



西オーストラリア州における アドバンス・ケア・プランニングのご案内

将来のケアを計画するための
ワークブック



本資料には、掲載以降に逝去された方々の画像が含まれている可能性があります。あらかじめご了承くださいますようお願いいたします。

© 西オーストラリア州保健省 (2024年)

本資料に含まれるすべての情報および資料は、著作権により保護されています。著作権は西オーストラリア州に帰属します。1968年著作権法（連邦法）によって許可された使用を除き、本資料に含まれる情報は、西オーストラリア州保健省の終末期ケアプログラムの明示的な許可なく、いかなる媒体においても出版または複製することはできません。

推奨引用形式

Department of Health, Western Australia。西オーストラリア州におけるアドバンス・ケア・プランニングのご案内: 将来のケアプラン作成に役立つワークブック。パース: 終末期ケアプログラム, Department of Health, Western Australia; 2022。

重要な免責事項

本書は、アドバンス・ケア・プランニングの概要を提供することを目的としています。さらなる情報やリソースへのリンクも掲載されています。法律またはその他の専門的助言の代わりとして依拠されるべきではありません。法律やその他の専門家の判断を必要とする特定のケースについては、必ず独立した専門家の助言を求めてください。



Interpreter

通訳サービス

ご自身の言語で医療サービスと話すために支援が必要な場合は通訳サービスをご利用ください。

アボリジニ通訳サービス WA

電話: 0439 943 612 ウェブサイト: aiwaac.org.au

オーストラリア翻訳・通訳資格認定機関 (NAATI) オンライン・ディレクトリ

ウェブサイト: naati.com.au

TISナショナル

電話: 131 450
通訳を依頼し、「支援窓口」のリストにあるいずれかの機関に電話をかけるようお願いしてください。

内容

将来のケア 2

アドバンス・ケア・プランニングとは？	2
アドバンス・ケア・プランニングはなぜ重要なのか？	3
アドバンス・ケア・プランニングはどのように役立つのか？	4
アクティビティ 1：始めましょうーあなたの状況について	5
アドバンス・ケア・プランニングには何が含まれるのか？	6

1. 考える 7

今、私にとって最も大切なことは何か？将来、体調が悪くなったときに、私にとって最も大切なことは何だろう？	7
アクティビティ 2：価値観、信念、希望	7-10

2. 話し合う 11

アドバンス・ケア・プランニングについて誰に相談できますか？	11
どのようなことを話し合うべきか？	12
アクティビティ 3：話し合うべき人々	14-15

3. 記録する 16

もし自分で治療の意思決定ができない、または意思を伝えられない場合、誰が代わりに治療方針を決定してくれるのか？	17
アドバンス・ケア・プランニング関連文書	19
アクティビティ 4：アドバンス・ケア・プランニング文書の選択	25-26

4. 共有する 27

アドバンス・ケア・プランニング文書はどこに保管すべきですか？	27
アドバンス・ケア・プランニングの文書は誰と共有すべきですか？	27
アクティビティ 5：アドバンス・ケア・プランニング文書の共有	28-29

支援窓口 30-31

ご協力の御礼 32

このワークブックは、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) について学ぶのに役立ちます。本書には、考えを整理し、取り組みを始め、そのプロセスを進めるうえで役立つアクティビティが収められています。*

ACPを進めるためには、将来、体調が悪化して自分で医療に関する意思決定ができなくなる可能性を考慮し、そのような状況についてじっくり考えることが大切です。もしこのことを考えて気持ちが辛くなったら、家族や友人、医療従事者などに相談してください。

将来のケア

アドバンス・ケア・プランニングとは？

あなたは、生涯を通じて受けるケアの内容について、自分の希望を伝えたいと考えるかもしれません。体調が悪くなり、自分の希望を決めたり伝えたりすることが難しくなる場合もあります。

アドバンス・ケア・プランニングとは、ご自身の価値観や信念、医療や介護に関する希望について、大切な人やケアに関わる人たちと前もって話し合っておくことです。

アドバンス・ケア・プランニングは、年齢に関係なくいつでも始められます。体調が良く、判断力があるうちに始めるのが最適です。自分にとって大切なことについて正直かつ率直に話すことで、アドバンス・ケア・プランニングはより効果的になります。ただし、それが難しいと感じる人もいるかもしれません。

アドバンス・ケア・プランニングは、将来の医療や介護を計画するための自主的な取り組みであり、将来、本人が自ら決定を行ったり希望を伝えたりすることが難しくなった場合に備え、その人の価値観、信念、希望を明らかにし、意思決定の指針とするものです。

出典：アドバンス・ケア・プランニングに関する全国的枠組み (National Framework for Advance Care Planning Documents)

アドバンス・ケア・プランニングとは



任意の取り組みです



個人的なもので、ご本人にとって何が最も大切かに焦点を当てます



ご本人の信念、価値観、文化を尊重します



関わる人の数は、ご本人の希望に応じて、多くても少なくても構いません



柔軟で継続的なプロセスであり、ご本人の状況や健康状態、生活スタイルの変化に応じて

意思決定を行ったり、内容を変更したりすることができます

*このワークブックは情報提供を目的とした資料です。具体的なケアや治療の決定を行う準備ができている場合は、西オーストラリア州で利用可能なアドバンス・ケア・プランニング文書の一覧を掲載している「[セクション3：記録する](#)」をご参照ください。

アドバンス・ケア・プランニングはなぜ重要なのか？

アドバンス・ケア・プランニングは、次のように役立ちます。

- 将来の医療や介護に関して、自分にとって何が大切かをじっくり考えることができます。
- 自分の信念や価値観について説明し、それらが将来の医療や介護に関する意思決定にどのように影響するかを説明できます。
- 自分にとって最も大切なことに基づいて、将来の医療や介護について計画を立て、その計画を周囲の人と共有できます。
- 自分で判断ができなくなったり、意思を伝えられなくなった時のために、自分の希望や大切にしていることを誰かが知っていてくれるという安心感を得ることができます。

アドバンス・ケア・プランニングは、その人のケアに関わる家族や友人、医療従事者にも役立ちます。

- 将来の医療や介護を考える一環として、アドバンス・ケア・プランニングに参加した人々は、不安や抑うつ、ストレスを感じる頻度が減り、受けたケアへの満足度が向上しています。
- アドバンス・ケア・プランニングは、入院の必要性を減らす可能性があります。
- アドバンス・ケア・プランニングは、望まない治療を受ける可能性を減らすことができます。



アドバンス・ケア・プランニングはどのように役立つのか？

アドバンス・ケア・プランニングを始める理由は人それぞれです。まずは他の人の経験や、その人にとってアドバンス・ケア・プランニングがどのように役立ったかを知ることから始めてみるとよいでしょう。図1では、その例をいくつかご紹介します。

図1さまざまな人生の場面でアドバンス・ケア・プランニングが役立つ例

これらの状況のいずれかに当てはまると感じることはありますか？

私は健康な20代で、幼い子どもがいます。

将来、予期せぬことが起こった場合に備え、医療従事者や家族が私のケアについて適切な判断ができるよう、私にとって大切なことを伝えておくことにしました。



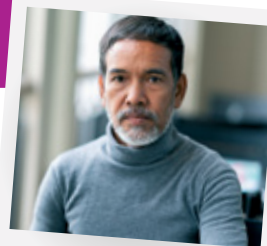
私は61歳で、子供はおらず、一人暮らしをしています。

経済面の備えはできていますが、万が一体調を崩したときに、誰が私の世話をしてくれるのか不安です。健康状態が悪化した場合にどこで暮らしたいか、何が自分にとって重要かについて、友人や医療従事者、弁護士と話すことが役立つと感じました。



私は最近、生命を脅かす病気と診断されました。

私の症状が進行に伴って起こりうることについて、大切な人や医療従事者と話し合うことで、自分が将来望むケアや望まないケアについて理解してもらう助けになりました。また、私にとって何が大切かを理解してくれていることが分かり、安心することができました。



私はまもなく介護施設に入居する予定です。

どこに住むか、そして引っ越すときに誰にそばにいてほしいかについて、自分で決めたいと思っています。今後のケアや必要になりそうな治療、そして利用可能な支援について、かかりつけ医と話し合いました。





アクティビティ 1: 始めましょう – あなたの状況について

現在のご自身の状況を書き出してみましょう（例：年齢、健康状態、家族構成など）。なぜアドバンス・ケア・プランニングについて考えているのか、思いついたことをメモしてみましょう。

アドバンス・ケア・プランニングにはどのようなことが含まれるのでしょうか？

アドバンス・ケア・プランニングには、主に4つの要素があります。

- 考える
- 話し合う
- 記録する
- 共有する

これらの要素は図2に示されています。

アドバンス・ケア・プランニングのプロセスは、あなたご自身が主体となって進めるものです。このワークブックには、それぞれの要素を理解し、深く考えるためのアクティビティが含まれています。

図2アドバンス・ケア・プランニングのモデル



1. 考える

今、私にとって最も大切なことは何か？将来、体調が悪くなったときに、私にとって最も大切なことは何だろう？

まずは、自分の価値観、信念、希望について考えてみましょう。これは、あなたの医療や介護において、何が最も大切かを見つける手助けになるでしょう。

役立つリソース

- MyValuesのウェブサイト (myvalues.org.au) では、将来の医療に関するご自身の希望を明確にし、検討し、話し合うための手助けとなるステートメントが提供されています
- 西オーストラリア州緩和ケアへ電話 **1300 551 704** (月曜日～木曜日)
 - 一般的な問い合わせ、関連資料、無料のアドバンス・ケア・プランニング地域ワークショップに関する情報が得られます (palliativecarewa.asn.au/advance-care-planning)
 - 「What Matters Most」カードのセットがもらえます
- 他言語でのアドバンス・ケア・プランニングに関する情報や、アボリジニの方々向けの資料は、こちらのウェブサイトでご覧いただけます：healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



アクティビティ 2：価値観、信念、希望

以下の質問は、ご自身の価値観、信念、希望について考えるのに役立つかもしれません。これらの質問に対して間違った答えはありません。

あなたの人生

あなたにとって「よく生きる」とは何を意味しますか？

家族や友人と時間を過ごすこと。

自立して生活すること。

故郷や出身国を訪れたり、カントリー（アボリジナルの人々にとっての文化的・精神的なふるさと）で過ごせること。

自分で身の回りの世話ができること（例：シャワーを浴びる、トイレに行く、食事をとる）。
活動的に過ごすこと（例：スポーツをする、散歩をする、庭仕事をする、外に出る、近所の人と交流する）。

レクリエーション活動や趣味、興味のあることを楽しむこと（例：音楽、旅行、ボランティア、パズル）。

宗教的、文化的、精神的、または地域の活動を行うこと（例：祈り、宗教礼拝への参加）。

自分の信念や文化的・宗教的価値観に従って生活すること（例：ハラールフードを食べる、瞑想をする、無神論者として生きる）。

有給または無給の仕事をする。

その他（以下の空欄に、あなたにとって他に大切なことや、チェックした項目に関する詳しい内容をご記入ください。）

あなたにとって「よく生きる」とは何かを考えたとき、人生で最も大切なことは何ですか？（例：家族、経済的安定、健康、旅行ができること）

将来について何か不安なことはありますか？もしあれば、それはどんなことですか？
（例：親・パートナー・子どもの世話ができるかどうか、家族と離れて暮らさなければならぬか、など）

現在の健康状態

あなたの健康状態は日常生活に影響を及ぼしていますか？体調不良が原因で、好きなことが思うようにできなくなることはありますか？もしそう感じている場合、それはどのような影響を与えていますか？（例：関節炎のため毎日散歩には行けないが、公園で座って過ごすことはできる）

将来の医療とケア

将来、体調が悪くなったりさらに悪化した場合、どんなことが一番不安ですか？（例：痛みがあること、判断ができなくなること、自分で身の回りの世話ができなくなること）

将来の医療とケアの管理

将来、病気になったり、今よりも体調が悪化した場合、あなたにとって何が大切になりますか？

次について考えてみてください。

- そばにいてほしい人
- あなたのことを十分に理解し、あなたの代わりに、またはあなたと一緒に意思決定をしてほしい人
- どこでケアを受けたいか
- 安らぎを与えてくれるものは何か（例：痛みのコントロール、文化的・宗教的伝統、ペット、お気に入りの写真や音楽など、大切なものがそばにあること）

ご自身の状況や健康状態、
生活の変化に応じて、選択した内容や書
類を見直したり、変更したりすることがで
きます。そのことをどうか心に留めてお
いてください。

2. 話し合う

アドバンス・ケア・プランニングについて話し合うことは、将来の医療やケアについて、自分の希望や意思を大切な人やケアに関わる人たちに伝えるための大切な機会です。親しい関係や愛情のある関係だからといって、必ずしも相手があなたにとって大切なことを理解しているとは限りません。話し合いを持つことはとても重要です。

アドバンス・ケア・プランニングについて誰に相談できますか？

信頼できる人と、自分のニーズや大切にしていることについて話し合ってみるとよいでしょう。その相手には、以下のような人が含まれる可能性があります。



家族



友人



介護者



永続的後見人（任命された場合）



総合診療医（GP）または医療チームの他のメンバー（アボリジナル・ヘルス・ワーカーまたはプラクティショナー、看護師、支援員、心理士など）



法律専門家



文化的・精神的な支援者

[支援窓口](#)のセクションでは、アドバンス・ケア・プランニングについて相談できるサービスをご紹介します。



どのようなことを話し合うべきか？

誰に話すかによって、話す内容が変わることもあるかもしれません。例えば、大切な人と話すときには、次のようなことを伝えたいと思うかもしれません。

- あなたの価値観や信念
- 体調が悪いときに希望すること

医療従事者とは、次のようなことに取り組むかもしれません。

- 健康に関する不安や心配事について話し合う
- 将来的なケアの選択肢について話し合う
- それらの選択肢の長所や短所についてアドバイスを求める（例：現実的か、価格が手頃か、内容が適切かなど）

周囲の方々と会話を始めるためのヒントをいくつかご紹介します。

私について	・・・できることが私にとって最も大切です	私にとって、生きる価値のある人生とは・・・できる人生です	私が充実した生活を送るためには・・・が大切です
人生について	あなたにとって「良い一日」とはどんな日ですか？	あなたの「やりたいことリスト」（バケツリスト）には何がありますか？	人生で最も大切にしていることは何ですか？
選択肢について	・・・さんに起こったことを考えていて、・・・に気づいたんだ	もし私の身に・・・が起きたら・・・して欲しいです	私が自分で医療上の判断をできない場合、代わりに・・・に判断してもらいたい

出典アドバンス・ケア・プランニング・オーストラリア (advancecareplanning.org.au)

将来、体調が悪くなった時のことを身近な人と話すのは、気が重く感じられることもあります。

家族や友人は、あなたがアドバンス・ケア・プランニングで考慮すべきことについて、自分なりの意見を持っていることが多いです。他の人の意見を聞くことは役立つ場合もありますが、最終的には自分にとって何が最良かを決めるのはあなた自身です。話し合うタイミングを考え、リラックスして話せる場所を選ぶことが、スムーズな対話の助けになるかもしれません。

焦らずに進めましょう。
アドバンス・ケア・プランニングは継続的な対話です。一度にすべてを話す必要はありません。

その他の話題

自発的安楽死 (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) は、必要な適格基準を満たす西オーストラリア州の住民が利用できる合法的な選択肢です。自発的安楽死は事前医療指示書に含めることはできませんが、選択肢として検討される場合は、かかりつけの医療提供者に相談するか、西オーストラリア州のVAD全域ケアナビゲーターサービスに、メール (VADcarenavigator@health.wa.gov.au) または電話 (9431 2755) でご連絡ください。このサービスに所属するケア・ナビゲーターは、終末期の選択肢としての自発的安楽死に関する豊富な知識を持つ、有資格の医療専門家です。ケア・ナビゲーターは、患者やご家族を支援してきた豊富な経験を持っています。

参考情報のご案内

- アドバンス・ケア・プランニング・オーストラリアからの会話を始める (starting the conversation) ためのアドバイス (advancecareplanning.org.au/understand-advance-care-planning/starting-the-conversation)
- 認知症オーストラリア スタート2トーク (dementia.org.au/information/about-dementia/planning-ahead-start2talk)





アクティビティ 3: 話し合うべき人々

将来の医療や介護について相談したい相手は誰ですか? 以下にリストを作成しましょう。

上記に挙げた人たちとアドバンス・ケア・プランニングについて話すのに、いつ頃が良いタイミングだと思いますか? (例: 今年中、次の専門医の予約前、次の誕生日の前など)
どこでその人たちと会話をしたいですか? (例: 電話で、夕食のときに、散歩しながら)

会話を始めるためのヒントをいくつかご紹介します。役に立ちそうだと思うものにチェックを入れてみてください。下の欄に、自分自身のアイデアやメモを追加することもできます。

会話のきっかけ	例
定年後の資金計画	「退職が近づいてきた今、これからのお金の使い方や、どこで暮らしたいのかをそろそろ考え始めたほうがいいかもしれない。将来、私たちのどちらか、あるいは両方が重要な決断を下せなくなったときのために、計画を立てておくのはいい考えかもしれない。」
健康診断	「来週、年に一度の健康診断で総合診療医 (GP) に診てもらうんだ。ドクターに相談したいことがいくつかある。将来、自分の医療について何らかの決断をしなければならないことがあるかもしれない。このことについては、GPだけでなく、あなたとも話しておけたらと思っている。」

会話のきっかけ

例

友人または親族
の死

「友人の最期を見届けて、自分だったら将来どんなケアを望むのか、考えるようになりました。よければ、このことについて少しお話ししませんか？お互いにとって大切なことについて、いくつか考えを書き出してから、それについて話し合いませんか。」

映画やニュース
記事

「母が望んでいた最期の過ごし方が、家族や医師たちによって尊重されたことに、とても安心しました。自分にとって何が大切なのか考えさせられたし、あなたにとって大切なこともぜひ教えてほしいです。これについてお話ししませんか？将来その時が来たときに大切なことを把握できるように、いくつかのことを書き出してみましょう。」

「最期のときを迎えるその人の姿を見るのはとてもつらいものでした。誰も彼女が本当は何を望んでいたのか分からなかったからです。そんなことが私たちに起こるのは絶対に嫌です。私たちに何かが大切かについて話し合いませんか？」

会話を始めるためのあなたのアイデア

会話の中で取り上げたいことのトップ3は何ですか？

1.

2.

3.

ご自身の状況や健康状態、
生活の変化に応じて、選択した内容や
書類を見直したり、変更したりすることが
できます。そのことをどうか心に留め
ておいてください。

3. 記録する

自分にとって大切なことを考え、周りの人と話し合ったあとは、決めたことを記録に残しておくといでしょう。

西オーストラリア州では、将来のケアに関する自分の価値観や希望を伝えるために、さまざまな文書が用意されています。

その一部は、法律で認められている法的文書です。その他の文書は非公式文書といい、特定の法律で認められておらず、同様の法的効力を持ちません。ワークブックの[支援窓口](#)セクションには、アドバンス・ケア・プランニング文書の法的効力について詳しく知るための相談先に関する情報が記載されています。

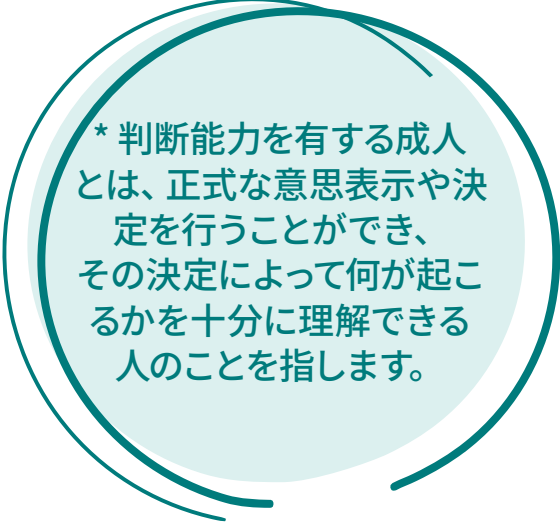
法的文書

将来の医療や介護に関する希望を記録する最も確実に正式な方法は、法的文書を作成することです。例えば、事前医療指示書や永続的後見委任状などがあります。

これらの文書は、西オーストラリア州の法律で認められており、ほとんどの場合において遵守されなければなりません。

法的文書は、以下の要件を満たす必要があります。

- 判断能力を有する成人によって作成されていること*
- 本人が作成すること（他の誰かが代理で作成することはできません）
- 本人が署名し、所定の要件に従って証人の立会いを受けること



* 判断能力を有する成人とは、正式な意思表示や決定を行うことができ、その決定によって何が起こるかを十分に理解できる人のことを指します。

非公式文書

その他の非公式な文書も、アドバンス・ケア・プランニングの一環として使用することができます。これらは非公式文書と呼ばれます。西オーストラリア州においては、以下のような文書が該当します。

- 価値観と希望の確認書：将来のケアに向けた計画（この書類は、本人の価値観や希望を記録するためのものですが、法的文書としての正式な要件は満たしていません）
- 意思決定能力が不十分な人のための事前ケア計画書（これは、本人に意思決定能力がないため、代理人が作成する文書です）
- 患者ケア目標記録書（これは、医療従事者が患者およびその家族とともに、現在のケアにおける目標について記録するための文書です）

非公式文書でも、ご自身の価値観や希望を表す手段として活用できます。ただし、これらの文書には同等の法的効力がなく、必ずしもその内容が尊重されるとは限りません。上記に挙げた各種文書については、このセクションの後半で詳しく説明しています。

判例法指示書 (Common Law Directives)

一部の非公式文書は、判例法指示書として認められる場合があります。これは、将来、特定の状況下において、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかという本人希望を、文書または口頭で表明したものです。判例法指示書には、正式な作成要件は定められていません。判例法指示書が法的に有効であるか、またその内容に従うべきかどうかを判断することは、必ずしも容易ではありません。そのため、治療に関する意思決定を行う手段として判例法指示書を用いることは推奨されていません。

もし私が治療について自分で決定したり、その意思を伝えたりできなくなった場合、誰が私の代わりに決定してくれるのでしょうか？

あなたが自分で治療の決定をしたり、希望を伝えたりできない場合、医療従事者は治療に関する決定を求める際に一定の順序に従わなければなりません。

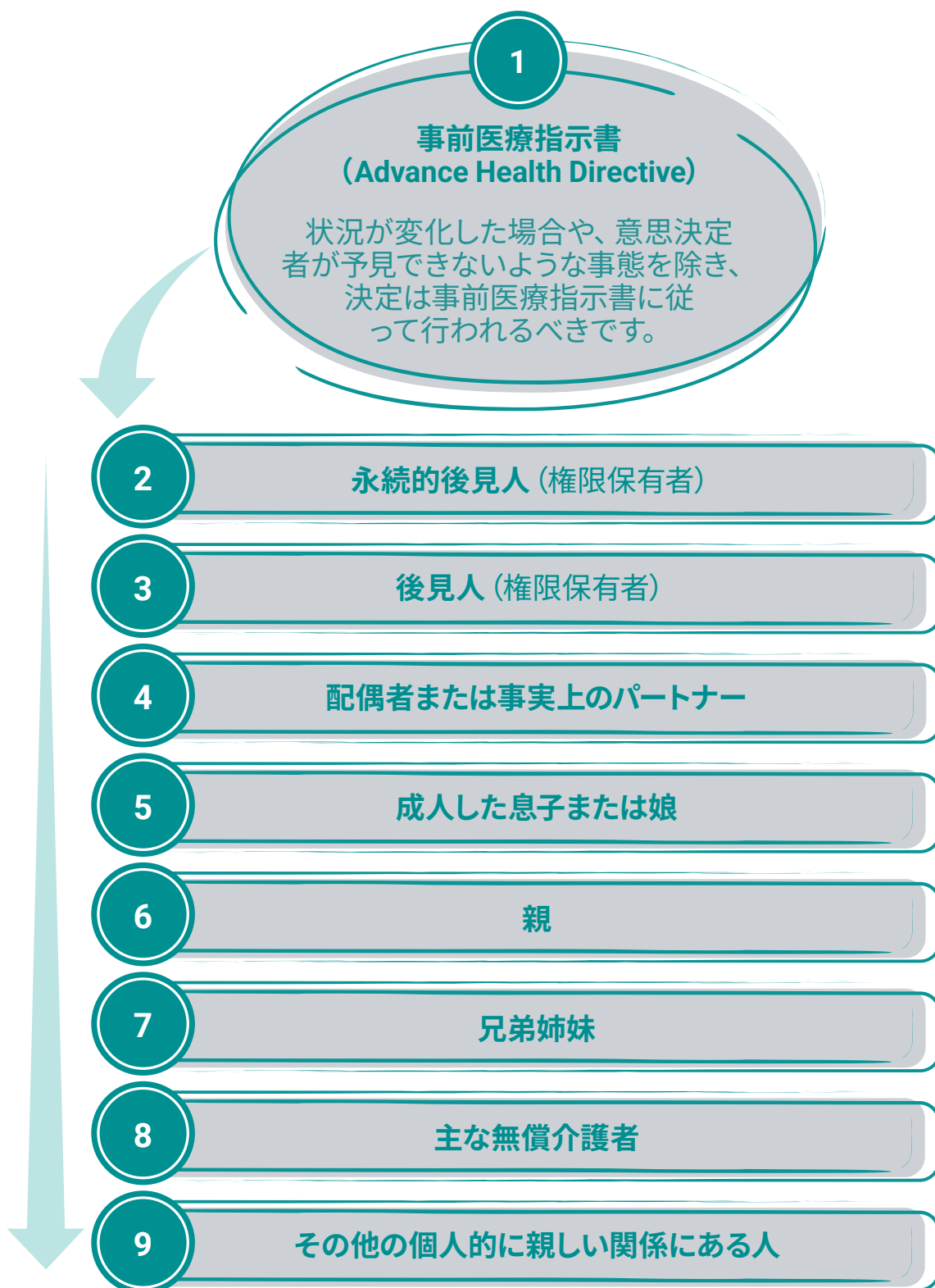
これは治療に関する意思決定者の階層と呼ばれています。

誰が自分の代わりに意思決定を行う可能性があるのかを理解しておくことは、とても重要です。これにより、自分にとって大切なことを誰に伝えるべきか、そしてどのアドバンス・ケア・プランニング文書が有効かを判断する助けになります。



治療に関する意思決定者の階層

AHD（事前医療指示書）が存在しない場合、または必要な治療に関する指示が含まれていない場合、医療従事者は、緊急でない治療について、意思決定者の階層の中から最も優先される人物（18歳以上で、完全な法的能力を持ち、意思決定を行う意思があり、それが可能である人）から同意を得る必要があります。



自分で意思決定をしたり、それを伝えたりすることができなくなった場合

- 事前医療指示書を**作成している**場合は、それがあなたの治療方針の決定をする際に使用されます。
- 事前医療指示書を**作成していないが**、永続的後見人を任命している場合、その人物があなたに代わって治療の意思決定を行うことになります。
- 事前医療指示書**または**永続的後見人**を持っていない**場合、医療従事者は上記のリストの順番に従って、対応可能な適任者が見つかるまで、あなたに代わって治療の意思決定を行う人物を探します。

アドバンス・ケア・プランニング関連文書

どのような意思決定や考えを他の人と共有したいかを見極めることで、自分にとってどの文書が役立つかを判断しやすくなります。これらの文書は必ずしも使用しなければならないわけではありませんが、状況に応じて役立つ場合があります。

アドバンス・ケア・プランニングやその他の将来設計を考えるにあたって、どのような文書をどのような場面で活用できるのかを理解するために、以下をご参照ください。

法的文書は、私たちの希望を記録するための最も確実に正式な方法であることを覚えておきましょう。



医療およびケアに関する書類

- 価値観と希望の確認書将来のケアに向けた計画
- 事前医療指示書
- 永続的後見委任状
- 臓器・組織提供への同意



遺産および財務に関する書類

- 遺言書
- 永続的委任状



あなたの代わりに他の人が作成する可能性のある書類

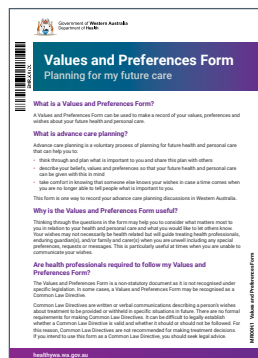
- 意思決定能力が不十分な人のための事ケア計画書
- 患者ケア目標記録書

それぞれの文書については、次のページで簡単に説明されています。



価値観と希望の記録書：将来のケアに向けた計画

healthywa.wa.gov.au/ACPvaluesandpreferencesform



文書の種類：非公式文書（ただし、場合によっては判例法指示書として認められることがあります）

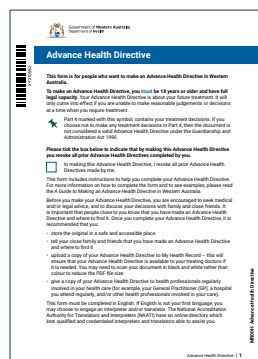
用途：医療や介護に関する価値観・希望・意向について記した文書です。

なぜ役立つのか：ご自身の価値観・希望・意向を周囲の人に伝えることができます。ご自身の希望は、必ずしも医療に関することに限りません。医療従事者や永続的後見人、ご家族が、どのような対応を望んでいるのかを理解するための指針となるので、特別な配慮が必要なこと、要望、伝えたいメッセージなどもあわせて記しておきましょう。

含まれる内容：質問項目は、事前医療指示書の「価値観と希望」セクションと同じです（下記参照）。正式な証人の立会いや署名が必要な完全な事前医療指示書を作成する準備が整っていない場合は、まずこの文書に記入することから始めてみるのも良いでしょう。

事前医療指示書（Advance Health Directive、略してAHDとも呼ばれます）

healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives



文書の種類：法的文書

用途：将来、病気や怪我で意思表示ができなくなった場合に、受けたい治療または受けたくない治療についてのご自身の決定を記録した法的文書です。この文書は、自分自身で意思決定を行い、それを伝える能力のある18歳以上の人のみが作成することができます。

使用される場面：事前医療指示書は、ご自身で意思決定や意思疎通を行えなくなった場合、または自分の望みを他人に伝えることができなくなった場合にのみ使用されます。このような状況になった

場合、事前医療指示書が、あなたの「声」となります。この文書は、記載されている内容が、あなたが必要とする治療やケアに関連している場合にのみ使用されます。事前医療指示書は、治療に関する意思決定者の階層の最上位に位置づけられています。

含まれる内容：事前医療指示書に、どのような判断や治療を含めるかは、ご本人が決定します。内科的治療、外科的治療、歯科治療、緩和ケア、生命維持措置や蘇生措置などを含めることができます。治療に関する意思決定は、できるだけ具体的に記載することが望ましいです。

「西オーストラリア州における
事前医療指示書作成ガイド（A Guide to
Making an Advance Health Directive in WA）」
では、事前医療指示書に記載すべき内容や、
正しく署名・立会いを受けるための手順を、
段階的に説明しています。

また、この文書には「価値観と希望」の項目があり、ご自身の医療やケアに関して最も大切にしていることを書き込むことができます。この項目の質問は、「価値観と希望の確認書」に記載されているものと同じです。

永続的後見委任状 (Enduring Power of Guardianship、略してEPGとも呼ばれます)

justice.wa.gov.au/epg

A screenshot of the 'Enduring Power of Guardianship' form. It includes sections for 'I appoint a guardian', 'I appoint a substitute guardian', and 'I appoint a guardian to substitute for me'. The form has various fields for names, addresses, and dates, and checkboxes for different types of guardianship.

文書の種類：法的文書

用途：本人に代わって、個人的なことや生活、治療に関する意思決定を行う権限を他者に与えるための法的文書です。この役割を担う人は、ご自身で選ぶことができます。その人物は、「永続的後見人」または「医療および生活に関する意思決定者」と呼ばれます。永続的後見委任状は、自分自身で意思決定を行い、それを伝える能力のある18歳以上の人のみが作成することができます。

使用される場面：永続的後見委任状は、ご本人が意思決定や意思疎通ができなくなった場合にのみ使用されます。

含まれる内容：永続的後見委任状は、あなたに代わってすべての、または一部の意思決定を行う権限を他の人に与えるために使用できます。これには以下のような決定が含まれる場合があります。

- 住む場所
- 利用できるサポートサービス
- 受ける治療

複数の永続的後見人を任命することも可能です。ただし、あなたに代わって意思決定を行う際には、全員の同意が必要です。永続的後見人は、あなたに代わって財産や金銭に関する決定を行うことはできません。

アドバイス：事前医療指示書と永続的後見委任状の両方を持つことが可能です。

臓器・組織提供への同意

用途：自分が死亡した際に臓器や組織を提供する意思があるかどうかを登録する方法です。この情報は、アドバンス・ケア・プランニング文書には記載できません。

使用される場面：臓器・組織提供への同意は、本人の死亡後にのみ有効となります。臓器や組織の提供に関する希望は、遺族が同意を求められるため、事前に家族に伝えておくことが大切です。

臓器・組織提供の正式な登録はDonate Lifeの公式ウェブサイトからのみ可能です
donatelife.gov.au



遺産および財務に関する書類

遺言書

publictrustee.wa.gov.au

文書の種類：法的文書

用途：遺言書とは、本人が亡くなった後に自身の財産、個人の所有物、不動産（土地を含む）をどう扱ってほしいかを記すための法的な文書です。

使用される場面：遺言書は、本人が亡くなった後に効力を生じます。

永続的委任状（EPA、または財産管理に関する意思決定者とも呼ばれます）

justice.wa.gov.au/epa

文書の種類：法的文書

用途：信頼できる人物（1人または複数）に、あなたの代わりに財務や財産に関する意思決定を行ってもらうための文書です。

使用される場面：委任する権限をすぐに開始するか、判断能力を失った場合にのみ開始するかを選択することができます。永続的委任状は、自分自身で意思決定を行い、それを伝える能力のある18歳以上の人のみが作成することができます。

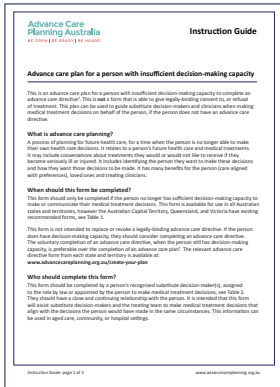




あなたの代理人が記入する可能性のある書類

意思決定能力が不十分な人のための事前ケア計画書

www.advancecareplanning.org.au/_data/assets/pdf_file/0029/178427/advance-care-plan_full-name.pdf



文書の種類 非公式文書

用途：本人と密接かつ継続的な関係を持つ、認定された意思決定者（すなわち、治療に関する意思決定者の階層で最上位に位置し、意思決定を行うことが可能でその意思のある人）によって、あなたの代わりに作成されるアドバンス・ケア計画書です。この種類の事前ケア計画書は、本人が意思決定や意思疎通を行う能力がなく、かつ「事前医療指示書」または「価値観と希望の確認書」を作成していない場合にのみ作成されます。

使用される場面：この種の事前ケア計画書は、本人が事前医療指示書を作成しておらず、かつ本人が自らの意思決定や意思疎通をする能力を失っている場合に、医療処置に関する判断を代わりに行う際に使用されます。これは、ケアと治療に関する決定を導き、判断の参考とする目的でのみ使用されます。これを用いて、治療に対する法的な同意または拒否を行うことはできません。

含まれる内容：この書類は、本人の既知の希望や過去の選択・決定に基づき、将来の医療に関する価値観や希望を記録するために使用されます。

患者ケア目標記録 (GoPC) と居住施設におけるケア目標記録 (RGoC)

healthywa.wa.gov.au/Articles/F_I/Goals-of-patient-care

文書の種類 法的拘束力のない臨床文書

用途：患者ケア目標記録書および居住施設におけるケア目標記録書は、病院および高齢者介護施設において、医療チームが作成する臨床ケアの計画書です。このプロセスは、ご本人および必要に応じてご家族や介護者との対話を通じて、症状が悪化した場合にどの治療が有効かを決定するものです。医療従事者は、ご本人と話し合いながら決定した内容を、患者ケア目標記録書に記入します。

使用される場面：この書類は、入院中やその他のケアを受けている間、または高齢者施設に入所している間に病状が悪化した場合、受けるべきケアを伝える目的で使用されます。異なる医療機関やケア環境にいる医療従事者間のコミュニケーションツールとしても使用されます。このような話し合いは、医療チームと定期的に行う必要があります。

含まれる内容：患者ケア目標記録書に記載する内容は、ご本人と医療チームのメンバーが決めます。この記録書には、ご本人が重篤な状態となり、自ら意思決定や意思表示ができなくなった場合に、どの治療を行うかを記録するものです。

アドバンス・ケア・プランニングと患者ケア目標に関する話し合いは、それぞれ独立したプロセスですが、密接に関係しています。事前医療指示書や価値観と希望の確認書など、アドバンス・ケア・プランニング文書をお持ちの場合は、そのコピーを医療チームと共有してください。これは、患者ケア目標に関する話し合いに役立ちます。

アドバイス

- このワークブックにあるアクティビティに対する回答は、一部のアドバンス・ケア・プランニング文書に必要な情報を記入する際に役立つことがあります。
- 視覚障害がある方や読み書きが難しい方でも、アドバンス・ケア・プランニング文書を作成することは可能です。
 - 誰かに書類を読んでもらい、あなたが話した内容を代わりに書き取ってもらうことができます。
 - 本人に代わって、他の方が文書に署名することも可能です。
 - 印を付けることで文書に署名することもできますが、それが本人の印であることを明確にするために、「マークスマン条項 (marksman clause)」を記入する必要があります。この方法を選択する場合は、法律の専門家に相談されることをお勧めします。
- 支援窓口のセクションでは、アドバンス・ケア・プランニング文書の作成を支援するサービスが紹介されています。これには、法的助言の提供や、文書の理解・読解・記入の支援（例：聴覚障害や発話障害のある方への支援など）が含まれます。
- オーストラリア国内で州間を移動する場合は、各州でどのアドバンス・ケア・プランニング文書が有効と認められるかについて、法律の専門家にご相談ください。各州は、独自の法律を有しています。州および準州ごとのアドバンス・ケア・プランニングに関する法律の詳細については、advancecareplanning.org.au/law-and-ethicsをご覧ください。

さらに詳しい情報

- 公的擁護事務所のウェブサイト (wa.gov.au/government/publications/who-will-make-decisions-you) には、ご本人が意思決定ができない場合に誰が代わりに決定を行うかについて、詳細情報が掲載されています。



アクティビティ 4: アドバンス・ケア・プランニング文書の選択

どのアドバンス・ケア・プランニング文書が自分に適しているかを考える際は、まず次の問いから始めてみましょう。「将来の治療やケアの指針となるよう、自分にとって大切なことを記録しておきたいですか？」

この問いに「はい」と答えた場合、次に決めるのはどの文書を使うかです。以下のリストを参考にしながら、ご自身にとってどの書類が役立つかを検討してみてください。

以下の記述の中で、共感できるものはありますか？



将来、受たい治療や受たくない治療について、強い考えを持っています。

私にできること

- 治療に関する意思決定を記録するために、事前医療指示書を作成する

および／または

- 永続的後見委任状を作成して永続的後見人を任命し、私の希望を伝える



私は、自分の価値観や信念が明確であり、それが将来受たい、あるいは受たくないケアの選択に影響すると考えています。しかし、具体的にどの治療を受たいか、あるいは受たくないかについては、まだ決めかねています。

私にできること

- 価値観と希望の確認書に記入する

および／または

- 私のことをよく理解しており、私の意思に沿ったケアに関する判断をしてくれると信頼できる人を、永続的後見委任状を用いて永続的後見人として任命する



自分の財務状況や資産をきちんと整理しておきたい。

私にできること

- 遺言を作成する

および／または

- 永続的委任状による代理人を任命する

これらの文書が自分に適しているかどうか、まだ判断がつかない場合は、以下をご検討ください。

- 友人や大切な人、またはご自身のケアに関わる医療従事者に相談する
- 西オーストラリア州の緩和ケアに電話する（電話番号：1300 551 704、受付時間：月曜日～木曜日）
 - 一般的なお問い合わせ、リソース、無料のアドバンス・ケア・プランニング地域ワークショップに関する情報などをご案内しています
- 関連団体から具体的なアドバイスを受けることもできます（[「支援窓口」](#)）セクションを参照）



ご自身の状況や健康状態、
生活の変化に応じて、選択した内
容や書類を見直したり、変更したり
することができます。そのことをどう
か心に留めておいてください。

4. 共有する

自分の希望や意向を記録したあとは、その情報がどこに保管されているかを身近な人に伝えておくことが大切です。

アドバンス・ケア・プランニング文書はどこに保管すべきですか？

アドバンス・ケア・プランニング文書を作成した場合は、その原本を安全な場所に保管してください。

アドバンス・ケア・プランニングの文書のコピーは、オンラインで「マイ・ヘルス・レコード (My Health Record)」(myhealthrecord.gov.au) に保存することができます。これにより、ケアに携わる医療従事者が、必要なときにアドバンス・ケア・プランニング文書にアクセスできるようになります。また、医療従事者に依頼することで、代わりに文書をアップロードしてもらうことも可能です。

アドバンス・ケア・プランニングの文書は誰と共有すべきですか？

信頼できる人に、アドバンス・ケア・プランニング文書のコピーを渡すこともできます。これには以下の方々が含まれる場合があります。

- 家族、友人、介護者
- 高齢者介護施設
- 永続的後見人
- 地域病院
- 永続的委任状による代理人
- 法律専門家
- 総合診療医 (GP) または近くの医師
- その他の専門医および／または医療従事者

あなたのアドバンス・ケア・プランニング文書のコピーを持っている人のリストを作成してください。将来、文書の内容を変更または取り消す（無効にする）際に、誰に連絡すればよいかを思い出すための手がかりとなります。次のページのチェックリストを使って、誰が文書のコピーを持っているかを記録しましょう。

事前医療指示書を作成することにした場合、以下のものを携帯することも可能です。

事前医療指示書 (AHD) アラートカード (healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning) を財布やポーチなどに入れて常に携帯することができます。

メディカアラート・ブレスレット (medicalert.org.au) には、事前医療指示書を作成済みであることが刻印されており、医療従事者がその内容を確認するためのID番号が記載されています。

AHDアラートカードをご希望の方は、保健省のアドバンス・ケア・プランニング専用ダイヤル (9222 2300) までお電話いただくか、メール (acp@health.wa.gov.au) にてお問い合わせください。



アクティビティ 5: アドバンス・ケア・プランニング文書の共有

アドバンス・ケア・プランニング文書を1つ以上作成している場合は、以下のリストを使用して、それぞれの文書のコピーを誰が所持しているかを記録しましょう。

		各自が所持している文書の名称					
詳細		価値観と希望の確認書	事前医療指示書	永続的後見委任状 (EPG)	永続的委任状 (EPA)	遺言書	
コピーの所持者							
家族、友人、介護者	人物 1	氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	人物 2	氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
永続的後見人	永続的後見人 1	氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	永続的後見人 2	氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療従事者	総合診療医 (GP)	氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	専門医／医療従事者 1	氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	専門医／医療従事者 2	氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	高齢者介護施設	施設名	氏名				
			連絡先				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域病院		氏名					
		連絡先					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
オンライン							
マイ・ヘルス・レコード (My Health Record)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
コピーを所持している他の人物							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

原本の保管場所

必要なときにご自身やご家族がすぐにアクセスできるよう、アドバンス・ケア・プランニング文書の原本がどこに保管されているかを把握しておくことが大切です。すべての文書を一か所にまとめて保管しておくくと便利です。

文書	現在有効なアドバンス・ケア・プランニング文書の原本は、どこに保管していますか？
価値観と希望の確認書	
事前医療指示書	
永続的後見委任状	
永続的委任状	
遺言書	



支援窓口

アドバンス・ケア・プランニング(事前ケア計画、Advance care planning)

西オーストラリア州保健省(アドバンス・ケア・プランニング・インフォメーション・ライン)

一般的な問い合わせや、無料のアドバンス・ケア・プランニング関連資料(例:事前医療指示書、価値観と希望の確認書)をご希望の方

電話: 9222 2300

Eメール: acp@health.wa.gov.au

ウェブサイト: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

西オーストラリア州緩和ケア

一般的な問い合わせや、無料のアドバンス・ケア・プランニング地域ワークショップに関する情報、または「What Matters Most カード」のセットをご希望の方

電話: 1300 551 704 (月曜日～木曜日)

ウェブサイト: palliativecarewa.asn.au

全国アドバンス・ケア・プランニング無料支援サービス

一般的な問い合わせや、アドバンス・ケア・プランニング文書の作成に関する支援をご希望の方

電話: 1300 208 582 (受付時間: 月曜～金曜午前9時～午後5時 [豪州東部標準時])

オンライン紹介フォーム: advancecareplanning.org.au/about-us/contact-us

永続的後見委任状と永続的委任状

公的擁護事務所

電話: 1300 858 455

Eメール: opa@justice.wa.gov.au

ウェブサイト: publicadvocate.wa.gov.au

医療相談

総合診療医 (GP)、専門医、または近くの医師にご相談ください。

専門的な信託・資産管理サービス

公的信託機関

遺言書および永続的委任状の作成に関する支援と助言を含みます

電話：1300 746 116（新規お問い合わせおよび予約受付）

電話：1300 746 212（代理が必要な方とその代理人の方専用）

ウェブサイト：publictrustee.wa.gov.au

一般的な法律相談

法律に関する具体的なご相談は、ご自身の弁護士にお問い合わせください（弁護士がいる場合）

西オーストラリア州弁護士会

電話：9324 8652

弁護士検索エンジン：

lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

市民相談センター

電話：9221 5711

ウェブサイト：cabwa.com.au

法律相談センター

電話：9221 9322

ウェブサイト：communitylegalwa.org.au

リーガルエイド WA

電話：1300 650 579

ウェブサイト：legalaid.wa.gov.au

通訳が必要な場合



このワークブックの内容が理解しづらい場合や、言語サポートが必要な場合

- **TISナショナル**（電話通訳サービス：131 450）に電話して通訳を依頼し、[支援窓口](#)リストにある機関へ電話をかけてもらうことができます。
- **オーストラリア翻訳・通訳資格認定機関（NAATI）**のオンラインディレクトリでは、支援が可能な有資格の翻訳者・通訳者を検索できます。詳しくはwww.naati.com.auにアクセスしてください。
- **アボリジナル通訳サービス（Aboriginal Interpreting WA）**にご連絡の際は、0439 943 612 にお電話いただくか、aiwaac.org.auをご覧ください。

耳の不自由な方、または聴覚や言語に障害のある方



この[支援窓口](#)リストにあるいずれかの機関へお電話される際は、National Relay Service（全国リレーサービス）をご利用ください。詳しくはcommunications.gov.au/accesshubをご覧ください。

ご協力の御礼

西オーストラリア州保健省は、本ワークブックの作成にご尽力いただいたすべての方々に心よりお礼を申し上げます。特に、保健省の「アドバンス・ケア・プランニング教育参考グループ」および「消費者向けアドバンス・ケア・プランニング資料サブグループ」のメンバーの皆様には、内容に関する専門的な知見と貴重なご助言を賜り、本書の作成にあたり多大なご貢献をいただきました。

また、協議プロセスにご参加いただき、ご意見・ご感想をお寄せくださった皆様にも、心より感謝申し上げます。

本ワークブックの作成にあたっては、以下の文書および資料を参考にさせていただきました。

- Advance Care Planning Australia. **Advance care planning explained.** Austin Health, August 2021.
- Nous Group. **National Framework for Advance Care Planning Documents.** Department of Health Australia, May 2021.
- Palliative Care Australia. **Dying to Talk Discussion Starter: Working out what's right for you.** 2018.
- Palliative Care WA. **Advance care planning introductory model.** Perth, WA; PCWA ACP Consortium, 2022.

本書は、障がいのある方のご要望に応じて、別のフォーマットでのご提供も可能です。(お問い合わせ: 9222 2300 または acp@health.wa.gov.au) この文書の読みやすいバージョンは、healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning のウェブサイトからご覧いただけます。

© 2024年保健省

本資料の著作権は、別段明記のない限り、西オーストラリア州に帰属します。1968年著作権法の規定により認められた私的研究、調査、批評またはレビューを目的とした公正な扱いを除き、目的の如何を問わず、西オーストラリア州の書面による許可なしに、本書のいかなる部分も複製または再利用することはできません。