



# ライフケア プランニング

私の価値観、私の選択、私の治療

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)



# ライフケア プランニング

私の価値観、私の選択、私の治療

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_

診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

## はじめに (Introduction)

ヘルスケアに関する事前指示書の確認と記入にお時間をいただき、ありがとうございます。

Kaiser Permanenteでは、これがライフケアプランニングにおける重要な第一歩であると考えています。

この文書にご記入いただくことで、お客様の価値観、ヘルスケアに対する選択肢を医療チームに伝え、お客様が自分で意思疎通ができないときにお客様の代弁者を特定することができます。

この治療事前指示書は、お客様が過去に記入された治療事前指示書に代わるものです。今後、指定した治療代理人の取り消しまたは変更を希望する場合は、書面を作成してその書類に署名するか、医療従事者に直接伝えてください。

この文書の記入中に疑問が生じた場合は、次の支援を受けることができます。



オンライン – [kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)



クラス - アドバンスケアプランニングクラスは、ヘルスエンゲージメントとウェルネスサービスを通じて提供されます (フリーダイヤル: 1-866-301-3866)



担当者と直接お話をすることをご希望の場合は、ヘルスコーチ (フリーダイヤル: 1-866-301-3866) までご連絡ください。

# オレゴン州治療事前指示書 (Oregon Advance Directive for Health Care)

この事前指示書では、次のことが可能です。

- 自分で意思疎通できないときに、医療に対する価値観、信念、目標、希望などを共有します。
- 自分で意思決定できないときに、お客様の医療に関する意思決定を行う人を指名します。この人はお客様の医療代理人と呼ばれ、この役割を果たすことに同意する必要があります。

事前指示書とお客様のご希望については、必ず医療代理人と話し合ってください。そうすることで、お客様の意思を反映した意思決定ができるようになります。この用紙に全て記入するようお勧めします。

オレゴン州治療事前指示書の書式およびオレゴン州事前指示書へのご案内は、オレゴン州 OHA (Oregon Health Authority) のウェブサイトから入手可能です。

- セクション1、2、5、6、7では、医療代理人を指名します。
- セクション3、4では、お客様の治療に関する指示を提供します。

事前指示書は、医療に関するお客様のご希望を表明するためのものです。ORS 127.663に定義される POLST (Portable Orders for Life Sustaining Treatment: 生命維持のための携帯用治療命令) とは異なります。POLSTについての詳しい情報は、オレゴン州事前指示書へのご案内に掲載されています。

この用紙は、オレゴン州において、お客様が病気で自分の意見を伝えられなくなったときに、または、自分で医療上の決定を下すことができないときに、お客様に代わって医療上の決定を行う人を選ぶために使用できます。その人を治療代理人と呼びます。有効な治療代理人の任命がなく、お客様が自分で話すことができないほど病気になった場合、ORS 127.635 (2) に規定されている優先順位で、お客様の治療代理人が任命され、この人は、お客様がORS 127.635 (1)に規定された条件のいずれかを満たす場合にのみ、生命維持治療の保留または撤回を決定することができます。

また、この用紙では、治療の決定に関するお客様の価値観や信念、治療に関するお客様の希望をお聞かせください。

過去に事前指示書を作成したことがある場合は、この新しい事前指示書がそれ以前の指示書に置き換わります。

署名がない用紙は有効ではありません。また、2名の証人または公証人の立会いが必要です。お客様が治療代理人を任命しても、治療代理人がその任命を受け入れるまでは有効ではありません。

事前指示書に生命維持装置や経管栄養の中止に関する指示が含まれている場合は、いつでも、どのような方法でも、事前指示書を撤回する意思を表明することができます。

それ以外の場合は、医療上の意思決定が可能である限り、いつでも、どのような方法でも事前指示書を撤回することができます。

ドキュメントタイプ: 事前指示書 (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

## 1. 私について (About me)

氏名 (First, Middle, Last name) : \_\_\_\_\_  
生年月日 (Date of birth) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_  
自宅電話番号 (Home phone) : \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 (Cell phone) : \_\_\_\_\_  
勤務先電話番号 (Work phone) : \_\_\_\_\_ メール (Email) : \_\_\_\_\_  
住所 (Mailing address) : \_\_\_\_\_

## 2. 私の治療代理人 (My health care representative)

私は、もし自分で話すことができないとき、私に代わって医療上の決定を行う治療代理人として、以下の者を選びます。

### 私の治療代理人 (My health care representative)

氏名 (First, Middle, Last name) : \_\_\_\_\_  
関係 (Relationship) : \_\_\_\_\_  
自宅電話番号 (Home phone) : \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 (Cell phone) : \_\_\_\_\_  
勤務先電話番号 (Work phone) : \_\_\_\_\_ メール (Email) : \_\_\_\_\_  
住所 (Mailing address) : \_\_\_\_\_

私は、私が最初に選んだ者が私のために医療上の決定を行うことができない場合や私が最初の治療代理人を罷免した場合に、以下の者を私の代替治療代理人として選びます。

### 第一代替治療代理人 (First alternate health care representative) :

氏名 (First, Middle, Last name) : \_\_\_\_\_  
関係 (Relationship) : \_\_\_\_\_  
自宅電話番号 (Home phone) : \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 (Cell phone) : \_\_\_\_\_  
勤務先電話番号 (Work phone) : \_\_\_\_\_ メール (Email) : \_\_\_\_\_  
住所 (Mailing address) : \_\_\_\_\_

### 第二代替治療代理人 (Second alternate health care representative) :

氏名 (First, Middle, Last name) : \_\_\_\_\_  
関係 (Relationship) : \_\_\_\_\_  
自宅電話番号 (Home phone) : \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 (Cell phone) : \_\_\_\_\_  
勤務先電話番号 (Work phone) : \_\_\_\_\_ メール (Email) : \_\_\_\_\_  
住所 (Mailing address) : \_\_\_\_\_

**ドキュメントタイプ: 事前指示書** (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

### 3. 私の治療指示書 (My Health Care Instructions) :

このセクションでは、お客様の希望、価値観、治療に対する目標についてお聞かせください。お客様の指示は、お客様の治療代理人と医療従事者のための指針となります。

以下の選択肢で、治療の指針を示すことができます。これは、お客様が治療代理人を選ばなかったり、連絡が取れなかったりした場合でも同様です。

#### A. 私の治療指示書 (My Health Care Instructions) :

以下の3つの状況で、お客様の希望を表してください。また、治療代理人が直面しうる生命維持に関する決定について考える手助けをしてくれます。それぞれの状況について、お客様の希望に最も近い選択肢を1つ選んでください。

##### a. 末期状態 (Terminal condition) に対するサポート

私は、次の場合に以下を希望します。

- 私が治癒することも、好転することもできない病気にかかっている  
かつ
- 私の医療従事者は、どんな治療をしても6ヶ月以内に死亡すると考えている

#### 1つにイニシャルを記入 (Initial one option only) :

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 栄養チューブによる人工栄養補給や点滴、腎臓透析、呼吸器など、生命を維持するために可能な限りの治療法を希望します。(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)                                                                       |
|  | 栄養チューブや点滴による人工栄養補給や水分補給の生命維持を希望します。(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids.) 腎臓透析や呼吸器など、生命を維持するための他の治療は望みません。(I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)                         |
|  | 栄養チューブによる人工栄養補給や点滴、腎臓透析、呼吸器などの生命を維持するための治療は望みません。(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.) 快適に過ごし、自然に死なせてもらいたいです。(I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)      |
|  | 私の治療代理人が、私の医療従事者と話し、私にとって重要なことを考慮した上で、私のために決定することを希望します。(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me.) 以下のセクションBに、私にとって重要なことを記入しています。(I have expressed what matters to me in section B below.) |

##### b. 高度進行性疾患 (Advanced progressive illness) に対するサポート

私は、次の場合に以下を希望します。

- 私には進行期の病気がある  
かつ
- 医療従事者は、このままでは改善されず、時間とともに悪化し、死に至る可能性が非常に高い  
と  
考えている

かつ

ドキュメントタイプ: 事前指示書 (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

- 医療従事者は、私は今後、以下ができることはないと考えている
  - 意思疎通
  - 食べ物や水を安全に飲み込む
  - 自分の世話をする
  - 自分の家族や他の人を認識する

**1つにイニシャルを記入 (Initial one option only) :**

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>栄養チューブによる人工栄養補給や点滴、腎臓透析、呼吸器など、生命を維持するために可能な限りの治療法を希望します。(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</p>                                                                       |
|  | <p>栄養チューブや点滴による人工栄養補給や水分補給での生命維持を希望します。(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids.) 腎臓透析や呼吸器など、生命を維持するための他の治療は望みません。(I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</p>                        |
|  | <p>栄養チューブによる人工栄養補給や点滴、腎臓透析、呼吸器などの生命を維持するための治療は望みません。(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.) 快適に過ごし、自然に死ぬことを希望します。(I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</p>       |
|  | <p>私の治療代理人が、私の医療従事者と話し、私にとって重要なことを考慮した上で、私のために決定することを希望します。(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me.) 以下のセクションBに、私にとって重要なことを記入しています。(I have expressed what matters to me in section B below.)</p> |

**c. 永久に意識不明な状態 (Permanently unconscious) に対するサポート**

私は、次の場合に以下を希望します。

- 意識がない

かつ

- 医療従事者が、再び意識を取り戻す可能性は非常に低いと考えている

**1つにイニシャルを記入 (Initial one option only) :**

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>栄養チューブによる人工栄養補給や点滴、腎臓透析、呼吸器など、生命を維持するために可能な限りの治療法を希望します。(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</p>                                                                       |
|  | <p>栄養チューブや点滴による人工栄養補給や水分補給での生命維持を希望します。(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids.) 腎臓透析や呼吸器など、生命を維持するための他の治療は望みません。(I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</p>                        |
|  | <p>栄養チューブによる人工栄養補給や点滴、腎臓透析、呼吸器などの生命を維持するための治療は望みません。(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.) 快適に過ごし、自然に死ぬことを希望します。(I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</p>       |
|  | <p>私の治療代理人が、私の医療従事者と話し、私にとって重要なことを考慮した上で、私のために決定することを希望します。(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me.) 以下のセクションBに、私にとって重要なことを記入しています。(I have expressed what matters to me in section B below.)</p> |

**ドキュメントタイプ: 事前指示書 (Document type: Advance Directive)**

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

どのような治療を希望するか、または希望しないかについて、以下のスペースに記入するか、別紙を添付してください。(You may write in the space below or attach pages to say more about what kind of care you want or do not want.)

**B. 一番自分にとって重要だと思うこと (What matters most to me is):**

このセクションは、お客様が末期状態、高度進行性疾患、または永久に意識不明の状態にある場合にのみ適用されます。このセクションの利用をご希望の方は、一番自分にとって重要だと思うことをお聞かせください。このセクションは、お客様の治療代理人の助けとなります。

以下は、私の人生で重要なことです。(This is what you should know about what is important to me about my life:)

以下は、私が人生で最も価値のあることとしていることです。(This is what I value the most about my life:)

以下は、私にとっての人生の重要なことです。(This is what is important for me about my life:)

私は、以下の方法でサポートされ、関与することができないのであれば、生命維持のための処置を望みません。(I do not want life-sustaining procedures if I can not be supported and be able to engage in the following ways:)

該当するものすべてにイニシャルを記入 (Initial all that apply)

|                          |                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 自分のニーズを伝えること (Express my needs)                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 長期にわたる激しい痛みと苦しみから解放されること (Be free from long-term severe pain and suffering)               |
| <input type="checkbox"/> | 自分が誰で、誰といるのかを認識していること (Know who I am and who I am with)                                   |
| <input type="checkbox"/> | 生命維持装置につながれずに生きること (Live without being hooked up to mechanical life support)              |
| <input type="checkbox"/> | 以下のような、自分にとって意味のある活動に参加すること (Participate in activities that have meaning to me, such as:) |

治療代理人がお客様にとって最も重要なことを理解するために、もっと伝えたいことがある場合は、こちらに書いてください。(If you want to say more to help your health care representative understand what matters most to you, write it here.) (例えば、...になるのであれば、治療は希望しないなど)

**ドキュメントタイプ: 事前指示書** (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

### C. 宗教や信仰上の信念 (My spiritual beliefs) :

治療代理人やお客様の世話をする人に知っておいてほしい信仰・宗教的信条がありますか。これらは儀式、聖餐式、血液製剤の輸血を拒否などと様々です。

信仰・宗教的信条について、以下のスペースに記入するか、別紙を添付してください。(You may write in the space below or attach pages to say more about your spiritual or religious beliefs.)

---

---

---

---

## 4. 詳細情報 (More information)

治療代理人と医療従事者にお客様についての情報をもう少し詳しく伝えたい方は、このセクションをご利用ください。

### A. 人生と価値観 (Life and values)

以下のスペースでは、お客様の人生や価値観についてお聞かせください。これは、治療代理人と医療従事者が、お客様の治療について決定する際に役立ちます。これには、家族の歴史、医療に関する経験、文化的背景、キャリア、社会的支援システムなどが含まれます。

人生、信念、価値観について、以下のスペースに記入するか、別紙を添付してください。(You may write in the space below or attach pages to say more about your life, beliefs and values.)

---

---

---

---

### B. 治療の場 (Place of care)

治療を受ける場所についての選択肢がある場合、どのような場所を希望しますか。治療を受けたい場所、受けたくない場所がありますか (例えば、病院、老人ホーム、精神療養施設、成人向け養護施設、介護付き住宅、自宅など)。

どこで治療を受けたいか、または治療を受けたくないかについて、以下のスペースに記入するか別紙を添付して詳細を説明することができます。(You may write in the space below or attach pages to say more about where you prefer to receive care or not receive care.)

---

---

---

---

**ドキュメントタイプ: 事前指示書** (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_



### C. その他 (Other)

この用紙には、お客様の治療代理人や医療従事者に役立つと思われる他の書類を添付することができます。添付いただいた書類は、お客様の事前指示書の一部となります。

以下のスペースには、添付した書類を列挙することができます。(You may list documents you have attached in the space below.)

---

---

---

---

### D. 他者への通知 (Inform others)

お客様は、州および連邦のプライバシー法で認められている範囲内で、医療従事者が健康状態や治療について、以下に記載の人々と話し合うことを治療代理人に許可することができます。治療代理人のみが、お客様の治療について決定することができます。

氏名 (First, Middle, Last name) : \_\_\_\_\_

関係 (Relationship) : \_\_\_\_\_

自宅電話番号 (Home phone) : \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 (Cell phone) : \_\_\_\_\_

勤務先電話番号 (Work phone) : \_\_\_\_\_ メール (Email) : \_\_\_\_\_

住所 (Mailing address) : \_\_\_\_\_

### 5. 署名 (My signature)

署名 (My signature) : \_\_\_\_\_

日付 (Date) : \_\_\_\_\_

### 6. 証人 (Witness)

署名の際には、AまたはBのいずれかを記入してください。(Complete either A or B when you sign.)

#### A. 公証人 (Notary)

州 (State of) : \_\_\_\_\_ 郡 (County of) : \_\_\_\_\_

私の立会いのもとで署名・認証する日 \_\_\_\_\_ 日付 (Date)

\_\_\_\_\_ 公証人 (Name) - オレゴン州

署名 (Signature) : \_\_\_\_\_

**ドキュメントタイプ:事前指示書** (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

## B. 証人の宣言 (Witness declaration)

この書式を記入している者は私の個人的な知り合いか、身分証明書を提出し、私の立会いのもとで書類に署名したか、本人の署名を確認しており、署名を強要されておらず、この書式の目的と効力を理解しています。また、私は、本人の治療代理人や代替治療代理人ではなく、本人の主治医でもありません。

証人名 (ローマ字) (Witness Name (print)) : \_\_\_\_\_

署名 (Signature) : \_\_\_\_\_

日付 (Date) : \_\_\_\_\_

証人名 (ローマ字) (Witness Name (print)) : \_\_\_\_\_

署名 (Signature) : \_\_\_\_\_

日付 (Date) : \_\_\_\_\_

## 7. 私の治療代理人による了承 (Acceptance by my health care representative)

私はこの任命を了承し、治療代理人としての責務を果たすことに同意します。

治療代理人 (Health care representative) :

氏名 (ローマ字) (Printed name) : \_\_\_\_\_

署名またはその他の了承証明 (Signature or other verification of acceptance) : \_\_\_\_\_

日付 (Date) : \_\_\_\_\_

第一代替治療代理人 (First alternate health care representative) :

氏名 (ローマ字) (Printed name) : \_\_\_\_\_

署名またはその他の了承証明 (Signature or other verification of acceptance) : \_\_\_\_\_

日付 (Date) : \_\_\_\_\_

第二代替治療代理人 (Second alternate health care representative) :

氏名 (ローマ字) (Printed name) : \_\_\_\_\_

署名またはその他の了承証明 (Signature or other verification of acceptance) : \_\_\_\_\_

日付 (Date) : \_\_\_\_\_

書類の入手可能性: 障害を持つ方や英語以外の言語を話す方のために、OHAは翻訳、大活字版、点字などの代替フォーマットで情報を提供することができます。健康情報センター (Health Information Center) へのお問い合わせは、1-971-673-2411、711 TTYまたはCOVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.usまでご連絡ください。

ドキュメントタイプ: 事前指示書 (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

## 次のステップ (Next Steps)

治療事前指示書が完成したところで、次のような手順も行ってください。

### 話し合う (Discuss) :

- 代理人として依頼した人と自分の治療に関する希望を確認します (まだ確認していない場合)。将来、この重要な責務をお客様のために全うできると代理人が考えていることを確認します。
- 重大な病気や怪我をしたときに影響が及びそうな家族や親しい友人に話しをします。家族や親しい友人は、お客様の治療代理人やエージェントが誰であるか、お客様の希望が何であるかを確認します。

### コピーを渡す (Give copies) :

- お客様の治療代理人
- お客様の治療チーム、または
- お客様の診療記録に直接提出する
  - kp.org アカウントを使用し、診療記録セクションに移動して、「ライフケアプランニング」タイルを選択する
  - 郵送先： Kaiser Permanente Process Center  
Medical Records, Advance Directive  
10220 SE Sunnyside Road, Clackamas, OR 97015-9734

### 持参する (Take with you) :

- 病院や介護施設に行く場合は、治療事前指示書のコピーを取り、医療記録に残してもらうようにします。
- 長期間家を空けるときは、必ずコピーを持参しましょう。

### 定期的に見直す (Review regularly) :

- 「5つのD」のいずれかが発生したときには、治療の希望を見直します。

**10年ごと** (Decade) - 前回の見直しから10年経ったとき

**死** (Death) - 愛する人が亡くなったとき

**離婚** (Divorce) - 離婚など家族に大きな変化があったとき

**診断** (Diagnosis) - 重篤な健康状態と診断されたとき

**低下** (Decline) - 現在の健康状態が著しく低下または悪化したとき。特に自力での生活が困難になったとき

### 治療事前指示書の変更 (Changing your advance health care directive) :

希望が変わった場合は、新しい治療事前指示書を記入し、自分の代理人と家族に伝え、Kaiser Permanente にコピーを提出してください。

**ドキュメントタイプ: 事前指示書** (Document type: Advance Directive)

氏名 (Full name) : \_\_\_\_\_ 診療記録番号 (Medical record number) : \_\_\_\_\_

# ライフケア プランニング

私の価値観、私の選択、私の治療

さらにサポートが必要な場合  
[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan)

