アドバンス ケア プランニング キット

Advance Care Planning Kit

September 2021

Dying With Dignity Canada
カナダ尊厳死死協会

Table of Contents 目次

はじめに 3

アドバンス ケア プランニング 4

アドバンス ケア プランニングの手順 6

アドバンス ケア プランを完成させるには 6

第一章：事前指示書 7

A. 背景 7

B. あなたはヘルスジャーニーのどの辺りにいますか？ 9

C. 自身の価値観・信念を見極める 14

D. 会話する 18

第二章：医療と財産に関する代理意思決定人（SDM） 22

医療に関する代理意思決定者の必要性とは？ 24

財産に関する代理意思決定者の必要性とは？ 24

誰を任命できるか 25

SDM に 2 名を任命する場合 26

代理意思決定権者と話し合う 26

代理意思決定権者を任命しない場合 27

次にすべき事は？ 27

付録：用語の解説 28

DWDC のアドバンス ケア プランニング・キットは、The Slaight Family Foundation からのご寄付により実現しました。

はじめに

この「アドバンス ケア プランニング・キット」は、ヘルスケアや治療に関してあなた自身が何を希望しているのかを考え、述べるきっかけとなるものです。これを読んで、考えて、話して、計画して、そして、あなたとあなたの大切な人、または医療従事者との間のコミュニケーションを促すことを目的としています。

このキットは、事前指示書（AD : Advance Directives）に関する、そして代理意思決定者（SDM : Substitute Decision-Maker）の任命に関する、重要な背景情報を提供しています。そして、主に医療および終末期医療のシナリオに焦点を当てており、終末期に行われるれるかもしれない心肺蘇生法（CPR）などに関する情報も含まれています。

このキットを読み終えた後、州や準州ごとに用意されている、事前指示書（AD）の作成と医療に関する代理意思決定者（SDM）の任命のための書式を入手したい場合、カナダ尊厳死協会（DWDC : Dying With Dignity Canada）のウェブサイトを訪れてください。

www.dyingwithdignity.ca/download_your_advance_care_planning_kit

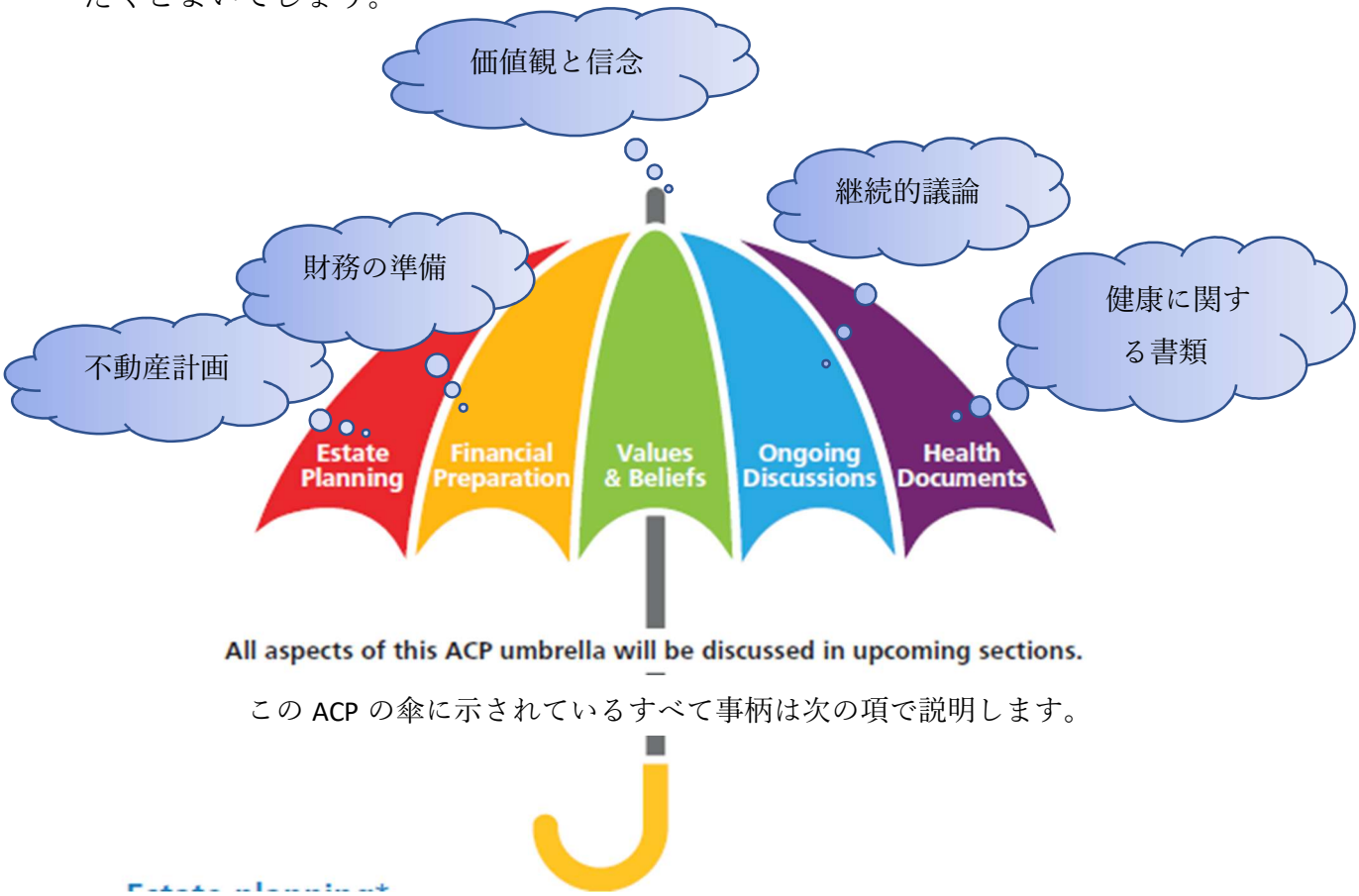
あるいは、カナダ尊厳死協会（DWDC） のフリーダイヤル 1-800-495-6156 に電話をすると、書類を郵送してもらえます。

終末期医療の選択肢について考えるのに最適な時期は、あなたが元気でこれに取り組む事ができるときです。体調が悪く、判断能力が劣っている状態では自分が希望する代理意思決定者（SDM）を法的に任命するための書類を作成したりそれに署名することが難しくなることに留意しておくことは重要です。私たちは、将来の計画を立てるために役立つ様々なシナリオを提供しますが、あなたはいつでも考えを変える事ができます。アドバンス ケア プランニング（Advance Care Planning）は、あなたの希望を代理意思決定者（SDM）、家族、介護者、医療従事者に確実に伝えるための最良の方法です。今これに取り組むことにより、将来、あなたを愛し、あなたの世話をする人たちが困難な状況下で決断をしなければならない負担を軽減できます。

本キットおよび DWDC が提供するフォームを記入しても、法的に有効な事前指示または 代理人の任命とはなりません。必ず弁護士に相談してください。DWDC は、このキットに含むウェブサイト情報や、あなたのアドバンス ケア プランの意思決定について責任を負いません。これらは重要な決定事項ですので、必要に応じて専門家のアドバイスを受けることをお勧めします。

Advance Care Planning アドバンス ケア プランニング

アドバンス ケア プランニング（ACP）は、患者や介護者の方々に励ましを与える中心的存在であり、すべての成人、すべての年齢、すべてのライフステージにおいて重要なものです。ACP は、大怪我や病気、人生の終末期に備えた計画書類の傘だと考えていただくとよいでしょう。



この ACP の傘に示されているすべて事柄は次の項で説明します。

Estate Planning 不動産計画*

- 遺言書と遺言執行者（Will and Executor）
- 生命保険（Life insurance）
- 事業承継計画（Business succession planning）
- 信託（Trusts）
- 希望を記した手紙（Letter of wishes）

*Estate Planning については、専門家のサポートを受けることをお勧めします。

Financial preparation 財産面の準備*

- 健康保険：短期・長期療養保険、重症患者保険、長期介護
- 金銭関連書類の入手と管理
- 財産に関する代理意思決定人（Enduring Power of Attorney）の任命
- 投資と退職の計画
- 不意の収入減に見舞われた時や、医療機器・自宅ケア・施設でのケア利用など不測の事態に備えた、流動資産の準備

*ファイナンシャル・プランニングでは、専門家の支援を受けることをお勧めします。

Values, beliefs, and preferences for future health care
将来のヘルスケアに対する価値観、信念、希望

- 大けがや病気そして人生の終末期に向け、今あなたの人生で何が重要かを考える
- ヘルスジャーニー（健康の道のり）において、自分がどこにいるかを判断する

Have ongoing conversations 継続的に会話する

- あなたの価値観、信念、医療に対する将来の希望について、SDM（代理意思決定人）、愛する人や将来の介護者と共に話し合う
- 医療チームと、あなたのヘルスジャーニー、価値観、信念について話し合う

Health Documentation 健康に関する文書

- SDM を法的に文書で任命する（パート 2 参照）
  —オンタリオ州のすべての人には、法律上で定められている SDM がいます。
  自分で SDM を選択したい場合は、パート 2 を見てください。
- Advance Directive（AD, 事前指示書：自身で意思決定できない場合に備え、自分のケアに関する価値観、信念、希望を記載したもの）を完成させる
- 自分の健康状態に応じて、終末期に関する他の書類を検討する
- 希望する場合、CPR（心肺蘇生術）や、蘇生術を行わないこと（DNR）等の指示書、もしくは、蘇生とケアの際のレベルを明記した病院の医療指示書に署名する
- 臓器提供を希望する場合は、所定の書類に記入する

注：Medical Assistance in Dying (MAID, 安楽死) についての詳細は、18 ページ以降に記載されています。

アドバンスケアプランニング手順

考える	将来のヘルスケアに対する、自身の価値感・信念・希望
決定する	• SDM（代理意思決定人）を誰にするか • 自身の最期をどう迎えるか
書類	• 事前指示書（AD）に記入する将来のヘルスケアの為の自身の価値・信念・希望 • 健康と財産に関する代理意思決定人として誰を選ぶか（別途書類が必要な場合あり。また、使用する書類は州・準州によって異なる）
見直し	• すべての書類を定期的に見直す。自身の意思が正確に反映されているかを確認すると共に、変更があった場合は他者にも通知が行き届いているかを確かめる。

アドバンスケアプランを完成させるには

アドバンスケアプランの重要性は理解いただけたことと思います。今すぐ ACP の作成を始めましょう。以下は、ACP を作成するという目標を成し遂げ、必要なときに備えておくと為のヒントです。

Prioritize 優先順位をつける

あなたの ACP の構成内容を決定したら、ご自身にとって一番重要な事が何かを決めます。もし明日、予期せぬことが起こるとしたら、あなたは何をしておきたいですか？あなたの最大のリスクとは？ACP のこういった部分を最優先としてください。

Buddy System バディシステム

誰かと一緒に作業をすることは、お互いに説明責任が生まれ、ACP を作っていくモチベーションを高めることもできます。ACP ワークショップに参加する場合は、グループ内の誰と協力できるかを考え、その人に一緒に取り組む提案をしてみてください。その「バディ」を見つけたら、いくつか達成すべき目標とそれらを達成するための日付を設定します。または、同じように ACP を作成したいと考えている友人、家族や近所の人

を選ぶのもいいでしょう。常に覚えておくべきことですが、健康や財産に関するセンシティブな情報を他人と共有するときは、最善の判断を下しましょう。

Bite-Sized Pieces 小さいピースで

自分ができる事を現実的に考えることで、成功の積み重ねが見え、やる気が持続します。ACP を個々のセクションとタスクに分けることで、困難そうなタスクもはるかに管理しやすくなります。

Reward Yourself 自分へのご褒美

目標を設定したら、各目標を達成を祝うために、何かを計画しましょう。大げさなものでなくてもいいので、目標を達成したことを記す何かを用意してください。このような認識は作業に勢いをつけ、「自分はできる！」という自信につながります。そして、ACP を完成させることで得られる安心感に近づくことができるのです。

第 1 章：Advance Directives 事前指示書

A. Background 背景

What is an Advance Directive? 事前指示書とは？

事前指示書（AD）は多くの場合文書で、自身が元気で意思決定ができる時に、医療や非医療ケアに関する自身の希望を記しておくための文書です。これは、意思決定ができなくなった時に、自分の終末期の希望が尊重されるようにするためのものです。この書類の名前は、あなたが住む州や準州よって異なります。以下の表 1 で、お住まいの地域で事前指示書がどう呼ばれているかを確認してください。

表 1.

州・準州	使用される事前指示書の名称
アルバータ	Personal Directive パーソナル ダイレクティブ
ブリティッシュコロンビア	Advance Directive アドバンス ダイレクティブ
マニトバ	Health Care Directive ヘルスケア ダイレクティブ
ニューブランズウィック	Advance Care Directive アドバンスケア ダイレクティブ
ニューファンドランド・ラブラドール	Advance Health Care Directive アドバンスヘルスケア ダイレクティブ
ノースウェストテリトリー	Personal Directive パーソナル ダイレクティブ

ノバスコシア	Personal Directive パーソナル ダイレクティブ
ヌナブト	特別な名称はなし
オンタリオ*	Wishes ウィシーズ*
プリンスエドワードアイランド	Health Care Directive ヘルスケア ダイレクティブ
ケベック	Advance Medical Directive アドバンスメディカル ダイレクティブ
サスカチュワン	Health Care Directive ヘルスケア ダイレクティブ
ユーコン	Directive ダイレクティブ

*オンタリオ州における事前指示書（AD）と「身の回りのケアのための委任状（POAPC）」についての特記事項：

> オンタリオ州では事前指示書（AD）は法的文書ではなく、州の医療に関する法律にも言及されていません。つまり、将来のケアに関する自分の希望を文書にする場合、それらは意思決定や同意を行う際にあなたの SDM（代理意思決定人）が考慮しなければならない「Wishes 希望」として扱われることになります。オンタリオ州の医療従事者は、治療をする際に、本人またはその SDM から必ず同意を得なければなりません。事前に記入・話したあなたの希望は同意にはなりません。あなたのケアに関しての希望を記した書類は、あなたの SDM（または POAPC で任命された代理人）および医療従事者があなたに代わって意思決定する際の助言とするものであり、希望を知らせてもその通りになるとは限りません。あなたの希望を明確に伝えるために事前指示書（AD）作成することをお勧めしますが、医療決定には様々な要素が絡んでくる為、状況によっては異なる結果になることもご理解ください。

Why have an Advance Directive? なぜ事前指示書が必要なのか？

医療上の緊急事態や、その他にも自分で意思決定ができない状況において、例えば発作や昏睡状態などにある場合、事前指示書（AD）は、自分が希望する（または希望しない）治療やケアについての選択をする権利を主張するものです。あなたが受ける治療について選択の責任を持つ人を支え、あなたが自分でしたであろう選択を家族が理解し支援するための手助けをします。

法律上、事前指示書（AD）を用意する義務はありません。作成できるのは本人自身であり、他の人があなたに代わり作成することはできません。しかし事前指示書（AD）

がないと、他の人があなたの希望を知らないため、あなたが望まない積極的な医療行為や延命措置が行われる可能性があります。また一方で、特定の病状によっては、可能な全ての治療を受けることをあなたは希望しているかもしれません。現在自分がヘルスジャーニーのどの地点にいるかを考え、事前指示書（AD）の作成を今すぐ始めましょう。

B. Where Are You on Your Health Journey?
あなたはヘルスジャーニーのどの辺りにいますか？

あなたの健康状態はどうですか？簡単な質問のようですが、私たちの多くは正確に答えることができません。私たちは、実際よりも健康であると思っているかもしれません。なぜなら変化はゆっくりと訪れ、私たちはそれに適応していくからです。

時には、情報に基づいた決断をするのに必要な全ての情報を得ることができないかもしれません。例えば、「腎臓の機能が落ちてきているようなので、様子を見ましょう」と言われたとします。これでは、あなたの実際の腎臓機能がどの程度の状態であるのかわかりません。

もし医療提供者があなたの健康に関して懸念を示したら、受けられる治療や予後についてなどの質問をし、自身の理解を深めましょう。健康問題の中には、受けている医療処置によってうまく管理できていると感じるため、それほど深刻ではないように見えるものもあります。しかし、時間の経過とともに悪化したり、突然深刻化したりする健康問題もあるため、常に自分の健康状態～ヘルスジャーニーのどのあたりにいるか～を把握しておくことはとても大切です。

i. Health Journey Questionnaire 健康状態を確認するための質問

時間をかけ、この質問に目を通してください。あなたの人生の現段階における事前指示書（AD）の重要性を見極める助けとなることでしょう。自分の健康に関して答えが分からないときは、担当の医療従事者や専門医と話す必要があるという事です。

正直に回答をしましょう。現時点で当てはまるものにチェックして下さい。

☐ 65 歳未満で、健康で元気である

深刻な病気や怪我は年齢に関係なく起こり得ます。何らかの症状が出たときには、あらゆる治療を受けたいと思うでしょう。重大な事故に遭ったり重い脳卒中を患ったり、自分のケアに関して自分で決断できなくなるような健康状態に陥った場合、あなた自身のケアに関して、あなたの価値観・信念・ケアに対する希望は何かを考え、それを大切な人と共有する、ということに早すぎるということはありません。

☐ 現在 1 つ以上の*慢性的*な健康症状がある（年齢に関わらず）

よくある慢性の健康症状として：

- Diabetes 糖尿病（インスリン治療の必要性に関わらず）：管理がよくできていても
- High Blood Pressure 高血圧（Hypertension 高血圧症）：血圧管理ができていても
- Organ Diseases 臓器疾患
  - Kidney Disease 腎臓病：医療従事者は「failure 不全」という言葉で表しているかもしれません
  - Heart Disease 心臓病：Abnormal Rhythm リズム異常、Angina 狭心症、Heart Attack 心筋梗塞、Congestive Heart Failure (CHF) うっ血性心不全など、Cardiomyopathy 心筋症（Heart Enlargement 心肥大）
  - Lung Disease 肺疾患（COPD、他）
  - Liver Disease 肝臓疾患
- Neurological Diseases 神経系の病気：Parkinson's パーキンソン病、ALS、Huntington's ハンチントン病、Multiple Sclerosis (MS) 多発性硬化症、など
- Vascular Disease 血管系疾患
- Autoimmune Disease 自己免疫疾患
- Early to Moderate Dementia 初・中程度の認知症

☐ 生命に関わる病気にて、余命が 1〜2 年未満（年齢問わず）

命に関わる診断を受けると動揺しますが、それでもなお、終末期の計画を自分自身でコントロールすることができ、あなた自身が選択することができます。診断を受けた後の早い段階でアドバンス ケア プランニング（ACP）の実施を考えて、実行してください。そして、あなたの健康状態の変化に応じて事前指示書（AD）を見直し、内容を変更します。大切な人とアドバンス ケア プラン（ACP）についてどのように話せばよい

かわからない場合は、セクション D の「会話をする」でいくつかの提案をしています。

☐ 65 歳以上で、比較的健康

あなたの体は年を取り、少しずつ回復力を失い、より身体を壊しやすくなっています。加齢に伴い、重い病気やケガをしたときに、何をしてほしいか、してほしくないかを、より深く頻繁に考えることが大切です。また、あなたが自分で決断できなくなったときに代理人としてあなたのヘルスケアに関する決定をする人たちと話し、急激な健康状態の変化やしないといけない決定に戸惑わないようにすることも、またあなたの望みを知り準備しておいてもらうことも、大変重要です。

☐ 65 歳以上で、日々の身の回りのことや日常のアクティビティをするのが困難（「frail elder 虚弱な高齢者」と呼ばれています）

私たちは皆、それぞれ違った形で歳をとります。軽度の衰え（mild frailty）では、食事の準備や家事などの日常的な行動や身の回りのことに手助けが必要になります。虚弱度が増すにつれて、アドバンス ケア プランニングについて考えることがますます重要になってきます。以下を参照して、自分が衰えが frailty scale フレイル度スケール（セクション II）のどこに当てはまるかを確認してください。

☐ 75 歳以上である（健康状態に関わらず）

見た目の健康状態に関わらず、誰もが病気や怪我に対して弱く回復力が低くなる年齢と考えられています。アドバンス ケア プランニングの作成に今すぐ取り掛かりましょう。

ii. What is Frailty? フレイルとは？

「frail（フレイル）」いう言葉を聞くと、「病弱」や「虚弱」というイメージがあるかもしれませんが、これは一般的には正しくありません。Frailty（フレイルティ＝フレイルさ）は、非常に健康な状態から末期的な状態までを表したものであり、誰もがこの状態のどこかにいる事になります。

「複数の相互に影響しあう健康問題があって、それが社会的貧弱性（食の不安定さ、不十分な収入、不十分な住居、安心できない環境、孤独感）によりさらに悪化することが多い。こういう状況にいる人々はフレイルであると考えられます。」
- ケネス・ロックウッド博士（ダルハウジー大学老年医学部門）

フレイルさ（frailty）はいくつかの要因と関連しています。これらには、回復や予防が可能なものがあったり、改善したり深刻な結果を遅らせたりできることもあります。

- 加齢
- 脆弱性（貧困や孤立など）
- 自力で生活する能力や活動能力の低下
- 栄養不足や体重減少：「failure to thrive 栄養不良状態」と呼ばれることもある
- 複数の薬を服用している（polypharmacy 多剤併用）
- 認知症を含む複数の医学的およびメンタルヘルスの問題
- 転倒

次のページの表を使って、自分がスケールのどこに当てはまるかを判断してみてください。あなたのニーズに合った事前指示書（AD）を作成するのに役立ちます。

図 1. The Clinical Frailty Scale (CFS) version 2.0 クリニカルフレイルティスケール

1	**Very Fit** **非常に活動的**	丈夫で活動的、エネルギッシュでやる気のある人。定期的に運動する傾向があり、同年代の中では最も体力がある。	6	**Living with Moderate Frailty** **中程度のフレイル**	**屋外での全ての活動や家事**に支援が必要な人。屋内では、階段に問題があったり、**入浴時に介助が必要**であったり、着替えにも最低限の介助（手を添えたり、待機したり）が必要な場合がある。
2	**Fit** **活動的**	**進行する病気の症状はない**が、カテゴリー1 より体力が落ちている人。多くで、しばしば運動をするか、**季節ごとなどに時々非常に活動的になる**。	7	**Living with Severe Frailty** **重度のフレイル**	何らかの原因（身体的または認知的）で、**身の回りの世話を完全に依存**している。そうであっても安定はしており、死（6 ヶ月以内）のリスクは高くないとみられる。
3	**Managing Well** **管理が良い**	時折症状が出ることがあっても、**健康問題が十分にコントロールされている**が、日常的な歩行以上には**定期的な身体活動をしていない**人。	8	**Living with Very Severe Frailty** **非常に重度のフレイル**	身の回りの世話を完全に依存しており、終末期に差し掛かっている。一般的には、軽度の病気からも回復できない状態。
4	**Living with Very Mild Frailty** **非常に軽度のフレイル**	以前「脆弱性 vulnerable」とされていたこのカテゴリーは、完全な自立からの早期移行を意味します。日常生活で**他人に頼る必要はない**けど、多くの場	9	**Terminally ILL** **終期末**	人生の終わりに近づきつつある。余命 6 ヶ月未満であり、重度のフレイルを抱えていない人（終末期の人の多くは、死の直前まで運動が可能）。

		合、**症状により活動が制限される**。一般的なのは、日中に「動きが鈍くなる」「疲れる」など。			
5	**Living with Mild Frailty** **軽度のフレイル**	動作が**明らかにより遅くなり、日常生活の動作（金銭管理、移動、重い家事）に支援を必要とする**人。一般的に、軽度のフレイルでは、買い物や一人での外出、食事の準備、薬の服用などが徐々に難しくなり、軽い家事も制限されてくる。			

認知症の人のフレイルを評価する

フレイルの程度は、一般的に認知症の進行過程に対応しています。

軽度の認知症では、最近の出来事の詳細を忘れてしまうけど出来事自体は覚えている、という症状がよく見られます。同じ質問や話を繰り返す、社会的引きこもりなどがあります。**中等度の認知症**では、過去の人生の出来事をよく覚えているように見えても、最近の記憶障害が顕著になります。また、身の回りの世話は促されればできます。

重度の認知症では、助けがなければ身の回りの世話をすることができません。**非常に重度の認知症**では、しばしば寝たきりになります。多くの人は会話する能力をほぼ失います。

* 本スケールは、著者ケネス・ロックウッド博士（ダルハウジー大学老年医学部）の許可を得て使用しています。

It’s time to pause and do some homework. 一旦止まって、やってみましょう

正直に評価した結果、あなたの健康状態はヘルスジャーニーにおいてどの位置にありましたか？もしわからなければ、医療従事者に正当なアセスメントを依頼してください。必要であれば、より多くの検査や紹介を受けましょう。

Based on what you determined, write own where you are in your life health journey. 結果に基づき、人生のヘルスジャーニーのどの位置にいるか書き出してください。

例えば、「私は 65 歳以上で、比較的健康です。クリニカルフレイルティスケールでは "管理が良い Managing Well"に当てはまります。日常的に人に頼ることはありませんが、事故や病気になったときの終末期の希望について考え始めています」。

C. Determine Your Personal Values and Beliefs 自分の価値観・信念を見極める

以下の表と質問を参考に、自分の価値観や信念を見極めてみましょう。

終末期医療において 最も恐れることは？	重要ではない		やや重要		かなり重要
自身で決定するのが難しくなる	1	2	3	4	5
身体を動かす機能を失う	1	2	3	4	5
コントロールできない痛みに苦しむ	1	2	3	4	5
すぐに死なず長引く	1	2	3	4	5
失禁してしまう	1	2	3	4	5
ひとりぼっち	1	2	3	4	5
ほとんどにおいて混乱する	1	2	3	4	5
大切な人の負担となる	1	2	3	4	5
食事や入浴のような日々の活動にも介助が必要である	1	2	3	4	5
視力や聴力を失う	1	2	3	4	5

その他、あなたが恐れている事：

以下が自身にとってどのくらい重要かを評価してみよう：	重要ではない		やや重要		かなり重要
量よりも質の高い生活	1	2	3	4	5
質にこだわらず、できる限り長く生きる	1	2	3	4	5
私の宗教的・精神的信念と伝統	1	2	3	4	5
自立性、自主性、管理能力	1	2	3	4	5
（脳が）意識的で、精神的能力がある	1	2	3	4	5

家族や友人と過ごす時間	1	2	3	4	5
自然の中で過ごす時間（新鮮な空気と日の光）	1	2	3	4	5
仕事やボランティア活動	1	2	3	4	5
ペットと過ごす時間	1	2	3	4	5
自身のニーズに合ったケア	1	2	3	4	5
好きなテレビ番組や映画を見る	1	2	3	4	5
誕生日やお祝い	1	2	3	4	5
食事を準備し、食べて、シェアする	1	2	3	4	5
音楽を演奏する、聴く	1	2	3	4	5
休暇や旅行	1	2	3	4	5
執筆：日記をつける、手紙を書く	1	2	3	4	5
趣味や読書	1	2	3	4	5
静かに過ごす時間	1	2	3	4	5

その他、あなたにとって重要なことは：

End-of-life Wishes 終末期の願い

もし終末期医療における希望プランを今日立てられるとしたら、あなたの人生の最後の日がどのようになるか想像してみてください。

- どこにいたいか
- 何をしていたいか
- 誰といたいか
- 食べれるとしたら何を食べたいか
- 聖職者や自分の宗教的信念を共有する人から、精神的な支援を受け心安らかでいたいと思うか

- 手紙を書いたり、オーディオやビデオのメッセージを録音して、それらを将来、読んだり、聞いたり、見たりしてほしいか
- どのように自分を覚えていてほしいか。自分の死亡記事や墓碑銘に何を書くか。

例：どこで生まれ育ち、どこで暮らしたか、人生の大きなライフイベント
自分の人生で最も誇りに思うこと

事前指示書（AD）では、以下の中から一つを選ぶよう求められます：

可能かつ合理的であれば、私が死を望む場所は：

☐ 自宅
☐ ホスピス
☐ 病院

人生の最後に自分にとって重要なことは（上の質問へのあなたの答え）：

一旦立ち止まり、これをまとめてみよう（余白が足らない時は追加の紙を追加）：

最も重要な自分の価値観や信念：

私の死の前または死後に行われる精神的儀式についての私の気持ちと希望：

私が最も大切にしている文化的信念は：

その他の重要な価値観や信念：

Can a request for medical assistance in dying (MAID) be in my Advance Care Directive? 事前指示書（AD）に安楽死の希望を含めることはできるか

カナダでは、特定の状況下において、医師や看護師（ナース・プラクティショナー）の助けを借りて人が人生を終えることが合法とされています。安楽死（MAID）は、医師または看護師（ナース・プラクティショナー）が、同意できる意思決定能力のある成人に対して、自然死すると思われる時期よりも早い時期に提供されます。最終的には、MAID を依頼するかどうか、そして資格がある場合に MAID を実行するかどうかは、常に患者自身が決めることです。

現在のカナダの法律では、事前指示書（AD）の中で MAID の事前要求することはできません。詳しくはこちらのサイトで。
https://www.dyingwithdignity.ca/get_the_facts_assisted_dying_law_in_canada

D. Having Conversations 会話する

i. Talk to your Substitute Decision-Makers, Loved Ones, and Medical Team 代理人、大切な人、医療チームと話す

終末期医療については人生のあらゆる段階で話し合う必要がありますが、以下のような場合は時期に話し合うことは極めて重要です：

- がんと診断されている：特に現在治療中であっても、がんの転移がある
- 心臓、肺、腎臓、肝臓などに、経度から重度の臓器不全がある：移植希望者リストに載っていても
- 進行性の神経疾患がある：筋萎縮性側索硬化症（**ALS**）、多発性硬化症（**MS**）、Parkinson’s パーキンソン病、Huntington’s ハンチントン病、など）
- 初期から末期の慢性疾患を複数抱えている
- 65 歳以上でクリニカルフレイルティスケールのステージ 5 に該当する

終末期ケアについて話すことは簡単ではありませんが、自分が望むケアがあり、それを知って欲しい場合、あなたのケアに関わるであろう大切な人や SDMs（代理意思決定人の人たち）と話さなくてはなりません。彼らにあなたの希望をきちんと知ってもらうだけでなく、何があなたにとって重要なのかについて、さらに深く話し会える事につながります。

内容をシンプルで率直・具体的にすることで、彼らはあなたが話すことにしっかりと耳を傾けてくれます。あなたの人生に関わっている人たちに、あなたが終末期ケアについて話したいと思い、それがあなたにとって重要であることを伝えましょう。

少し戦略的に計画を立て、できるだけ話しやすい状況を作ることは、良い会話を持てることに役立ちます。誰と話したいか？いつ話すのがよいか？どこで？何を確実に言いたいか？グループで、または２人だけで話しをしたいか？話しやすい環境のために、サポートしてくれる人が必要か？などを自分自身に問いかけてみましょう。

まず会話を始めるところが一番大変。会話のきっかけを作る為の提案として：

- 「昨日アドバンス ケア プランニングのワークショップに参加をした。自身の価値や信念についてあなたに話すよう勧められた。まだ覚えている今、あなたと話をしたい。」
- 「今日話させてもらいたいことは重い内容なのだけど、自分の終末期がこうなるといいなという希望をあなたに話す必要がある。」
- 「XX（双方が知っている人）がどう亡くなったか覚えてる？」と切り出し、その状況についてあなたが思う事を伝える。
- 「XX（亡くなった知り合い）の事を考えていて、気が付いた事がある」
- 「私にとってとても重要だと思っていることについて、あなたに伝えたい。」
- 「将来についてプランを立てないといけない。手伝ってもらえますか？」
- 「今は大丈夫だけど、準備をしておきたいし、心配事もある…」
- 「これ読んでて（本の名タイトルや記事ブログなど）、あなたとこれについて話がしたいから、あなたにもぜひ読んでほしい」
- 「私が死ぬことを考えるのはとてもつらいだろうけど、今そのことを話し合えれば、あなたがプロセスするのを私はまだ助けることができる」
- 「私の最後の迎え方や死への決断とその方法について、あなたが賛成していないことは知っています。でもこれは私の人生であって、あなたが私の考えを聞いてくれて、私の立場に立って考えようとしてくれるなら、それは私にとってとても大きなことです。」

将来、あなたに代わり、あなた自身のケアについて決めることになるであろう人たちに、あなたの希望を伝えておくことは、彼らにとって非常に大きな贈り物です。もし、あなたが何を望んでいるのかわからなければ、彼らは罪悪感を感じたり、自分の決断に

疑問を感じたりすることになるでしょう。また、これは大切な人たちの間の争いを減らすことにもつながります。

ここで一度立ち止まり、あなたが話したいことや、大切な人やケアを担当する日とに伝えたいことを書き出してみましょう（足らなければ別紙に書きましょう）：

---

ii. Talk to your Health Care Providers 医療従事者に話す

Q：誰に話すのか？
A：あなたの担当のヘルスケア提供者や、専門医または外科医

Q：いつどんな状況でヘルスケア提供者に話しをしたいか？通常の診察時か緊急治療、緊急外来や入院時？または、新たな診断が下りた時？
A: 救急外来や緊急医療機関ではなく、落ち着いた環境で話しをすることが最も理にかなっています。終末期医療については、あなたの担当のヘルスケア提供者に遠慮なく相談してください。

終末期のケアに関する希望について、医療従事者や家族と話したことがある人は：

- 恐怖心や不安感が軽減した
- 自分の医療に影響を与え、指示する能力が高まったと感じた
- 医療従事者が自分の希望をよりよく理解していると思った
- ディスカッション前よりも理解度や安心感が増した

死や終末期の話題をどのように担当の医療従事者に持ち出すかは難しいことかもしれません。しかし、これは重要な会話であり、慎重に計画する必要があります。あなたの希望を聞いてくるのを待たないでください。相手はあなたが会話を始めるのを待っているのかもしれません。

終末期の希望について次回の予約時に話したいということを、事前に医療従事者に伝えておくとよいでしょう。医療従事者やそのチームに、これが今回の診察の目的である事

を伝えておいて、会話の準備をしてもらいましょう。医療従事者は、患者さんとこのような話し合いをする際に、時間を多めに取ることができます。

医療従事者との話の中でたまたま終末期の話が出てきたが、十分話す時間がなかったということもあるでしょう。その場合は、この話題について特に話し合うための予約をとってください。病院では、看護師に、ユニット・ソーシャルワーカーと話したいと申し出てください。彼らは、この種の話題を話すための特別な訓練を受けています。

医療従事者と話をする前に、自分が言いたいことを準備しておくといいかもしれません。医療従事者に絶対に知っておいてもらいたいことを、あらかじめリストアップしておきましょう。例えば、次のようなものです。「受け入れる事ができる QOL（クオリティオブライフ＝人生の質）のために、もし私が［（あなたの価値観や信念を記入）］をすることができなくなったら、私は自分の人生を終える準備ができています」

どのように会話を始めるか考えましょう：

- 率直に：「終末期ケアの希望について話したい」と伝える。
- 事前指示書（AD）に含めたい自分の信念、価値観、希望を書き出して、一番大事だと思うものそれぞれにハイライト（マーカーなど）しておく。そのノートをあなたの医療従事者に見せ、「終末期に関する自分の考えを書いたので見てほしい」と伝える。
- あなたの周囲で起きた死について思うことを共有する。「私の父は認知症で長く苦しんだ後に他界した。自分は同じようになりたくない」

ヒント：あなたを精神的に支え、話を聞く手助けをしてもらい、そしてあなたの希望に対する彼らの理解を深めるために、医療に関する代理意思決定人（SDM）もこの会話に一緒に参加してもらうことを検討してください。まだその段階にない場合は、あなたを精神的に支えメモをとってくれる、信頼できる友人を同伴してください。

治療と予後についての難しい質問をあなたの医療提供者に尋ねてください：

- 自分の診断名は何か、現在のステージにいるか
- 治癒が可能か、慢性的だが管理ができるものか、生命に関わるものか
- 治療チームのリーダーとなる医療従事者は誰か
- 専門家が必要か
- どのような情報が必要で、どこで入手できるか

- 現時点で自分がとるべき最も重要なステップは何か
- 自分の病気について、友人・家族・子どもたち・同僚にどう伝えるか

痛みのコントロールや症状の管理方法について話し、あなたは痛みを和らげるたいか、それとも意識がはっきりしている状態でいることが望みか、どちらを希望するかを伝えてください。

自分にとって何が大切なのか、考えを共有しましょう。延命よりも生活の質（QOL）を選ぶ場合は、その旨を伝えてください。

注：あなたのカルテに記載するため、医療関係者に、作成し終えた事前指示書（AD）のコピーと代理決定者（SDM）の連絡先を渡してください。

医療従事者に伝えたいことを書き出してみましょう：

第 2 章：Substitute Decision-Maker (SDM) for Health and Finance 医療と財産に関する代理意思決定人（SDM）

A. 背景

身の回りの世話や財産に関し決定する能力を失った場合、あなたに代わって意思決定を行う人を指名することができます。この意思決定代理人（SDM）は各州で独自の呼び名があります。自分が住む州で使用されている呼び名については、次ページの表 2 を参照してください。

図 2		健康	財務
州	用語	帳票名	用語
アルバータ	Agent	パーソナル ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
ブリティッシュ コロンビア	Representative	アドバンス ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
マニトバ	Proxy	ヘルスケア ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
ニューブランズウィック	Attorney for Personal Care	アドバンスケア ダイレクティブ	Attorney for Property
ニューファンドランド ラブラドール	Substitute Decision-Maker	アドバンスヘルスケア ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
ノースウェスト テリトリー	Agent	パーソナル ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
ノバスコシア	Delegate	パーソナル ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
ヌナブト*	Guardian	特別な名称はなし	Enduring Power of Attorney
オンタリオ**	Power of Attorney for Personal Care	ウィシーズ*	Power of Attorney for Property
プリンスエドワード	Proxy	ヘルスケア ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
ケベック	Mandatary	アドバンスメディカル ダイレクティブ	Power of Attorney
サスカチュワン	Proxy	ヘルスケア ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney
ユーコン	Proxy	ダイレクティブ	Enduring Power of Attorney

*ヌナブト州では、意思決定が自分でできなくなる前に、医療に関する代理人（SDM）や「後見人 Guardian」を指名できる法律はありません。誰もがあなたの後見人 Guardian になることを申請できますが、裁判所は、あなたの事前の希望（誰に後見人になってもらいたいか）を含めいくつかの要因を考慮します。

**オンタリオ州では、法律上、すべての人が SDM を持っていますが、あなたが SDM になってほしい人を指定することもできます。「Power of Attorney for Personal Care 身の回りの世話のための委任状」という書類を作成して、あなたの SDM となる代理人を指名することができます。

Why have a SDM for Health?
医療に関する代理決定者（SDM）の必要性とは？

ご自身の希望を伝えることができない場合は、事前指令書（AD）に書かれた、または口頭で伝えられている通り、あなたが‘以前にに表明した希望が尊重されるべきです。しかし、事前指示書（AD）を作成していても、SDM や医療従事者が決定を下す必要のある特定の病状やシナリオを取り上げていない可能性があります。また、事前指示書（AD）の法的枠組みはカナダ国内でも様々で、すべての州や準州で法的拘束力のある文書とはなりません。

あなたの SDM（緊急時には医療従事者）が、最終的には決定を下します。SDM は、あなたが判断能力があった場合に下したであろう意思決定を理解した上で、あなたに代わって意思決定を行う権限を持っています。

Why have a SDM for Finances?
財産に関する代理意思決定者の必要性とは？

財産に関する代理人を任命をお勧めするのは以下の人々です：

- 不動産（土地や家など）を持っている
- 管理が必要な投資や資金がある
- 生活費や定期的な支払いのために口座からお金が必要

カナダのほとんどの州と準州では、政府が作成した標準的な委任状のフォームがあり、記入できるようになっています（例えば、オンタリオ州政府は、自分で委任状を作成するための無料キットを提供しています）。
http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/family/pgt/poa.pdf

また、いくつかの商用ウェブサイトで無料のテンプレートを提供しています（例：財産に関する代理意思決定人任命のためのウェブサイトは以下リンクにて無料提供）
* *https://www.lawdepot.com/contracts/power-of-attorney-form/?loc=CA&s=QSgeneral&g=QGFinalDetails*

*ご自身の責任においてご利用ください。一部の州では、弁護士や公証人の立会人がいないと、不動産（Land Title Office）を扱う代理意思決定人を任命できないのでご注意ください。

資産状況が複雑な場合は、弁護士に相談することをお勧めします。

Who can I appoint? 誰を任命できるか

あなたの意思決定代理人（SDM）は、以下を満たしている必要があります：

- 住んでいる州や準州の法定年齢に達していること（表 3 参照）
- 意思決定能力があり（mentally capable）、容易に連絡がとれること
- 裁判所の命令や離別同意書（separation agreement）により、SDM の役割を果たすことが禁止されていないこと
- あなたが信頼でき、あなたの希望を実現してくれる人

医療のため： あなたのことをよく知っていて、あなたの信念や価値観を尊重し、願いを伝えてくれる人

財産のため：あなたが財産に関する SDM として任命した人は、あなたのすべての財務および法律に関する事にアクセスすることができます。これにより彼らは、あなたの人生に対して非常に大きな力を持つことになります（例えば、あなたの家を売ることができるかもしれません）。あなたの財産に関する SDM は、あなたが信頼でき、あなたの利益と希望を第一に考えてくれる人でなければなりません。このため、誰を選ぶかは慎重に検討してください。また、財産に関する SDM にどのような決定をしてもらいたいかを詳しく、委任状に書いておきましょう。

あなたが生きていて意思決定能力があるときに、信頼できる人が誰もいない場合は、財産に関する SDM を任命すべきではありません。身近にその役割を担える人がいない場合は弁護士に相談し、信託会社を任命する事を検討しましょう。

*ご自身の責任においてご利用ください。一部の州では、弁護士や公証人を証人としないと、不動産（Land Title Office）を扱う代理意思決定者を任命できないので注意が必要です。

表 3.

州	成人年齢
プリンス・エドワード、オンタリオ*	16

アルバータ、サスカチュワン、マニトバ、ケベック、ヌナブト**	18
ニューファウンドランド・ラブラドール、ニューブランズウィック、ノバスコシア、ブリティッシュコロンビア、ノースウェストテリトリー、ユーコン	19

*オンタリオ州では、 健康に関する SDM、つまり「身の回りの世話に関する代理人」に任命されるには 16 歳以上でなければなりませんが、財産に関する SDM、つまり「財産に関する代理人」に任命されるには 18 歳以上でなければなりません。

**ヌナブト州では、健康に関する SDM、つまり「後継人（Guardian）」として任命されるには 18 歳以上でなければなりませんが、財産に関する SDM として任命される（または他の人を任命する）には 19 歳でなければなりません。

Appointing Two SDMs Jointly SDM に 2 名を任命する場合：

ほとんどの州と準州では、1 名以上を代理人に任命でき、彼らが共同で（jointly）、または単独で（independently）行動するかを事前に指定できます。あなたの地域のルールについてはこちらの事前指示書（AD）フォームと作り方説明で確認できます。
www.dyingwithdignity.ca/download_your_advance_care_planning_kit

私たちは、SDM たちが単独で（independently）行動できるように任命することを勧めます。法の元では、共同で行動するよう指定すると、行動を起こす前に、すべての決定事項に全員の同意が必要になってきます。もし一人の代理人が賛成しなかった場合、あなたのケアに対する重要な決定が遅れる可能性があります。また、意見の相違や誤解が生じ、時間を浪費する事にも繋がります。ですが、SDM たちが単独行動できると指示された場合、一番目に指名した人と連絡が取れなかったり行動できなかった場合に、あなたが次に指名した人が自動的に権限を持ち決定する義務を負うことになります。

Talking with your SDM(s) 代理意思決定者と話し合う

あなたの人生や医学的な状況についての考え・意見や選択をあなたの SDM と共有する事は、あなたの価値観や希望についての話し合いを促すのに役立ちます。前述の第 1 章の C「あなたの個人的な価値観や信念を見極める」と、D「会話をする」を参照してください。これらの部分を一緒に見直してみたり、彼らに「あなたがどう答えると思うか」聞いてみるのもいいでしょう。

彼らの回答と自分自身の答えを比較することで、彼らがあなたのことをよく知っていてあなたが望む将来のケアや治療法について理解しているか、そして、あなたの希望に沿って行動する責任を負うことを望んでいるかどうかがわかります。

What if I don't appoint a SDM? 代理意思決定権者を任命しない場合

あなたが健康に関する SDM を任命せず、法定後見人（legal guardian）もいない場合、カナダの多くの地域では 以下の順位に基づいて自動的に SDM が決められます。本人が自分で意思決定ができなくなり、法的に任命された SDM がいない場合、医療従事者はリストを上から順に見ていき、その人物に代わって意思決定を行う資格のある人を見つけます。

1. Spouse or partner 配偶者またはパートナー
2. Child or parent 子または親
3. Parent with right of access アクセス権のある親
4. Brother or sister きょうだい
5. Any other relative or close friend その他の親族または親しい友人
6. Office of the Public Guardian and Trustee (PGT) 公的管財人事務所

上記のような順位が存在しない地域でも（ヌナブト準州など）、通常医療従事者は、配偶者やパートナー、家族に、あなたが置かれた状況において、あなたが望むかもしれないことについての洞察を求めます。

What's Next? 次にするべき事は？

大変なところは終わりました。ヘルスケアの決定についてのアドバンス ケア プランニングが理解でき、そして自身の信念、願い、価値観を考え、自分が意思決定能力を失った時にどのようなケアをしてもらいたいか考え、あなたの SDM として信頼している人物を選び話しあった今、事前指示書（AD）の作成の準備はできたということです。このキットのある DWDC のウェブサイトに行き、あなたが住む州をクリックして下さい。あなたの居住している州に合った事前指示書（AD）を作成し、可能であれば自分のヘルスに関する SDM を任命することができます。

もし財産に関する SDM（永続的または継続的委任状 Enduring / Continuing Power of Attorney）の任命も希望する場合は、 あなたの財産管理がそれほど複雑でなければ、無料で提供されている情報や書類を利用してもよいでしょう。もしあなたの財産管理が複雑であるという場合は、弁護士に相談することをお勧めします。

カナダのほとんどの州・準州では、政府が作成した標準的な委任状の書式があり、それに記入ができます（例えば、オンタリオ州政府はこちらのキットを無料提供しており、*http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/ family/pgt/poa.pdf* 委任状を作成することができます）。

また、いくつかの商用サイトでは、無料のテンプレートを提供しています（例えば、財務に関する SDM を無料で任命するためのテンプレートは以下のサイトから）。
https://www.lawdepot.com/contracts/power-of-attorney-form/?loc=CA&s=QSgeneral&g=QGFinalDetails

*これらは自分の責任においてご利用ください。また、一部の州では、弁護士や公証人を証人としなければ、代理人を任命して不動産（Land Title Office やその他の機関など）を扱ってもらうことができませんので、ご注意ください。

Appendix: Glossary of Terms 付録：用語の解説

Advance Directive 事前指示書：意思決定が可能な健康な状態で書かれた文書のことで、医療や非医療ケアに対する自分の希望を述べた文書。

Antibiotics 抗生物質：感染症の治療に有効的でよく使われる薬。感染症の中には、重篤な病人にとって生命を脅かすもの、例えば、肺炎、血液や脳の感染症などもある。

Artificial Nutrition 人工栄養：口以外から食事を与える方法。昏睡状態やその他の理由で飲み込むことができない場合に適用され、以下の方法で投与される。

- Nasogastric Tube 鼻胃管（NG チューブ）：鼻から胃の中に挿入する管。チューブは、胃から余分な酸を吸引するために使用されることもある。
- Gastrostomy Tube 胃瘻チューブ（G チューブまたは PEG チューブ）：食事や水分、薬を長期的に投与するために、胃の中に直接取り付ける管。

Artificial Hydration 人工的な水分補給：静脈に挿入した細い管（venous catheter 静脈カテーテルまたは IV）を介して液体を補給すること。終末期の患者が、自発的に飲食をやめ（Voluntarily Stop Eating and Drinking, VSED）、シンプルにコンフォートケア（comfort care）を受けることを希望する場合は、人工的な水分補給は死期を延ばすことになるため、点滴による水分補給の中止も要請したほうがよい。

Cardio-Pulmonary Resuscitation 心肺蘇生法（CPR）：胸部を圧迫したり、電気ショックを与えて心臓を再始動させたり、肺に直接空気を送り込んで呼吸を補助する方法。CPR は命を救うことができるが、重篤な患者に対する成功率は極めて低い。

Cerebrovascular Accident 脳血管障害（CVA）：脳卒中（Stroke）の項参照

Coma 昏睡状態：痛み、光、音、強い刺激によっても目を覚ますことができない深い無意識の状態。動く事もあるかもしれないが、それは意識的な行動ではない。短時間の昏睡状態であれば回復することができるが、昏睡状態が 4 週間以上続くと植物状態に移行する可能性がある。

Comfort Care コンフォートケア: 死期が近づいている患者が、これ以上治療を受けることを拒否したり、患者に与えられる治療がなく回復の見込みがないと判断された場合に、その患者がより穏やかに過ごせるようにするためのケア。

Dementia 認知症 : 日常生活を営む能力に影響がある状態。例えば、アルツハイマー型認知症や、深刻な脳卒中後の思考力や記憶力の低下などがある。

心臓に電気的、機械的、その他の人工的な刺激（artificial stimulation）を与える: 心肺蘇生法（CPR）を参照

Heart Failure 心不全: 心臓が損傷を受け、体内の重要な臓器に十分な血液を送ることができなくなった状態。

Hospice Care ホスピスケア: 終末期にある患者（terminal patient）のためのケアで、市が近い患者の痛みや症状のコントロールに重点が置かれ、通常は積極的な医療行為は行わない。このケアは 自宅で行われる場合と、病院や終期末ケアを行う施設で行われる。

Intensive Care Unit 集中治療室（ICU）：重症管理室（Critical Care Unit）とも呼ばれる、高度な専門スタッフが常駐する病棟。生命を脅かす病気や怪我やまた大手術に伴う合併症のある患者で、常にモニタリングや特殊な機器でのサポートを必要とする患者が入院する。

Life-sustaining Treatment 生命維持のための治療：正常に動かない身体機能の補助やサポートの為の治療法。治療可能な状態であれば、患者が安定するまで一時的に使用する。身体機能の回復が望めない場合、生命維持装置は QOL（生活の質）の向上の手助けとはならず、死へのプロセスを単に長引かせることになる。

Mechanical Breathing 機械による呼吸：肺機能のサポートまたは代わりとするために使われる。人工呼吸器（ventilator）やレスピレーター（respirator マスク型）は、患者の鼻や口から気管に挿入される管に取り付けられた機械で、空気を肺に送り込むためのもの。短期的な医学的問題を抱えている人の助けになる。脊髄の損傷や進行性の神経疾患などによる元に戻らない呼吸不全の場合は、長期間の人工呼吸が必要となり、その場合喉の前の小さな穴から管を通し、気管に挿入する（tracheostomy Tube 気管切開チューブ）。

Palliative Care 緩和ケア：痛みや症状のコントロールと治療による衰弱や吐き気などの副作用の管理に重点を置いたケア。多くの場合病院で、化学療法（chemotherapy）や放射線療法（radiation）などの医療行為と並行して行われる。

Stroke 脳卒中：血管の詰まりから血流が滞ったり脳内に出血したりすることで起こる脳の損傷。初期原因があった部位や重症度によって後遺症の障害レベルが異なる。

Substitute Decision-Maker（代理意思決定人）：自分の身の回りの世話や財産に関わることの決定能力を失った場合、本人の代理で意思決定をするよう本人が任命する人。

Terminal illness 末期症状：数週間から数ヶ月以内に死が予測されるほど進行した医学的状態。

Vegetative State 植物状態：思考、記憶、意識、発話などを司る脳の部分が損傷を受けた結果、反応しない状態が続くこと。呼吸や心拍をコントロールする脳の部分には損傷がなく、医療介入が行われる事で無反応の状態でも生存し続けることができる。

Dying With Dignity Canada
It's your life. It's your choice.

www.dyingwithdignity.ca

DWDCanada @dwdcanada

500 – 1835 Yonge St., Toronto, ON M4S 1X8
Toll Free: 1-800-495-6156 Fax: 416-486-5562

このキットは This kit is:

提供 Produced by: Dying with Dignity Canada (DWDC)

翻訳 Translated by: Japanese Social Services (JSS)

Disclaimer 免責事項

*This is a translation of "*Advance care Planning Kit*", 2020 version, produced in English by Dying with Dignity Canada (DWDC), downloaded in September 2021 from DWDC website. Japanese Social Services (JSS) is wholly responsible for the accuracy of this translation, produced with permission of DWD. The original content in English may be subject to change with DWDC's discretion.

本冊子は、Dying with Dignity Canada (DWDC)より許可を得て、2020 年英語版「Advance Care Planning Kit」（2021 年 9 月 DWDC ウェブサイトより取得）を翻訳しています。翻訳の質に関しては、Japanese Social Services が責任を担っており、DWDC の関与するところではありません。英語の原版は DWDC の判断により内容が変更されることがありますので、ご了承ください。

**This booklet gives general information. It is not a substitute for getting legal and medical advice about a particular situation.

この冊子の内容は一般情報であり、個々の状況についての医療・法律相談に替わるものではありません。