

## 終末期の医療・ケアについての意思表示書（リビング・ウィル）

私が、高齢となり意識を失うような状態におちいたり、あるいは、たとえ呼びかけには応じて  
も、意識は朦朧としている状態になったり、あるいは、意識はあっても自分の意思を伝えることが  
できない状態となり、自分で身の回りのことができなくなり、自分で飲むことも食べることもでき  
なくなったときには、以下のようにしてください。

私が自分の力では水も飲めず、食べ物も食べられなくなったら、無理に飲ませたり、食べさせたり、  
点滴や栄養補給をしないでください。

ましてや、鼻管を入れたり、胃瘻を作ったりは、絶対しないでください。

私が自分の力で呼吸ができなくなっても、人工呼吸器をつけないでください。

万一、人工呼吸器がつけられている場合でも、一旦、電源を切っていただき、私の自発呼吸が戻  
らなかつたら、人工呼吸器を取り外してください。

少々意識があっても場所や日時をはっきり言うことができなければ、同じように扱ってください。

そうなったら、昇圧薬も輸血も人工透析も血漿交換などもやめてください。

私の苦しくみえる状態を緩和していただける治療をしてくださるなら、喜んでお受けします。

ただし、昇圧薬や脳圧低下薬などの延命のための治療はやめてください。

私の命を長らえるために努力をしてくださっている、お医者さん、看護師さんや医療・介護スタ  
ッフの方達には、心から感謝しています。努力をしてくださっている方たちには、たいへん申し訳あ  
りませんが、どうか、私の意思を尊重してください。

私はこの終末期の医療・ケアについての私の意思表示書を、意識も清明で、書いている内容を十  
分理解している状態で書いています。どうか、私の意思を尊重してください。

年 月 日

住所

本人署名（自筆）（ 歳） [印]

家族署名（自筆）（ 歳） [印]

以上の意思表示書に変わりはないことを認めます。

年 月 日 本人署名（自筆）（ 歳） [印]

年 月 日 本人署名（自筆）（ 歳） [印]

年 月 日 本人署名（自筆）（ 歳） [印]

年 月 日 本人署名（自筆）（ 歳） [印]