



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



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せようお願いいたします。

© 西オーストラリア州保健省 (2025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。本資料の著作権は西オーストラリア州に帰属します。本書に記載されている情報は、1968年著作権法（連邦法）で認められている使用を除き、西オーストラリア州保健省終末期ケアプログラムの明示的な許可なく、出版したりいかなる形でも複製することはできません。

推奨引用形式

Department of Health, Western Australia. A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia. Perth: End-of-Life Care Program, Department of Health, Western Australia; 2025.

重要な免責事項

本ガイドは、西オーストラリア州における事前医療指示書の作成に関する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。法的またはその他の専門的な助言が必要となる具体的な状況においては、独立した専門家の助言を求めてください。

事前医療指示書についての詳細は、下記をご参照ください。

保健省
電話：9222 2300
Eメール：acp@health.wa.gov.au
ウェブサイト：healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



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：
ウェブサイト：

オーストラリア翻訳・通訳資格認定機関 (NAATI)

電話番号：
ウェブサイト：

TISナショナル

() に電話して通訳を依頼し、
詳細情報の問い合わせ先 リス
トにある機関に電話するよう
依頼してください。

内容

このガイドの使い方	2
-----------	---

セクション 1: 事前医療指示書について

事前医療指示書とは？	3
------------	---

自分で意思決定や意思疎通ができなくなったとき、誰が治療やケアについて決定するのか？	4
---	---

事前医療指示書作成のためのチェックリスト	6
----------------------	---

セクション 2: ステップ・バイ・ステップガイド

事前医療指示書の各項目	7
-------------	---

パート 1: 私の個人情報	7
---------------	---

パート 2: 私の健康	8
-------------	---

パート 3: 私の価値観と希望	9
-----------------	---

パート 4: 事前医療指示書に基づく治療の意思決定	13
---------------------------	----

パート 5: 事前医療指示書の作成を手伝ってくれた人々	19
-----------------------------	----

パート 6: 署名と証人	21
--------------	----

セクション 3: 参考情報

よくある質問 (FAQ)	23
--------------	----

詳細情報の問い合わせ先	32
-------------	----

用語集	34
-----	----

事前医療指示書の記入例	37
-------------	----

このガイドの使い方

このガイドは、事前医療指示書を準備・作成する際に役立つ情報を提供します。

事前医療指示書を作成するには、時間がかかると感じられるかもしれません。一度にすべての項目を記入する必要はありません。複数回に分けて作成することも可能です。

事前医療指示書を作成する際には、将来、体調が悪化して自分で医療の判断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。

セクション 1：事前医療指示書について

このセクションでは、事前医療指示書とは何かについて説明します。また、事前医療指示書がなぜ役立つのか、どのように活用されるのか、そしてご自身で意思決定や意思疎通ができなくなった場合に、誰が代わりに決定を行うのかについても解説します。事前医療指示書を準備・作成・保管するためのチェックリストも提供しています。

セクション 2：ステップ・バイ・ステップガイド

このセクションでは、事前医療指示書の作成手順を段階的に解説し、理解を助けるための事例もあわせて紹介しています。

セクション 3：参考情報

このセクションでは、事前医療指示書で使用される用語の説明と、よくある質問への回答を提供します。また、詳細情報の問い合わせ先へのリンクも掲載されています。

事前医療指示書の記入例、および未記入の事前医療指示書

このガイドの最後に、事前医療指示書の記入例があります。このガイドには、未記入の事前医療指示書が添付されています。

事前医療指示書を作成する際には、記入例をご参照ください。

事前医療指示書の作成にあたっては、支援を受けることが可能です。支援を受ける方法や相談先についての情報は、[セクション3：参考情報](#)をご覧ください。



セクション 1: 事前医療指示書について

このセクションでは、事前医療指示書とは何かについて説明します。それがなぜ役立つのか、どのように使用されるのか、そしてご自身が意思決定や意思伝達ができなくなった場合に誰が代わりに決定を行うのについて、詳しく解説します。

事前医療指示書とは？

事前医療指示書とは、将来受けたい、または受けたくない治療やケアについて、あらかじめご自身で意思決定を行うことができる**法的文書**です。

事前医療指示書は、あなたが重篤な病気や怪我に見舞われ、決断を下したり希望を伝えることが**できなくなった場合にのみ**使用されます。このような場合、事前医療指示書があなたの「声」となります。事前医療指示書を変更する必要がある場合は、現在の事前医療指示書を取り消し（無効化し）、新しい事前医療指示書を作成してください。

事前医療指示書は、西オーストラリア州で利用可能な文書のひとつであり、アドバンス・ケア・プランニングの一環として作成することができます。

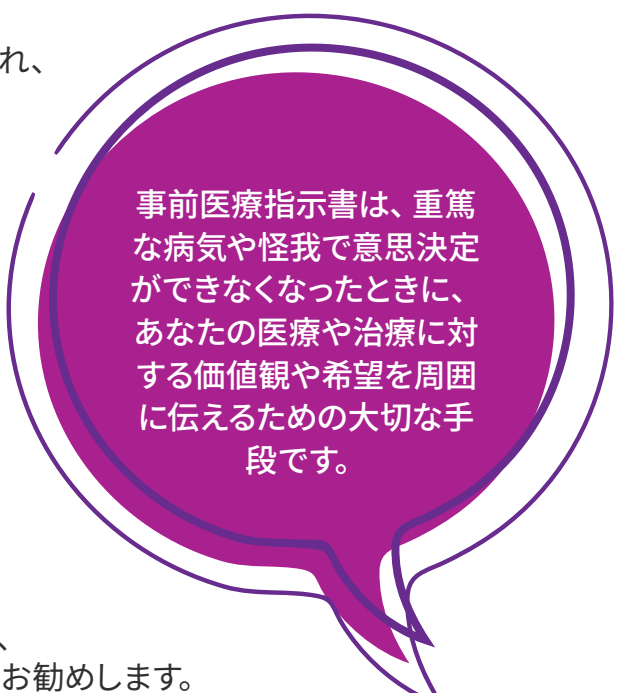
事前医療指示書を作成しておくことで、大切な人や医療従事者が、あなたの医療やケアに関して何が大切かを理解するのに役立ちます。

自分の考えをまとめるために、家族や介護者、親しい友人、総合診療医（GP）、その他の医療従事者に相談することをお勧めします。

また、以下の情報源もご活用ください。

- ・ マイバリュー（MyValues）のウェブサイト – myvalues.org.au
- ・ 西オーストラリア州保健省アドバンス・ケア・プランニングのウェブサイト – healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

事前医療指示書やアドバンス・ケア・プランニングに関する詳しい情報は、セクション3「参考情報」の「よくある質問」をご覧ください。



事前医療指示書は、重篤な病気や怪我で意思決定ができなくなったときに、あなたの医療や治療に対する価値観や希望を周囲に伝えるための大切な手段です。



事前医療指示書の作成は任意です。

将来の健康や人生の最終段階における希望について考えたり話し合ったりすることは、簡単なことではありません。サポートが必要な場合はご相談ください。

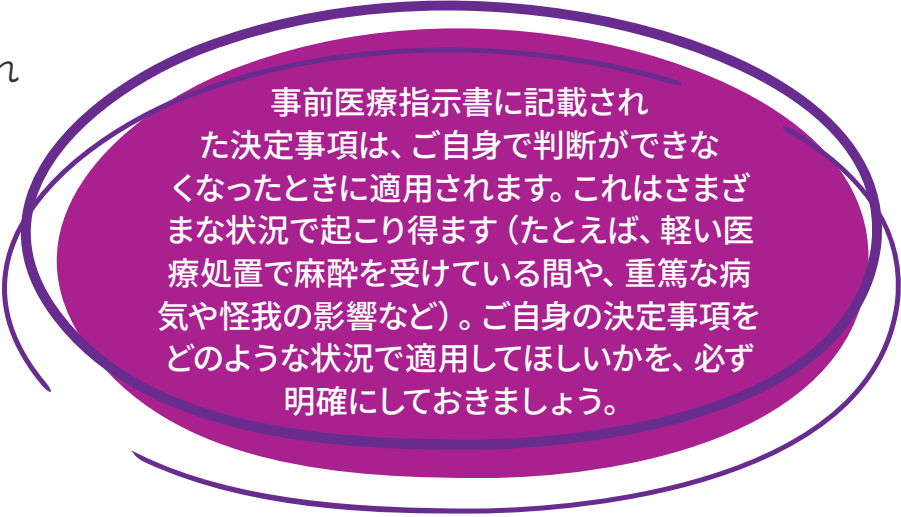
事前医療指示書は誰が作成できますか？

事前医療指示書を作成するには、事前医療指示書を作成する時点で、18歳以上であり、完全な法的能力を有している必要があります。

それは以下を意味します。

- ・ 事前医療指示書における意思決定を行うために提供された情報や助言をすべて理解している
- ・ 事前医療指示書で決定したことが、将来の治療やケアに及ぼすであろう影響について理解している
- ・ 将来の治療やケアに関する自分の決定について、そのメリットとデメリットを比較検討することができる
- ・ 将来の治療やケアについて、自分の決定を何らかの方法で伝えることができる

成人は、判断能力がないことが示されない限り、その能力を有するとみなされます。有効な事前医療指示書を作成できるかどうか、現在の判断能力に不安がある場合は、医師に評価を依頼してください。また、将来自分の判断能力に問題が生じるのではないかと不安がある場合は、そのことについても医師に相談することができます。



事前医療指示書に記載された決定事項は、ご自身で判断ができなくなったときに適用されます。これはさまざまな状況で起こり得ます（たとえば、軽い医療処置で麻酔を受けている間や、重篤な病気や怪我の影響など）。ご自身の決定事項をどのような状況で適用してほしいかを、必ず明確にしておきましょう。

自分で意思決定や意思疎通ができなくなったとき、誰が治療やケアについて決定しますか？

本人が自己の治療やケアについて意思決定や意思疎通を行うことができなくなった場合、医療従事者は、治療方針を決定するにあたり、**治療に関する意思決定者の階層**に従う必要があります。

次のページに記載されている「治療に関する意思決定者の階層」は、医療従事者があなたに代わって治療の決定を行う際に、従うべき意思決定者の順序を示したものです。事前医療指示書は、将来の医療に関する意思決定を行う際に、医療従事者が最初に確認する文書です。

事前医療指示書を作成しない場合はどうなりますか？

もし事前医療指示書を作成しない場合、医療従事者は、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。

最も優先されるべき人物が意思決定を行うことが不可能、またはその意思がない場合、医療従事者は階層の次に位置する人物から同意を得ることができます。

「治療に関する意思決定者の階層」とは？

治療意思決定者の階層は、あなたが医療に関する意思決定や意思疎通を行う能力を失った場合にのみ、医療従事者によって使用されます。

治療に関する意思決定者の階層



永続的後見人を選任している場合でも、特定の治療について強い希望がある場合は、その意思を伝えるために事前医療指示書を作成することを選ぶことができます。

永続的後見人についての詳細は、セクション3「参考情報」のよくある質問をご覧ください。

事前医療指示書を作成するためのチェックリスト

太字の項目は、事前医療指示書を有効にするために必要です。

- ☐ 事前医療指示書を読み、この事前医療指示書ガイドを活用して、記入にあたっての準備や考慮すべき点を理解する。
- ☐ 将来、深刻な病気や怪我をしたときに、自分の価値観、健康、医療に関して、何が最も大切なのか考える。
- ☐ 自分にとって何が大切か、そして医療に対する価値観や希望（終末期医療を含む）について、親しい家族や友人に話しておく。
- ☐ 事前医療指示書に記載されている生命維持治療の選択肢について、医師に説明してもらう。
- ☐ 自分の健康や生活に関する意思決定について責任を持つ永続的後見人を選任するかどうかを検討する。選任を希望する場合は、誰を選ぶかをよく考えたうえで、その人と自分の希望について話し合う。
- ☐ 事前医療指示書を作成することが、すでに作成済みの他のアドバンス・ケア・プランニング文書にどのような影響を及ぼすか考える。
- ☐ 事前医療指示書に詳細を手書きで記入するか、もしくは電子PDFフォームに入力する。
- ☐ **パート1「私の個人情報」に記入する。**
- ☐ **パート4「事前医療指示書に基づく治療の意思決定」で、治療に関する意思決定を少なくとも1つ行う。**
- ☐ 事前医療指示書の作成にあたって通訳者または翻訳者のサービスを利用した場合は、記入したパート5.1および通訳者・翻訳者の宣言書を、事前医療指示書のパート5.1に添付する。
- ☐ **パート6に記入するにあたって、18歳以上の証人2名（そのうち1名は西オーストラリア州において宣誓供述書の立会いが認められている者）の立会いのもと、事前医療指示書に署名する。**
- ☐ **事前医療指示書に署名以外の印を使用してサインした場合は、「マークスマン条項（marksman clause）」を記入し、事前医療指示書のパート6に添付する。**
- ☐ 事前医療指示書のコピーをスキャンし、マイ・ヘルス・レコード（myhealthrecord.gov.au）にアップロードして、必要なときに医療従事者がその内容を確認できるようにする。
- ☐ 事前医療指示書の認証コピーを作成し、自分のケアに関わる人々と共有する。
- ☐ 事前医療指示書の原本は安全な場所に保管する。
- ☐ 事前医療指示書の認証コピーを、親しい家族や友人、そして自分のケアに関わる人々に渡す。
- ☐ 事前医療指示書を見直す時期を2年から5年後に計画する。ただし、健康状態が変わった場合はすぐに見直すようにする。

セクション 2: ステップ・バイ・ステップガイド

このセクションでは、事前医療指示書の作成手順を段階的に説明し、理解を深めるための具体例も紹介しています。

事前医療指示書の各項目

事前医療指示書が有効であるためには、パート1、4、6を記入する必要があります。

パート1には、あなたの個人情報を記入します。パート1は**必ず記入**してください。

パート2には、ご自身の主な健康状態を記入します。

パート3には、あなたにとって大切なこと、そして将来のケアに関する価値観や希望を記入します。

パート4には、今後どのような治療やケア（医学研究への参加を含む）を受けたいか、または受けたくないかについて記入します。事前医療指示書を有効なものとするには、パート4に少なくとも1つの治療に関する意思決定を記載する**必要があります**。

パート5には、事前医療指示書の記入をサポートしてくれた人の詳細を記入します。

パート6では、事前医療指示書の署名を行います。パート6は**必ず記入**し、署名には証人の**立会いが必要**です（証人の要件についての詳細は、**パート**に記載されています）。

パート 1: 私の個人情報

事前医療指示書のこの部分は**必ず記入**してください。

以下の項目は**記入必須**です。

- 事前医療指示書の作成日
- 氏名、生年月日、住所（本人確認のため）

電話番号とEメールアドレスの記入は**任意**です。
必要な場合に連絡が取れるよう、少なくとも1つは記入することをお勧めします。

今後、住所・電話番号・メールアドレスが変更になっても、事前医療指示書は引き続き有効です。

連絡先の変更に関する詳細は、セクション3「参考情報」の**よくある質問**をご覧ください。



パート 2：私の健康

パート2の質問には、すべてに回答しても、一部だけに回答しても、あるいはまったく回答しなくても構いません。回答したくない質問には取り消し線を引いてください。

パート2では、ご自身の主な健康状態や懸念事項を記入することができます。またパート2には、ご自身の健康や医療について話す際に大切にしていることもご記入ください。

2.1 私の主な健康状態

パート2.1では、現在抱えている主な健康状態について、詳しく記入することができます。身体的な健康状態、精神的な健康状態、またはその両方について記載することができます。また、過去に経験した重大な健康問題についても、併せてご記入ください。

例

- 私は6年前に大腸がんと診断されました。手術と化学療法を受けました。現在は寛解していますが、大腸がんが将来再発する可能性があると言われています。
- 私は5年前に交通事故に遭いました。今でも慢性的な背中への痛みがあります。背中の痛みが良くなる可能性は低いと言われました。
- 私は最近、運動ニューロン疾患と診断されました。私の健康状態は急速に悪化する可能性が高いと言われました。まもなく、シャワーを浴びたり服を着替えたりといった日常的なことに多くの助けが必要になるでしょう。

2.2 健康や医療について話すとき、私にとって大切なことがあります

パート2.2には、ご自身の健康や医療について医療従事者と話すときに、大切にしたいことや重視していることをご記入ください。これには、意思決定を行う前に、どの程度の情報を得たいかというご自身の希望も含まれます。また、治療の選択肢やケアについて医療従事者と話す際に、一緒にいてほしい家族や友人の詳細も記載します。

トリッシュの話

トリッシュ（65歳）は、最近ステージ4の乳がんと診断されました。トリッシュの事前医療指示書には、親しい友人で看護師のケイが、トリッシュに分かりやすく情報を伝える方法をよく理解しているため、すべての診察に同伴していると記されています。

例

- 私は自分の健康状態や治療の選択肢について詳しく知りたいと思っています。そうすることで、自分の選択肢や今後起こり得ることを十分に理解できるからです。
- 英語は私の第二言語です。診察や専門医の受診の際には、息子または娘に同席してもらうことを望んでいます。

注：あなたがよく知っていて、意思決定を託せるほど信頼できる人がいる場合は、永続的後見委任状の作成もご検討ください。

永続的後見人の選任に関する詳細は、セクション3「参考情報」のよくある質問をご覧ください。

パート 3：私の価値観と希望

パート3の質問には、すべてに回答しても、一部だけに回答しても、あるいはまったく回答しなくても構いません。回答したくない質問には取り消し線を引いてください。

パート3では、ご自身の健康や医療について最も大切にしていることをお書きください。将来の健康に関して不安に思っていることもご記入ください。これにより、意思決定や意思疎通ができなくなった場合でも、身近な人々や医療従事者が、あなたにとって何が大切かを知ることができます。

将来の健康にとって大切なことや、人生の最期に望むことについて考えたり話し合ったりするのは、簡単なことではありません。この部分を記入する際にサポートが必要な場合は、ご相談ください。

3.1 私にとって大切なことがあります

パート3.1では、あなたにとって「よく生きる」とは何を意味するのかを記入してください。例えば、病気などで今のような生活が送れなくなったときに、一番恋しく思うものについてなどです。

本書のこの部分には、あなたが大切だと思われるような事柄のリストが含まれています。該当するすべての項目にチェックを入れてください。また、自分にとって大切な活動や興味のあること、趣味などを書き出してみてください。

例

- 家族や友人と過ごす時間は、私にとって大切です。
- 娘が頻繁に訪ねてきてくれることは、私にとってとても大切なことです。
- ペットがそばにいてくれること、あるいは少なくとも定期的に会えることは、私にとって大切なことです。
- 私はずっとレズビアン・コミュニティの一員であり、このつながりをこれからも続けたいと思っています。
- 私は中国人なので、広東語を話せる人と一緒に過ごすのが楽しいです。

リタの話

リタ (87歳) は定期的にクロアチア・クラブを訪れ、友人に会い、母国語であるフルヴァツカ語で話し、母国の伝統的なゲームを楽しんでいます。リタは事前医療指示書に、「話したり動いたりすることが困難になった場合は、クラブには行きたくない」と記載しています。



3.2 将来の健康について考えるとき、不安に感じることがあります

パート3.2では、将来の健康や医療について不安に感じていることを記入してください。例えば、ご自身にとって受け入れがたい、病気や怪我による永続的な状態などが該当します。

将来、病気や怪我をしても、適切な治療やケアによって、元の健康状態に回復できる可能性があります。しかし、病気や怪我の内容によっては、治療やケアの効果が限られ、病気になる前と同じような生活を送ることが難しくなる場合もあります。

例

- 常に痛みがあるのではないかと心配です。
- 家族や友人とコミュニケーションがとれないかもしれない、理解してもらえないかもしれないと心配になります。
- 自分で自立した生活ができなくなったら、不幸に感じると思います。
- 自分で食事ができなくなったら、受け入れられないと思います。
- 家族や友人のことが分からなくなったら、それは私にとってとてもつらいことです。

ニコールの話

ニコール（43歳）は最近パーキンソン病と診断されました。彼女の事前医療指示書には、自分で食事ができなくなったら、それを受け入れることはできないと記されています。ニコールは、病気が原因で手や体の他の部分が動かなくなった場合に家族の介護が必要になることを見据え、自分にとって大切なことを家族に知っておいてもらいたいと考えています。

3.3最期のときを、過ごしたい場所があります

パート3.3では、死期が近づいたとき、残された日々や数週間を、どこで過ごしたいとお考えかについて記入してください。

本書のこの部分には、4つの選択肢があります。選択肢は1つだけ選ぶことができます。選んだ選択肢について、記入欄に詳細を記載することも可能です。

例：

- 自然の中で過ごすことは、私にとって大切です。花の咲く庭のある場所や、海の近くで過ごしたいと思っています。
- 家族や友人は、私の人生において重要な存在です。できるだけ長く家族や友人の近くで過ごし、いつでも気軽に、そして定期的に会いに来てもらえるようにしたいと考えています。
- 私は自分がゲイであることを自認しており、自分の性的指向が受け入れられ、尊重される環境で過ごすことが大切だと感じています。

レイモンドの話

レイモンド（95歳）は人生の最後の5年間を介護付き高齢者施設で過ごしました。その施設が彼にとっての「家」となりました。レイモンドは事前医療指示書を持っていました。そこには、自宅で家族に囲まれて最期を迎えたいと書いてありました。レイモンドの健康状態は急速に悪化しました。彼を担当する医療従事者は、最期の数週間のケアにおいて、彼の事前医療指示書を指針として尊重し、対応にあたりました。彼は高齢者施設で家族に囲まれて安らかに息を引き取りました。



3.4死が近づいたとき、大切にしたいことがあります

パート3.4では、人生の最期が近づいたとき、何があなたの心を慰めてくれるのか、誰にそばにいてほしいのか記入します。終末期に何を望むかを考えることは、容易ではありません。現段階で、何が最も重要かを考えてみてください。自分にとって大切な精神的、宗教的、文化的伝統について、あるいは安心感や心の安らぎをもたらしてくれるものについて、考えてみるのもよいでしょう。

該当するすべての項目にチェックを入れてください。記入欄に詳細をご記入ください。

例：

- 私はアボリジニの長老（エルダー）です。私の死の前後を通じて、家族やコミュニティが、私の文化における神聖な慣習や伝統的な儀式を行うことができることが重要です。
- 最期の時には、部屋に柔らかい灯りがともり、瞑想的な音楽が流れていることを望みます。それが私にとって心が落ち着く環境です。
- 最期の時は、自宅で快適さと尊厳が保てない場合を除き、病院に行きたくありません。
- 私はヒンドゥー教徒で、伝統的な儀式の数々を執り行うために、親族がそばに集まってくれることを願っています。

アンティの話

アンティ（64歳）は、長年にわたり糖尿病などの健康問題を抱えています。彼女の家族はターキー・クリークに住んでいます。もし重い病気になった場合には、移動が可能で、家族に大きな負担をかけないようであれば、娘のキャロルに故郷（カントリー）へ連れて帰ってもらいたいと考えています。この内容を事前指示書に記しておくことで、自分の希望が明確に伝わるという安心感を得られます。



パート 4：事前医療指示書による治療の意思決定

事前医療指示書を有効なものとするには、パート4で少なくとも1つの治療決定をしなければなりません。回答したくない箇所には取り消し線を引いてください。

パート4では、あなたが望む、あるいは望まない将来の治療について決定することができます。これには、生命を維持するために行われる可能性のある治療や医療的処置が含まれます。これらは「生命維持治療」と呼ばれます。また、将来的に医学研究に参加したいかどうかを決めることができます。医療従事者は、パート4に記載された決定事項に従わなければなりません。

治療とは、緩和ケアや生命維持措置、歯科治療、その他の医療を含む、あらゆる内科的・外科的治療を指します。

事前医療指示書における治療の決定とは、いかなる治療を開始または継続することに対して、同意するか、あるいは同意を拒否するかを決めることを指します。

4.1 生命維持治療に関する決定

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。注：事前医療指示書を有効なものとするには、パート4において少なくとも1つの治療に関する意思決定を行う必要があります。

パート4.1では、将来の生命維持に関わる治療や医療的処置について、受けたいもの・受けたくないものを選択します。この情報は、ご自身で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。

どの生命維持治療を受けたいか、または受けたくないかを決める際には、パート3「私の価値観と希望」に記載した、ご自身にとって大切なことを思い返してみてください。

本書のこの欄を記入する際の参考として、以下の点について主治医や他の医療従事者と話し合いましょう。

- 将来、どのような生命維持治療が必要となる可能性があるか
- 生命維持治療のリスクと副作用
- さまざまな生命維持治療が、長期的な健康や生活の質にどのような影響を及ぼす可能性があるか

事前医療指示書を作成する前に、治療に関する決定事項について医師と十分に話し合うことを強くお勧めします。

主治医やその他の医療専門家は、治療の選択肢やそれぞれの影響について、アドバイスを提供することができます。



一部の限られた例外を除き、医療従事者はあなたの生命維持治療に関する指示に従わなければなりません。ただし、パート4.1を記入したからといって、必ずしも選んだ治療が必要になったり、受けられたりするわけではありません。その治療があなたにとって有益でない場合、医師にはその治療を行う義務はありません。

生命維持治療に関する詳しい情報は、セクション3「参考情報」のよくある質問をご覧ください。

パート4.1でのあなたの決定は、生命維持治療のみに関するものです。すべての生命維持治療を拒否する選択をした場合でも、医療従事者は、苦痛を最小限に抑え、快適に過ごすためのケア（緩和ケア）を提供します。

緩和ケアを受けたくない場合は、パート4.2でその旨を明記する必要があります。

パート4.1には選択肢が5つあります。選択肢は1つだけ選ぶことができます。

- **選択肢1:** 生命を維持または延命することを目的としたすべての治療に同意します。
- **選択肢2:** 生命を維持または延命することを目的としたすべての治療に同意します。ただし、傷病により非常に重篤な状態にあり、継続的な生命維持治療なしに回復する見込みが合理的にないと明らかに判断される場合を除きます。このような場合、生命維持治療への同意を撤回します。
- **選択肢3:** 生命の維持や延命を目的としたすべての治療を拒否します。
- **選択肢4:** 特定の生命維持治療について決定し、以下の表に記入します。

選択肢4を選択する場合、生命維持に必要なさまざまな治療について、受けるか受けないかを決定する必要があります。これを行うには、事前医療指示書に記載されている表にご記入ください。該当するボックスにチェックを入れて、同意する治療と同意しない治療をそれぞれ示してください。また、治療に同意する状況を具体的に記載することも可能です。状況は、容易に理解・解釈できるように、明確かつ簡潔に記載してください。

表に記載されていない生命維持治療を追加する場合は、パート4.1「その他の生命維持治療に関する決定」の追加ページを使用し、事前医療指示書のパート4.1に添付してください。

追加のページは、healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectivesからダウンロードできます。また、印刷版をご希望の場合は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。

- **選択肢5:** 現時点では決断できません。

選択肢5を選択した場合、有効な事前医療指示書を作成するためには、パート4.2または4.3で少なくとも1つの治療決定を行う必要があります。選択肢5は治療に関する意思決定とはみなされません。



誰もが、自分が受けたい治療や受けたくない治療について、それぞれ異なる考えを持っています。以下の例は、選択肢を検討する際の参考になるでしょう。さらに詳しい説明を加えても構いません。将来どのような生命維持治療を受けたいか、または受けたくないかについて、まだ決断する準備ができていない場合は、選択肢5を選択してください。

例

事例：選択肢1 – ネイサンの場合

- ネイサンは5週間前に心臓発作を起こしました。彼のかかりつけ医は、心臓手術が必要になる可能性が非常に高いと伝えました。ネイサンは、命を維持または延ばす可能性のあるすべての治療を受けたいと考えています。
- **ネイサンの選択：選択肢1「生命を維持または延命することを目的としたすべての治療に同意します。」**

事例：選択肢2 – リンダの場合

- リンダは腎臓病と診断されています。彼女の母親は腎不全で亡くなりました。リンダは、母親が晩年にひどい吐き気に悩まされたことを覚えています。ほとんど回復の望みがない状況で、基礎疾患の治療がかえって吐き気を悪化させたことを記憶しています。リンダは自分自身に同じことが起こることを望んでいません。
- **リンダの選択：選択肢2「生命の維持や延命を目的としたすべての治療に同意します。ただし、怪我や病気が極めて重篤で、延命治療を続けなければ生存できないと判断される場合には、例外とします。」**このような場合、生命維持治療への同意を撤回します。

事例：選択肢3 – ミアの場合

- ミアは以前に、乳がんの治療を受けたことがあります。彼女は最近、がんの再発を告げられ、治療を行っても数カ月以上の延命は難しいと伝えられました。
- ミアの友人も乳がんを経験しており、化学療法によって延命はできたものの、苦しみが長く続いたことに、ミアは複雑な思いを抱いています。ミアは今回、死を遅らせるような治療はこれ以上望まず、医療従事者にはできるだけ痛みのない快適な状態を保つことに専念してほしいと決めました。
- **ミアの選択：選択肢3「生命の維持や延命を目的としたすべての治療を拒否します。」**

事例：選択肢 4 – ピーターの場合

- ピーターは慢性閉塞性肺疾患（肺の慢性疾患）と診断されています。彼は70歳で、病状は悪化する一方であることを理解しています。彼は、自宅で酸素療法を受けることになっても、生活の質は保てると感じています。老人ホームや病院で人工呼吸器を**永久に**装着することは望んでいません。
- **ピーターの選択：選択肢 4「特定の生命維持治療について決定し、以下の表に記入します。」**
 - 彼は**補助人工呼吸の項目 (B) にチェックを入れ、次のように説明しました。**「一時的な場合に限り、その後自宅に戻れるのであれば（たとえ酸素が必要でも）希望します。」病院や老人ホームで人工呼吸器を永久に装着することは望みません。
 - **その他すべての治療については、項目 (C) にチェックを入れました。**「他のすべての生命維持治療を拒否します。」

事例：選択肢 5：ウィリアムの場合

- ウィリアムは25歳で、これまでに近親者の死を経験したことがなく、また身近な人が生命維持治療を受ける状況に直面したこともありません。
- **ウィリアムの選択：選択肢 5「現時点では決断できません」**
 - 事前医療指示書を有効なものとするには、パート4.2または4.3で少なくとも1つの治療に関する意思決定を記載する必要があります。選択肢5は治療に関する意思決定とはみなされません。

4.2 その他の治療に関する意思決定

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。注：事前医療指示書を有効なものとするには、パート4で治療に関する意思決定を少なくとも1つ行ってください。

パート4.2では、パート4.1の生命維持治療とは別に、将来受たい・受たくないと考えているその他の治療について、ご自身の意思を記入してください。この情報は、ご自身で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。

ここでの「その他の治療」には、特定の健康状態を予防するための薬剤（アスピリン、コレステロール治療薬など）や輸血などが含まれます。

特定の治療について意思表示をする場合、その治療を希望する場合と希望しない場合の状況を明確に説明する必要があります。

例えば、アスピリンの投与を望まない場合、それはすべての場合に該当しますか、それとも特定の状況のみですか？

記入欄に詳細をご記入ください。記入欄が足りない場合は、**パート4.2 – その他の治療に関する意思決定**の追加ページに記入し、それを事前医療指示書のパート4.2に添付してください。追加のページは、[healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://www.health.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives)からダウンロードできます。また、印刷版をご希望の場合は、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

（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。

事前医療指示書にページを追加する方法についての詳細は、セクション3「参考情報」の**よくある質問**をご覧ください。

例

健康状況	私の治療選択
コレステロール値が非常に高い	コレステロール吸収阻害剤を投与しないでください。副作用に耐えられません。
すべての状況	輸血および血液製剤は一切使用しないでください。私の信仰に反することです。
定期的に片頭痛が起こる	アスピリンは使用しないでください。胃痛を引き起こします。

4.3 医学研究

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。注：事前医療指示書を有効なものとするには、パート4で治療に関する意思決定を少なくとも1つ行ってください。

パート4.3では、医学研究への参加意思を記入します。この情報は、ご自身で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。

医学研究に参加することで、病気の予防や発見、治療に役立つ医学・科学の知識の発展に貢献することができます。パート4.3では、さまざまな種類の医学研究活動を挙げています。記載されている医療研究活動の参加について、同意する場合・同意しない場合の状況を、それぞれチェックボックスで選択できます。以下の表は、パート4.3に記載されている各医療研究活動の例を示しています。

医学研究は、厳格な指針のもとで実施され、人を対象とする研究に関する専門家委員会（「人を対象とする研究に関する倫理指針」に準拠した人間研究倫理委員会）の承認を受ける必要があります。

将来の医学研究への参加に同意する場合、それは人間研究倫理委員会の承認を得て、国の研究指針に準拠した研究にのみ適用されます。医学研究に関する詳しい情報は、公的擁護事務所のウェブサイト（publicadvocate.wa.gov.au）をご覧ください。セクション3「参考情報」の用語集にも、より詳しい情報が掲載されています。



研究活動	研究活動の例
機器または装置の使用	新しいタイプの酸素マスクやペースメーカーの効果を検証すること。
十分な数の医療従事者から支持を得ていない医療行為の提供	少人数の患者を対象とした研究でしか効果が確認されていない、新しい薬や機器を試すこと。
比較評価を実施するための医療提供	2つの異なる薬剤または治療法の疾患に対する効果を比較する研究。この種の研究では、一方の患者グループがある治療を受け、もう一方の患者グループが異なる治療を受けます。
血液サンプルの採取	血液細胞の数や種類の変化などを調べるために、血液を採取して検査室で分析する研究。
口、喉、鼻腔、目、耳を含む体内の組織または体液の採取	ほくろやそばかすの生検（局所麻酔下でほくろやそばかすの一部を切り取ること）を行い、皮膚がんの兆候を調べる。鼻の中の粘膜から綿棒で検体を採取し、ウイルスや細菌の有無を調べる。
口、喉、鼻腔、目、または耳の非侵襲的な検査	耳、目、口の中に光を当て、病気の兆候や変化を確認する。
身長、体重、視力の非侵襲的な検査	体重計を使って体重を測る。視力を確認するための眼科検査を受ける。
観察検査	いろいろな動きをしながら、呼吸の速さや体の動かしやすさを評価する検査。
アンケート調査、インタビュー、またはフォーカスグループの実施	治療やケアに関する質問に答えるため、紙またはウェブ上のアンケートに回答すること。ケアの体験をより良くするためのアイデアを共有するため、インタビューや小グループの会議に参加すること。
個人情報を含む情報の収集、利用、または開示	患者本人の同意のもと、医療記録の情報を研究者に提供し、複数の患者グループ間での傾向や相違点を分析する研究。例えば、ある疾患を持つ患者が10年間でどの程度入院しているかを調査する。
上記の活動で採取された検体や情報の検討または評価	病気やその治療法を理解するための研究の一環として、異なる患者の血液検査結果を比較し、共通点や相違点を探すこと。

パート 5：事前医療指示書の記入を手伝ってくれた人々

パート5の質問には、すべてに回答しても、一部だけに回答しても、あるいはまったく回答しなくても構いません。回答したくない質問には取り消し線を引いてください。質問によっては、事前医療指示書に補足資料を添付する必要があります（例：通訳者・翻訳者の宣言書）。

パート5では、事前医療指示書の作成を手伝ってくれた人々について記載することができます。

5.1 本書の記入にあたり、通訳や翻訳のサービスを利用しましたか？

パート5.1では、事前医療指示書を作成する際に、通訳や翻訳を依頼したかどうかを記入します。この質問には選択肢が3つあります。

- **選択肢1:** 英語が母国語であるため、通訳者や翻訳者を必要としませんでした。英語に自信があり、指示書の記入時に通訳者や翻訳者を利用しなかった場合は、この選択肢を選んでください。
- **選択肢2:** 英語が母国語ではありません。私はこの事前医療指示書を作成する際に通訳者および／または翻訳者を手配し、通訳者・翻訳者の宣言書を添付しました。この指示書の作成や内容に関する相談において、通訳者や翻訳者を利用した場合は、この選択肢を選んでください。
通訳者・翻訳者の宣言書に通訳者・翻訳者と一緒に記入し、事前医療指示書のパート5.1に添付してください。追加のページは、healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives からダウンロードできます。また、印刷版をご希望の場合は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。
- **選択肢3:** 英語が母国語ではありません。私はこの事前医療指示書を作成する際、通訳者および／または翻訳者を利用しませんでした。英語が母国語ではないが、通訳者や翻訳者の助けを借りずに指示書に記入した場合は、この選択肢を選んでください。

1つの欄のみにチェックを入れるか、回答を希望されない場合は、この質問に取り消し線を引いてください。

選択肢2を選択した場合、あなたと通訳者・翻訳者は、セクション3「参考情報」の「よくある質問」を参照し、通訳者・翻訳者の利用方法について詳しくご確認されることをおすすめします。注：通訳者・翻訳者は、資格や認定を受けている専門家であることが推奨されます。

選択肢2を選択した場合は、あなたと通訳者・翻訳者は「通訳者・翻訳者の宣言書」に記入し、それを事前医療指示書に添付する必要があります。



5.2 永続的後見委任状 (EPG) を作成しましたか？

パート5.2では、永続的後見委任状を作成したかどうかについて、詳細をご記入ください。

永続的後見委任状は、ご自身で意思決定や意思疎通ができなくなった場合に備え、生活や医療に関する判断を代行する代理人（1名または複数名）を指名・任命するための法的文書です。永続的後見委任状を作成する場合は、事前医療指示書にその詳細を記載することを強くお勧めします。

本人に代わって意思決定を行うために任命される人は、「永続的後見人」と呼ばれます。

永続的後見人は、特別な状況（例えば、事前医療指示書作成後に新たな治療法が利用可能になった場合など）を除き、事前医療指示書に記されたあなたの意思決定を覆すことはできません。

1つの欄のみにチェックを入れるか、回答を希望されない場合は、この質問に取り消し線を引いてください。選択肢2を選ぶ場合は、永続的後見委任状および永続的後見人に関する詳細を記載してください。

永続的後見委任状および永続的後見人の選任方法については、セクション3「参考情報」のよくある質問をご覧ください。

5.3 この事前医療指示書を作成するにあたり、医療または法律の専門家に相談しましたか？

パート5.3では、事前医療指示書を作成する際に受けた医療および／または法律の助言について、詳細をご記入ください。

事前医療指示書に記載する決定が、ご自身の健康状態に適したものであり、ご自身や家族・友人にとって最善であることを確認するために、医療や法律の専門家にご相談されることをおすすめします。

医療に関する項目と法律に関する項目のそれぞれについて、該当する欄を1つだけ選んでチェックしてください。回答を希望されない場合は、この質問に取り消し線を引いてください。

事前
医療指示書を作成する際には、医療
や法律の専門家に相談
することが推奨され
ます（必須では
ありません）。



パート 6: 署名と証人

事前医療指示書のこの部分は、記入が必須であり、定められた証人要件を満たす必要があります。

事前医療指示書の有効性を確保するため、事前医療指示書への署名および立会いに際しては、以下の要件を遵守してください。

- 事前医療指示書は、2人の証人の立会いのもとで署名する必要があります。両方の証人が、あなたが事前医療指示書に署名する様子を見届ける必要があります。
- 証人もまた、事前医療指示書に署名する必要があります。あなたも、両方の証人が事前医療指示書に署名するのを見届ける必要があります。各証人は、もう一方の証人が事前医療指示書に署名するのを見届けなければなりません。
- 2人の証人は、いずれも18歳以上で、完全な法的能力を有している必要があります。
- 証人のうち1名は、宣誓供述書の証人として認められている者でなければなりません。

詳細な西オーストラリア州における宣誓供述書の証人の一覧については、「2005年誓約書、法定宣誓書、および宣誓供述書に関する法」(Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005) の別表2 (Schedule 2) をご参照ください。wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations

立会人として認められている職種の簡易一覧は、以下の通りです。

- | | | |
|------------------|--------------------|---------------|
| • アカデミック(高等教育機関) | • 保険ブローカー | • 警察官 |
| • 会計士 | • 治安判事 | • 郵便局長 |
| • 建築家 | • ランドゲート職員 | • 心理学者 |
| • オーストラリア領事官 | • 弁護士 | • 公証人 |
| • オーストラリア外交官 | • 地方自治体のCEOまたは副CEO | • 公務員(連邦または州) |
| • 廷吏 | • 地方自治体議員 | • 不動産業者 |
| • 銀行マネージャー | • 損害査定人 | • 決済代理人 |
| • 認定秘書 | • 結婚式司式者 | • 保安官または副保安官 |
| • 薬剤師 | • 国会議員 | • 測量士 |
| • カイロプラクター | • 助産師 | • 教師 |
| • 監査役または清算人 | • 宗教指導者 | • 審判官 |
| • 裁判所職員 | • 看護師 | • 獣医師 |
| • 国防軍士官 | • 検眼医 | |
| • 歯科医 | • 救急医療隊員 | |
| • 医師 | • 永続的委任状による代理人 | |
| • 選挙区担当職員 | • 理学療法士 | |
| • エンジニア | • 足病医 | |
| • 産業組織事務局長 | | |

証人の住所を記入する際は、郵便私書箱ではなく、番地住所を使用してください。住所は、証人の事業登録住所、勤務先住所、自宅住所のいずれでも構いません。

証人の役割と責任に関する詳細は、セクション3「参考情報」のよくある質問をご覧ください。

事前医療指示書に署名できない場合はどうすればよいですか？

記入した事前医療指示書に署名できない場合は、イニシャル、×印、拇印など、どのような形式の印でも差し支えありません。

署名以外の印を使用する場合は、マークマン条項を記入し、それを事前医療指示書のパート6に添付する必要があります。この条項は、healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectivesからダウンロードできます。また、印刷版をご希望の場合は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。マークマン条項を含める場合は、弁護士や地域の法律相談サービスなどの専門家に相談することをお勧めします。

視覚に障がいがある方や、読み書きができない方が事前医療指示書を作成する際の詳細については、セクション3「参考情報」のよくある質問をご覧ください。



セクション 3: 参考情報

このセクションには、よくある質問、用語集、そしてさらに詳しい情報を得るための案内が掲載されています。

よくある質問 (FAQ)

このセクションでは、事前医療指示書の作成に関して、よくある質問にお答えします。その他のよくある質問は、healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanningをご覧ください。

一般的な質問

私の事前医療指示書はいつ使用されますか？

あなたの事前医療指示書は、ご自身で治療やケアに関する意思決定や意思疎通をすることが困難で、かつ指示書の内容が必要な治療に該当する場合のみ使用されます。

事前医療指示書の有効期間はどれくらいですか？

事前医療指示書による意思決定は、以下のいずれかの条件に当てはまる限り有効です。

- 本人が死亡するまで
- 本人が事前医療指示書を取り消す（無効化する）まで
- 事前医療指示書に記載されている治療の選択肢が引き続き有効である場合事前医療指示書は、作成後に新たに利用可能となった治療法には適用されません。

旧様式の事前医療指示書を使用した場合、その指示書はまだ有効ですか？

はい。2023年2月4日以前に旧様式を使用して事前医療指示書を作成し、すべての法的要件に従って記入した場合、その指示書は引き続き有効です。

新たに事前医療指示書を作成する場合は、1990年後見・財産管理法 (Guardianship and Administration Act 1990) で規定されている現行の書式を使用する必要があります。新しい事前医療指示書のテンプレートは、本ガイドに添付されており、またhealthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanningからもご利用いただけます。

2023年2月4日以降に旧様式を使用した場合、1990年後見・財産管理法の法的要件に基づき、有効な事前医療指示書とみなされない可能性があります。

事前医療指示書を登録しなければなりませんか？

いいえ、事前医療指示書を登録する法的義務はありません。身近な人やあなたのケアに関わる人には、事前医療指示書を作成したことを伝え、そのコピーを共有することをお勧めします。詳しくは、[記入した事前医療指示書はどうすればよいですか？](#)をご覧ください。

新しい事前医療指示書は長くなっていますが、記入は難しいですか？

ページ数は増えていますが、新しい事前医療指示書（AHD）に加えられた変更により、文書は以前よりも記入しやすく、理解しやすくなっています。新しいAHDには以下が含まれています。

- 各質問にできるだけ具体的に回答できるように、記入を助けるための説明や具体例がより多く提供されています。
- 治療に関する意思をさまざまな方法で記録できるように、チェックボックス形式と自由記述形式の両方の質問が用意されており、将来あなたの代わりに判断を下す可能性のある人々に十分な情報を提供できるよう、できる限り詳しく記入できるようになっています。
- 医学研究への同意に関するセクション
- あなたの価値観や希望を把握するためのセクション

将来必要になるかもしれない治療について、あらかじめすべてを具体的に想定するのは難しい場合があります。ご自身の価値観や希望を記録しておくことで、身近な人や医療従事者があなたにとって何が大切かをよりよく理解できるようになります。これは、事前医療指示書の治療選択部分で具体的に指定できなかった治療について、将来必要となった際にあなたに代わって判断をするための参考になります。

覚えておくべきこと。

- 各ページには回答を記入できる広い空欄が設けられており、それが様式の長さを増す要因の一つとなっています。
- 一部のセクションは、記入を希望しない場合に取り消し線を引くことが可能であり、その旨がAHDの該当セクションに明記されています。

AHDを作成する際、医療専門家と話す必要がありますか？

AHDを作成する際に医療専門家と話す必要はありませんが、相談されることを強くお勧めします。

AHDに記載する希望が複雑で具体的であるほど、専門家に相談する価値はより大きくなります。医療専門家と話し合うことで、すでに記録されている意思決定事項や今後記録する予定の内容が、ご自身にどのような影響をもたらすかを確認できます。

特に、AHDですべての生命維持治療を拒否しようと考えている場合は、主治医や専門医と相談し、その決定の影響を十分に理解することが推奨されます。なお、現在生命を脅かす病気の診断を受けていない場合は、その重要性が一層高まります。

なぜ改訂版AHDに医学研究に関するセクションが追加されたのですか？

1990年後見・財産管理法が2020年に改正され、同法の第9E部に基づき、同意能力のない成人が健康および医療研究に参加するための制度が整備されました。医療研究への参加およびその一環として受ける治療は、AHDで示した意思決定と一致していなければなりません。改訂版AHDには、当該法に基づき、本人が同意の有無を示すための研究活動や状況が記載されています。

医療従事者は、事前医療指示書にある私の決定に常に従わなければならないのでしょうか？

はい。ほとんどの場合、あなたが自分の治療やケアに関する意思決定や意思疎通を行えなくなった際、一部の限られた例外を除き、医療従事者は事前医療指示書の内容に従う必要があります。限定的な例外は、以下のすべての条件を満たした場合に発生します。

- 治療に関する意思決定を行った後に、その決定に関連する状況が変化した場合
- 事前医療指示書を作成した時点では、それらの変化を合理的に予測することができなかった場合
- その状況の変化を知っている合理的な人物であれば、その治療に関する意思決定を変更すると考えられる場合

事前医療指示書は、いつ、どのくらいの頻度で見直すべきですか？

事前医療指示書は、2年から5年ごと、または状況が変わったときに見直すことをお勧めします。例えば、新たに進行中の病気や生命を脅かす病気と診断された場合は、2年から5年の間隔を待たずに、より早い段階で事前医療指示書を見直す必要があるかもしれません。

アドバンス・ケア・プランニング、価値観と希望の確認書、事前ケア計画書、事前医療指示書の違いは何ですか？

アドバンス・ケア・プランニングとは、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。

この取り組みの一環として、あなたの価値観、信念、希望、治療に関する意思決定を記録するために、アドバンス・ケア・プランニング文書を作成することもできます。西オーストラリア州では、アドバンス・ケア・プランニング文書には以下のものが含まれます。

- **価値観と希望の確認書：将来のケアに向けた計画**は、将来のケアに関する自身の価値観や希望を記録できる文書です。住みたい場所や、その他自分にとって重要なことを含めることができます。この文書は判例法指示書（Common Law Directive）とみなされる場合があります（詳細は下記の**判例法指示書と事前医療指示書の違いは何ですか？**をご覧ください）。
- **意思決定能力が不十分な方のための事前ケア計画書**は、本人と親しく、継続的な関係にある認定代理人が本人に代わって作成する文書です。この代理人は、「治療に関する意思決定者の階層」で最も上位に位置し、意思決定を行う意思と能力を備えている人物です。この文書は、有効な事前医療指示書や価値観と希望の確認書を持っていない場合に、本人に代わって医療処置の意思決定を行う意思決定者および医療従事者の指針として活用されます。この文書は、本人が価値観と希望の確認書や事前医療指示書を作成する判断能力を失った場合に限り使用されるべきです。この文書は非公式文書であり、本人が治療に対して法的に同意したり拒否したりするための文書ではありません。非公式文書は、特定の法律によって認められたものではありません。
- **事前医療指示書**は、将来病気や怪我をした場合に備えて、受きたい治療や受けたくない治療に関するあなたの意思決定を法的に記録したものです。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。事前医療指示書は、法律で認められている法的文書です。法的文書は、あなたの希望を記録するための最も確実で正式な方法です。

判例法指示書と事前医療指示書の違いは何か？

判例法指示書とは、将来の特定の状況下において、どのような治療や介護を受けたいか、あるいは受けたくないかという本人の希望を、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。特定の判例法指示書が法的に有効であり、遵守可能であると認められるまでには、重大な困難が伴うことがあります。そのため、治療の意思決定を行う際には推奨されません。

事前医療指示書とは、将来病気や怪我をした際に備え、受けたい治療や受けたくない治療に関するあなたの意思を法的に記録する文書です。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。事前医療指示書は、法律で認められている法的文書です。法的文書は、あなたの希望を記録するための最も確実で正式な方法です。

立会い、署名、共有

本人の意思に反して、事前医療指示書への署名を強要されることはありますか？

いいえ。事前医療指示書におけるすべての治療に関する意思決定は、自発的に行われなければなりません。誘導や強制によって本人の意思に反して行われた治療の意思決定は無効です。

家族または医療従事者が、事前医療指示書が自発的に作成されたものではない、または誘導や強制の影響を受けていると疑う場合は、1990年後見・財産管理法に基づき、州行政裁判所に有効性の判断を求める申請を行うべきです。

医師に事前医療指示書の証人になってもらうことは可能ですか？

はい。医師に事前医療指示書の証人を依頼することができます。医師は、もう一人の証人（18歳以上の人）の立会いのもとで証人として署名しなければなりません。

家族に事前医療指示書の証人になってもらうことはできますか？

はい。ただし、証人には家族ではなく、独立した第三者を選ぶことが推奨されています。

通訳者・翻訳者に、事前医療指示書の証人になってもらうことはできますか？

いいえ。事前医療指示書の作成時に通訳者や翻訳者のサービスを利用した場合、その通訳者や翻訳者は事前医療指示書の署名の証人にはなりません。

事前医療指示書を作成したことを、周りの人に伝える必要はありますか？

身近な人やあなたのケアに関わる人には、事前医療指示書を作成したことを伝え、そのコピーを共有することを強くお勧めします。事前医療指示書の保管場所を伝え、必要なときにすぐに取り出せるようにしておきましょう。

追加・変更・挿入事項・取り消し（無効化）

事前医療指示書に追加のページを添付することはできますか？

はい。署名および証人立会いの前であれば、事前医療指示書に情報を追加することができます。事前医療指示書の署名および証人の立会いが終了した後は、ページを追加することはできません。

事前医療指示書にページを追加するにはどうすればよいですか？

事前医療指示書にページを追加するには、以下のことを必ず確認してください。

- 追加するページは、該当する事前医療指示書のセクションと一貫した書式を使用すること
 - パート4.1にページを追加する場合は、「**パート4.1 – その他の生命維持治療に関する決定**」を使用すること
 - パート4.2にページを追加する場合は、「**パート4.2 – その他の治療に関する意思決定**」の追加ページを使用すること
 - 通訳者・翻訳者の宣言書を追加する場合は、**通訳者・翻訳者の宣言書**を使用し、Part 5.1に添付すること
 - マークスマン条項を追加する場合は、**マークスマン条項**を使用し、パート6に添付すること
- 追加ページは、事前医療指示書の該当セクションに物理的に取り付ける（ホチキス止めなど）
- 証人の前で事前医療指示書（パート6）に署名する際に、追加したページの下部にも署名と日付を記入する。

あなたの証人が以下を行うことを確認してください。

- 事前医療指示書のパート6に署名する際は、追加したページの下部にも同時に署名すること。

追加ページ、宣言書、および条項は、healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectivesからダウンロードできます。また、印刷版をご希望の場合は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。



事前医療指示書に署名し、証人の立会いを受けた後に、その決定内容を追加・変更することはできますか？

いいえ。事前医療指示書に署名し、証人の立会いを受けた後は、その決定事項に追加や変更を加えることはできません。

事前医療指示書を変更する必要がある場合は、現在の事前医療指示書を取り消す（または無効化する）とともに、新しいものを作成してください。

事前医療指示書に署名し、証人の立会いを受けた後に、住所や連絡先を変更した場合はどうなりますか？

事前医療指示書は、住所や連絡先を変更しても引き続き有効です。個人情報の変更のみの場合は、事前医療指示書を取り消す（無効化する）必要はありません。署名済みの事前医療指示書に記載された以前の住所を二重線で消したり、新しい住所を追記したりしないでください。事前医療指示書のコピーを持っている人に、最新の連絡先を伝えるだけで問題ありません。

事前医療指示書を取り消す（無効化する）にはどうすればよいですか？

事前医療指示書を取り消すには、あなたが完全な法的能力を有している必要があります。法律は、本人に判断能力がない場合に、事前医療指示書の作成、修正、取り消しが行われないよう保護措置を設けています。

事前医療指示書には、以前のバージョンを取り消す意思を示すための欄が設けられています。

西オーストラリア州保健省は、事前医療指示書を取り消した（無効化した）場合、その旨を関係するすべての人や組織に文書で通知することを推奨しています。これには、あなたのかかりつけ医（GP）、その他の医療従事者、ケア提供者、さらに事前医療指示書のコピーを保持している家族や友人が含まれる場合があります。

古い事前医療指示書のコピーを持っている人は、それをあなたに返却し、あなたはそれらを破棄するべきです。

事前医療指示書に臓器や組織提供の許可を含めることはできますか？

いいえ。事前医療指示書は、臓器や組織提供の意思を正式に登録するために使用することはできません。臓器および組織の提供は、donatelife.gov.auで正式に登録してください。また、臓器や組織提供に関するあなたの意思については、家族とも話し合うことが重要です。なぜなら、あなたが亡くなった際に親族の同意が求められるからです。

事前医療指示書で、自発的安楽死に同意することはできますか？

いいえ。自発的安楽死（health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying）は、所定の適格基準を満たす西オーストラリア州の住民に認められた合法的な選択肢です。事前医療指示書に自発的安楽死を含めることはできませんが、もしそれが選択肢として考えられるのであれば、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、医療従事者を支援してきた豊富な経験を持っています。

アクセシビリティ

英語以外の言語で事前医療指示書を作成できますか？

いいえ。事前医療指示書は英語のみで提供されており、有効と認められるためには、**英語で記入する必要があります**。このガイドおよびその他のアドバンス・ケア・プランニングに関する情報は、複数の言語でご利用いただけます。詳細はhealthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectivesをご覧ください。

翻訳者または通訳者とは？

翻訳者は書面の文章を扱います。ある言語から別の言語へ文書を翻訳します。

通訳者は、話し言葉や手話（例えばオーストラリア手話：Auslan）を扱います。それぞれの話者が話したり手話で伝えたりしている内容を、相手の言語に通訳します。

事前医療指示書を作成する際、通訳者や翻訳者を利用することはできますか？

はい。事前医療指示書を作成する際に、通訳者や翻訳者のサービスを利用することができます。通訳者や翻訳者は、資格や認定を持っている専門家を利用することをお勧めします。**セクション2「ステップ・バイ・ステップ・ガイド」のパート5.1**をご参照ください。本ガイドの**詳細情報の問い合わせ先**のセクションには、通訳・翻訳サービスの利用先に関する詳細が記載されています。

事前医療指示書について話し合うために、医師に通訳の手配を依頼できますか？

はい。事前医療指示書について医師（またはあなたのケアに関わるその他の医療従事者）と話したい場合は、通訳サービスを依頼することができます。通訳者が同席して通訳を行う場合もあれば、電話を通じて会話を通訳する場合もあります。

事前医療指示書を作成するために、通訳者・翻訳者と私は何をすべきでしょうか？

あなたと通訳者・翻訳者は、**通訳者・翻訳者の宣言書**に記入し、これを記入済みの事前医療指示書のパート5.1に添付してください。宣言書は、healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectivesからダウンロードできます。また、印刷版をご希望の場合は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。

視力に障害がある場合、または読み書きができない場合、どのように事前医療指示書を作成すればよいですか？

読み書きや署名ができなくても、事前医療指示書を作成することは可能です。事前医療指示書（およびこのガイド）を誰かに読んでもらい、作成の支援を依頼することができます。

記入した事前医療指示書に署名できない場合は、他の人に代理で署名してもらうことができます。あなたの代理で署名する人は、パート6の署名ページにある2番目の欄に記入する必要があります。

署名以外の何らかの印をつけて、事前医療指示書に「署名」することを希望する場合は、**マークスマン条項**に記入し、事前医療指示書のパート6に添付する必要があります。マークスマン条項を使用する場合も、同じ証人要件が適用されます。マークスマン条項は、healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectivesからダウンロードできます。また、印刷版をご希望の場合は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。

マークスマン条項を含める場合は、弁護士または地域の法律相談センターから法的助言を受けることをお勧めします。本ガイドの**詳細情報の問い合わせ先**のセクションには、法律相談を提供している機関の情報が掲載されています。

生命維持治療

生命維持治療とは？

生命維持治療とは、死の危険がある状態において、命をつなぐための医療や、自力で生き続けられるよう支援するための医療を指します。生命維持治療の例としては、以下のようなものがあります。

- CPR（心肺蘇生法）（例：心臓が停止したときに、心臓のポンプ機能を維持するための処置）
- 補助人工呼吸（例：フェイスマスクや呼吸チューブを通じて呼吸を補助する機械）
- 人工的水分補給（例：静脈、組織、または胃にチューブを通して体内に水分を投与方法）
- 人工栄養（例：鼻や胃からの経管栄養）
- 血液製剤の投与（例：輸血）
- 抗生物質（例：経口または点滴チューブで投与される感染症に効く薬）

永続的後見委任状

永続的後見委任状とは？

永続的後見委任状（EPG）とは、将来ご自身で意思決定や意思疎通ができなくなった場合に備え、個人的なことや生活、治療に関する重要な意思決定を行う権限を他者に与える法的文書です。

このような人物を、永続的後見人と呼びます。永続的後見人には、あなたが住む場所、利用できる支援サービス、受ける治療について、意思決定を行う権限を与えることができます。永続的後見人に、あなたの財産や金銭に関する決定を委任することはできません。複数の永続的後見人を任命することも可能ですが、その場合、すべての意思決定を共同で行う必要があります。つまり、本人に代わる判断をする際には、全員の合意が求められます。

永続的後見委任状および永続的後見人に関する詳細は、公的擁護事務所のウェブサイト（justice.wa.gov.au/epg）をご覧ください。

事前医療指示書を作成する場合、永続的後見委任状も作成する必要がありますか？

いいえ。事前医療指示書を作成したからといって、永続的後見委任状を作成する義務はありません。

しかし、永続的後見人を任命することで、あなた自身が意思決定や意思疎通ができなくなった場合でも、あなたの価値観や信念、希望に沿った判断がなされる可能性が高まります。



認証コピーと保管について

事前医療指示書の認証コピーはどうしたら作成できますか？

認証コピーとは、権限を持つ証人が原本と相違ないことを証明した文書の写し（コピー）です。西オーストラリア州には、認証コピーの作成方法や、その認証を行うことができる者について規定した法律はありません。

しかし、通常は、「2005年誓約書、法定宣誓書、および宣誓供述書に関する法」の別表2に基づき、宣誓供述書の証人として認められた者が文書の認証を行います。事前医療指示書の認証コピーに関する詳細は、公的擁護事務所のウェブサイト publicadvocate.wa.gov.au または、司法省情報ファクトシート（書類の認証コピー） justice.wa.gov.au をご覧ください。

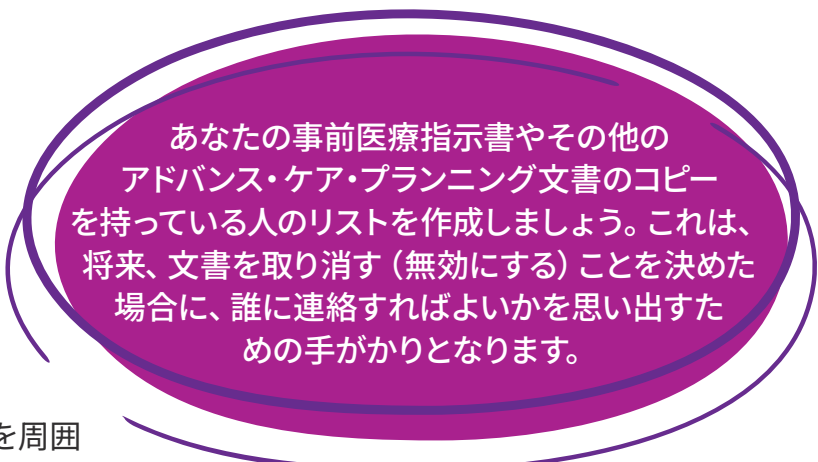
完成した事前医療指示書はどうすればよいですか？

事前医療指示書の原本は安全な場所に保管してください。

事前医療指示書のコピーは、マイ・ヘルス・レコード（My Health Record）を利用してオンラインで保管することができます。事前医療指示書をマイヘルスレコードにアップロードするには、digitalhealth.gov.au にアクセスしてください。アドバイス – PDFファイルのサイズを縮小するために、事前医療指示書を白黒でスキャンして保存する必要がある場合があります。マイ・ヘルス・レコードには、20MBを超えるファイルはアップロードできません。

身近な人やあなたのケアに関わる人には、事前医療指示書を作成したことを伝え、そのコピーを共有することをお勧めします。完成した事前医療指示書のコピーは、ご希望に応じて人数を制限せず、身近な方々と広く共有することができます。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。

- あなたの家族、友人、介護者
- 永続的後見人
- 総合診療医（GP）や近くの医師
- 他の専門医および/または他の医療従事者
- 高齢者介護施設
- 地域病院
- 法律専門家



あなたの事前医療指示書やその他のアドバンス・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ましょう。これは、将来、文書を取り消す（無効にする）ことを決めた場合に、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。

また、事前医療指示書を作成していることを周囲の人に伝えるために、以下の方法もご利用ください。

- 事前医療指示書アラートカードを財布やポーチなどに入れて常に携帯しておきましょう。アラートカードをご希望の方は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）にお問い合わせください。
- メディカラート（medicalert.org.au）のブレスレットを着用しましょう。

詳細情報の問い合わせ先

このセクションでは、事前医療指示書の理解および作成をサポートしてくれる団体の一覧を紹介しています。

事前医療指示書

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

一般的なお問い合わせや、アドバンス・ケア・プランニングに関連する資料（例：事前医療指示書）の無料請求を受け付けています。

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、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を提供しています。

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

医療従事者や一般の方からのお問い合わせ対応や、アドバンス・ケア・プランニング文書の作成をサポートします。

電話番号1300 208 582（受付時間：月曜～金曜午前9時～午後5時 [オーストラリア東部標準時]）

ウェブサイト：advancecareplanning.org.au

永続的後見委任状

公的擁護事務所

永続的後見委任状、永続的後見人、判断能力評価に関する情報を提供します。

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。

ヘルスダイレクト・オーストラリア

秘密厳守の電話健康相談サービスです。お近くの総合診療医 (GP) の案内や、登録看護師との相談が可能です。電話：1800 022 222 (年中無休・24時間対応) ウェブサイト：healthdirect.gov.au

法律相談

弁護士にご相談ください。

西オーストラリア州弁護士会

電話：9324 8600

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：legalaidservice.org.au

永続的後見委任状および事前医療指示書の運用に関する申請

州行政裁判所 (SAT)

電話：1300 306 017

ウェブサイト：sat.justice.wa.gov.au

翻訳者・通訳者が必要な場合

このガイドを理解するのが難しい場合は、healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanningのウェブサイトで複数の言語による情報をご覧ください。言語サポートが必要な場合は、下記までお問い合わせください。

- TISナショナル (131 450) に電話して通訳を依頼し、[詳細情報の問い合わせ先リスト](#)にある機関に電話するようお願いください
- 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 (naati.com.au) をご覧ください
- 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

このセクションに記載されている機関に電話する際は、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



用語集

このセクションでは、事前医療指示書においてよく使用される用語の定義を示します。

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

将来、本人が意思決定や意思疎通を行えなくなった場合に、意思決定を導くために、本人の価値観、信念、希望を明確にし、将来の医療や介護について計画するための自主的な取り組み。

アドバンス・ケア・プランニング文書 (Advance care planning documents)

アドバンス・ケア・プランニングの過程で作成される、法的文書および非公式文書を含むすべての文書を指す包括的な用語。西オーストラリア州では、事前医療指示書、価値観と希望の確認書（将来のケアに向けた計画）、永続的後見委任状、意思決定能力が不十分な方のための事前ケア計画書、などがこれにあたります。

アドバンス・ケア・プラン (事前ケア計画書、Advance Care Plan)

将来のケアに関する意思決定において、本人の信念や価値観、希望を記録した文書だが、本人の判断能力の欠如、意思決定能力の不十分さ、または本人確認・署名・日付などの形式的要件が満たされていないため、制定法や判例法に基づく法的効力は認められない。事前ケア計画書は口頭または文書で作成することが可能だが、文書による作成が推奨される。

事前医療指示書 (Advance Health Directive)

将来のケアに関する意思決定に備えて、本人の価値観や希望（望ましい結果やケアの内容などを含む）に焦点を当て、完全な法的能力を有する成人が自発的に本人主導で作成する法的文書。

特定の状況下で同意が与えられる、または拒否される治療内容を明示しており、本人が意思を伝えられなくなった場合にのみ効力を発揮する。

判断能力 (Capacity)

次のような場合、人は判断能力を有するとみなされる。

- 事前医療指示書における意思決定を行うために提供された情報や助言をすべて理解している
- 事前医療指示書で決定したことが、将来の治療やケアに及ぼすであろう影響について理解している
- 将来の治療やケアに関する自分の決定について、そのメリットとデメリットを比較検討することができる
- 将来の治療やケアについて、自分の決定を何らかの方法で伝えることができる

認証コピー (Certified copy)

適切な立会いのもとで作成された事前医療指示書のコピーであり、認定された証人が原本の正確なコピーであることを証明したもの。

終末期 (End-of-life)

生命の危機や致命的な病状を抱えながら過ごす期間。今後1年以内に死亡する可能性が高い場合、終末期に近づいているとみなされる。

永続的後見委任状 (Enduring Power of Attorney)

本人が自分の財産管理を任せるための代理人（「代理権者」）を任命する文書。

永続的後見委任状 (Enduring Power of Guardianship: EPG)

永続的後見委任状とは、将来、本人が個人的なことや生活、治療に関する合理的な判断ができなくなった場合に、本人に代わってその決定を行う永続的後見人を任命するための法的文書を指す。

永続的後見人 (Enduring guardian)

持続的後見委任状に基づいて任命され、本人に代わって、個人的なこと、生活や治療、および医学研究に関する意思決定を行う人。

医療

医療には、医療処置、生命維持治療、手術、精神衛生治療、薬物治療、歯科治療、産科ケア、緊急医療、看護ケア、足病医学、理学療法、検眼、心理療法、アボリジニ・ヘルスケア、作業療法、および、伝統中国医学など登録された医療従事者によって提供されるその他のサービスが含まれる。

医療従事者／医療専門家

健康分野において、専門的な知識や技能を用いて業務を行う登録専門職であり、法律によって明確に定義されている職種も含まれる。

LGBTQIA+

レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックス、クィア／クエスチョニング、アセクシュアル、またはその他の多様な性的指向や性自認を持つ人々。

生命維持措置または治療

生命維持に不可欠な身体機能が自力で働かなくなった際に、それを補うための医療、手術、または看護処置。これには、補助人工呼吸や心肺蘇生術が含まれる。

医学研究

医療または健康分野において、個人やそのデータ、身体組織に関する研究であり、その研究の目的で実施される活動を含む。

緩和ケア

生命を脅かす病気や症状を持つ人々、その家族や介護者の生活の質を向上させることに重点を置いた医療。

緩和ケアは本人と、その家族や介護者の重要性や独自性を尊重する。本人の体験や治療成果に影響を及ぼす可能性のある身体的、社会的、経済的、感情的、精神的な苦痛が考慮される。

公的擁護者

1990年後見及び財産管理法に基づき任命され、意思決定能力に障害のある成人の権利を守り支援する法定職員。

州行政裁判所 (SAT)

1990年後見及び財産管理法に基づき、永続的後見委任状および事前医療指示書の運用に関する事項を審理する司法機関。

治療の決定

いかなる治療を開始または継続することに対して、同意するか、あるいは同意を拒否するかを決めること。

緊急治療

患者の生命を救うため、または深刻な健康被害を防ぐため、あるいは重大な痛みや苦痛の発生や継続を防ぐために緊急に必要とされる治療。

以下は、事前医療指示書で使用される医学用語です。

抗生物質

感染症の治療に用いられる薬の一種。

人工的水分補給

静脈、組織、胃にチューブを通して輸液すること。

人工栄養

鼻や胃からチューブを通じて投与される栄養。

血液製剤

血液には、赤血球、白血球、血小板、抗体、生命維持に必要なタンパク質（出血を止めるタンパク質など）が含まれている。「血液製剤」という用語には、血液成分から作られるあらゆる製剤が含まれる。

輸血

血液または血液製剤をチューブを通して患者の血管内に投与すること。

心肺蘇生法（CPR）

心臓および／または呼吸が停止した際に、心臓のポンプ機能を維持するために行われる、胸骨圧迫や除細動器の使用、人工呼吸などの緊急措置。

化学療法

がんの治療に使われる薬。化学療法では、体内のがん細胞を死滅させたり、またはその増殖・拡散を抑えるために薬剤を使用する。

人工透析

腎不全の患者に対して通常行われる処置で、血液中の老廃物を除去し、体液と電解質のバランスを整えるための治療法。

病気

特定の明確な症状を伴う病または疾患。

集中治療

重篤な状態にあり、集中的な監視が必要な患者に対して、生命維持や臓器機能のサポートを提供する医学の分野。クリティカルケア医学とも呼ばれる。

気管挿管と人工換気

自力で呼吸ができない場合に用いられる医療的処置。気管挿管とは、（通常は口から）チューブを挿入し、肺まで通す処置である。人工換気とは、チューブを通して空気を送り込む行為を指す。

静脈注射（Intravenous）

Intravenousは「静脈内に」という意味の言葉。例えば、静脈内輸液とは、注射や点滴で人の静脈に投与する輸液のことである。

生命を脅かす病気／疾患

死に至る可能性の高い病気、疾患、傷害を指すが、死が差し迫っている終末期に限定されるものではない。

鎮痛薬

痛みを軽減する目的で投与される薬。鎮痛薬は、経口、注射、または皮膚に貼るパッチなど、さまざまな方法で投与される。

患者

治療を必要とするすべての人。

麻痺

身体の特定の筋肉を使ったり制御したりする能力が失われること。麻痺は多くの場合、神経の損傷によって引き起こされる。

敗血症

感染に対する体の反応によって、自身の組織や臓器が損傷を受けることで起こる、生命を脅かす疾患。敗血症は、早期に診断され治療されなければ、敗血症性ショック、臓器不全、さらには死に至ることもある。

脳卒中

脳への血管の閉塞や破裂によって引き起こされる脳機能の突然の喪失で、筋肉の制御不能、感覚や意識の減退または喪失、めまい、ろれつが回らない、あるいは脳への損傷範囲や重症度によって異なるその他の症状によって特徴づけられる。

事前医療指示書の記入例

次のページでは、事前医療指示書の記入例をご覧ください。ご自身の事前医療指示書を準備・作成する際の参考資料としてご利用ください。

事前医療指示書を作成するには、ある程度の時間を要します。一度にすべての項目を記入する必要はありません。複数回に分けて作成することも可能です。

事前医療指示書を作成する際に必要となる追加書類

このガイドには、未記入の事前医療指示書が添付されています。

以下のような場合には、追加ページをご使用ください。

- パート4.1「生命維持治療に関する決定」の記入にあたり、追加スペースが必要な場合
- パート4.2「その他の治療に関する意思決定」を記入するために追加スペースが必要な場合
- 事前医療指示書の作成にあたり、通訳者および／または翻訳者のサービスを利用した場合は、通訳者・翻訳者の宣言書に記入
- 署名の代わりに印や記号などを用いて事前医療指示書にサインした場合は、マークスマン条項に記入

これらの文書は、healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectivesからダウンロードすることができます。印刷版をご希望の場合は、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（電話：9222 2300、メール：acp@health.wa.gov.au）までお問合せください。



Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must** be 18 years or older and have full legal capacity. Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

☐

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed. You may need to scan your document in black and white rather than colour to reduce the PDF file size
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your health care (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

This form must be completed in English. If English is not your first language, you may choose to engage an interpreter and/or translator. The National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have an online directory which lists qualified and credentialed interpreters and translators able to assist you.



Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Advance Health Directive

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☒ | Spending time with family and friends |
| ☒ | Living independently |
| ☐ | Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country |
| ☒ | Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself) |
| ☐ | Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening) |
| ☐ | Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering) |
| ☒ | Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services) |
| ☐ | Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only) |
| ☐ | Working in a paid or unpaid job |

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- ☒ I want to be at home – where I am living at the time
- ☐ I do not want to be at home – provide more details below
- ☐ I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- ☐ Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- ☒ I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- ☒ I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- ☐ It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- ☐ I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- ☐ My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment (including palliative care and life-sustaining measures such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other health care.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

If you refuse all life-sustaining treatments, health professionals will still provide care to minimise pain and make you comfortable. If you do not want palliative care treatments, specify this in Part 4.2.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If you select Option 5, it is not considered a treatment decision and you will need to make at least one treatment decision in Part 4.2 or Part 4.3.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my health care in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1	☐	I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.
Or		
Option 2	☐	I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.
Or		
Option 3	☐	I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.
Or		
Option 4	☒	I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).
Or		
Option 5	☐	I cannot decide at this time.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here. To add any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receiving, use the additional pages for Part 4.1 Other life-sustaining treatment decisions.

Please see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the additional pages for Part 4.1.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	☐	☐	☒	☐
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	☐	☒	☐	☐
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>				
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	☒	☐	☐	☐
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	☐	☐	☒	☐
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Receiving blood products such as a blood transfusion	☐	☐	☒	☐
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	☒	☐	☐	☐
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Other life-sustaining treatment (1)	☐	☐	☐	☐
State the treatment:	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
☐ I have made other life-sustaining treatment decisions using the template and attached (specify number of pages) additional pages.				

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future. Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the additional pages for Part 4.2 Other treatment decisions, see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the additional pages for Part 4.2.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i> <i>I cannot tolerate the side effects.</i>

☐ I have made more treatment decisions using the template and attached (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	☐	☐	☐	☐	☒
The use of equipment or a device	☐	☐	☐	☐	☒
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	☐	☐	☐	☒	☐
Providing health care to carry out a comparative assessment	☐	☐	☒	☐	☐

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	☐	☐	☒	☐	☐
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	☐	☒	☐	☐	☐
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	☐	☒	☐	☐	☐
A non-intrusive examination of height, weight or vision	☐	☐	☐	☐	☒
Being observed	☐	☐	☐	☐	☒
Undertaking a survey, interview or focus group	☒	☒	☒	☒	☐

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	☐	☐	☐	☒	☐
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	☐	☐	☐	☐	☒
Any other medical research not listed above	☐	☐	☐	☐	☒

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of an interpreter and/or a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged an interpreter and/or translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage an interpreter and/or translator when completing this form.

If you engaged an interpreter and/or translator when making this Advance Health Directive, your interpreter/translator should complete the interpreter/translator statement and attach it to your Advance Health Directive. Please see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the interpreter/translator statement.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	☒	English is my first language – I did not need to engage an interpreter and/or translator.
Option 2	☐	English is not my first language – I engaged an interpreter and/or translator when making this Advance Health Directive and I have attached an interpreter/translator statement.
Option 3	☐	English is not my first language – I did not engage an interpreter and/or translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and health care if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1

☐

I have **not** made an Enduring Power of Guardianship.

Option 2

☒

I **have** made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

10th

(day)

of:

March

(month)

2015

(year)

My EPG is kept in the following place
(be as specific as possible):

The top drawer of my office drawers with my birth certificate.

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: *Anna Falkner*

Phone: *9222 0000*

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name:

Phone:

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name:

Phone:

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name:

Phone:

Advance Health Directive

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1

☐

I did **not** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

☒

I **did** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:

Dr Alan Ng

Phone:

9000 0000

Practice:

Shepperton Road Family Practice

Legal advice

Option 1

☒

I did **not** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

☐

I **did** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:

Phone:

Practice:

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this part

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).

At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.

The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

- If you need to use a marksman clause to sign this Advance Health Directive, you should complete the marksman clause template and attach it to your Advance Health Directive. Please see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the marksman clause.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

04/08/2022

Or

Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)

In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:



Authorised witness's full name:

Georgina Tulloch

Address:

16 Wallock Street, West
Leederville, WA 6007

Occupation of authorised witness:

Teacher

Date:
(dd/mm/year)

04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:



Witness's full name:

Robert Williams

Address:

45 Fort Avenue,
Wembley, WA 6014

Date:
(dd/mm/year)

04/08/2022

この文書は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)

© 2025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。