を望むなら

あなたの大切な人
にお別れや感謝を
伝えましたか





あなたが
一番愛する人



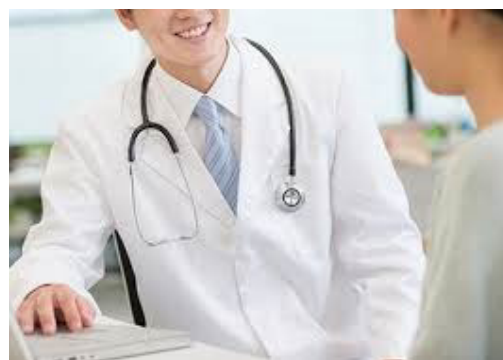
あなたが
一番信頼する人



あなたの家族、友人、
親しい人



あなたのかかりつけ医

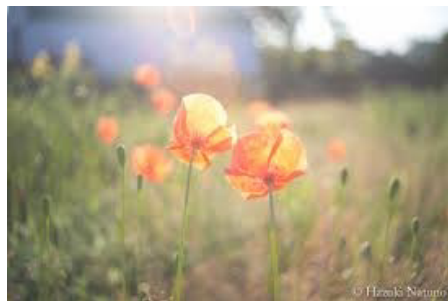


あなたの尊厳

あなたはあなた自身に価値を感じていますか



あなたの思いを
みんなで話し合って
おきましょう



こんなことを話し合ってみませんか

あなたの今の心身の状態

あなたの生きる幸せ

あなたの思い

あなたの生活環境など



好きなもの

趣味



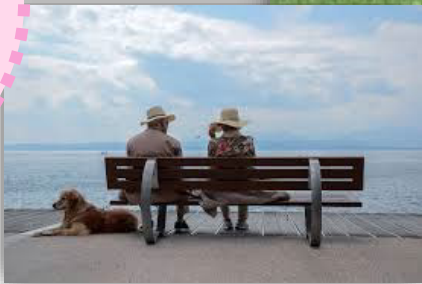
信じるもの



財産



やりたいこと



大切なもの

いつか

あなたの意識がなくなり

息が止まりそうになった時

誰かが救急車を呼ぶかもしれません

必ず救急隊は救命しようと
がんばります



痛いことをされるのは嫌…

眠るように逝きたい…



あなたのかかりつけ医に最期を看取っ
てくれるよう話し合いましょう

あなたのかかりつけ医

医療機関名 _____

医師名 _____

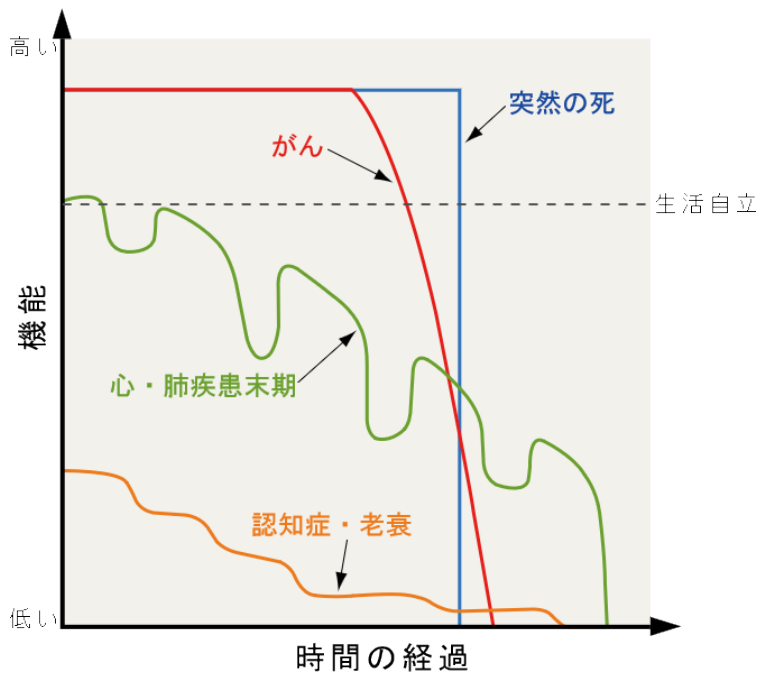
連絡先 _____

病名 _____

治療薬 _____

下の図の中に、あなたの現在の病状がどの辺りにあると考えているかを示します。

あなたの現在の病状は深刻なものではなく、未だ下の図の中に示すことができるような状態とは考えていません。



私の意思表示（作成日 年 月 日）

私は、自分に意識がなく呼吸や心臓が止まりそうなとき、
一切の救命処置は希望しません。

本人署名 _____ 男・女

生年月日 _____

家族または代理人署名 _____

続柄（ _____ ）

かかりつけ医 署名 _____

搬送前連絡先

※ 署名欄に記入が済んだ「私の意思表示」は、署名してもらった家族や代理人、か
かりつけ医にコピーを渡し、すぐに判るように保管してください

人生の最期は誰もが必ず迎えること

自分の最期の思いを「事前指示^{*}」で伝えましょう

※事前指示とは：意思表示をする能力のある方が、将来、その能力を失った場合に備えて、終末期医療に関する意思を事前に他者へ伝えておくこと。

人生の中には「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。

あなたが自分らしく最後まで生きるため、事前に自分の終末期医療について考え、ご家族と話し合うことが大切です。

私たちは、自分の考えや価値観によって物事を自分で決めて生活しています。しかし人生の終わりの場面では自分の意思が伝えられず、家族や医療・介護関係者が本人に代わって延命治療など、終末期医療への治療方針を決めざるを得ない場合がしばしばあります。

自分のことを自分で決めることができるうちに、ご家族など親しい方々と相談し、事前指示書を書いておきましょう。この事前指示書は、自分の意思を伝えることができなくなった時に“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。

事前指示の内容には、以下の内容を記しておくとい良いでしょう。

- ①あなたに代わって、あなたの医療やケアに関する判断・決定をして欲しい人
- ②望む医療処置・望まない医療処置
- ③残された人生を『自分らしく過ごす』ために望むこと

ご家族の皆さんと、話し合う機会を持つことは、あなた自身にとってだけでなく、ご家族にも意味のあることです。自分が「死に逝く」状況を想像することは気の重いことかもしれませんが、それは家族同士がより深く理解し合うことにもつながり、お互いの絆を強めることにもなります。



私の事前指示書

① 代理判断者の選択

自分に代わって、自分の医療・ケアに関する判断や決定をする人を記載

※代理判断者は、身体状態や周囲の状況、あるいは医学の進歩を考慮して「その時のあなたにとって最善の利益判断をしてくれる人です。」

「私が自分自身で、医療・ケアに関する判断・決定ができなくなった時、以下の人を代理判断者とします。」

第1判断者

氏名	(続柄)
住所	
電話	(緊急連絡先)

第2判断者

氏名	(続柄)
住所	
電話	(緊急連絡先)

② 終末期に「望む医療処置」と「望まない医療処置」

病気が治る見込みがないにもかかわらず実施される「延命治療」について、「何を希望するか」を記載

※延命治療とは、人工呼吸器・心肺蘇生術（心臓マッサージや人工呼吸）・人工的水分栄養補給（点滴、経管栄養、胃ろうなど）・人工透析・大手術など、延命に関わるもの全てを指します。助かる見込みのある救命治療は含まれません。

※「延命治療をしない」ということは、すべての医療処置やケアをやめることではありません。「快適な日常ケア」や「苦痛を取り除くための治療」は必要です。

「私の病気が治る見込みがなく延命治療が単に死期を延長させるだけの手段であると医師が判断した場合、私は以下について希望します」



(いずれかを選んでください)

- 私は延命治療を受けたい。
- 私は延命治療を受けたくない。
- その他の希望すること

.....

.....

.....

③ 残された人生を『自分らしく過ごす』ために望むこと

残された人生を自分らしく充実したものとするために、家族や医療介護をする人に尊厳をもって行ってほしいことを記載



(希望するものすべてを選んでください)

- 私は「苦痛」のある状態を望みません。苦痛を和らげるための十分な処置や投薬をしてください。
- 可能であれば、自宅で療養し、自宅で死ぬことを望みます。
- 私に苦痛と不快をもたらさない限り、日常ケア（ひげ剃り・爪切り・髪をとかす・歯磨きなど）をしてください。
- 私の知人・友人などに私が病気であることを伝え、私の元に訪れるよう頼んでください。
- 可能な時は、好きな物を食べさせてください。
- 可能な時は、誰かが側にいてください。
- 可能な時は、声をかけたり、手を握ったりしてください。
- その他希望すること

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

作成日 令和 年 月 日

署名 _____ (印)

★事前指示書作成にあたっての留意点

- * 事前指示書を記載することだけが目的ではなく、ご家族など大切な方々と自分の最期の時について十分話しあうことが大切です。かかりつけ医師にも相談しましょう。
- * 事前指示書は現時点で、書けることだけを書いてください。あなたの考えや気持ちを、ご家族をはじめとする親しい人々に伝えることができるように記載してください。
- * 人の気持ちは揺れ動き、また周囲の状況や病状によって変化します。気持ちが変わった場合には、事前指示書を書き直してください。また、定期的に見直すことも大切です。
- * 署名した事前指示書は、誰かが見つけることができる場所に保管してください。また、かかりつけ医師や入院が必要となった際への治療に対する事前指示として提示すると良いでしょう。

○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。

○本人の意思・事前指示が不明な場合⇒原則として標準的医療(生命の利益となる延命治療)を実施します。

○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。

作成 半田市地域包括ケアシステム推進協議会

【お問い合わせ】半田市保健センター
電 話 : 0569-84-0646
F A X : 0569-24-3308
E-mail : hoken-c@city.handa.lg.jp

【2015 改訂】

私の医療に対する希望（人生の最終段階において）

- 皆さんは人生の最終段階において、どのような医療を希望されますか？
- 「希望」を記しておく、病気の影響などによりご自身が判断できなくなったり思っていることを伝えられなくなった時、主治医やご家族が治療方針を決める参考になります。
- この用紙に法的な意味合いや拘束力はありません。何度でも修正・撤回可能です。
- ぜひとも、元気なうちに「人生の最終段階」について考えてみませんか。
※ できれば、ご家族など身近な人たちと話し合ってみてください。
(いずれの質問も複数回答可能です)

★自分で判断ができなくなったとき、誰に相談してほしいですか

お名前・ご関係 ① () ②
()

★どのような場所で人生の最終段階を迎えたいですか

自宅 病院 施設 その他 () わからない

☆痛みや苦痛に対して、鎮痛剤(麻薬など)を使って抑えてほしいですか

使ってほしい 使ってほしくない わからない

☆急変時(急に状態が悪くなった時)にどうしたいですか

救急車を呼んでほしい 主治医に連絡してほしい わからない

☆心臓マッサージなどの心肺蘇生をしてほしいですか

してほしい してほしくない わからない

☆延命のための人工呼吸器装着を希望しますか

してほしい してほしくない わからない

☆食べられなくなったときに、どうしてほしいですか

点滴をしてほしい 胃ろうや鼻チューブでの栄養をしてほしい
 自然なままで何もしてほしくない わからない

☆その他の希望（何でも自由に記載してください）

【例：自宅でかかりつけ医と訪問看護師に最後までみてもらいたい】

氏 名 _____ (代筆) _____ (続柄) _____ 年齢 _____ 歳

記載年月日 _____年____月____日

同席者 _____

希望調査票各項目の説明

① 痛みや苦痛について

- ・麻薬などの痛みどめを使用することで痛みはやわらぎます。便秘や吐き気などの副作用が見られることがあります。

② 急変時の救急搬送について

- ・急変時に救急搬送を要請した場合、基本的には心肺蘇生処置(心臓マッサージや人工呼吸等)が救急隊によって行われます。救急要請を行わず自然な最期を迎えることを希望される場合は、自宅で看取ってくれるかかりつけ医が必要になります。

③ 心臓マッサージなどの心肺蘇生処置について

- ・心肺蘇生処置とは、死が迫った状態で心臓マッサージ、気管内挿管(酸素を投与するために、口から肺の手前まで管を入れること)、人工呼吸器の装着、昇圧剤(血圧を上げるお薬)の投与などを行うことです。
- ・心臓マッサージや昇圧剤の投与により心臓が再び動き出すことがあります。
- ・気管内挿管を行った後、医療スタッフが手動でバッグから酸素を送り込みます。その後自身の呼吸(自発呼吸)が戻らなければ、人工呼吸器につなぐことになります。

④ 延命のための人工呼吸器装着とは

- ・病状によって、人工呼吸器を装着してから亡くなるまでの期間は異なります(数時間～年単位)。
- ・現在の法律では、いったん人工呼吸器を装着すると、病状が好転し自発呼吸ができるようになるか亡くなられるまで機械を外すことができません。

⑤ 鼻チューブや胃ろうによる栄養補給とは

- ・鼻チューブとは、栄養剤を送るため鼻から胃まで通す細い管です。胃ろうと同じく、定期的な交換が必要ですが、胃ろうよりも簡単な処置です。胃ろうと比較すると患者さん自身が自分で管を抜く危険性が高いという欠点があります。
- ・胃ろうとは、内視鏡(胃カメラ)を使いながらおなかの表面に小さな穴をあけ、そこに栄養補給のための管をつなぐ器具を設置したものです。使用しないときは管を外してふたをします。定期的な交換が必要になります。

⑥ 点滴による水分補給について

- ・点滴で補給できるカロリーには限界がありますが、比較的太い血管に点滴の管を埋め込んでカロリーの高い点滴(IVH)を投与するという方法もあります。点滴の管からの感染の危険性がありますが、病状が安定していれば点滴だけでもある程度は生命維持が可能です。

《参考：宇治・久世医師会作成》
誰もがいつか迎える「その時」のために



わたしの思い

(事前指示書)



～最期まで私らしくあるために～

ふりがな

氏名：

住所：

生年月日：

※ このシートの使い方は、「記入の手引き」をご参照ください。

宇治久世医師会

【かかりつけ病院・診療所】	(主治医)
①	
☎	
②	
☎	

【かかりつけ薬局】	(担当薬剤師)
☎	

【居宅介護支援事業所】	(担当ケアマネジャー)
☎	

【その他事業所】	(担当)
①	
☎	
②	
☎	

誰もがいつか迎える

『その時』のために・・・

あらかじめ意思を示しておくことで、自分が望む生き方を、家族や周囲の人に知ってもらうことができます。また、自分の意思に反した、不必要な治療を受けなくてもよくなります。最期の瞬間まで「私らしく」あるために、ご自身の思いを記しておきましょう。

- このシートには、法的拘束力はありません。いつでも何度でも書き直すことができます。
- ご自身のお考えが変わった場合は、
 - ① 修正し、日付や理由も合わせて記入する
 - ② 新しい用紙に記入するいずれかの方法で残しておきましょう。
- このシートのことを、あなたの身近な人、大切な人に伝えておきましょう。
- かかりつけ医やかかりつけ病院、ケアマネジャーや看護師にも見せておくとういでしょう。



今後受ける医療やケアについて、ご自身の代わりに意思決定してくれる人がいる場合、ご記入ください。

医療代理人	氏名		続柄	
	連絡先	☎		

その他希望やお考えをご自由にお書きください。

【わたしの想い】シート

もし、あなたが病気の進行や認知症・老衰等により、余命が半年以内と告げられ「治療をしても回復が見込めない状態」になった時、どのような治療を望まれますか？

※ ご自身で記入できない場合は、ご家族や支援者が代筆されてもかまいません。

※ ご自身のお考えに近いものに1つだけ をつけてください。

延命処置について

- 人工呼吸器、胸骨圧迫（心臓マッサージ）、手術など、生命を維持するために最大限の治療をしてほしい。
- 人工呼吸器や手術までは希望しないが、緊急内視鏡、緊急カテーテル治療などはしてほしい。
- 負担になる処置はせず、一時的な点滴や、飲み薬までの治療にとどめたい。
- 特別な処置はせず、自然に最期を迎えたい。

最期の時を過ごしたい場所

- 自宅 ● 施設
- 病院
- ホスピス・緩和ケア病棟
- その他 ()

➔ 上記の場所で過ごすためにどうすればよいか誰かと相談されていますか？

はい (誰と?)

いいえ

【その他の情報】

- 要介護認定（ある場合、ご記入ください）

認定日 (年 月 日)

要支援 (1・2)

要介護 (1・2・3・4・5)

- 身体障害者手帳 あり なし

ご自分の口から食事がとれなくなったとき

- 胃ろうを作ったり、食道や血管に栄養を入れるチューブを入れたりして、継続的な栄養補給をしてほしい。
- 上記までは希望しないが、点滴などで水分補給はしてほしい。
- 特別な処置はせず、自然にまかせたい。

容態が急変したとき

- 医療チーム（かかりつけ医・訪問看護師等）に連絡してほしい。
(救急車は呼ばないでほしい)
- 救急車を呼んでほしい
- その他 ()

ご本人・医療代理人署名

【ご本人署名】

【署名日】 年 月 日

※ 代筆された場合は、例のように付記してください。

例) ご本人が麻痺のため自筆できないので、
〇〇 (●●事業所ケアマネ) が代筆した。

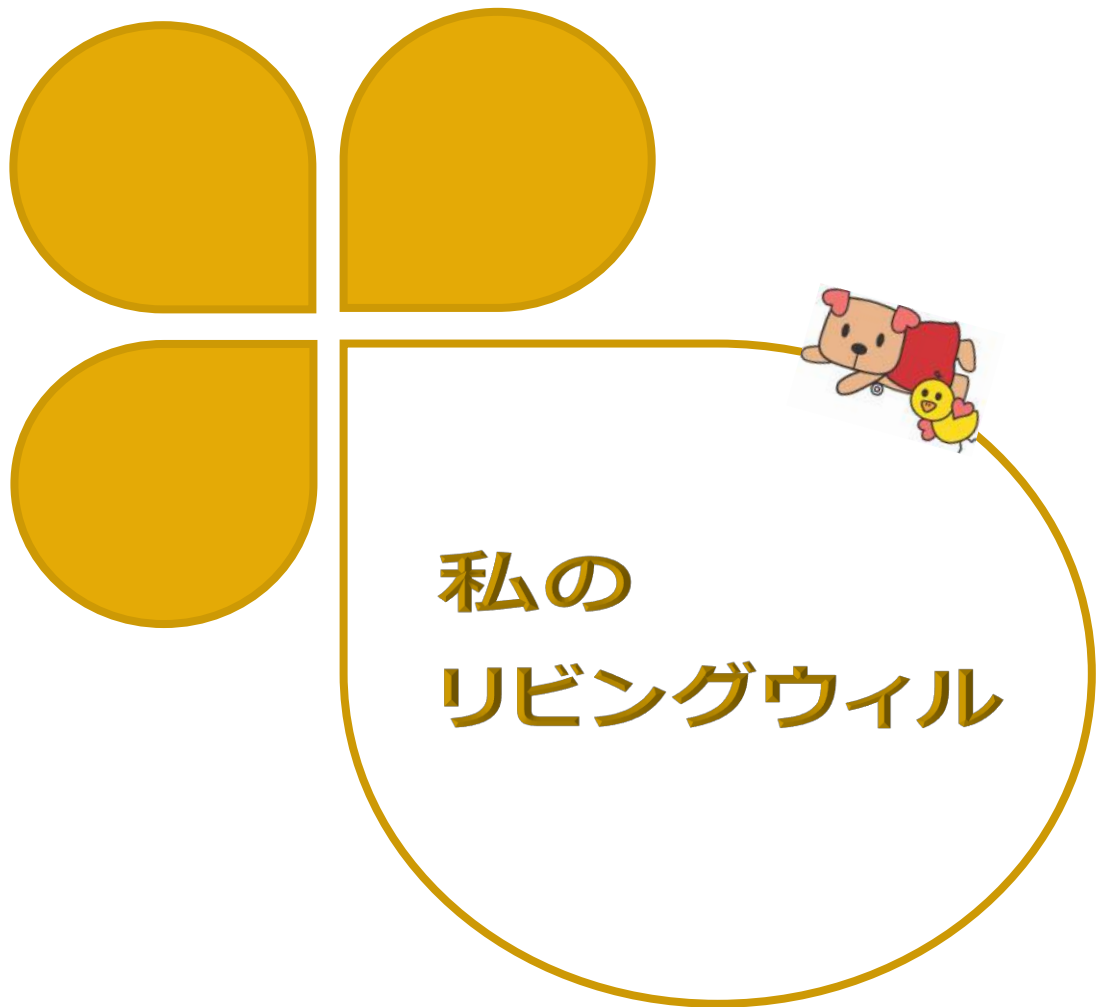
【医療代理人署名】

【署名日】 年 月 日

※ このシートは、宇治久世医師会の医療・福祉・介護の総合情報サイト『宇治市・城陽市・久御山町ココカラまるごとねっと』(<http://ujk-kokokara.net>) からダウンロードできます。

書き方についてのQ&Aも掲載しています。
(上記サイトへは「ここからまるごと」で検索、もしくは、右のQRコードからアクセスしてください。)





私の
リビングウィル

「私のリビングウィル」について

人は、それぞれ自分らしく生き、自分らしい最期を迎えたいという考え（死生観）を持って生きています。死生観については、元気なうちからオープンな議論をしておくことが重要であり、いざというときの延命処置に関する希望など、ご自身が受けたい人生の最終段階における医療等についても身近な人やかかりつけ医と充分話し合い、ご自分の意思を整理して家族や代理人、医療者等に明確に示しておくことが重要です。リビングウィルとは、判断能力を有する成人が病気や事故で判断能力を失う等により、自分自身が「受けたい」あるいは「受けたくない」延命のための医療（治療や処置等）等について意思表示ができなくなった場合に備え、あらかじめ書面で自分の意思を示しておくものです。

この「私のリビングウィル」は、事前の意思表示のための様式として平成 23 年度から多方面からのご意見をいただきながら毎年改訂し、普及、啓発に努めているものです。

もしものときのために、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。国は、ACPの愛称を平成 30 年 11 月 30 日に「人生会議」に決定し、「いい看取り・看取られ」の語呂から 11 月 30 日を人生の最終段階における医療・ケアについて考える「人生会議の日」と定め、ACPの考え方が広く認知されることを目指しています。

この「私のリビングウィル」は、このACPの取組の前段階として、お元気な時から、自分らしい生き方を考え、自分らしい最期の迎え方について考えるきっかけを作り、尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生き抜くための一助とし、あわせて認知症や人生の最終段階を迎えた人を受けとめられる地域づくり・町づくりに貢献することを目的としています。

「私のリビングウィル（P 4・P 5）」に署名される方々へのお願い
ご本人へ

ご本人の直近の意思を記入したうえで、ご署名ください。記入した意思が直近の意思であることを示すため、必ず年月日も合わせて記入してください。

記入した「私のリビングウィル」は、家族や代理人、かかりつけ医等の医療職の者に提示し、必要な署名等をもたらしたうえで、これらの人達がすぐに判るように保管してください。

ご家族や代理人の方へ

日ごろから、ご本人と話し合いを重ね、ご本人のご意思を十分に理解し納得された上でご署名ください。

医療職の方へ

- ご本人の意思決定能力について判断をしたうえで、署名してください。
- ご家族がいらっしゃる場合は、ご家族の意思についても確認してください。
- 署名後に、「私のリビングウィル」のコピーを保存あるいは内容を診療録に記載してください。

「私のリビングウィル（P 6～10）」について

尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生き抜くためには、自分らしさについて、周囲の人にわかりやすく伝えておくことが大切です。自分が一番幸せだった頃のことや、大切にしている心のよりどころ、そして死後の希望を示していただくことができるなら、医療や介護の現場で、その人を支える大きな助けになります。医療や介護の現場で、人生の最終段階を迎える人をより良く支えることを目的として、「私のリビングウィル（P 6～10）」および「あなたの自分史ノート」の作成を提案しています。「私のリビングウィル」と「あなたの自分史ノート」は、千葉県医師会ホームページに掲載されておりますのでご参考ください

(<https://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html>)。

「私のリビングウィル」の記入の際しての説明書

「私のリビングウィル」は自分らしい最期を迎えるために、前もってご自身が希望する人生の最終段階における医療やケア等についての意思を明示しておくためのツールです。「私のリビングウィル」には強制力はありませんが、ここで表明したご本人の意思は最優先に尊重されることから、記入した「私のリビングウィル」は、家族、親類、親しい人、かかりつけ医等と共有しておくことが重要です。

「私のリビングウィル」に記入している内容は、いつでも自由に書き直すことができます。P5に更新のための時系列様式があります。ご記入に当たっては、以下の説明をご参照ください。

【各項目の記入に当たっての説明】

1-（1）から（5）の各項目については、希望する、希望しないなどについて該当するものを○で囲んでください。記入後は、本人、家族（家族がいない場合には親戚などの代理人（法的な代理人には限りません））の署名と押印をしてください。医療者署名欄については、かかりつけ医師や訪問看護師等にご相談ください（医療者の署名がなくとも問題はありません）。

1-（1） 全ての医療処置とは、（2）～（4）を含めた延命のために行う全ての医療処置を指します。

1-（2） 高カロリー輸液による栄養補給は、高カロリーな点滴薬を点滴により血管内に供給します。また、胃ろうによる栄養補給とは、内視鏡を使ってお腹に小さな穴を開ける手術を行い、この穴を通して直接胃に栄養剤を補給するものです。この他に鼻チューブにより直接胃に栄養剤を補給する方法もあります。

1-（3） 人工呼吸器を装着した場合には、死亡するまでの間、原則として人工呼吸器を外すことはできません。死亡するまでの期間は、それぞれの方の状態により異なります。

1-（4） 心肺蘇生とは、死が迫った時に行われる延命処置であり、心臓マッサージ、気管挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいいます。これらの行為により、一時的に呼吸や心拍が戻ることがあります。

1-（5） 「痛みや苦しみの程度に応じた鎮痛剤や鎮静剤の使用」を希望した場合、痛みや苦しみが強い時には強い鎮痛剤や鎮静剤を使用することになり、意識の低下等が起こります。意識の低下等を避けたい場合には、「希望する」に○を付け、さらに、1-（6）で「意識が低下するような強い鎮痛剤等の使用はしないでほしい」旨を記載します。

1-（6） 「その他」については、受けたい医療についてご自由にご記入ください。

（例）延命処置は希望しないが、自分で呼吸ができ心臓が動いている間は、末梢静脈及び皮下からの点滴による水分補給と苦痛の軽減を希望する。この際、意識が低下するような強い鎮痛剤等の使用はしないでほしい。

2と3については、全ての項目に記入する必要はありません。家族等に伝えたい項目についてご記入ください。

2-（4） 代理人1は、P4・P5の家族または代理人として署名した人とし、その人が対応できないときに頼む人を代理人2に記入してください。代理人2も対応できないときに頼む人が代理人3です。

2-（5） 該当する「□」に「レ」を記入してください。成年後見制度を利用する場合には、申請等の手続きについて地域の家庭裁判所、千葉県や市町村の担当窓口や社会福祉協議会等にご相談ください。

4は、医療・介護サービス関連のかかりつけ情報です。なじみの理容室・美容室などもご記入ください。

私のリビングウィル

1 私は、病気や事故によって自分で意思の決定や表明ができなくなり、判断能力等の回復が見込めない状態になった時に備え、次の6項目についてあらかじめ私の意思を表示します。

(1) 延命を目的とした医療処置

〈 全ての処置を希望する ・ 全ての処置を希望しない ・ 一部の処置を希望する 〉

※ 「一部の処置を希望する」を選択した場合には(2)以下の全ての項目、それ以外を選択した場合には(5)以下の項目について記載

(2) 自分の口から栄養を摂れなくなった時の医療の提供【高カロリー輸液や胃ろう等による継続的な栄養補給】

〈 希望する ・ 希望しない 〉

(3) 自力で呼吸ができなくなった時の医療の提供【人工呼吸器を装着する等の継続的な呼吸補助】

〈 希望する ・ 希望しない 〉

(4) 自力で心臓が動かなくなった時の長時間にわたる医療の提供【心臓マッサージ等の心肺蘇生やAEDの繰返し使用等】

〈 希望する ・ 希望しない 〉

(5) 痛みや苦しみの程度に応じた鎮痛剤や鎮静剤の使用による苦痛の軽減

〈 希望する ・ 希望しない 〉

※ 痛み等が強い場合には、強い鎮痛剤（麻薬系の鎮痛剤）や鎮静剤を使用することで意識の低下や呼吸が抑えられることがあることから、強い鎮痛剤等の使用を希望しない場合には、記入に際しての説明書（P3）を参照し、(6)にその旨を記入。

(6) その他（点滴による水分補給や強い鎮痛剤等の使用その他医療に関する希望）

[]

年 月 日

「私のリビングウィル」の説明書(P3)を読み、理解したうえで署名します。

本人署名 _____ ⑩ 男・女 生年月日 _____

家族または代理人署名 _____ ⑩ 続柄 (_____)

医療者署名 _____ ⑩ 職種 (_____)

※ 各項目および署名欄に記入が済んだ「私のリビングウィル」は、署名してもらった家族や代理人、医療者等にコピーを渡すか、すぐに判るように保管してください



私のリビングウィル

1 私は、病気や事故によって自分で意思の決定や表明ができなくなり、判断能力等の回復が見込めない状態になった時に備え、次の6項目についてあらかじめ私の意思を表示します。

氏名

男・女 生年月日

※ 痛み等が強い場合には、強い鎮痛剤（麻薬系の鎮痛剤）や鎮静剤を使用することで意識の低下や呼吸が抑えられることがあることから、強い鎮痛剤等の使用を希望しない場合には、記入に際しての説明書（P3）を参照し、（6）にその旨を記入。

「私のリビングウィル」の説明書（P3）を読み、理解したうえで署名します。

項目	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
(1) 延命を目的とした医療処置 ※「一部の処置を希望する」を選択した場合には(2)以下の全ての項目、それ以外を選択した場合には(5)以下の項目について記載	全ての処置を希望する	全ての処置を希望する	全ての処置を希望する	全ての処置を希望する	全ての処置を希望する
	全ての処置を希望しない	全ての処置を希望しない	全ての処置を希望しない	全ての処置を希望しない	全ての処置を希望しない
	一部の処置を希望する	一部の処置を希望する	一部の処置を希望する	一部の処置を希望する	一部の処置を希望する
(2) 自分の口から栄養を摂れなくなった時の医療の提供【高カロリー輸液や胃ろう等による継続的な栄養補給】	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する
	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない
(3) 自力で呼吸ができなくなった時の医療の提供【人工呼吸器を装着する等の継続的な呼吸補助】	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する
	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない
(4) 自力で心臓が動かなくなった時の長時間にわたる医療の提供【心臓マッサージ等の心肺蘇生やAEDの繰り返し使用等】	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する
	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない
(5) 痛みや苦しさの程度に応じた鎮痛剤や鎮静剤の使用による苦痛の軽減	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する
	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない
6) その他(点滴による水分補給や強い鎮痛剤等の使用その他医療に関する希望)					
本人署名	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ
家族又は代理人署名	続柄()	続柄()	続柄()	続柄()	続柄()
医療者署名	Ⓜ 続柄()	Ⓜ 続柄()	Ⓜ 続柄()	Ⓜ 続柄()	Ⓜ 続柄()

※ 各項目および署名欄に記入が済んだ「私のリビングウィル」は、署名してもらった家族や代理人、医療者等にコピーを渡すか、すぐに判るように保管してください。



2 私の希望で、家族等に伝えておきたい事を記載します

(1) 終末期の療養場所に関する希望です。()内は入院・入所先の希望です。

- ① なるべく医療機関()に入院したい。
- ② なるべく早く緩和ケア病棟()に入院したい。
- ③ 自宅でぎりぎりまで療養して最期は医療機関()に入院したい。
- ④ 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟()に入院したい。
- ⑤ 自宅で最期まで療養したい。
- ⑥ 介護施設()で療養したい。
- ⑦ その他()

(2) 人生の最期の迎え方について

{ _____ }

(3) 最期をそばで看取ってほしい人

{ _____ }

(4) 私の治療やケアの方針について、自分で意思の決定や表明ができなくなった場合は、かかりつけ医等の医療や介護の専門家と私の家族や信頼する人たちがチームを作って話し合ってください。誰かが決めなくてはならない場合については、以下の代理人の意見を尊重してください。

	氏名	続柄	連絡先(電話番号)
代理人1	_____	_____	_____
代理人2	_____	_____	_____
代理人3	_____	_____	_____

(5) 私の日常生活を送る上で必要な身の回りのことや財産管理ができなくなった場合は、

(氏名 _____ 続柄: _____)
さんに、伝えてあります

成年後見制度に従って下さい。

(6) お気に入りの食事(好きなもの・嫌いなもの・食事の習慣等)や酒等の嗜好品
{ _____ }

(7) 日課など習慣になっている事(散歩、毎日見るテレビ番組等)

{ _____ }

(8) 好きなもの(動物、花等)、好きな事(読書、音楽、踊り等)、身に付けていたもの

{ _____ }

(9) 夢やしたい事

{ _____ }

(10) 大切な思い出、忘れられない思い出、幸せだった事や時期

{ _____ }

(11) 信仰する宗教、大切にしたいこと、伝えたい自分の考え・思い・主張

{ _____ }

(12) してほしくないこと

{ _____ }

(13) 不安なこと

{ _____ }

(14) 他に伝えておきたいこと

{ _____ }

(15) 最期までに会っておきたい人

氏名 _____ 連絡先 _____

氏名 _____ 連絡先 _____

氏名 _____ 連絡先 _____

3 私の死後の希望で、家族等に伝えておきたい事を記載します

(1) お葬式への希望 有り 無し

①葬儀会社の互助会等に入会済みです

会社名 _____ 連絡先（電話番号） _____

②会員ではありませんが、この葬儀会社をお願いしてください。

会社名 _____ 連絡先（電話番号） _____

③宗教及び宗派に則ったお葬式をお願いします。

宗教及び宗派名 _____ 連絡先（電話番号） _____

④葬儀の時に飾ってほしい写真について

用意済み

用意していない

⑤お通夜の衣装や身に着けてほしいもの・納棺してほしいもの・使ってほしい音楽や花等

{ _____ }

(2) お墓の希望

{ _____ }

(3) 残していくものについて（ペット・空き家・土地等）

{ _____ }

(4) 臓器提供意思表示について（臓器移植の意思の表明は、臓器移植ネットワークが示している「意思表示の方法」に従い、インターネットによる意思登録、健康保険証等の意思表示欄への記入あるいは意思表示カード（区市町村の窓口

に置かれている)への記入が必要です。)

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

(1.又は2.を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、その臓器に×をつけてください。)

心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球

- (5) 遺体を献体する事について(献体とは、亡くなってから大学病院に運ばれ、医学生が人体の構造を理解するために行われる人体解剖学実習に使われます。大学への搬送費用と火葬費用は献体する大学が負担します。)

献体します(大学医学部への献体登録の申込が必要です)。 献体しません。

4 かかりつけ医療機関等

(1) かかりつけ医

医療機関名① _____ 医師名 _____ 連絡先 _____

病名 _____

治療薬 _____

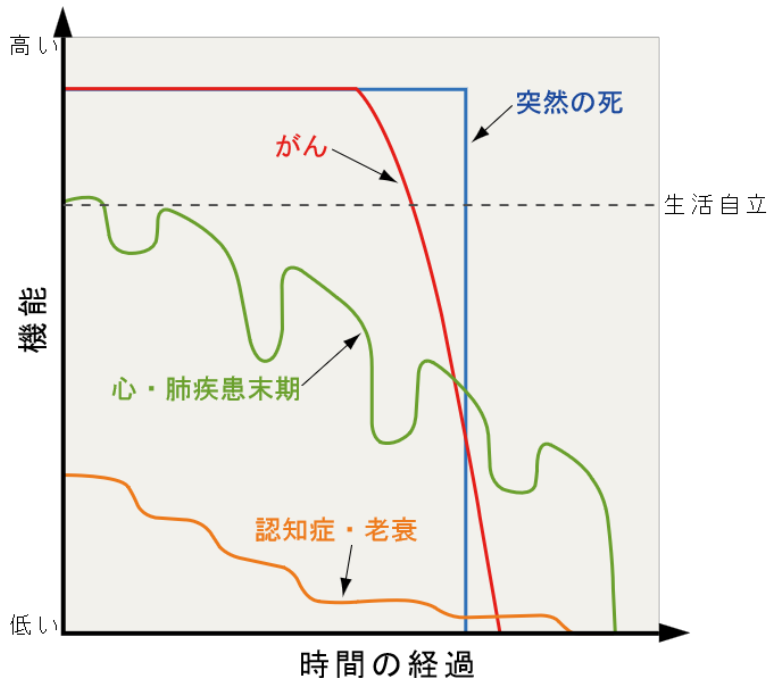
医療機関名② _____ 医師名 _____ 連絡先 _____

病名 _____

治療薬 _____

下の図の中に、私の現在の病状がどの辺りにあると考えているかを示します。

私の現在の病状は深刻なものではなく、未だ下の図の中に示すことができるような状態とは考えていません。



Lunney JR, Lynn J, Hogan C: J Am Geriatr Soc. 2002;50:1108-1112 より

(2) かかりつけ歯科医

医療機関名 _____ 医師名 _____ 連絡先 _____

(3) かかりつけ薬剤師

薬局名 _____ 薬剤師名 _____ 連絡先 _____

(4) かかりつけ訪問看護師

事業所名 _____ 看護師名 _____ 連絡先 _____

(5) 担当ケアマネジャー

事業所名 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____

(6) その他

事業所名 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____

事業所名 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____

事業所名 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____

5 相談したいことや話し合った内容について、年月日とともに記入します。

※ 各項目に記入が済んだ「私のリビングウィル」は、代理人、医療者等にコピーを渡すか、すぐに判るように保管してください。



この「私のリビングウィル」は、いつでも自由に書き直すことができます。
この「私のリビングウィル」は、強制力はありませんが、意思は尊重されます。

私のリビングウィル	2011 年 10 月 初版発行 2019 年 4 月 発行 第 9 版
著者・編集 海村孝子	医療法人芳仁会海村医院本院 院長 千葉県医師会 理事
発行者 公益社団法人千葉県医師会	