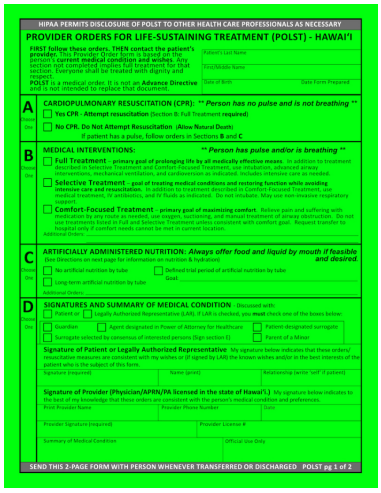
Japanese

Kōkua Mau
「継続的なケア」
A Movement to Improve Care

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, Advanced Practice Registered Nurse (APRN) or Physician Assistant (PA), POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.


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

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) - HAWAI‘I

FIRST follow these orders. THEN contact the patient's provider. This Provider Order form is based on the person's **current medical condition and wishes.** Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with dignity and respect.
POLST is a medical order. It is not an **Advance Directive** and is not intended to replace that document.

Patient's Last Name
First/Middle Name
Date of Birth
Date Form Prepared

A Choose One

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): ***** Person has no pulse and is not breathing *****

☐ **Yes CPR - Attempt resuscitation** (Section B: Full Treatment **required**)

☐ **No CPR. Do Not Attempt Resuscitation** (Allow Natural Death)
If patient has a pulse, follow orders in Sections **B** and **C**

B Choose One

MEDICAL INTERVENTIONS: ***** Person has pulse and/or is breathing *****

☐ **Full Treatment** - **primary goal of prolonging life by all medically effective means.** In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes intensive care as needed.

☐ **Selective Treatment** - **goal of treating medical conditions and restoring function while avoiding intensive care and resuscitation.** In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive respiratory support.

☐ **Comfort-Focused Treatment** - **primary goal of maximizing comfort.** Relieve pain and suffering with medication by any route as needed, use oxygen, suctioning, and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.

Additional Orders

C Choose One

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
☐ Defined trial period of artificial nutrition by tube
Goal: _____
☐ Long-term artificial nutrition by tube

Additional Orders

D Choose One

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 1) ☐ Parent of a Minor

Signature of Patient or Legally Authorized Representative My signature below indicates that these orders/ resuscitative measures are consistent with my wishes or (if signed by LAR) the known wishes and/or in the best interests of the patient who is the subject of this form.

Signature (required) | Name (print) | Relationship (write 'self' if patient)

Signature of Provider (Physician/APRN/PA licensed in the state of Hawai‘i.) My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences.

Print Provider Name | Provider Phone Number | Date

Provider Signature (required) | Provider License #

Summary of Medical Condition | Official Use Only

SEND THIS 2-PAGE FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED POLST pg 1 of 2

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: kokuamau.org.

This paragraph is not translated and is intended as background for translators:

Since July 2022 Physician Assistants (PA) are able to sign POLST in Hawai‘i (Act 293). In doing so, Act 293 adds PAs to Physicians and Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) as providers authorized to complete and sign a POLST in Hawai‘i. This information is integrated into the attached translated POLST form.

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.

Kōkua Mau • P.O. Box 62155 • Honolulu HI 96839
Ph: (808) 585-9977 • info@kokuamau.org • www.kokuamau.org/polst

This page intentionally left 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。

延命治療に関する医療従事者による指示書（POLST）– HAWAI'I

Japanese

まず本指示書を最優先して従って下さい。その後患者の医療従事者に連絡して下さい。本「医療従事者による指示書」は患者の現在の病状と希望に基づいています。未記入の項目がある場合は、その項目に関しては最大限の治療を希望するものとします。すべての人は尊厳と敬意を持って治療されなくてはなりません。POLSTは患者本人の病状と希望に沿って医師などの医療従事者が出す「延命治療に関する医療指示書」です。患者の希望を示したAdvance Directive（事前指示書）ではありません。またAdvance Directive（事前指示書）に代わるものでもありません。

患者の姓	
患者の名前・ミドルネーム	
生年月日	書式作成日

A 一つ選んでチェックを付けて下さい

Cardiopulmonary Resuscitation CPR－心肺蘇生法 ****脈拍がなく、呼吸していない場合****

☐ **Yes CPR－心肺蘇生を試みる。**（この選択をした場合、B項目では「（延命治療も含む）全ての治療」を選択することが必要。）

☐ **No CPR－「心肺蘇生を試みない」**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。
脈拍がある場合は、BおよびC項目の指示に従う。

B 一つ選んでチェックを付けて下さい

Medical Interventions 医療行為 ****脈および・または呼吸がある場合****

☐ **Full Treatment－「(延命治療も含む）全ての治療」**. 医学的に有効な手段を全て用いて延命させることを主な目標とする。下記の「選択的治療」と「緩和を目的とした治療」に記載される治療処置に加えて、気管への挿管、高度な気道確保、人工呼吸器、除細動器の使用を行う。必要に応じて集中治療も行う。

☐ **Selective Treatment－「選択的治療」**集中治療や心肺蘇生は避けるが、病状を治療し機能の回復が望めるものに対する一部の治療を行う。下記の「緩和を目的とした治療」に加え、抗生物質や水分補給の点滴も行う。呼吸器挿管は行わないが、体外からの呼吸補助が必要なら行う。

☐ **Comfort–Focused Treatment－「緩和を目的とした治療」**
できる限りの症状緩和を目的とした治療。痛みや苦痛の緩和を目的とし、さまざまな方法での投薬、酸素吸入、吸引や手動の気道確保を行う。緩和目的以外での上記「（延命治療も含む）全ての治療」および「選択的治療」に記載されている治療は行わない。住んでいる場所では症状の緩和が不可能な場合のみ、病院への搬送を依頼する。

その他の指示：_____

C 一つ選んでチェックを付けて下さい

Artificially Administered Nutrition 人工的栄養補給：可能であり望ましい限り、経口による水分・栄養摂取を勧める。（次ページの栄養および分補給に関する指示を参照する）

☐ 経管栄養補給を行わない。

☐ 指定した試行期間のみ経管栄養補給を行う。
目標:_____

☐ 長期的経管栄養補給を行う。

それ以外の指示:_____

D 一つ選んでチェックを付けて下さい

Signatures and Summary of Medical Conditions 署名および病状の概要 – 話し合い参加者:

☐ 患者または ☐ 法的代理人(LAR)。LARにチェックした場合は、以下のボックスもひとつチェックしてください。

☐ 保護者 ☐ 医療委任状に指名された代理人 ☐ 患者が指名した代理人
☐ 関係者の合意のもと選ばれた代理人（E項目に署名してください） ☐ 未成年者の親

患者または法的代理人の署名 下記の署名は、本書に記入した医療指示 / 蘇生方法が、私の希望に沿ったもの、または（LARによる署名の場合は）本書の対象者である患者の利益を最優先し、患者が表明した希望に沿ったものであることを表明するものです。

Signature (required)	Name (print)	Relationship (write 'self' if patient)
署名（必須）XXXXXXXXXXXX	氏名（活字体）	本人との関係（患者は「本人」と記入）

医療従事者の署名（ハワイ州で免許を受けた医師・APRN 上級実践看護師・PA 医師助手）
下記に署名をすることによって、本医療指示書が私の知る限り患者の病状および治療要望に従ったものであることを表明します。

医療従事者の氏名	医療従事者の電話番号	日付
治療者の署名（必須）XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	医療従事者のライセンス番号	
病状の概要	医療機関使用欄	

Japanese version is for educational purposes only. **日本語版は説明のみを目的とするものであり、正式なPOLSTとしては使用できません。**
The signed Hawaii POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders.
署名入りのハワイ州POLST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。

移送または退院時には、必ず患者と共に本書（全２ページ）を送り出すこと。

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

患者が希望する緊急連絡先。（この欄に名前を記載することによって、記載された方が法的代理人になるわけではありません。事前指示書または州法のみがその権限を与えることができます。）

氏名	患者との間柄	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D項目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C項目をよく読み、人工栄養/水分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。

署名（必須）	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、上級実践看護師（APRN）または医師助手（PA）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。医療従事者の口頭による指示は受け入れられません。
- 原本を使用されることを強くお勧めします。署名入りPOLSTのコピーおよびFAXも法的に有効です。
- 一番最近作られたPOLSTが正しく完璧に記入されている限り有効とされ、以前のものは全て無効となります。この指示書に有効期限はありません。

POLSTの使用
- POLSTの未記入項目は、当該項目の治療全てを許容することを意味します。

A項目:
- No CPR「心肺蘇生を試みない」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。

B項目:
- 住んでいる場所において痛みや苦痛の緩和ができない場合は、「緩和を目的とした治療」を選択した人も含めて、緩和治療が可能な施設へ搬送されます（例えば股関節骨折の治療など）。
- 緩和のための点滴投薬は「緩和を目的とした治療」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、「選択的治療」または「（延命治療も含めた）全ての治療」を選択してください。

C項目:
- 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
定期的にPOLSTの内容を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とき。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、いつでも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を取り消すまたは変更するには、原本と複写全てのA項目からE項目までに線を引き、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書式を作成します。
- 患者の医療従事者は、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 – A Movement to Improve Care

Kōkua MauはハワイPOLST利用を推進しています。POLSTの書式と詳細情報については、kokuamau.org/polst からダウンロードできます。この書類は2023年5月に保健局に採用されました。
Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokuamau.org • kokuamau.org

移送または退院時には、必ず患者と共に本書（全２ページ）を送り出すこと。