

事前指定書（私の医療についての希望）について

自分らしい終末を迎えることは誰にとっても、とても大切なことです。どこでどのような終末を迎えたいかを自分でしっかりと考え、その意志、希望を書いておく書面を事前指定書といいます。脳卒中や認知症等になって、自分の意志や希望を伝えることが困難になった際でも、どういう終末医療を望んでいたかを文書に記録しておけば、家族や医療関係者に伝えることができます。

終末期といっても、迎える状況は様々で、それを事前に推定することは困難です。また、どのような医療が最も適切であるかは、そのときの病気の状態等に大きく左右されます。事前指定書は、終末期にどのような治療を行うべきか判断する際に、家族と医療提供者が考慮する上で最も重要なものとなります。

事前指定書に書かれた希望が必ずしも、そのまま実現するとは限りませんが、事前指定書に書かれたご自身の意志と希望はできる限り尊重されます。

終末期に際して、以前は望ましいと考えていたことが、そうでないように思えたり、悩んだり、迷ったりすることはしばしばあります。事前指定書はあくまで書いた時点でのあなた(家族)の意志、希望であり、考えや希望が変わったらいつでも、何度でも書きかえることが可能です。

事前指定書には法的な拘束力はありません。あくまでも、あなたの終末期の医療について、法的に決定するものではなく、治療上の重要な参考となるものに過ぎません。とはいえ、その内容は尊重されますので、事前指定書をあらかじめ作っておくことをお勧めします。

語句の説明

事前指定書で用いられる語句には、専門的なものが多くあります。
簡単ですが説明します。かかりつけの先生との相談の参考になれば幸いです。

終末期

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。

心臓マッサージ

心臓が停止したり、心臓の動きが非常に低下した場合、胸部を繰り返し圧迫し、体の血流を保つための処置です。一般に不整脈など急に起こった心臓の不調に対して行なわれる処置であり、徐々に状態が悪化するような終末期では十分な効果は得られないことが多いです。

気管挿管

呼吸が止まった場合や気道（肺への空気の通り道）が閉塞した場合、鼻や口からチューブを挿入し、空気の通り道を確保する処置です。チューブによる違和感が強く、意識のある患者さんでは鎮静剤を使用する必要があります。また、声帯を使えないので、声が出ず、会話や十分な意思の疎通はできません。

人工呼吸

呼吸が停止したり、自力で呼吸することが困難な場合に気管挿管を行い、呼吸を補助する器械（人工呼吸器）を装着します。意識がある状態では苦痛を伴い、ほとんどの場合鎮静剤が必要です。

胃ろうによる栄養補給

自力で食事がとれなくなった場合、お腹を少し切開して直接胃にチューブを挿入して、栄養剤を流し込んでカロリーを補給する方法です。

鼻チューブによる栄養補給

自力で食事がとれなくなった場合、鼻からチューブを胃に挿入して胃に直接栄養剤を流し込んでカロリーを補給する方法です。チューブは定期的な交換が必要です。

点滴による水分・栄養の補給

自力で食事がとれなくなった場合、血管の中に直接水分、栄養を注射剤として入れる方法です。普通の点滴ではあまり栄養をたくさん入れることはできません。十分な栄養補給のためには、大きな静脈(鎖骨や首の周り)などからカテーテルと言われる管を入れることが必要です。血管の中に長期カテーテルを入れておくため、細菌やカビなどが血管から直接体内に侵入しやすくなります。

人工透析

腎臓の働きが悪くなると、体にたまった毒素や水分を尿として排泄できなくなります。人工透析は器械を使って毒素をこしたり、余分な水分を除去する治療です。安定した状態では週に3回、1回数時間をかけて透析を行ないます。長期間行なうためには、血管の手術(シャント造設手術)が必要です。

事前指定書(私の医療についての希望)

記載年月日 年 月 日

1. 基本的な希望(希望の項目をチェックしてください)

- ① 終末期を迎える場所について 病院 自宅 施設 病状に応じて
② その他の基本的な希望(自由にご記載ください)
()

2. 終末期になったときの希望(希望の項目をチェックしてください)

- ① 救急車による急性期病院への搬送 して欲しい して欲しくない
② 心臓マッサージ して欲しい して欲しくない
③ 気管挿管と人工呼吸 して欲しい して欲しくない
④ 胃ろうによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
⑤ 鼻チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
⑥ 点滴による水分・栄養の補給 して欲しい して欲しくない
⑦ 人工透析 して欲しい して欲しくない
⑧ その他の希望(自由にご記載ください)
()

3. ご自身で希望する医療が判断できなくなった時、主治医が相談すべき人はどなたですか。(お書きいただかなくても結構です。)

お名前 () ご関係 ()

4. かかりつけの医師はおられますか いる いない

おられる場合は病院名とお名前を書いて下さい。

病医院名 () 医師名 ()

患者様署名 _____ 生年月日 年 月 日

上記内容が()本人の意思によるものであることを確認
した。

確認者署名 _____ ご関係 ()