

ヘルスケア 事前指示書 (Advance Health Care Directive)

カリフォルニア州

ライフケア計画
価値観、選択、ケア

kp.org/lifecareplan

この書類を次の通りに記入して完成させてください:

1. 必要な箇所に署名と期日を入れる。
2. 立ち会ってもらうか、公証してもらう。
お客様のヘルスケア代理人 (意思決定者) は証人として署名**できません**。
3. **コピー**をKaiser Permanenteに返送していただき、お客様のヘルスケア代理人にも**コピー**をお渡してください。**オリジナル**の記入用紙はお客様ご自身で保管ください。

ヘルスケア事前指示書 (Advance Health Care Directive)

Advance Health Care Directiveとは

Advance Health Care Directive (AHCD)とは、お客様がヘルスケアに関する決定をご自身でできない場合にどうするかについて、ヘルスケアチームに指示を与える法定文書です。

AHCDはお客様に次のことを認めています:

- ヘルスケア代理人 (意思決定者) を選択し、お客様がヘルスケアに関する決断をできない場合、お客様に代わって決断してもらい、そして/または
- 自分の価値観、信念、ヘルスケアへの選択を示す

AHCDは、お客様の治療計画を策定していく上で、ヘルスケア代理人 (意思決定者) とヘルスケアチームの両方に指示を与えるものです。救急時にお客様がどういう治療を望むかを、救急隊員に伝えるものではありません。

新しい書類を完成させることで、AHCDの中のあらゆる選択をいつでも更新できます。この新しいAHCDは、過去に完成させたあらゆるAHCDに取って代わるものです。

なぜAHCDが大事な
ものか

お客様には、ご自身のヘルスケアに関する選択を共有する権利があります。この書類は、お客様に最適なケアをご提供する上で、ヘルスケア代理人 (意思決定者) と医師に指示を与えるものです。

どういった生活の質を望むのか、自分の選択は愛する人たちにとってどんなインパクトを与える可能性があるのかを検討する機会でもあります。お客様が、愛する人たち、そのことについて話しあうことができるうちにこの書類を完成させることで、お客様が望んでいること、望んでいないことに関して、混乱や論争を軽減することができますかもしれません。

AHCDとは誰のための
ものか

18歳以上の健康な成人は全員、その健康状況にかかわらず、ヘルスケア事前指示書 (Advance Health Care Directive) を完成させておくことをお勧めします。

その他の参考文献:

ライフケア計画:
価値観、選択、ケア

kp.org/lifecareplan

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

この書類に含まれるもの

お客様のお望みのままに、この文書をできるだけ多くも少なくとも記入することが可能です。

このセクションを完成させないと決めた場合、ページ全体に線を引いてイニシャルをしてください。それで意図的に白紙のままにされたことがわかります。

第5部は、カリフォルニア州においてこの文書を法定文書とすることが要求されています。

Kaiser Permanente ヘルスケア事前指示書 AHCD) は、これをどのように法定文書とするかも含めて、5つの部で構成されています:

第1部: ヘルスケア代理人 (意思決定者) を選択する

お客様が自分でヘルスケアに関する意思決定ができない場合は、代理で医療の決定を行う。

第2部: 価値観と信念

お客様にとって大事な生活の質と生き方とは何かを熟考する機会を与えてくれます。書類の全般に渡り、考えをまとめる助けとなりますので、このセクションを完成させることをお勧めします。

第3部: ヘルスケアへの希望を選択する

怪我や病気によって、お客様がご自身でヘルスケアに関する決定をできない場合、ヘルスケアの希望を文書化することができます。

第4部: 死亡後の選択

臓器提供やお葬式などを含む、死亡後のご希望について伝達できます。

第5部: 法定文書とする

このセクションを完成させることで、この文書をカリフォルニア州における法定文書とします。

この文書には、お客様の選択についてKaiser Permanenteや他の人たちと情報共有できるチェックリストも入っています。

このヘルスケア事前指示書は次の人物に属します:

氏名
(Full name)

診療記録番号
(Medical Record number)

生年月日
(Date of birth)

郵送先住所
(Mailing address)

市町村

州

郵便番号

主な電話番号
(Primary phone)

第2の電話番号
(Secondary phone)

電子メール
(Email)

ヘルスケア代理人 (意思決定者) を選択 (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

このセクションでは、私が自分自身でヘルスケアに関する決定をできない場合、私が信頼する人に決定してもらうよう、その人を指名するものです。

第1部

ヘルスケア代理人を選択することは、お客様の価値観や信念を彼らと共有することでもあり、もしお客様が自身で医療決定ができない場合、どんな医療ケアを望むかを伝えることでもあります。

誰をヘルスケア代理人に選ぶべきか

私のヘルスケア提供者が、私自身でヘルスケアに関する決定ができないと判断した場合、この書類が、私の選択した人に代わりに決定してもらうよう、その人物を指名します。

私のヘルスケア代理人 (意思決定者) が、私が共有した選択に基づいて、または私の価値観と信念を知った上で、私にとって最もためになると信じるものに基づいて、私の代わりにヘルスケアに関する決定をします。

注意: お役様が最も大切だと思うものについて代理人と話しあい、代理人がその役割を果たせると思うかを確認してください。お客様が選択した代理人が誰なのかを、一番身近な人たちに知らせるようにしてください。

ヘルスケア代理人を選ぶ際、お客様にとって大事な人、そして厳しい時期に難しい決定ができる人を選ぶようにしてください。 法的に、お客様の代理人が、医療チームとしてお客様をケアする医師やその他のヘルスケア専門家になることはできません。

すべてのヘルスケアに関する状況を予測することはできません; 代理人は、医療チームによって共有された情報を基に、即時に決定しなければならないのです。お客様が望む、望まないケアの種類を代理人と議論することで、共有の理解と安心を得られます。

配偶者や家族が最高の選択である場合もあるし、そうではない場合もあります。お客様が一番よくおわかりのはずです。

よいヘルスケア代理人とは:

- ヘルスケア代理人を快く引き受けてくれて、満足できる程度に対応できる
- お客様の価値観と信念をよくわかっている
- お客様の希望が自分のものと異なっているとしても、それを快く評価し代弁してくれる
- お客様の代わりに怖がらず質問し、お客様の愛する人たちの慣習や希望に反することになったとしても、お客様のために発言できる
- ストレスを受けても決定できる
- 時間をかけて、お客様の希望について、何度も聞き続けてくれる

注意: ヘルスケア代理人は、緊急連絡先に選んだ人と同じでも、同じでなくても構いません。

この書類はヘルスケア代理人に経済的、または事業的決定権を与えるものではありません。

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

この役割を引き受けることで負わなければならないかもしれない責任の種類について**代理人**と話し合ってください。
第2部にある質問を話し合いに使ってください。

私のヘルスケア代理人は、私がヘルスケアに関する決定を自身でできない場合、すべてを決定できます。**私が代理人の権限を制限しない限り、代理人は以下の決定を私のために下すことができます:**

- 薬や検査、治療について、**はい/いいえ**で答えることヘルスケア提供者を選択または変更し、どこで私がケアを受けるかを決定すること
- あらゆる延命措置を**始める、始めない、やめる**こと
- 私の死後、遺体のケアについて手配し決定すること (死体解剖、臓器提供、遺体をどうするかも含む)

第1ヘルスケア代理人を選択すること。

次の人物を私の第1 (主な) ヘルスケア代理人として選択し、私がヘルスケアに関する決定を自身でできない場合、すべてを決定してもらいます。

**私の第1 (主な) ヘルスケア代理人:
(My Primary [main] health care agent):**

氏名
(Full name)

関係
(Relationship)

郵送先住所
(Mailing address)

市町村

州

郵便番号

主な電話番号
(Primary phone)

第2の電話番号
(Secondary phone)

電子メール
(Email)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

注意: 私の代理人の権限は、主治医がヘルスケアに関し私が自己決定できないと判断した時点で有効です。

次のどれかひとつを選び“X”マークを記入してください:

(Please mark an “X” to select one of the following:)

- 私が自己決定できなくなった時点で、代理人が決定権を持つことを理解し受諾します、または

(I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)

- 私自身が今決定できても、代理人が私の代わりに**即座に**決定することを望みます

(I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

注記: 代理人が配偶者または内縁者の場合、代理人指名は、結婚または内縁関係の解消、取り消し、終了した時点で無効となります。

(Note: If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership.)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

第1 & 第2代替ヘルスケア代理人。

もし私が第1ヘルスケア代理人が、私のためのヘルスケアに関する決定をしたくない、できない、または理由があって引き受けられない場合、私は次の人たちを第1と第2の代替代理人として選択します。

このセクションは記入をお勧めしますが、オプションです。誰も思いつかない場合は、**次に進んでください。**

**第1代替ヘルスケア代理人:
(First Alternate health care agent):**

氏名
(Full name)

関係
(Relationship)

郵送先住所
(Mailing address)

市町村

州

郵便番号

主な電話番号
(Primary phone)

第2の電話番号
(Secondary phone)

電子メール
(Email)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

**第2代替ヘルスケア代理人:
(Second Alternate health care agent)**

氏名
(Full name)

関係
(Relationship)

郵送先住所
(Mailing address)

市町村

州

郵便番号

主な電話番号
(Primary phone)

第2の電話番号
(Secondary phone)

電子メール
(Email)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

ヘルスケア代理人の
制限。

私がヘルスケア代理人の権限を制限したい場合、代理人にどういったヘルスケア決定をして**欲しくないか**、下記に記します。

(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make)

これらの記述に
書くことがなけれ
ば、次へ進んでく
ださい。

また、以下に、私がヘルスケアの決定をして**もらいたくない**人物の名前を記述します。

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)

価値観と信念 (My Values & Beliefs)

このセクションでは、どんな生活の質と暮らしが私にとって大事かを示しています。この書類の残りの部分に答える土台となっています。

第2部

価値観と信念

このセクションを完成させることで、あなたの人生において何がもっとも大事なのかを書き出すことができます。この書類の**第3部**をよく考えるうえで役立ちますので、時間をかけてこれらの質問にお答えください。

私に最適なヘルスケアを事前に決定することができるよう、私にとって何が最も大切かを理解し反映させることが重要です。

私の価値観と、私にとって何が最も大切かを、ヘルスケア代理人 (意思決定者) に理解してもらうことも、大事なことです。

私の人生で何が最も大事か、最高の暮らしとは何か、どんな能力を評価するかといった、私自身のことについて共有します。また、私の信念がヘルスケアにどのような影響をもたらす可能性があるかについても共有したいと思います。

(I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care.)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

当てはまるものすべてをチェックし、下のスペースにさらに記述してください。
(Check all that apply and use the space below to describe more.)

1. 私にとって良い暮らしというのは、以下のものが最も当てはまる:

(1.For me to live well, the following matter most to me:)

- 愛する人たちと一緒に時を過ごし、連絡を取り合う
(Spending time and connecting with loved ones)
- 自己決定する
(Making my own decisions)
- 意味のあるコミュニケーションを取る
(Communicating meaningfully)
- 身体的に動ける
(Being physically active)
- 友達や家族を認識できる
(Recognizing friends and family)
- 社会的に活動できる
(Being socially active)
- 独立して生きられる
(Living independently)
- 介助なしで自分で食べることができる
(Feeding myself without assistance)
- 個人的な衛生管理ができる (自分でお風呂に入る、着替える)
(Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- 自分の家で暮らす
(Living in my home)
- 働く、そして/またはボランティア活動をする
(Working and/or volunteering)
- 趣味や興味にいそしむ
(Participating in hobbies or interests)
- スピリチュアルな信念、そして/または宗教を履行する
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- その他 (下部にさらにご記述ください)
(Other [say more below])

私にとっては、また以下のことも大事です...

(It also matters to me that...)

2. これが、質問1で選んだ選択肢が大事な理由です。私の人生に意味を持たせることについて、さらに私の考えを共有したいと思います。

(2. This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

あなたが最も価値を置くことについて考えてみてください。生活の質はあなたにとってどんなものですか？大それた質問に感じれるかもしれませんが、あなたは思っている以上にもっと多くのことを知っています。

どうしてこれらがあなたにとって大事なのですか？

(Why are these important to you?)

あなたに関係する場合のみ、お答えください。

3. 私の文化、スピリチュアリティ、宗教、そして/または信念といった秩序は、ヘルスケアの決定にどんな影響を及ぼすでしょうか？これはどのくらい私にとって大事でしょうか？

(3. How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

...することは、私にとって大事なことです。

(It is important to me that...)

ヘルスケアに関する希望を選択 (Choosing My Health Care Preferences)

第2部の価値観 & 信念と合わせて、このセクションは、私が自身のヘルスケア決定をできなくなった場合、また生き続けるのに延命措置を必要とする場合に、主治医やヘルスケア代理人に私の医療決定をしてもらうガイドとして、私の希望を述べるものです。

第3部

ヘルスケアの希望について選択するのはあまりいい気持ちがないかもしれませんが、健康なうちにそうすることで、将来は上げることができなくなるかもしれない声を上げることができます。

この書類には、私のヘルスケアに関する希望が書かれています:

私がヘルスケアについて自己決定できなくなり、生き続けるのに延命措置が必要になった場合、以下に述べる通り、私のヘルスケアの選択は代理人に決めてもらうようお願いいたします。

主治医やケアチームとともに決定がなされるもので、彼らは私の価値観、信念、ヘルスケアの希望、決定する際の病状を考慮して決定することを、私は理解します。

注意: この指示書にヘルスケアに関する希望を文書化することで、お客様のヘルスケア代理人と医師は、推測や仮定、記憶よりも、お客様が書いたことを基に、決定を下すことができます。お客様の代理人や医師と、希望や価値観、信念について話し合ってください。

延命措置とは

延命措置とは、私が生き続けるために使われる、あらゆる医療処置、器具、薬などを含みます。

これらの延命措置は効果があるかもしれないし、ないかもしれません。そしてこの措置が病状や病因を根本から治すわけでもありません。

延命措置とは次のものを含みます:

- **心肺機能蘇生:** 心臓や呼吸が止まった場合、胸を圧迫することで心臓を蘇生しようとするもの。
- **人工呼吸器:** 肺が働いていない場合、呼吸を助ける器具。口、または首の切開口から、気道にチューブが挿入されます。このチューブは器具につながっています。
- **経管栄養法:** 人工栄養とも言い、流動食 (栄養) を体へ流しこむ医療措置です。これは口からは十分に物が食べられない場合、または飲み込むのに問題がある場合に行われます。
- **透析:** 腎臓が機能していない場合に、血液中から老廃物を取り除く器具です。
- **治療に輸血または血液製剤を使用:** 腕の静脈に刺した細いチューブを通して、体内に血液または血液製剤を流し込むプロセスです。

お客様の価値観やヘルスケアの選択について代理人と情報共有してください。これらの選択肢が大事な理由について話してみてください。代理人と意見が違ったとしても、彼らがあなたの希望を受け入れてくれるか確かめてください。

これまでの延命措置に関する知識を踏まえ、以下について考えてみてください (当てはまるものを好きなだけ選択してください)。

A. 次のことができれば、延命措置を拒否、またはやめる:

(A. I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to):

- 自分で決断すること
(Make my own decisions)
- 意味のあるコミュニケーションを取ること
(Communicate meaningfully)
- 友達や家族を認識すること
(Recognize friends and family)
- 介助や経管栄養法なしで自分で食べること
(Feed myself without assistance or tube feeding)
- 個人的な衛生管理 (自分でお風呂に入る、着替える)
(Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- コミュニティーに参加すること
(Engage with the community)

上記の回答に基づいて、ヘルスケアの希望を選択するにあたり、以下についてお考え下さい。

私が重篤な医療的事象、病気、怪我により、自己決定できず、生き続けるのに延命措置が必要となったため、ヘルスケア代理人は、私のために医療決定を迫られている。 延命措置は次のものを含む: CPR、人工呼吸器、経管栄養法、透析、血液または血液製剤の注入など。

(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)

このような状況では、あなた自身や愛する人たちを認識することができないかもしれません。医師は代理人および/または家族に、これらの機能が回復する見込みはないと伝えました。

B. 回復が見込めない認知症、または重篤な脳障害が進行している。 体が、私が受容できるような機能では動かない。

(B. I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

私の価値観と信念に基づけば:

(Based on my values and beliefs:)

..... **延命措置をしてほしくない。** 延命措置をやめる、または開始しないで欲しい。
(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... 医療的に適切である限り、**延命措置を始める、または続けて欲しい。**
(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)

..... 医療的に適切である限り、**延命措置を限られた範囲で試みたい。通常、試みは2週間未満です。**

(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

試用期間の希望は...なぜなら...

(My preferences for a trial period are...because...)

重篤で進行性の病気の例とは、心臓、腎臓、肺の病気などを指します。

C. 私には、重篤で進行性の、ほぼ終末期に近づいている病気がある。

私が受容できる状況で体が機能しない。

(C. I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.

I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

私の価値観と信念に基づけば:

(Based on **my values and beliefs**;))

..... **延命措置をしてほしくない**延命措置をやめる、または開始しないで欲しい。

(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... 医療的に適切である限り、**延命措置を始める、または続けて欲しい。**

(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)

..... 医療的に適切である限り、**延命措置を限られた範囲で試みたい。**通常、試みは2週間未満。

(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

試用期間の希望は...なぜなら...

(My preferences for a trial period are...because...)

あなたに関する場合のみ、お答えください。

ヘルスケアに関する選択を追加したい場合、または文化、宗教、個人的信念のために延命措置を制限したい場合、 下のスペースにその制限について記述します。

(If I want add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation(s) in the space below.)

...を希望します。なぜなら...

(I want...because...)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

[オプション] 特定の医療を断る決定。

下部にイニシャル 治療のための血液や血液製剤の注入を断りたい場合 (お客様に当てはまるオプションを選択してください)。

(**Initial below** if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you.])

..... 私は血液または血液製剤の注入を拒否して、Kaiser Permanente 血液申告用紙 を記入します。

(I **DECLINE** blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

..... 私は血液または血液製剤の注入を拒否して、Kaiser Permanente 血液申告用紙 を記入しました。

(I **DECLINE** blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

その他の用紙が必要ですか？

末期に近い重篤な進行性の病気を現在患っている場合、医師またはヘルスケアチームと、延命措置のための医師指示書 (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) を記入することについて話してください。

死亡後の選択

このセクションでは、お客様の死後、遺体をどのように扱ってほしいか、お葬式や追悼式、埋葬はどんなものを希望するのかという選択を文書化することができます。臓器移植についても希望を文書化できます。

第4部

死後の選択を記録することは難しく感じるかもしれませんが、お客様の愛する人たちにとっては、感情的になっている辛い時期に、お客様の希望をかなえようと寄り添う指針になります。

死亡時、死亡後にどうしてほしいかという選択を文書化することは、お客様にとって一番大事なものを、一番身近な人たちが最優先してくれることとなります。 これらの意見を時間をかけて熟考し、必要であれば、**第2部の価値観と信念**を見返すことができます。

注意: 答えに苦しむ、または全部答えが出ない、という場合は、わかるものだけを文書化し、先に進んでください。

1. 私が人生の最期を迎えたとき、愛する人たちには、私の周りのもの (例、儀式、スピリチュアルなサポート、人々、音楽、食べ物、ペットなど) で私を送ってほしい:

(1. If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.])

私の希望は...
(My preferences are...)

また事前に手配したもの (葬儀場、墓地、研究目的の遺体の寄付など) についても記載してください。

2. 死後、遺体の扱い方に関する希望 (お葬式、追悼式、埋葬、またはその他の宗教的またはスピリチュアルな慣習) は以下にリストしてあります。

(2. After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

私の希望は...
(My preferences are...)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

臓器、組織そして/または
身体部分の提供の
希望。

臓器提供についてオプションを**1つ**選んでください。

3. 私が死ぬにあたり、臓器、組織、そして/または身体部分を提供したい。

(3. Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

- はい
(Yes)

上記のボックスにチェックすることで、また**第3部の人生の最期のヘルスケア選択**における私の選択肢にかかわらず、提供の目的で、私の臓器、組織、そして/または身体部分に対し、評価および/また維持のみのために必要な一時的医療措置を施すことに同意する権限を代理人に与えます。

(By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

当てはまるオプション**すべて**を選択してください:
(Choose **as many** options as applies:)

次の目的で臓器、組織そして/または身体部分を提供したい:
(I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes:)

- 移植
(Transplant)
- 治療
(Therapy)
- 研究
(Research)
- 教育
(Education)

下記の通り、臓器、組織そして/または身体部分の提供を制限したい:
(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below:)

...を制限したい
(I would like to restrict...)

- いいえ
(No)
- わからない
(I'm not sure)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

ここを空欄にしても、臓器提供への拒否にはなりません。

(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs.)

州公認のドナー登録に沿って行われるべきで、もしくはそれがなければ、第1部に記載された法的に認められる意思決定者が、私の死亡時において私の臓器提供を行うことができます。ヘルスケア代理人が指名されていない場合、私の代わりに、カリフォルニア州法で公認された個人が決定することを承認します。

(My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

この書類を法的に有効にする (Making This Document Legally Valid)

このセクションは、カリフォルニア州において、お客様のヘルスケア事前指示書を法的に有効なものとする方法が説明されています。有効にするには、**(1) お客様が署名する** **そして (2) 2人の証人によって署名される** **または 公証人の前で承認されなければなりません。**

第5部

法定要件に従うことで、お客様がこのAHCDに注いだすべて労力や思いが有効になります。後で何か変更した場合は、新しいAHCDを完成させるだけなので、覚えておいてください。

このページの最後に署名し、そしてカリフォルニア州においてこの書類を法的に有効なものとするために、次のうち1つを選択してください:

2人の証人

- 証人の1人は**お客様に関係のある人であってははいけません (血縁、結婚、養子縁組の関係)** そしてお客様の財産に対して相続権利がある人であってははいけません。
- お客様の**第1、第2代替ヘルスケア代理人 (意思決定者) は証人として署名できません。**
- お客様の**医療提供者、またはヘルスケア提供者の従業員は証人として署名できません**
- 証人の前で、署名するか署名の認知を行ってください。
- 証人は 21ページ目に署名します。

または

NOTARY PUBLIC

- NOTARY PUBLIC のいないところでこの書類を署名しないでください。
- NOTARY PUBLICは24ページ目に署名します。

お客様の署名をここにしてください。

そのまま先に進んでください!この書類をカリフォルニア州で法的に有効にするには、この書類を証人に署名してもらうか、公証してもらう必要もあります。

私の署名 (My Signature)

私の氏名 (ローマ字記入)
(My name printed)

私の署名
(My Signature)

日付
Date

もし物理的に署名をすることができなければ、署名の代わりに何かしらのマークでも受理可能です。

(If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

2人の証人を選択。

カリフォルニア州でこの書類を法的に有効とするため、私は2人の証人を選択します。

証人の陳述: カリフォルニア州法のもと、偽証罪は裁かれる条件で、私は次のことを宣言します: (1) このヘルスケア事前指示書 に署名したまたは承認した個人は、個人的に私の知る人物であり、または信じるに足る証拠により身元が証明された人物である、(2) その個人は、私の前で、AHCDに署名または承認し、(3) その個人は健康で、強要、偽り、不当なものの影響下にあるものではなく、(4) 私はこのAHCDにより代理人に指名されたものではなく、(5) 私はその個人のヘルスケア提供者、その従業員、コミュニティーケア施設の経営者、その従業員、地域の高齢者ケア施設の経営者、その従業員のいずれでもありません。

証人1の署名。

証人1:
(Witness number one:)

氏名
(Name)

[Redacted Name Field]

住所
(Address)

[Redacted Address Field]

署名
(Signature)

[Redacted Signature Field]

日付
(Date)

[Redacted Date Field]

注意、お客様のヘルスケア代理人は証人になれません。

証人2の署名。

証人2:
(Witness number two:)

氏名
(Name)

[Redacted Name Field]

住所
(Address)

[Redacted Address Field]

署名
(Signature)

[Redacted Signature Field]

日付
(Date)

[Redacted Date Field]

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

法的に証人の1人はお客様と関係のある人物であってはなりません。

証人の追加陳述: 少なくとも上記証人のうち1人は次の宣言にも署名しなければなりません: **カリフォルニア州法のもと、偽証罪は裁かれる条件で**、私はこのヘルスケア事前指示書を実行している個人とは血縁、婚姻、縁組による縁者ではなく、知る限り、今存在する遺言または法律をもってしても、この個人の死去により、資産分与を受ける資格はないことも、ここに宣言します。

(Additional Statement of Witnesses: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.)

署名
(Signature)

日付
(Date)

氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

あなたに関係する場
合のみ、お答えくださ
い。

証人の特別要件

お客様が熟練看護施設の患者である場合、患者の弁護人またはオンブズマンが次の声明に署名しなければなりません。

(Special Witness Requirement)

(If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

患者の弁護人またはオンブズマンの陳述: 私はカリフォルニア州法のもと、偽証罪は裁かれる条件で、私が国務省で指定された患者の弁護人またはオンブズマンであることをここに宣言し、カリフォルニア州遺言検認コードのセクション4675で要求される証人として奉仕することをここに誓います。

(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

署名
(Signature)

日付
(Date)



氏名: (Full Name): _____

診療記録番号: (Medical Record #): _____

NOTARY PUBLIC
の選択。

私は2人の証人の代わりにNOTARY PUBLICを選択します。

ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California,
County of _____

On _____ before me, _____
(insert name and title of the officer)

personally appeared _____
who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are
subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in
his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s),
or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing
paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____ (Seal)

おめでとうございます!ほぼ完成です。このプロセスを完了するのに、あと少し、やらなければならないことがあります。次の通りです。

次のステップ (Next Steps)

これでヘルスケア事前指示書 (AHCD) は完成です。チェックリストを使い、最後のステップに確実に進むようにしてください。

□ AHCDのコピーを次の人たちに渡してください

- **ヘルスケア代理人** (意思決定者) と代替代理人
- **次の予約に持っていくか、またはコピーを次の住所まで郵送でお送りください:** Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 **または** 電子メールで送ってください: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- **オリジナルは保管ください**

□ AHCDについて議論しましょう

- **ヘルスケア代理人 (意思決定者)** とお客様の価値観、信念、ヘルスケアの選択について話しましょう。AHCDを使って、会話を導き、代理人がこの役割を履行できると感じるか確認してください。
- 誰をヘルスケア代理人に選んだか、ヘルスケアの選択が何でどうしてそうなのかについて、**愛する人たち、家族、そして/または親友に知らせるようにしてください。**

□ AHCDを持って行ってください

- 病院や介護施設に行く場合は、AHCDのコピーを取り、医療記録に残してもらうようにします。

□ AHCDを定期的に見直しましょう

次のことが起きたら、AHCDを見直すようにしましょう:

10年 — 人生で新たな10年を迎えるとき

死去 — 愛する人が亡くなったとき

離婚/結婚 — 離婚、結婚、その他家族に大きな変化があったとき

診断 — 深刻な病の診断をされたとき

機能低下 — 今の健康状態に著しい低下、劣化が見られたとき、特に自力での生活が困難になったとき。

注意: AHCDの選択は、いつでもキャンセルまたは変更することが可能です。 お客様の人生または健康において物事が変化するにつれ、ヘルスケア代理人 (意思決定者) や医療の選択を変更することができます。変更する場合は、書面を作成してその新しい書類に署名するか、ヘルスケア提供者に直接伝えてください。



この情報は、健康上の問題を診断するものではなく、医師またはその他の医療専門家から受けている医学的アドバイスまたは治療等にとって代わるものではありません。もし健康上の問題が続いているか、ほかにもご質問があれば、かかりつけの医師に相談してください。

地域のライフケアプランニングチームと提携するKPITイノベーションチームである Sparkが開発しました。Bioethics、SCPMG Legal、その他の主要な貢献者の主導に感謝します。

© Southern California Permanente Medical Group.

All rights reserved.

無断複写・複製・転載を禁ず。

SCAL-LCP 032J (07/21)

kp.org/lifecareplan