

『 平安な最期を迎えるためのリビング・ウィル宣言書 』要約バージョン

在宅療養には5つの支援（医療支援、介護支援、生活支援、生きがい支援、こころの支援）があります。これをサポートするには、医療職だけではなく、介護福祉職を含めた多職種と行政を加えた在宅療養サポートチーム（Home care support team：hST）で支えていく必要があります。

これまで、多くの方々は不治の病気や事故で、「高度の意識障害（植物状態）が長期間続くとき」あるいは「死が予想外でなくなってきたとき」にどうして欲しいのかの要望を残しておられませんでした。そのために、意識障害や認知症等で意思表示ができなくなった方が人生の最終段階を迎えた場合には、ご本人にとって何が最良の医療かをご家族や在宅療養サポートチーム（hST）も判断できず、かえってご負担をかけてしまう場合があります。

チーム大津京では人生の最終段階にこそ、最も人間としての尊厳を守りたいと思い

- ・ご本人の意思に沿うように
- ・苦痛を和らげるように
- ・そして、最期まで生命を大切にするように

総合的なケアを提供したいと考えています。

そのためには、皆さまがどのような人生の最終段階の医療を要望されているか（リビング・ウィル）、前もって心身が安定している間に表明していただくことが重要と考え、この『平安な最期を迎えるためのリビング・ウィル宣言書』を作成しました。

この宣言書には法律的な意味はなく強制力也没有せん。

しかし、めざましい医学の発展がみられる今日こそ、それぞれの方が本書とともにご本人の最期を考えてみることは、きっと皆さまの人生を豊かにし、平安に過ごしていただける。平安に逝くこともできるのではないのでしょうか。

「リビング・ウィル（living will）」とは？

リビング・ウィルとは、「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、リビング・ウィルは、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。

人生の最終段階の定義について

「終末期」といわずに「人生の最終段階」と呼ぶことが推奨されています。

ご本人がどうなったら終末期を考えるのか？一般的には治る見込みがない病気やけがの状態です。死が迫っている場合を人生の最終段階と定義します。また日本尊厳死協会では高度の意識障害（植物状態）が長期間（3か月以上）続く場合も人生の最終段階として加えています。

口から食べなくなり、水分補給もないと数日単位の寿命となります。栄養補給なしで水分補給だけなら、数週間単位で生きることができます。経管栄養（経鼻胃管・胃瘻（いろう）など）や高カロリー輸液によって栄養補給と水分補給を行えば、時には年単位で生命が維持できることもあります。

『平安な最期を迎えるためのリビング・ウィル宣言書』のご説明

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に、
どのような治療を望まれますか？

在宅療養サポートチーム（hST）では、「ご本人との協働医療」を実現するため、ご本人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。誰もが必ず迎える人生の最終段階においても、できるだけご本人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、『平安な最期を迎えるためのリビング・ウィル宣言書』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やサポーターティブケア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。

- 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職の価値観で治療が決められがちです。でも「リビング・ウィル」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) あらかじめご本人の人生の最終段階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) ご本人の宣言書を元気なときにご家族、医療・介護福祉職と共有することによって、ご本人の「リビング・ウィル」をより現実的で実効性のあるものにできます。

『平安な最期を迎えるためのリビング・ウィル宣言書』の使い方

- 1) この「リビング・ウィル」は、救命できる可能性がある場合の医療の選択を聞いているものではありません。ご本人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、ご本人の考えに最も近い治療を選んで☑をつけ、そこにご署名ください。
- 3) 次に、ご家族と在宅療養サポートチームのメンバー（医療・介護福祉職）にご本人の考えを話して、ご家族と在宅療養サポートチームのメンバー（2名：医療職1名、介護福祉職1名）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) 在宅療養サポートチームのメンバーは、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、おうみ在宅療養連携シート、おうみあさがおネット（ICT電子カルテ）にも、転記します。
- 6) ご本人の考えが変わった場合は、新たなページに記入し、再度ご家族と在宅療養サポートチームのメンバー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、この宣言書に記載されたご本人の「リビング・ウィル」を尊重した治療を行います。
- 8) どのような場合においても、痛みなどの苦痛の緩和やサポーターティブケアは並行して行います。

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、またはご本人の誕生日等、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。

・署名・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。

・署名される医療・介護福祉職の方へ

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。

署名後におうみ在宅療養連携シート、おうみあさがおネットに宣言書の内容を転記し、在宅療養サポートチーム（hST）で「リビング・ウィル」を共有します。

* どのような人がこの宣言書を記入するか？

成人で、かつ自分の意思を表明できる方ならだれでもこの宣言書を用いて、ご本人の「リビング・ウィル」を表明することが可能です。要介護3程度で、ご本人の意思表示が可能な時期での表明を推奨しています。

* どのように利用するのか？

原本はご自宅で大切に保存していただき、複写したものをケアマネジャーが保存（あさがおネットにUP）。

ご本人が人生の最終段階を迎えた時に、改めて内容を確認させていただきます。

また、ご本人で治療方針を判断できなくなったときには、この宣言書をもとにご家族の同意のうえ、在宅療養サポートチーム（hST）によって慎重に適切な医療行為を判断させていただきます。

* 修正・撤回するときはどうしたらいいのか？

宣言された内容はいつでも修正・撤回できます。在宅療養サポートチーム（hST）のメンバーにお申し出ください。

『 平安な最期を迎えるためのリビング・ウィル宣言書 』（シンプルバージョン）

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に、どのような治療を望まれますか？

人生の最終段階における基本的な要望（希望の項目にチェック☑）

① 人生の最終段階を迎える場所について

自宅 施設 病院 状況に応じて その他（ ）

自宅・施設で身体に異常が生じた場合の入院治療について

早めに受ける 必要な場合に受ける できるだけ控える 受けない

② 苦痛について

必要なら鎮静剤を使ってもできるだけ抑えて欲しい。そのために薬の副作用で死ぬ時期が早まったとしてもかまわない。

自然のままでいたい。

下記の5 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、胃瘻（いろう）や高カロリー輸液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（末梢静脈点滴）などによる水分補給は希望する。
4. 点滴（末梢静脈点滴）などによる水分補給も行わず、自然に最期を迎えたい。
5. 治療の判断を（ ）に委ねる。
6. その他（ ）

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 _____ 年 月 日

介護・福祉者署名 _____ 職種 _____ 年 月 日