

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の手びき (大村市医師会版)

“あなた”や“あなたの大切な人”の**もしもの時**に備えて、
みなさんで話し合ってみませんか？

どんなに医療が進歩しても、私たちの“いのち”はいつかは終わりを迎えます。日本では急速に高齢化が進み、大村市においては2040年までに年間の死亡者数は現在の2倍を超えることが推定されています。

そんな超高齢社会、多死社会を迎えるにあたり、最期まで尊厳ある生き方を実現するため、自分の最期は自分で決めたいという人が増えてきていますが、あなたはどうかお考えですか？

アドバンス・ケア・プランニングとは？

人生の最終段階（終末期）を迎えたときの医療の選択について事前に意思表示しておく文書に“リビングウィル（LW）”がありますが、周囲との十分な話し合いがなされず作成された場合は本人の事前指示が尊重されないことも多く、LW作成には医師や医療従事者から十分な説明を受け、ご家族を含めた話し合いを繰り返し、よりよい選択をすることが望ましいとされています。



“もしも”の時に自身が受けたい医療などを、前もって話し合う自発的なプロセスを「事前医療・ケア計画（アドバンス・ケア・プランニング/ACP）」といいます。周りの人に自分の生き方を理解してもらう話し合い、といえます。話し合いの時期は；

- ①元気で時間的余裕がある時
- ②病気が悪化した時
- ③死期がさしせまった人生の最終段階、この3つがあります。

「エンディングノート」や「終活」などは、①の時期に作られるものです。この3つの時期に話し合いを持つことで、あなたの意思決定が揺れ動くものであっても、支える側があなたの真意を理解し、あなたの意思決定を最期まで重視することが出来るのです。

具体的にどうすればいいの？

終末期の意思決定・・・、自分にはまだ関係ない、できれば先延ばしにしたい、とお考えの人も多いと思いますが、実際にその時が来たら冷静に考えられない、話し合えないことが多いようです。



“もしもの時”に自分の意思を最大限尊重してほしい方は、その時に自身が受けてみたい医療などを、元気なうちに家族やケアを担当する医師などの自身が信頼できる第三者と“常日頃から”話し合いを持ち、その思いをより具体的に理解してもらった上で書面に残し、さらに内容も定期的に見直しを行い、その思いを託された第三者が内容を共有しいつでも確認できる状況にしておくことです。この冊子もその書面の一つとしてご利用頂ければ幸いです。

事前にどんな状況が想定されるの？

- がんと診断され、すでに末期の状態であったとき
- 脳梗塞、交通事故などで、突然意識不明の状態に陥ったとき
- 認知症が進行し、自身の判断能力が高度に低下したとき、etc.

話し合う内容はどのようなものが考えられるの？

上記の状況になった時；

- 積極的な治療を行ってほしいか？
- 呼吸状態の悪化した時に人工呼吸器は使用するか？
- 痛みや苦しみはできるだけ取ってほしいか？（緩和ケア）
- 心臓が止まりそうな時、心臓マッサージなどを行うか？
- 口から食べれなくなった時に、人工的な栄養投与（胃ろうや経鼻栄養）を行うか？
- 自宅で療養中の急変時に病院に搬送してほしいか？
- 病院で治療中、最期が近づいた時、出来るだけ自宅に帰りたいか？



それでは、実際に記入用紙を見て頂きます

.....

一般社団法人 大村市医師会
在宅医療サポートセンター（まちなか保健室）
長崎県大村市本町 458-2（旧浜屋ビル 2F）
TEL ; 0957-20-7115 / FAX ; 0957-20-7116

“もしも”のわたしの思い・・・

“もしも”のわたしの思い



現時点でのわたしの思い・考えです。（あなたが）意思表示が出来なくなった時に備えて、皆様には下記の内容をご記入頂きますようお願い致します。□にチェックを入れて下さい☑

わたしが人生の最期に大切にしたいこと（複数記入可）
<input type="checkbox"/> 一日でも長生きすること
<input type="checkbox"/> 最期まで自宅ですごすこと
<input type="checkbox"/> 最期は家族と過ごすこと
<input type="checkbox"/> 家族や周りに迷惑をかけないこと
<input type="checkbox"/> 家族や周りの人に思いをしっかり伝えること
<input type="checkbox"/> 自身の病気や予後をなるべく正確に知っていたい
<input type="checkbox"/> その他（ ）
最期の医療処置についての考え（複数記入可）
<input type="checkbox"/> 一日でも長く生きていきたいので、可能な治療は・・・ <input type="checkbox"/> 受けない / <input type="checkbox"/> 必ずしも受けないとは思わない
<input type="checkbox"/> 苦しみや痛みはなるべく避けたい・・・ <input type="checkbox"/> 緩和ケアは積極的に受ける / <input type="checkbox"/> 麻薬などは使いたくない ※ がんの痛みには基本的にはモルヒネ（麻薬）を使用します
<input type="checkbox"/> 呼吸状態が悪化した時の人工呼吸器の使用は・・・ <input type="checkbox"/> 苦しみが軽くなるなら受ける / <input type="checkbox"/> 受けたくない ※ 人工呼吸器を使用する場合は麻酔で眠ってもらうことが多いです
<input type="checkbox"/> 口から食べれなくなった時の人工的な栄養投与（胃ろうや経鼻栄養）や点滴は・・・ 胃ろうや経鼻栄養は・・・ <input type="checkbox"/> 家族が望むなら希望する / <input type="checkbox"/> 希望しない 水分のみの点滴は・・・ <input type="checkbox"/> 状況によっては希望する / <input type="checkbox"/> 希望しない

<input type="checkbox"/> 心臓が止まりそうになった時の心臓マッサージなどの蘇生術は・・・ <input type="checkbox"/> 場合によっては希望する / <input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> 自宅で療養中の急変時に病院への搬送は・・・ <input type="checkbox"/> 場合によっては搬送してほしい / <input type="checkbox"/> 搬送しないでほしい
<input type="checkbox"/> 病院で治療中、最期が近づいた時、自宅に帰りたいか・・・ <input type="checkbox"/> できれば帰りたい / <input type="checkbox"/> 病院のままでよい
<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> わからない
上記の“おもい”をだれと共有したいか？（複数記入可）
<input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 特定の家族 () <input type="checkbox"/> すべての家族
<input type="checkbox"/> 友人・恩師など ()
<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他の職種 ()
わたしが意思表示できなくなった時に、意思決定をだれに託したいか？
<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> わからない
以上が () 年 () 月 () 日 時点での”わたしの思い“です。 ご氏名 _____

※ 健康状態の悪化や自身の思いに変化があった場合は、何度でも話し合い、書き直して下さい。