

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（P4・P5）」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（P6～10）」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（P6～10）」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、痛みや苦しさ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					
医療者署名					

※ 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 _____

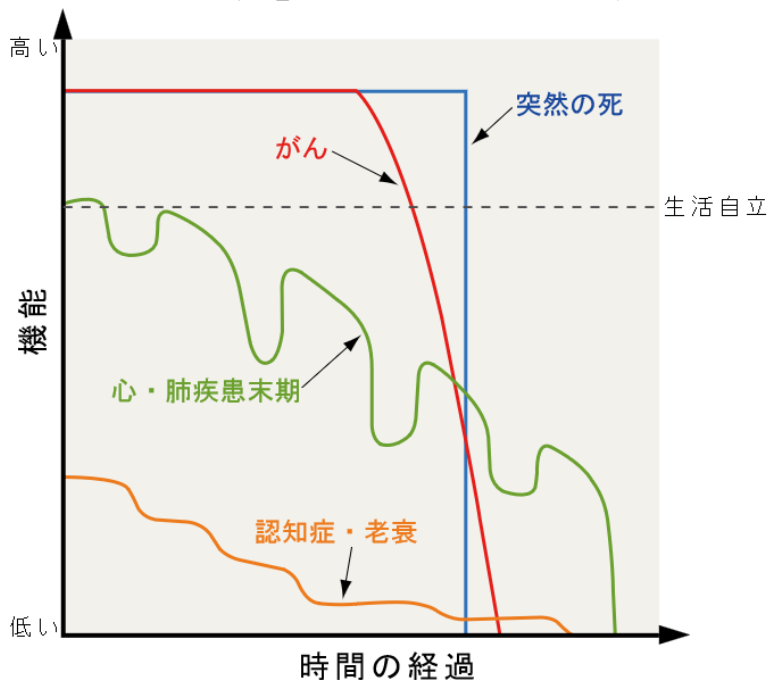
医療機関名② _____ 医師名 _____ 連絡先 _____

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。
