

Japanese



Kōkua Mau
「継続的なケア」

Hawai'i Hospice and Palliative Care
Organization

Introduction to the Japanese translation of the Hawai'i POLST Form

POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) is a medical order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright green form and signed by the patient and her/his physician or Advanced Practice Registered Nurse (APRN), POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

This is a Japanese translation of the Hawai'i POLST Form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, contact your healthcare provider, doctor, or health insurance company. For additional information, go to: www.kokuamau.org.

HAWAII PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) - HAWAII

PLEASE follow these orders. THEN contact the patient's provider. This Provider Order form is based on the patient's current medical condition. All treatment for that condition, however, shall be given when rights and requests.

Printed Last Name: _____
Printed Middle Name: _____
State of Birth: _____ Date Form Prepared: _____

A **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** **** Person has no pulse and is not breathing ****
 Attempt Resuscitation/CPR **Do Not Attempt Resuscitation/DNAR** (Allow Natural Death)
 (Section B: Full Treatment required) **If the patient has a pulse, then follow orders in B and C.**

B **MEDICAL INTERVENTIONS:** **** Person has pulse and/or is breathing ****
 Comfort Measures Only Use medications for the above conditions, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. Transfer (consult) needed for end-of-life care.
 Limited Additional Interventions Includes care described above. Use medical treatment, antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use this measure along with support (e.g., continuous or bi-level positive airway pressure). Transfer if hospital if indicated. Avoid intensive care.
 Full Treatment Includes care described above, the intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and administration/intervention as indicated. Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.
 Additional Orders: _____

C **ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:** **Always offer food and liquid by mouth if feasible and desired.**
 (See directions on next page for information on nutrition & hydration)
 No artificial nutrition by tube **Delayed start period of artificial nutrition by tube**
 Long term artificial nutrition by tube **Artificial nutrition by tube**
 Additional Orders: _____

D **SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION** (Discussed with: _____)
 Patient or Legally Authorized Representative (LAR). If LAR is checked, you must check one of the boxes below:
 Guardian Agent designated in Power of Attorney for healthcare Patient designated surrogate
 surrogate selected by consensus of interested persons (sign section E) Parent of a Minor
 Signature of Provider (Physician/APRN licensed in the state of Hawaii):
 My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.
 Provider Signature (Required) _____ Provider License # _____
 Signature of Patient or Legally Authorized Representative
 My signature below indicates that these orders/preference measures are consistent with my wishes or (if signed by LAR) the wishes of the patient, and/or to the best interests of the patient who is the subject of this form.
 Signature (Required) _____ Relationship to Patient: Self (if patient)
 Summary of Medical Condition: _____ Medical Use Only: _____
SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

ハワイ州 POLST フォームの日本語版について

POLST(Provider Orders for Life-Sustaining Treatment:延命治療に関する医療提供者指示書)は、患者が自分の希望する終末期医療処置を受けられるようにするための医療指示です。POLST ははっきりと目立つ鮮やかな緑色の用紙で、患者とその担当医師または上級実践看護師が署名します。POLST には終末期において患者が希望する医療処置を指定します。

本書はハワイ州 POLST フォームの日本語版です。翻訳版は説明のみを目的とするものであり、正式な POLST フォームとしては使用できません。POLST フォームに記載した患者の希望について話し合う際に利用してください。署名入りのハワイ州 POLST フォームは、救急隊員が読んで指示を理解する必要があるため、英語で作成されていなくてはなりません。

英語版に関する質問は、医療提供者、医師、健康保険会社にお問い合わせください。詳しい情報は下記サイトをご覧ください。 www.kokuamau.org.

This page is left intentionally blank

HIPAAは必要に応じて他の医療専門家に対するPOLSTの開示を認めています

患者の氏名	生年月日	性別 男 女
患者の緊急時連絡先または法的代理人		
氏名	住所	電話番号
指示書を作成した医療専門家	作成者の役職	電話番号
		指示書作成日

E 関係者の合意のもとに選ばれた代理人 (法的代理人についてはセクションDに概要が示されています)

わたしは、偽りの場合には偽証罪に問われることを承知の上で、本書に記載されている患者の法的代理人を務めることを、ここに宣言します。患者は主治医によって意思決定能力に欠けるとの診断を受け、医療代理人、司法当局が指定した保護者、患者が指名した代理人が存在しないこと、あるいは医療代理人、保護者、指名代理人が必要に応じることができないことを確認しました。主治医または医師の被指名人は、実践できる範囲内で最大多数の関係者を見つけるほどほどの努力を行いました。また、当該関係者に対し患者が意思決定能力に欠けること、患者の意思決定代理人を選ばなければならないことを通知しました。その結果として、ハワイ州修正法 §327E-5 に基づきわたしが患者の意思決定代理人として選ばれました。わたしは、以下のセクションCをよく読み、人工水分/栄養補給の一時停止または中止の決定に対して課される制限を理解しました。

	氏名	本人との関係
--	----	--------

医療専門家に対する指示

POLSTの作成

- 患者の意思および医療情報に基づいて医療専門家が作成しなくてはなりません。
- POLSTはハワイ州で免許を受けた医師または上級実践看護師 (APRN) および患者本人または患者の法的代理人の署名がないと有効になりません。医療提供者の口頭による指示は受け入れられません。
- オリジナルフォームを使用されることを強くお勧めします。署名入りPOLSTフォームの写真複写およびFAXも法的に有効です。

POLSTの使用

- POLSTの未記入セクションは、当該セクションの治療全てを許容することを意味します。

セクションA:

- 「蘇生術を試みない」を選んだ人には除細動器 (自動体外除細動器を含む) は使用されません。

セクションB:

- 現在の場所において苦痛の緩和ができない場合は、「緩和的処置のみ」を選択した人を含めて、苦しみの緩和ができる施設へ搬送されます (股関節部骨折の治療など)。
- 緩和を目的とした点滴投薬は「緩和的処置のみ」を選択した人にも適切な場合もあります。
- 点滴による水分補給を希望する人は、「限られた範囲の追加治療処置」または「最大限の治療処置」を選択してください。

セクションC:

- 患者または法的代理人は人工栄養/水分補給に関する意思決定を行います。しかし、患者に指名されていない代理人 (関係者による合意に基づいて選ばれた代理人) は、主治医および主治医以外の医師が患者の診療記録から人工栄養/水分補給の実施または継続が死期を延ばすだけであり、患者が将来神経性の反応を示さない可能性が高いことを確認した場合のみ、人工栄養/水分補給の一時停止または中止を決定できます。HRS §327E-5.

POLSTの再検討

POLSTは定期的に再検討することをお勧めします。再検討が推奨されるのは次のような場合です。

- 患者が他の医療環境または医療レベルに移される時。または
- 患者の健康状態に大きな変化があった時。または
- 患者の治療方針に関する要望が変わった時。

POLSTの修正と取り消し

- 意思表示能力のある患者、または患者に能力のない場合は法的代理人は、治療計画の変更を希望し、何時でもPOLSTを取り消すことができます。変更の意思はあらゆる方法で通知することができます。
- POLSTフォームを取り消すまたは変更するには、オリジナルフォームとすべてのコピーのセクションA からセクションEまでに線を引き、大きな文字で「取り消し (VOID)」と記入します。取り消し線に署名し日付を記入します。修正した新しいPOLSTフォームを作成します。
- 患者の医療提供者は、患者を医学的に評価し、患者の現在の健康状態や治療の目的に基づいて、新しい治療指示について助言を与えることができます。

Kōkua Mau – Hawai'i Hospice and Palliative Care Organization

Kōkua Mauはハワイ州におけるPOLST利用を推進しています。POLSTのコピーと詳細情報については、www.kokuamau.org/polst からダウンロードできます。このフォームは2014年7月に保険局に採用されました。

Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokuamau.org • www.kokuamau.org

患者の移送時または退院時には本書と共に送り出すこと