

2025 © Eriko Onishi/大西恵理子

This material is provided for educational purposes only and does not constitute professional advice. No warranties, express or implied, are made regarding its accuracy or completeness. Reproduction, sale or distribution of this content, in whole or in part, is strictly prohibited without prior written permission.

本資料は教育目的のみに提供されるものであり、専門的な助言を提供するものではありません。明示または黙示を問わず、その正確性または完全性を保証するものではありません。本コンテンツの全部または一部を、書面による事前の許可なく複製、販売、配布することは固く禁じられています。



米国で重い病気になること  
終末期を迎えるということ

# Becoming Seriously Ill or Facing End-of-Life in US

一緒に話し合しましょう

シリーズ2

オレゴン州の Advance Directive & POLST



私が皆さんとお話しをしたい訳

# 終末期の米国での現状

- 私たちの多くは終末期医療への準備ができていない。
- 米国の医療制度は非常に分断化している。
- 終末期医療をめぐる医療従事者の心の傷と苦の増加
- 死は、遺族にとって決して終わりではない。



# 倫理的な葛藤



## ある患者さんの娘さん、曰く...

「父は何ていうかな……こんなに機械に繋がれたままで生きていたくないとは思うけど。私  
がここにいることもわかってくれないし。でも父は絶対に諦めない人だから...」

「もうこれ以上苦しめないで欲しいけど、私が治療を止めることを先生にお願いし  
たら、私が父を殺したことになるみたいで。本当に辛いです。父の本音さえ聞けれ  
ば...」

[ADVENTISTHEALTH:INTERNAL]





# Public Health Alert! 公衆衛生警報！

直ちにACP を始めて下さい。



# 今日の内容

1. アドバンス・ケア・プランニング(ACP)/人生会議の復習
2. 意思決定代理人の選び方
3. Advance Directive（事前指示書）について
4. オレゴン州のPOLSTについて



あなたが今日の話し合いで  
知りたいことは？

**What would you like to know today?**

A stack of books with various colored covers (yellow, blue, green, brown) is shown on the left side of the image. The books are partially obscured by a large, solid blue shape that covers the right side of the image. Two thin white lines cross each other over the blue area. The text '前回の復習' is written in white on the blue background.

# 前回の復習

# 人生会議 アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning (ACP)

「もしもの時に、どうしたいか。」

もし自分が大きな病気やケガをして意識がなくなった時に備えて自分が大事にしていることや望んでいること

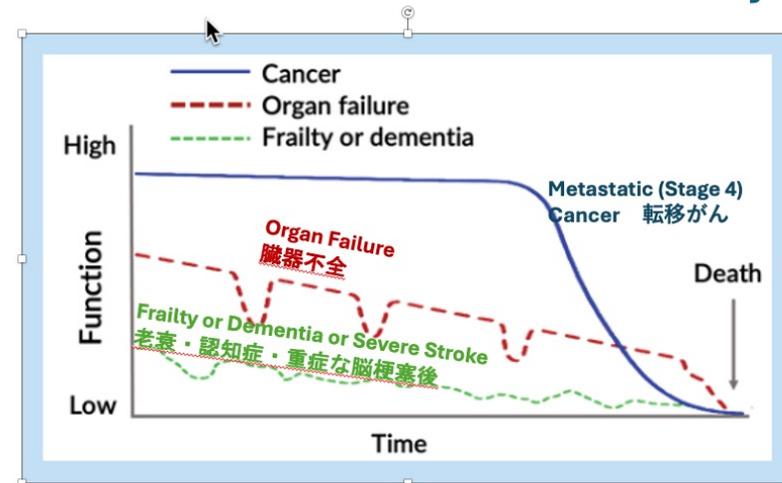
どこで、どのように医療・ケアを受けたいか自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと共有しておくこと

命の危険が迫った状態で意思決定ができる方の割合：  
約 30 %

# ACPの過程において大切なポイント

- 1) ACPは一人ひとり、ライフステージでも異なることを理解する
- 2) 持病がある場合:  
自身の病気に対する理解度、気持ち、治療・入院体験で学んだことを考える
- 3) 自分に合った意思決定代理人を決める
- 4) “生きている”ことの意味、自分が大切に思うこと。(文化的、宗教的、スピリチュアル的、信条なども含めて)の追究
- 5) 健康な人・若い人の場合:  
回復不可能な脳障害/意識不明の状態が起こった時の自分の希望を考える

## 最も一般的な三つの病気の軌跡 Three Most Common Illness Trajectories



### 臓器不全

#### Organ Failure: (Examples 例)

- Heart Failure  
心不全
- Severe Lung disease  
重症な肺の病気
- Kidney Failure  
腎不全
- Liver Failure  
肝不全

Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age, J. Lynn and D. Adamson

# 「もしもの時に、どうしたいか」は、変わっていくもの。

どのような生き方を望むかは、一人ひとり異なる。

ライフステージとともに変わっていきます。



01 あなたが大切にしていることは何ですか？

何度でも  
繰り返して考え  
話し合しましょう

04 話し合った内容を伝えましょう

02 あなたが信頼できる人は誰ですか？

03 信頼できる人や医療・ケアチームと話し合ってみましょう

この時々に  
考えが変わるね



# My Journey in Advance Care Planning

Let's Get My Ducks in a Row!

ACPの段階



大事な人、  
医療者と  
話し合いを繰  
り返してくだ  
さい。

健康/若年



健康レベル/年齢

病状悪化/高齢





# 意思決定代理の 選び方

# Health Care Decision - Maker

## 意思決定代理人

事前指示書で法律上承認された代理人で生命維持処置の中止を決定できる。

州によって法律上決められた呼び方が異なる

State / 州	意思決定代理人の呼び方
Oregon/オレゴン	Health care representative (HCR)
Washington/ワシントン	Health care agent (HCA)
California/カリフォルニア	Health care agent (HCA)
Idaho/アイダホ	Health care agent (HCA)

## Health Care Representative (HCR) vs Surrogate/Surrogate Decision Maker (SDM)

	HCR	SDM
日本語対訳	意思決定代理人	代理人
オレゴン州法上の承認	承認されている (事前指示書が必要)	承認されていない
医療行為の決定	可能	可能 (生命処置の中止以外)
生命維持装置中止の決定	可能	不可能

## あなたの意思決定代理人の選択の方法

### Choosing Your HCA/HCR

#### 適切な意思決定代理人を選ぶ際に考慮する点

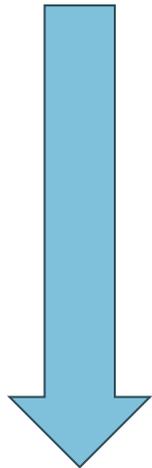
- 1) その役目を受け入れてくれる
- 2) 話しやすく話を聞いてくれる
- 3) 自分の希望に沿って意思決定をしてくれる  
(たとえ意思決定代理人と自分との意見が異なっても)
- 4) 難しい状況の中でも意思決定ができる
- 5) 必要な時に医療者とすぐに話ができる
- 6) 家族である必要はない  
(ただし、その場合は事前指示書で認定することが必要)



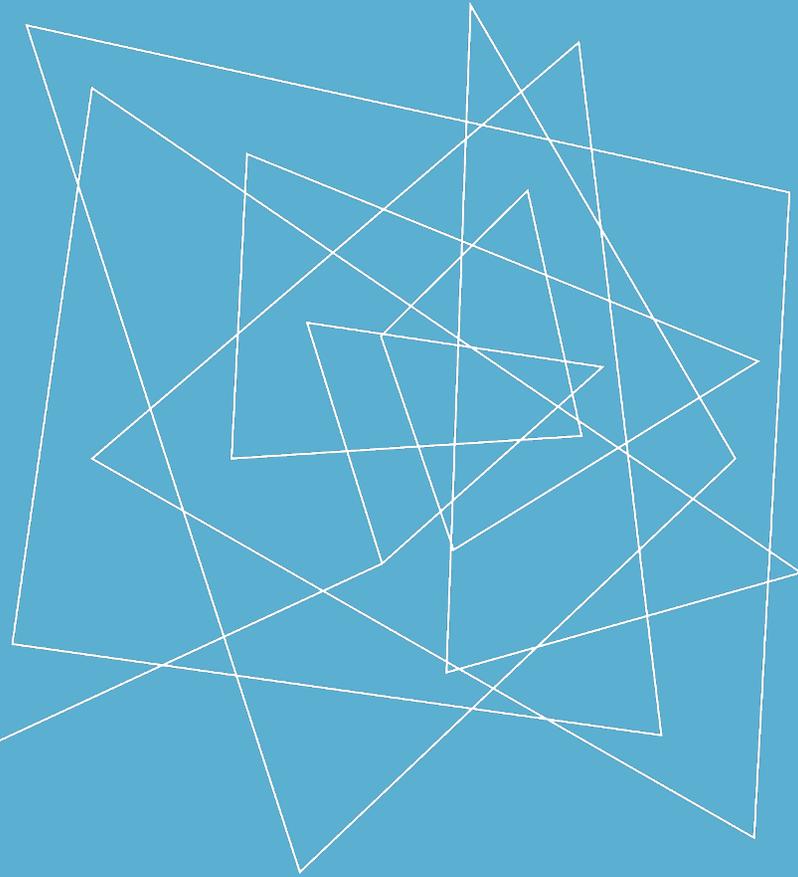
# 意思決定代理人(HCR) がないとどうなる？

## 生命維持装置を中止する場合 医療者の患者関係者への問合せ順

オレゴン州法 Oregon: ORS 127.635



- |                |                                       |
|----------------|---------------------------------------|
| 1. 法律上の保護者     | 1. A guardian                         |
| 2. 法律上の配偶者     | 2. Spouse                             |
| 4. 成人の子ども      | 4. A majority of the adult children   |
| 5. 親           | 5. Either parent                      |
| 6. 姉妹兄弟        | 6. A majority of the adult siblings   |
| 7. 成人の友人・知人・親類 | 7. Any adult relative or adult friend |
| 8. 医師          | 8. An Attending physician             |



# Advance Directives (AD)

## 事前指示書

# 意思決定代理人・事前指示書 日米比較

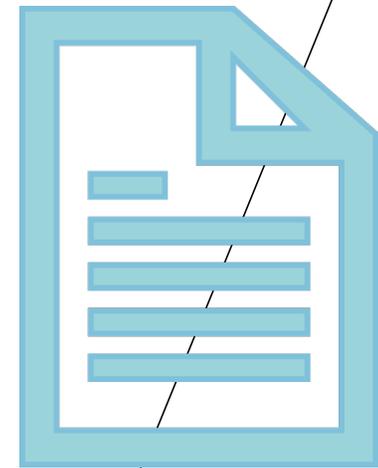
項目	アメリカ	日本
法的枠組み	州ごとに法律あり	法律なし、ガイドライン
代理人の指定	書面で明確に指定可 ( Health Care Proxy / Agent )	法的制度なし、ACPで希望を伝達
順位づけ	法律で明確に規定	順位なし、家族 + 医療チームで協議
本人の意思	Advance Directive ( 事前指示書 ) が最優先	ACP・リビングウィル推奨 ( 法的拘束力弱い )

# Advance Directives 事前指示書

## 米国患者自己決定権法（1991年施行）

医療機関・施設に対して、文書で患者が望む医療に関する基本方針と実施方法とを確認し、継続的に支援することを法的に義務付け

- 個人が意思決定能力を失った時のみ利用される
- 意思決定能力があればいつでも口頭で解除できる
- 通常の事前指示書は以下の両方が認められている
  - 1) 治療・医療のケアに対する意思表示
  - 2) 意思決定代理人の指名（オレゴン州法では3人まで）



# OREGON Advance Directives オレゴン州法に基づいた事前指示書

The screenshot shows the Oregon Health Authority website. The header includes the logo and navigation menus for 'About OHA', 'Programs and Services', 'Oregon Health Plan', 'Health System Reform', 'Licenses and Certificates', 'Public Health', and 'Jobs'. A search icon is also present. The main content area is titled 'Advance Directive Forms' and contains a sidebar with links to various public health resources. The main text explains that users can obtain forms from their healthcare providers and lists a table of available forms in multiple languages, each with links to download the form and a user guide.

Language	Form Download	User Guide
English	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Spanish	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Arabic	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Cambodian	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Chinese Simplified	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Chinese Traditional	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Chuucese	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Dari	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Hmong	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Japanese	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>
Korean	<a href="#">docx</a> <a href="#">pdf</a>	<a href="#">User guide</a>

各言語の指示書が  
ダウンロード可能

<https://www.oregon.gov/oha/p/h/about/pages/adac-forms.aspx>

# 事前指示書の三つの贈り物

## The 3 Gifts of Your Advance Directive

1. あなた自身へ

1. To yourself

You will live your life more FULLY.

2. 家族、大切に思う  
人たちへ

2. To your loved ones

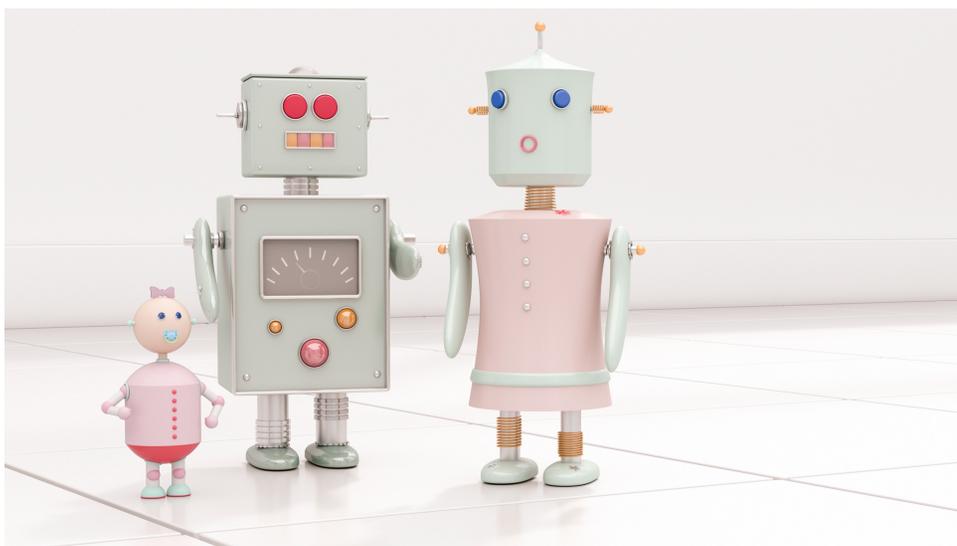
3. 医療者・チームへ

3. To your care team

～あなたの権利であり、思いやり～



# 大事な人、医療者と 話し合うこと



# My Priorities

## 私の優先事項



1. 私にとってどのような身体的・精神的な制約なら受け入れられ、かつ長期的に耐えられるものは、あるいは受け入れられないものは何か？
2. 私が望む生活の質を得るために、どのくらいの期間ならそれがなくても妥協できるのか？

# さらに掘り下げてみよう！

自分にとっての生きがい・譲れないこと？

もう少し詳しく聞かせて？

自分にとっての生きがい・譲れないこと？

なぜ？

なぜ？

他に考えられることは？

他に考えられることは？

なぜ？

他に考えられることは？

逆に、自分が意思決定代理人となった時、相手の気持ちを代弁できるのか？

# Oregon's Advance Directive Sections

各言語のフォームがダウンロード可能です

<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

[ADVENTISTHEALTH:INTERNAL]

# Oregon's Advance Directive Sections

<b>Preamble Directions</b>	1. About Me
	2. My Health Care Representatives
	3. Medical Care Preferences
	4. Additional Information
	5. Signature of Principal
	6. Witness or Notarization
	7. Signatures of Health Care Representative(s) to accept appointment

\* 1, 5, 6, and either 2 or 3, ideally both, should be completed. Once section 2 is completed, section 7 must be completed, too.

# Section 1. About Me

## Oregon's Advance Directive form Page 2-3

- 自分の名前
- 誕生日
- 自分の住所・電話番号など

1. About me		
Name (first, middle, last):		Date of birth:
Telephone numbers: Home	Work	Cell
Address:		E-mail:

# Section 2. My Health Care Representative

Oregon's Advance Directive form Page 2-3

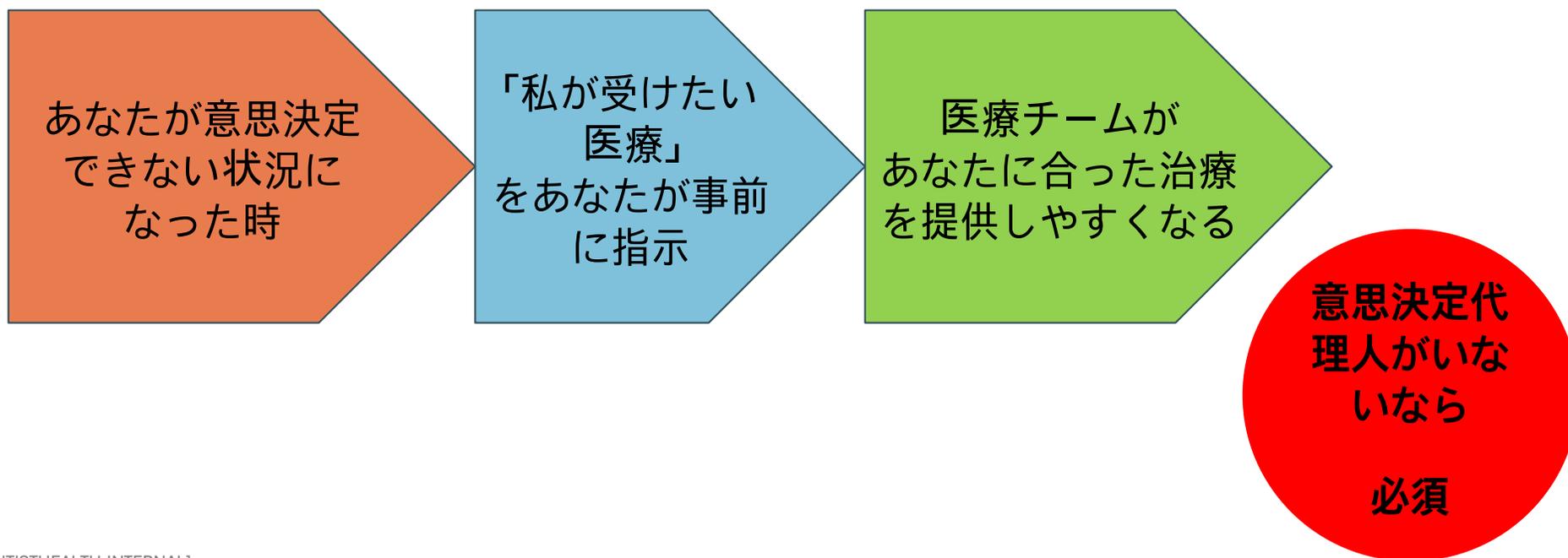
意思決定代理人：3人まで  
選べます

- 名前
- 本人との関係
- 連絡先

2. My health care representative		
I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.		
Name (first, middle, last):		Relationship:
Telephone numbers: Home	Work	Cell
Address:		E-mail:

## Section 3. My Health Care Instructions

Oregon's Advance Directive form Page 3~

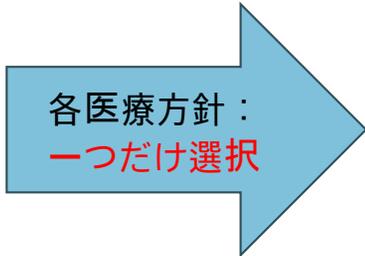


# Section 3A. My health care instructions

Oregon's Advance Directive form Page 3-6

3種類の病態において、それぞれあなたの希望に近いものを4項目から一つ選択します

- a. 末期的状態                      a. Terminal condition
- b. 高度な進行性疾患            b. Advanced progressive illness
- c. 完全に意識不明                c. Permanently unconscious

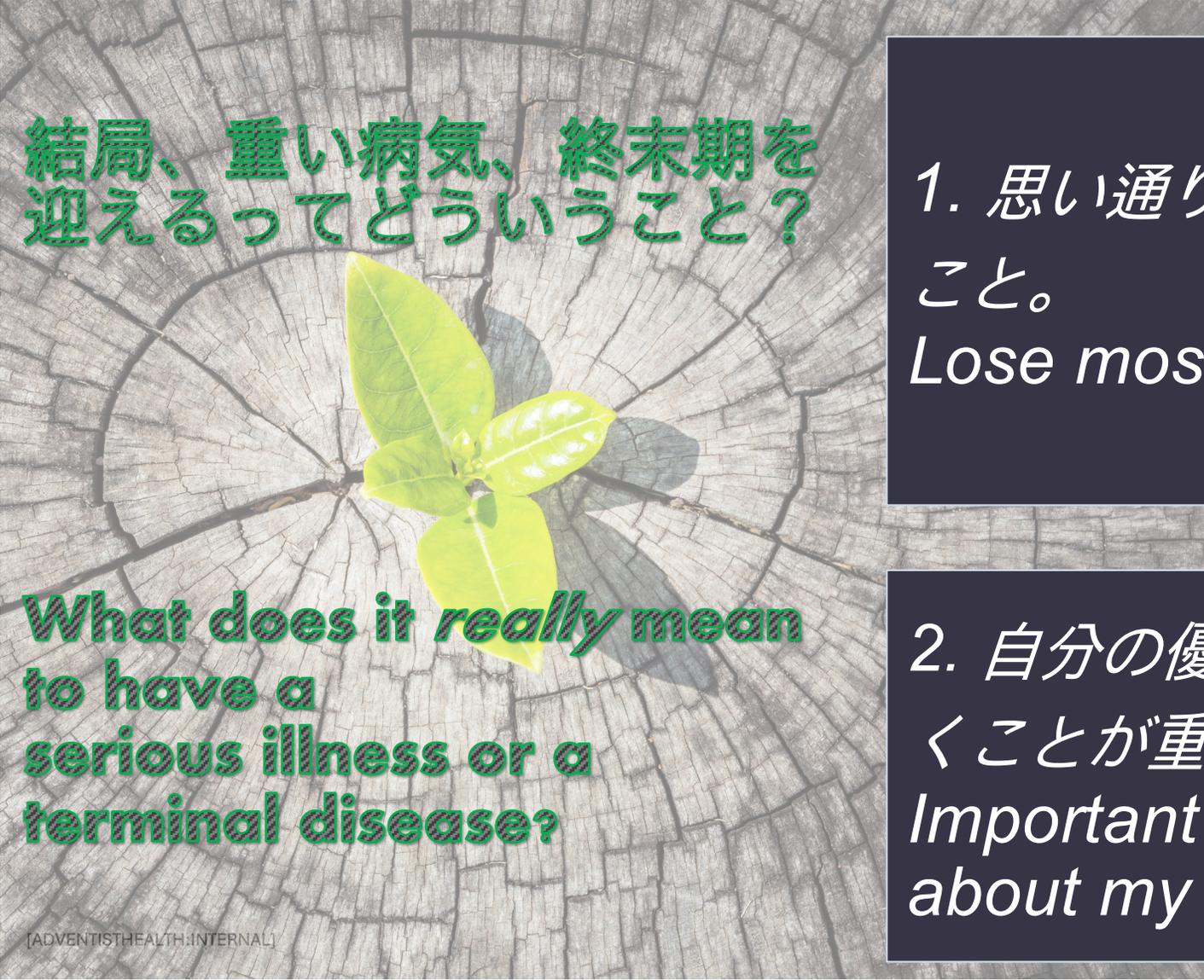


Initial one option only	
<input type="checkbox"/>	I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.
<input type="checkbox"/>	I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.
<input type="checkbox"/>	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. I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.
<input type="checkbox"/>	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. I have expressed what matters to me in section B below.

## Section 3A. 4つの選択肢

### Oregon's Advance Directive form Page 3-6

- |   |  |
|---|--|
| 1. 生命を維持するために利用可能な全ての治療法を希望             | 1. Try all available treatments to sustain my life                                   |
| 2. 人工栄養と栄養チューブと点滴による水分補給で生命維持を希望        | 2. Try artificial feeding and fluids only to sustain my life                         |
| 3. 生命を維持するための治療法は希望しない                  | 3. No Life-Sustaining Treatments   |
| 4. 意思決定人と医療者に委ねる<br>( 詳細はセクション3Bに自由記載 ) | 4. Health Care Representative to decide after talking with my providers (Section 3B) |



結局、重い病気、終末期を  
迎えるってどういうこと？

What does it *really* mean  
to have a  
serious illness or a  
terminal disease?

[ADVENTISTHEALTH:INTERNAL]

1. 思い通りにならなくなる  
こと。  
*Lose most of my control.*

2. 自分の優先順位を知ってお  
くことが重要。  
*Important to be clear  
about my top priority*

# 究極の選択

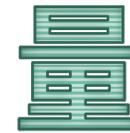
どちらが大切ですか？

**Quality vs. Quantity  
of Life**

人生とは



質



## Section 3A-1. 全ての可能な医療とは (延命)

目的 / GOAL: Achieve QUANTITY 量の追求

*Live as Long as Possible* 積極的に治療 / 延命する

**CPR:**



**Cardiopulmonary  
Resuscitation**

心肺蘇生

**ECMO:**



**Extracorporeal  
Membrane  
Oxygenation**

体外式膜型人工肺

**Intubation:**



**A “breathing  
machine”**

人工呼吸器

**Dialysis**



透析

**Surgery/Procedures**



手術・処置

**Medications**



薬

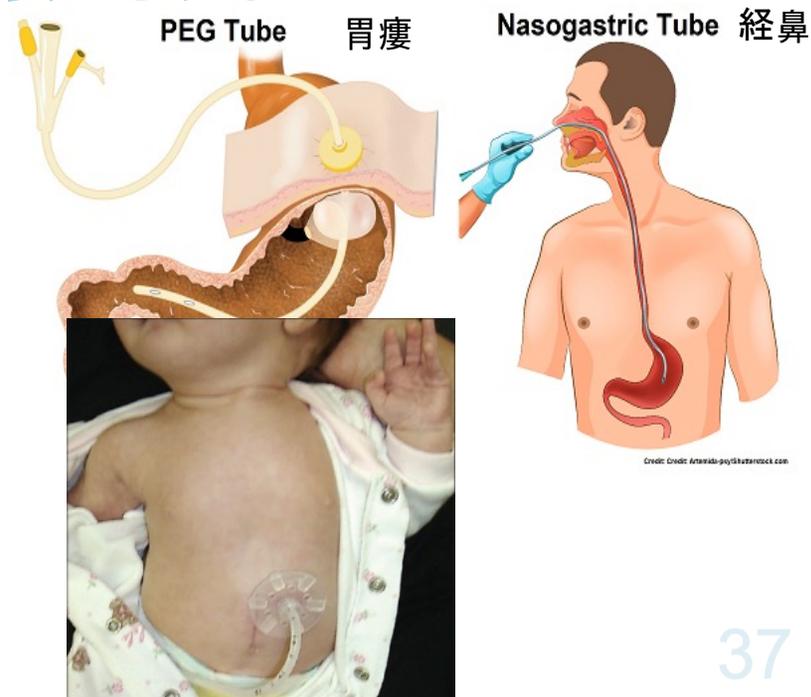
## Section 3A-2. 人工栄養と水分補給のみとは （栄養補給）

**GOAL: Achieve Quality & QUANTITY 質と量**

**Live as long as possible without Aggressive Treatment**

**積極的治療は避けてできるだけ長生きする**

- ✓人工栄養は患者が経口で飲食できなくなった時に生命保持として利用できる
- ✓胃瘻、経鼻栄養、静脈注射で水分補給
- ✓人工栄養は短期でも長期でも可
- ✓誰かに食べさせてもらうのは人工栄養と同じ？
- ✓飲食なしなら平均1～4週間後に亡くなる



## Section 3A-3. 生命維持の治療なしとは （自然死）

**GOAL: Achieve QUALITY & Quantity** 質と量  
**Allow Natural Death** 自然死を認める



No  
CPR/Intubation  
心肺蘇生はしない



Comfort Measures  
Only (CMO)  
痛みやその他の緩和



No artificial hydration or  
feeding tubes  
人工的な栄養水分補給はしない



持病の薬の投薬はおこなうのか、病院  
診療は可能か、交渉可能

Oregon's Advance Directive form Page 4  
**Section 3A-a. Terminal condition**

ケースa: 末期的状態



ホゼ (68) の場合

末期がん、および予後6か月

かつ何かしらの理由で意識不明：

- がんが進行？
- 重い感染症？
- 重篤な心筋梗塞・脳梗塞を患う？
- 事故で重傷になる？

4つの選択肢

1. 延命
2. 栄養補給
3. 自然死
4. 委ねる

末期がん以外の類似病態：末期の心、肺、腎、肝臓の病気

## Section 3A-b. Advanced Progressive Illness

### ケースb: 高度な進行性疾患



#### ジョージ (78) の場合

8年前にアルツハイマーと診断  
2年前に施設に入居  
家族も認識できない  
嚥下機能低下のため体重も減少

#### 4つの選択肢

1. 延命
2. 栄養補給
3. 自然死
4. 委ねる

アルツハイマー以外の類似病態：進行した認知症、パーキンソン病や神経的な疾患、脳梗塞の後遺症、筋萎縮性側索硬化症

## Section 3A-c. Permanently Unconscious

### ケースc: 完全に意識不明



#### マーサ (62) の場合

重症な交通事故に遭い  
植物状態で二度と回復の見込  
みなし

重症な交通事故以外の類似病態：重症な脳外傷、  
脳梗塞など

#### 4つの選択肢

1. 延命
2. 栄養補給
3. 自然死
4. 委ねる

## Section 3B. 私にとって重要なこと

末期の時のみに適用

自分にとって大切なこと、必須なことなどを自由記載できる

どのような状態になったら生命維持をして欲しくないのかを指定できる

自分の要求が表現できなくなった時

ひどい痛みをコントロールできなくなった時

誰といるかも分からなくなった時

機械につながれてしか生命維持ができなくなった時

自分が大切に思う活動に参加できなくなった時

I do not want life-sustaining procedures if I can not be supported and be able to engage in the following ways:

**Initial all that apply**

- Express my needs
- Be free from long-term severe pain and suffering
- Know who I am and who I am with
- Live without being hooked up to mechanical life support
- Participate in activities that have meaning to me, such as:

## Section 3C. 信仰・信条などについて

自分の意思決定代理人や医療従事者に知っておいてもらいたいこと：  
儀式、秘跡、血液製剤の輸血の拒否などである可能性も記載可能



### C. My spiritual beliefs

Do you have spiritual or religious beliefs you want your health care representative and those taking care of you to know? They can be rituals, sacraments, denying blood product transfusions and more.

You may write in the space below or attach pages to say more about your spiritual or religious beliefs.



## Section 4. その他の追加情報

自分の意思決定代理人や医療従事者に  
知っておいてもらいたいこと：

A. 生命と価値観

B. ケアの場所

C. その他の情報

**書類を添付可能**

D. 意思決定代理人以外に自分の治療に関  
して相談して欲しい人達の名前の提示  
(逆にケアに参加して欲しくない人の  
名前はCその他の情報に記載可能)

### 4. More information

Use this section if you want your health care representative and health care providers to have more information about you.

#### A. Life and values

Below you can share about your life and values. This can help your health care representative and health care providers make decisions about your health care. This might include family history, experiences with health care, cultural background, career, social support system and more.

You may write in the space below or attach pages to say more about your life, beliefs and values.

#### B. Place of care

If there is a choice about where you receive care, what do you prefer? Are there places you want or do not want to receive care? (For example, a hospital, a nursing home, a mental health facility, an adult foster home, assisted living, your home.)

You may write in the space below or attach pages to say more about where you prefer to receive care or not receive care.

## Section 5-7.

Section 5 自身の署名

Section 6 証人 (AかB)

A. 公証人

B. 証人宣言

意思決定代理人以外の2名の署名が必要

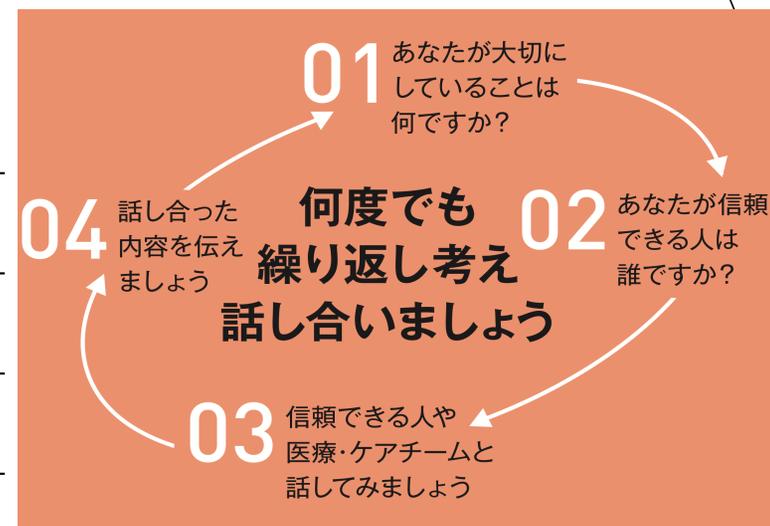
Section 7 意思決定代理人の承認・署名



# ADの見直し時

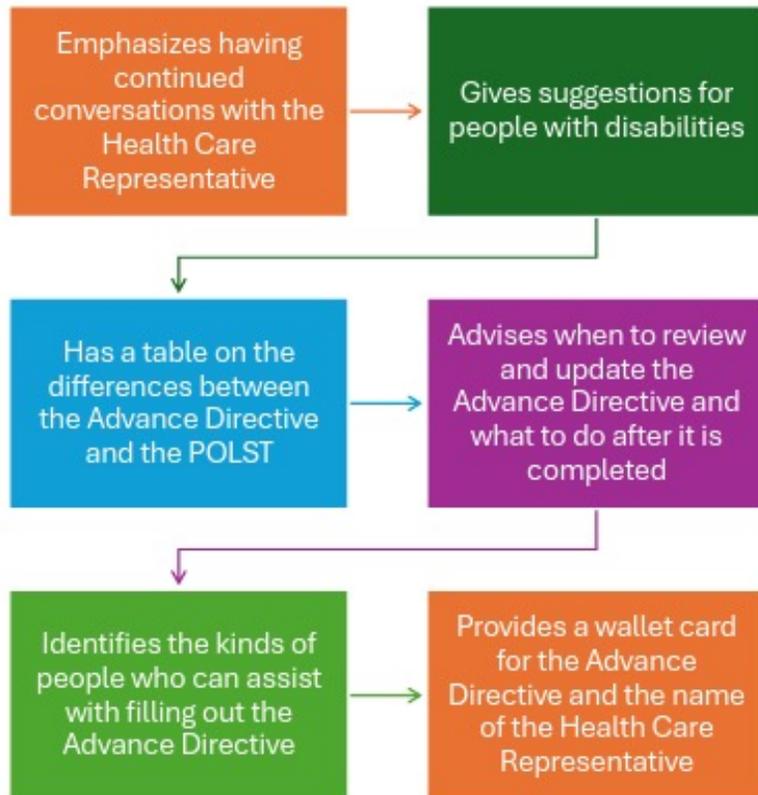
## 6つの‘D’

Decade	毎十年ごと
Death	意思決定代理人が亡くなった時
Disagreement	意見相違になった時
Divorce	離婚した時
Diagnosis/Dementia	新しい病気を診断された時、（認知症の早期）
Decline	健康の低下を感じ始めた時、自分一人では住めなくなった時



# Oregon's Advance Directive

## 取説：使用者ガイド



### Your Guide to the Oregon Advance Directive for Health Care

#### I. INTRODUCTION

This Guide is here to help you complete the Oregon Advance Directive for Health Care. It answers questions many people have about it.

#### What is the purpose of the Oregon Advance Directive?

It is a legal form. It lets you:

1. Name a person to make your health care decisions if you cannot make them for yourself.
2. Write down your goals and wishes for health care to make them known. This is in the event you are not able to express them in the future.

#### Who is the Oregon Advance Directive for?

It is for adults 18 years and older who live in Oregon.

# AD vs POLST

OFFICE OF THE DIRECTOR  
Office of the State Public Health Director



## Oregon Advance Directive for Health Care

This Advance Directive form allows you to:

- Share your values, beliefs, goals and wishes for health care if you are not able to express them yourself.
- Name a person to make your health care decisions if you could not make them for yourself. This person is called your health care representative and they must agree to act in this role.

Be sure to discuss your Advance Directive and your wishes with your health care representative. This will allow them to make decisions that reflect your wishes. It is recommended that you complete this entire form.

The Oregon Advance Directive for Health Care form and Your Guide to the Oregon Advance Directive are available on the Oregon Health Authority's website.

- In sections 1, 2, 5, 6 and 7 you appoint a health care representative.
- In sections 3 and 4 you provide instructions about your care.

The Advance Directive form allows you to express your preferences for health care, not the same as Portable Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) as defined in ORS 127.663. You can find more information about the POLST in Your Guide to the Oregon Advance Directive.

This form may be used in Oregon to choose a person to make health care decisions if you become too sick to speak for yourself or are unable to make your own medical decisions. The person is called a health care representative. If you do not have an effective health care representative appointment and you become too sick to speak for yourself, a health care representative will be appointed for you in the order of priority set forth in ORS 127.635 (2) and this person can only decide to withhold or withdraw life sustaining treatments if you meet one of the conditions set forth in ORS 127.635 (1).

This form also allows you to express your values and beliefs with respect to health care decisions and your preferences for health care.

[ADVENTISTHEALTH

HIPPA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT

### Oregon POLST®

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment\*

Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.

Patient's Last Name:	Suffix:	Patient's First Name:	Patient's Middle Name:
Preferred Name:	Date of Birth: (mm/dd/yyyy)	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	MRN (optional)
Address (street / city / state / zip):			

**A** **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** *Unresponsive, pulseless & not breathing.*  
*Check One*  
 **Attempt Resuscitation/CPR**       **Do Not Attempt Resuscitation/DNR**  
 Must check Full Treatment in Section B.      If patient not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B.

**B** **MEDICAL INTERVENTIONS:** *When patient has a pulse and is breathing.*  
*Check One*  
 **Comfort Measures Only.** Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. **Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.**  
**Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.**  
 **Selective Treatment.** In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advance airway interventions or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). **Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit.**  
**Treatment Plan: Provide basic medical treatments.**  
 **Full Treatment.** In addition to care described in Comfort Measures Only and Selective Treatment, use intubation, advanced airway interventions and mechanical ventilation as indicated.  
**Transfer to hospital and/or intensive care unit, if indicated.**  
**Treatment Plan: All treatments including breathing machine.**  
 Additional Orders: \_\_\_\_\_

**C** **DISCUSSED WITH: (REQUIRED)**  
*Check All That Apply*  
 Patient       Parent of minor       Relative, friend or other support person (without written appointment) - See reverse side for additional requirements for completion in persons with intellectual or developmental disabilities.  
 Person appointed on advance directive  
 Court-appointed guardian  
 List all names and relationship: \_\_\_\_\_

**D** **PATIENT ACKNOWLEDGEMENT (RECOMMENDED BUT NOT REQUIRED)**  
 Signature: \_\_\_\_\_ Name (print): \_\_\_\_\_ Relationship (write "self" if patient): \_\_\_\_\_  
 This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out. To opt out, check here.

**E** **ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA / ND (REQUIRED)**  
*Must Print Name, Sign &*  
 By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistent with the patient's current medical condition and preferences.  
 Print Signing MD / DO / NP / PA / ND Name: **required**      Signer's Phone Number: \_\_\_\_\_      Signer's License Number: (optional) \_\_\_\_\_

as Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

# Portable Orders for Life Sustaining Treatment

## POLSTとは

- 治療方針のオーダー
- 命に関わる病気・進行性の病態を持っている人や老いて体が弱くなっている人、進行した認知症のある人なのでかつ心肺蘇生などの治療を避けたい人へのみ必要
- 病院外で緊急時のオーダーとして使用

心肺蘇生を試みてほしくない場合のみ  
POLSTが必要。

あなたの医療者と相談して下さい。

[ADVENTIST HEALTH SYSTEMS]

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT			
Oregon POLST® Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*			
<b>Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.</b>			
Patient's Last Name:	Suffix:	Patient's First Name:	Patient's Middle Name:
Preferred Name:	Date of Birth: (mm/dd/yyyy)	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	MRN (optional)
Address (street / city / state / zip):			
<b>A</b> Check One	<b>CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):</b> <i>Unresponsive, pulseless &amp; not breathing.</i>		
	<input type="checkbox"/> <b>Attempt Resuscitation/CPR</b> <input type="checkbox"/> <b>Do Not Attempt Resuscitation/DNR</b> Must check Full Treatment in Section B.      If patient not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B.		
<b>B</b> Check One	<b>MEDICAL INTERVENTIONS:</b> <i>When patient has a pulse and is breathing.</i>		
	<input type="checkbox"/> <b>Comfort Measures Only.</b> Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. <b>Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.</b> <b>Treatment Plan:</b> Provide treatments for comfort through symptom management.		
	<input type="checkbox"/> <b>Selective Treatment.</b> In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advance airway interventions or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). <b>Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit.</b> <b>Treatment Plan:</b> Provide basic medical treatments.		
	<input type="checkbox"/> <b>Full Treatment.</b> In addition to care described in Comfort Measures Only and Selective Treatment, use intubation, advanced airway interventions and mechanical ventilation as indicated. <b>Transfer to hospital and/or intensive care unit, if indicated.</b> <b>Treatment Plan:</b> All treatments including breathing machine.		
Additional Orders:			
<b>C</b> Check All That Apply	<b>DISCUSSED WITH: (REQUIRED)</b>		
	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent of minor <input type="checkbox"/> Relative, friend or other support person (without written appointment) - See reverse side for additional requirements for completion in persons with intellectual or developmental disabilities. <input type="checkbox"/> Person appointed on advance directive <input type="checkbox"/> Court-appointed guardian List all names and relationship: _____		
<b>D</b>	<b>PATIENT ACKNOWLEDGEMENT (RECOMMENDED BUT NOT REQUIRED)</b>		
	Signature:	Name (print):	Relationship (write "self" if patient):
This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out. To opt out, check here. <input type="checkbox"/>			
<b>E</b> Must Print Name, Sign & Date	<b>ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA / ND (REQUIRED)</b>		
	By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistent with the patient's current medical condition and preferences.		
	Print Signing MD / DO / NP / PA / ND Name: <b>required</b>	Signer's Phone Number:	Signer's License Number: (optional)
	MD / DO / NP / PA / ND Signature: <b>required</b>	Date: <b>required</b>	"Signed" means a physical signature, electronic signature or verbal order documented per standard medical practice. Refer to OAR 333-270-0330
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED SUBMIT COPY OF BOTH SIDES OF FORM TO REGISTRY IF PATIENT DID NOT OPT OUT IN SECTION D			
© CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE, Oregon Health & Science University (OHSU) 2023			

# ACP関連書類の比較

	Advance Directive	POLST
誰のため	本人の意思が確認できる 18歳以上の個人	高齢か、衰弱しているか、大病があり、治療を制限したい患者
書類の種類	法的文書	医療指示
意思決定代理人の認定	できる	できない
誰が記入するのか	個人	医療者と患者あるいは意思決定代理人
誰が署名するのか	個人、意思決定代理人、二人の証人か公証人	医療者（医師など）が患者か意思決定代理人の意見のもとで
弁護士は必要か	いいえ	いいえ
書類保存責任	個人、意思決定代理人、医療者	患者、医療者、POLST登録施設

## ACP関連書類の比較(続き)

	Advance Directive	POLST
書類の変更は可能か	個人の意識が明確な場合は可能	可能
緊急時 自分が意思表示できない場合	意思決定代理人が個人の希望を代替する	医療者がPOLSTの指示に従う
意思決定代理人は署名できるか	できない	医療者とできる
緊急時 救急隊員は使用可能か	できない	できる
注意事項	異なる医療施設ではADの確認は難しい	入院時に必ず心配蘇生の有無を確認される  POLSTがそのまま入院時に利用されない！

**大切な注意事項**



**AD ≠ POLST**

**Advance Care Planning ≠ AD/POLST**

ACP/人生会議は AD / POLSTを作成することだけでは  
決してありません！

# My Journey in Advance Care Planning

Let's Get My Ducks in a Row!

ACPの段階



大事な人、  
医療者と  
話し合いを繰  
り返してくだ  
さい。

健康/若年



健康レベル/年齢

病状悪化/高齢



# ACPと阿波踊り！？

踊る阿呆に  
見る阿呆  
同じ阿呆なら  
踊らにや損損



先取医療計画  
ACP  
同じ死ぬなら  
早よせにや損損



# 質疑応答 Q&A



アンケートにご協力お願いします

[www.erikoonishi.com](http://www.erikoonishi.com)

ご清聴ありがとうございました。  
**Thank you for Your Attention!**