

## 植込型補助人工心臓装着後の人生の最終段階に関する事前指示書

実施施設名： \_\_\_\_\_ 病院

ID 番号： \_\_\_\_\_

私は以下のように、人生の最終段階の医療の内容を希望します。(必ずご本人による記入)	記載日：(西暦) 年 月 日
氏名： _____	

- 話し合いの上、私の意向は、前回( 年 月 日)と同じです。  
以下 1~3 は省略します。

### 1. 人生の最終段階を「自分らしく過ごす」ために希望すること

(↓希望するものにチェックをしてください)

1) 最期を過ごしたい場所(自宅・病院・介護施設・その他)はどこですか？

- 自宅  病院  介護施設  わからない  その他( )

2) 大切にしたいことは何ですか？(複数回答可)

- できる限り自立した生活をする事  
 大切な人との時間を十分に持つこと  
 弱った姿を他人に見せないこと  
 食事や排せつが自力でできること  
 静かな環境で過ごすこと  
 回復の可能性のある限りあらゆる措置を受けること  
 その他( )

3) あなたは「苦痛/痛み」を出来るだけ抑えることを希望しますか？

- 希望する  希望しない

4) あなたの「苦痛/痛み」に対して鎮痛剤などを使用しても、効果がない場合、意識を低下させて「苦痛/痛み」を緩和する薬剤の使用(鎮静)を希望しますか？

- 希望する  希望しない

5) 4)で「希望する」と答えられた方にお尋ねします。

あなたはどの程度の鎮静を希望しますか？

① (主として家族・付添者との)意思疎通が図れるくらいの鎮静

(※意図せずに意思疎通が図れなくなる場合があります)

- 希望する  希望しない

② (「苦痛/痛み」の緩和のためであれば)意思疎通が図れなくなるくらい

(意識を低下させる程度)の鎮静

- 希望する  希望しない

## 2. 人生の最終段階において「希望する医療処置」と「希望しない医療処置」について

私の病状が軽快する見込みがなくなり、追加処置を行っても単に死期を延長させるだけ(延命治療)と医師が判断した場合、以下のことを希望します/希望しません。

(↓希望するもの/希望しないものにチェックをしてください)

治療の種類	希望する	希望しない	わからない
植込型補助人工心臓による補助の継続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
点滴による強心薬の使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸(人工呼吸器の使用、気管内挿管を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工心肺装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓マッサージ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃ろうによる水分栄養補給	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻チューブによる水分栄養補給	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
点滴による水分栄養補給	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の希望 : <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり (ありのときは具体的に書きましょう)			

## 3. 代理意思決定者について

私が自分自身で医療処置やケアに関する判断・決定ができなくなった時、以下の人を代理意思決定者とします。代理意思決定者はこのことについて了解しています。

氏名： (続柄： )

住所： (連絡先： )

※当書類は、代理意思決定者の方を含めて話し合ったことを踏まえて記載してください。

※事前指示書の内容変更はいつでも何回でも可能です。医療チームに申し出てください。

※その時点での医療制度を始めとする社会的事情、法律的側面、代理意思決定者の希望などにより、必ずしもご本人の希望には沿えない場合がありますが、可能な限りご本人の希望を尊重しながら代理意思決定者と相談して判断してゆきます。

《実施施設 記載欄》

- 同意文書の複写を渡した。(複写を渡した後、原本にチェック)
- 受領日：(西暦) 年 月 日
- 受領者：医師/看護師/その他 医療従事者氏名：