

ステップ1: 医療代理人を選びます。

自分で意思決定を行うことができなくなった場合に、あなたに代わって医療の選択を行う、信頼できる人を指名してください。あなたの人生に関わっている、家族や友人を検討すると良いでしょう。そして医療代理人となる人を選び、その人があなたの医療代理人になる意思があることを確認してください。

家族または友人で以下に該当する人を選んでください。

- 18歳以上で、あなたのことをよく知っている
- あなたの医療代理人となる意思がある
- あなたの希望を基に、難しい決断を下すことができる
- あなたがこの書類に記した情報について、医療提供者や家族に効果的に伝えることができる

医療代理人は、以下を行うことができます。

- あなたが医療を受ける場所の決定
- 医療提供者の選択または解任
- 投薬、検査、治療に対する許可/不許可を述べる
- あなたの死後、遺体や臓器の取り扱いについての決定を述べる
- あなたの希望を実行するために必要な法的行為

あなたが医療を受けている診療所や病院の医師またはそこで働く人は、あなたの家族の一員でない限り、あなたの医療代理人になることは**できません**。

医療代理人を指名します。

1) 私は、医療に関する意思決定が自分でできなくなった場合、以下に挙げる人がその決定を行うことを希望します。

名	姓	続柄	
自宅/携帯電話番号	勤務先電話番号	電子メール	
住所	市	州	郵便番号

最初に挙げた人が私の医療に関する決定を行えない場合、以下の人が決定を行うことを希望します。

名	姓	続柄	
自宅/携帯電話番号	勤務先電話番号	電子メール	
住所	市	州	郵便番号

2) 同意する内容の横にX印を記入してください。

___ 私の医療代理人は、私が自分で意思決定ができなくなった場合に**限り**、代わりに決定を行うことができる。

または

___ 私の医療代理人は、私がこのフォームに署名後**直ちに**、代わりに決定を行うことができる。

--

この事前指示書は、次の人に属します (ここにあなたの氏名を活字体で記入してください)。

生年月日

ステップ2: 医療に関する選択を行います。

あなたにとって、生きている価値とは何ですか。

1) 私の生命は (AまたはBを選ぶ) :

- A) どんなに健康状態が深刻でも、常に生きている価値がある
- B) 価値があるのは以下の場合のみである (該当するものすべてに印をつける) :
 - 家族および友人と会話できる
 - 昏睡状態から目覚めることができる
 - 自分で食べ、入浴し、また身の回りのことは自分でできる
 - 痛みから解放されることができる
 - 機器に繋がれなくても、生命を維持できる
 - よく分からない

2) 私に死が近づいている場合、私にとっては以下の場所にいることが重要である (1つを選ぶ) :

- 自宅
- 病院またはその他のケア施設
- どこでケアを受けるかは重要ではない

宗教的または精神的な信条

1) 宗教または精神的な信条は、あなたにとって重要ですか。

- はい いいえ

2) 信仰している宗教、または伝統的な信仰がありますか。ある場合は記入してください。

3) あなたの信仰する宗教または精神的信条について、主治医が知っておくべきことは何ですか。

この事前指示書は、次の人に属します (ここにあなたの氏名を活字体で記入してください)。

生年月日

ステップ2: 医療に関する選択を行います (続き)。

延命

延命の処置は、生命維持のために使用される可能性があります。延命には以下が含まれます。

心肺蘇生または心肺蘇生術 - これには以下を行う場合があります。

- 血液の循環を維持するため、胸部を強く押す
- 心臓の動きを復活させるため、電気ショックを与える
- 静脈に薬剤を投与する

人口呼吸器または酸素吸入器 - この装置は、喉に管を取り付け、その管を通して肺に空気を送り込み、呼吸を行います。この装置を付けている間は、話したり、食事をとることができません。

透析 - この装置は、腎臓が機能しない場合に血液をきれいにします。

栄養チューブ - 食べ物を飲み込むことができない場合、このチューブによって食べ物が体内に送られます。このチューブは、喉から胃に挿入されます。また、外科的に取り付けられることもあります。

輸血 - 静脈に血液を注入します。

手術および/または投薬

あなたが最も同意する内容1つにX印をつけてください。

非常に状態が悪く、死が近づいているかもしれない場合:

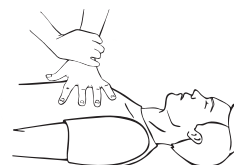
___ 効果があるかもしれないと主治医が考えるすべての延命治療を行う。治療に効果がなく、良くなる可能性がほとんどない場合、たとえ苦痛があっても、**生命維持装置に繋がれていることを希望する。**

___ 効果があるかもしれないと主治医が考えるすべての延命治療を行う。治療に効果がなく、良くなる可能性がほとんどない場合、**生命維持装置に繋がれていることを希望しない。** 苦痛がある場合、延命治療の使用を中止し、安らかに最期を迎えることを希望する。

___ **延命治療を希望しない。** 苦痛のない状態を重要視することを希望する。自然な死を迎えたいと思う。

___ 私の**医療代理人**に決めてもらいたい。

___ どうしたいか、よく分からない。



この事前指示書は、次の人に属します (ここにあなたの氏名を活字体で記入してください)。

生年月日

ステップ2: 医療に関する選択を行います (続き)。

臓器提供について

あなたの死後、臓器提供と検死について主治医が尋ねる場合があります。臓器提供によって、他の人の命を救えることがあります。あなたが最も同意する内容12にX印をつけてください。

___ 私は臓器提供することを**希望します**。

___ 使える可能性のある、すべての臓器を提供します。

___ 特定の臓器のみを提供します (提供を希望する臓器または組織を記入してください)。

___ 私はどの臓器も提供を**希望しません**。

___ 私の**医療代理人**に決めてもらいたい。

___ どうしたいか、よく分からない。

検死について

検死は、死亡後にその死亡の原因を見つけるために行われることがあり、外科的な処置で数日間かかることもあります。また場合によっては、検死が法律によって義務付けられています。あなたが最も同意する内容12にX印をつけてください。

___ 私は検死を**希望します**。

___ 私は検死を**希望しません**。

___ 私は、死因に**疑問があるときに限り**、検死を希望します。

___ 私の**医療代理人**に決めてもらいたい。

___ どうしたいか、よく分からない。

この事前指示書は、次の人に属します (ここにあなたの氏名を活字体で記入してください)。

生年月日

ステップ3: 医療代理人の権限の概要を示します。

あなたの医療代理人は、以下に関する決定を行うことができます。

延命治療 - あなたの命を引き延ばすための医療

- 心肺蘇生または心肺蘇生術
- 人工呼吸器または酸素吸入器
- 透析
- 栄養チューブ
- 輸血
- 手術
- 投薬

終末期のケア

死が近づいているかもしれない場合、あなたの医療代理人は以下を行うことができます。

- 宗教的指導者を呼ぶ
- 最期を迎える場所（自宅または病院）を決定する
- 検死が行われるかどうかを決定する
- 臓器提供をするかどうかを決定する
- 遺体がどこに埋葬または火葬されるべきか決定する

医療に関するあなたの希望について、あなたの医療代理人にどのように従ってもらいたいですか。

最も同意する内容1つにX印をつけてください。

- ___ **完全な柔軟性:** 私の医療代理人は主治医と相談後、それがその時の私にとって最善であると医療代理人が思う場合は、医療に関する私のいかなる決定も変更してかまいません。
- ___ **いくつかの柔軟性:** 私の医療代理人は主治医と相談後、それが私にとって最善であると医療代理人が思う場合は、医療に関する私の決定のいくつかを変更してもかまいません。
- ___ **最小限の柔軟性:** 私は、医療に関する希望を、私の医療代理人ができる限り忠実に守るよう望みます。たとえ医師が別の提案を行ったとしても、私の意思を尊重してください。

以下の質問にお答えください。必要であれば、追加のページを使用してください。

以下は、私の希望の中でも特に尊重してもらいたいものです。

あなたが医療代理人による決定を希望しないものについて、ここに記入してください。

この事前指示書は、次の人に属します（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください）。	生年月日
--	------

ステップ4: フォームに署名します。

あなたの署名

このフォームを使用できるようにするには、以下を行う必要があります。

- あなたが18歳以上であれば、このフォームに署名する
- 2名の証人にこのフォームに署名してもらう、**または**公証人に認証してもらう
- あなたの証人の前でこのフォームに署名するか、あなたがこのフォームに署名したことを公証人に認証してもらう

ここに署名し、日付を記入してください。

署名	日付		
氏名 (活字体)			
住所	市	州	郵便番号

証人

このフォームを使用できるようにするには、2名の証人にフォームに署名してもらう、**または**公証人に認証してもらう必要があります。

証人は以下に該当する必要があります。

- 最低でも18歳であること
- あなたを知る人物であること
- あなたがこのフォームに署名したことを確認していること

以下の場合はあなたの証人にはなりません。

- あなたの医療代理人として指名されている、またはその人物と関係がある
- 主治医またはその他の医療提供者である
- あなたが利用する医療施設に勤務している
- あなたが居住する場所に勤務する
- 何らかの形であなたと親族関係である
- あなたの死後に、金銭または資産といった金銭的な利益を得る対象となる

2名の証人が得られない場合、公証人が9ページに署名できます。

医療代理人を指名しない場合は、証人2名が必要です。

この事前指示書は、次の人に属します (ここにあなたの氏名を活字体で記入してください)。

生年月日

ステップ4: フォームに署名します (続き)。

証人の署名

このページは、証人が記入してください。

ここに署名することにより、私は _____ がこのフォームに署名したことを確認したと保証します。 事前指示書所有者本人の氏名

私は、本人の思考が明瞭であり、このフォームへの署名が強制でないことを確信いたします。

また私は以下を保証します。

- 本人と知り合いであり、本人は身元を証明できたこと
- 本人が利用する医療施設で勤務していない
- 少なくとも18歳である
- 本人が居住する場所で勤務していない
- 本人の医療代理人ではない
- 本人との間に、親族関係は全くない
- 本人の医療代理人と無関係である
- 本人の死後に、金銭または財産といった金銭的な利益を得る対象ではない
- 本人の医療提供者ではない

医療代理人を指名しない場合は、証人2名が必要です。

証人1

署名 _____ 日付 _____

氏名 (活字体) _____

住所 _____ 市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

証人2

署名 _____ 日付 _____

氏名 (活字体) _____

住所 _____ 市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

この事前指示書は、次の人に属します (ここにあなたの氏名を活字体で記入してください)。 生年月日 _____

— 公用専用 —

ステップ4: フォームに署名します。必要であれば公証人が署名してください。

2名の証人の署名が**ない場合**に限り、このフォームを公証人に認証してもらってください。公証人による認証には、運転免許証やパスポートなど、写真付きの身分証明書の提示が必要になります。

State of Washington

County of _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that

(Name)

is the person who appeared before me, and said person acknowledged that he/she signed this instrument and acknowledged it to be his/her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

Dated: _____

(Signature of Notary Public)

Title: _____

My appointment expires: _____

(Notary Seal)

この事前指示書は、次の人に属します (ここにあなたの氏名を活字体で記入してください)。

生年月日

ステップ5: 完成した事前指示書のコピーを提出します。

事前指示書に署名し、証人および/または公証人の認証を受けたら原本は保管し、1ページから9ページまでのコピーを以下の人に渡してください。

- 医療代理人
- 家族
- 友人
- 医療提供者
- 病院

完成した事前指示書の返送方法:

1. あなたが利用するProvidence St. Joseph Healthの医師または病院に、次回の診療の際に事前指示書の**コピー**を渡す。
2. 返信用封筒 (配布された場合) を使い、事前指示書の**コピー**を返送する。
3. あなたが利用するProvidence St. Joseph Health病院に、Faxで返送する。

Providence Holy Family Hospital
Providence Centralia Hospital
Providence Mount Carmel Hospital
Providence St. Mary Medical Center
Providence St. Peter Hospital
Fax番号: 509-482-2187

Providence Regional Medical Center Everett
Fax番号: 425-317-0701

Providence Sacred Heart Medical Center
Fax番号: 509-474-4815

Providence St. Joseph's Hospital (Chewelah)
Fax番号: 509-935-5233

ここに記載されていない病院については、あなたが利用する病院に正しいFax番号をご確認ください。

事前指示書の記入または返送方法に関するご質問は、以下までご連絡ください。

Providence.org/InstituteForHumanCaring
424-212-5444

この文書の一部は、Creative Commons (クリエイティブ・コモンズ) の Attribution-NonCommercial-ShareAlike License (アトリビューション・ノン・コマーシャル・シェアライク/帰属-非営利-同一条件許諾) ライセンスを受けたものです。このライセンスのコピーをご覧になりたい方は、<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/>にアクセスするか、Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USAまで文書にてご要望ください。

2018年11月改訂

以下の方々に、心より感謝申し上げます。

- University of California, San Francisco (カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校)、Division of Geriatrics (老人医学科)、Rebecca Sudore, M.D. (レベッカ・スドレ医師)
- カリフォルニア州ロサンゼルス、Cedars-Sinai (シーダーズ・サイナイ)