

5つの 願い FIVE WISHES

私の願い

1
私が意思決定ができなくなったときに、私に代わって意思決定をしてほしい人は...

2
私が受けたい、あるいは受けたくない医療行為は...

3
私が心地よく過ごせるようにするためにしてほしいことは...

4
私が人々に求める介護やケアは...

5
私が愛する人々に知ってもらいたいことは...

活字体で名前を記入してください。

print your name

生年月日

birthdate

5つの願い

人生には、自分の手に負えない事がたくさんあります。この小冊子「5つの願い」には、「重い病気にかかった時にどのようにしてほしいかと」というとても大切な事柄をコントロールするためにお使いいただけます。簡単に記入でき、希望する内容を確実に記述できます。必要事項を記入して署名された書類は、ほとんどの州で有効な文書類として認められています。

「5つの願い」とは？

「5つの願い」とは、あなたの医療面での希望事項だけではなく、個人的な要望や感情面、精神面のニーズまで網羅した、最初のリビングウィル（生前遺言）です。自分で意思決定ができなくなった時に、あなたに代わって医療上の決断をする人を指名できます。重い病気にかかった時にどういった治療を受けたいか、確実に指定することが

できます。本小冊子は、米国法曹協会 (The American Bar Association) の高齢者法律問題委員会 (Commission on Law and Aging) および全米の終末期医療の専門家の協力を得て作成されました。チェックボックスに印をつけ、該当事項を○で囲んで、短い文章を書き加えるだけです。

「5つの願い」を使うことによるあなたとあなたのご家族へのメリットは

- あなたが重い病気にかかった時にどのように対処してほしいかについて、ご家族や友人と話し合う機会が持てます。
- ご家族の皆様は、あなたが何をしてほしいのか推測しなくて済みます。あなたが重い病気にかかった時、あなたの本意がわからないままに難しい決断をしなくてよいので、家族を守ることに繋がります。
- 「5つの願い」リビングウィルを通して、ご両親、配偶者、友人が何を望んでいるのかを知ることができます。彼らが一番あなたを必要としている時にそこにおいて、彼らが本当に望んでいることが何かを理解できるのです。

「5つの願い」の始まりは

ジム トーウィという男性が12年にわたってマザーテレサの身近で仕事をし、一年間をマザーテレサがワシントンDCで運営していたホスピスで過ごしました。この直接の経験に触発されたトーウィ氏は、患者と家族が重い病気と戦う以前のより早い段階で計画を立てておく方法はないかと考え

ました。その結果生まれたのが「5つの願い」です。これは大反響を呼び、CNNの特集やNBCの「Today Show」、「Time」や「Money」などの雑誌でも取り上げられました。新聞は「『5つの願い』は、魂のこもった最初のリビングウィルである」と賞賛しました。

「5つの願い」は誰が使うべきですか

「5つの願い」は、既婚者、独身者、親、青年、友人を問わず、18歳以上の人全員を対象にしており、すでに800万人以上のアメリカ人が使用しています。「5つの

願い」は大変使いやすく実的にできており、弁護士、医者、病院関係者、宗教団体、退職者グループなどがこの小冊子を配布しています。

「5つの願い」を認めている州

コロンビア特別区または次に記載した40州のいずれかにお住まいの場合、「5つの願い」は実質上州の法律要件を満たしていますので安心してお使いいただけます。

アラスカ	アイダホ	ミズーリ	ロードアイランド
アリゾナ	イリノイ	モンタナ	サウスカロライナ
アーカンソー	アイオワ	ネブラスカ	サウスダコダ
カリフォルニア	ルイジアナ	ニュージャージー	バーモント
コロラド	メイン	ニューメキシコ	テネシー
コネチカット	メリーランド	ニューヨーク	バージニア
デラウェア	マサチューセッツ	ノースカロライナ	ワシントン
フロリダ	ミシガン	ノースダコタ	ウエストバージニア
ジョージア	ミネソタ	オクラホマ	ウィスコンシン
ハワイ	ミシシッピ	ペンシルバニア	ワイオミング

ここに記載されている40州以外の州にお住まいの場合は、「5つの願い」は居住州の技術的要件を満たしていません。従って、これらの州の医師の中には「5つの願い」の使用に消極的な人もいるかもしれません。しかし、このリストに記載されていない州でもたくさんの方々が、その州の法的な書類とあわせて「5つの願い」を記入しています。「5つの願い」を使えば、希望する事柄をすべて記入することができ、家族や友人、介護者、医師にとっては「5つの願い」が役に立つ指針となるからです。多くの医師や医療従事者は、どのような形で表現されたものであれ、あなたの意思に耳を傾けなければならないということを理解しています。

「5つの願い」に変更するには

すでに、リビングウィルや医療に関する永続的委任状を作成されていらっしゃるかもしれませんが。作成済みの書類に代えて「5つの願い」をお使いになる場合は、「5つの願い」の指示に従って必要事項をご記入の上、署名をしてください。署名と同時に「5つの願い」が、過去に作成された事前指示書に対して優先権を持ちます。間違いなく正しい書類が使われるようにするために、以下を行なってください。

- 過去に作成したリビングウィルや医療に関する永続的委任状をすべて破棄するか、お手持ちのコピーに大きな字で「Revoked (取消し済み)」と書きます。弁護士が過去の書類を作成した場合は、弁護士に連絡してください。さらに
- ヘルスケア代理人と家族および医師に「5つの願い」の記入を済ませた旨を連絡してください。あなたの新しい希望が何であるかを、よく理解してもらってください。

願い、1 — WISH 1

私が意思決定をできなくなったときに、私に代わって意思決定をしてほしい人は The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

私が自分で医療に関する決定をできなくなった場合は、本書面で指定する代理人が私に代わって医療に関する選択を行います。この人物は私のヘルスケア代理人（Health Care Agent、または私の居住する州で指定するProxy、Representative、またはSurrogate。いずれも代理人の意）。下記に記載されている事柄が両方とも発生した場合に、この人物が私の医療サービスに関する選択を行います。

- 私を担当または治療する医師が、私に医療サービスに関する選択を行う能力がないと判断した場合。そして
- 上述の医者とは別の医療専門家が、私には判断能力がないということに同意した場合。

もし、私の居住する州が、医療行為の判断能力の有無を判断するための別の基準や方策を設けている場合は、州の方策に従ってください。

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

ヘルスケア代理人として適格な人物を選ぶためには

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

あなたのことをよく知っていて、あなたのことを大切に考えており、困難な決定ができる人を選んでください。配偶者や家族は、感情的な深い絆があるために、最適な選択にはならない場合もあれば、最適な選択になる場合もあります。答えはあなたが一番よくご存知のはずです。あなたを擁護して、あなたの希望に沿った選択ができる人物を選択してください。また、必要な時に援助が得られるように、身近にいる可能性の高い人物を選んでください。ヘルスケア代理人として配偶者、家族、友人のいずれを選ぶ場合にも、あなたの希望についてきちんと話をし、その人物があなたの意思を尊重しそれに従うことを確認してください。ヘルスケア代理人は、**18歳以上**（コロラド州の場合は21歳以上）でなければなりません。また、次に記載する人物は代理人に**なれません**。

- あなたに医療サービスを提供している医療機関・医療提供者（これには、あなたにサービスを提供している医療機関や介護施設、コミュニティケアの所有者や運営者なども含まれます）。
- あなたへの医療サービスを提供している医療機関の職員あるいはその配偶者。
- 10人以上の人の代理人（AgentまたはProxy）となっている人物。ただし、その人物が配偶者、または近親者の場合は除く。

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

ヘルスケア代理人（Health Care Agent）として私が指名する人物は The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

第一希望者の氏名 *First Choice Name*

電話番号 *Phone*

住所 *Address*

市/州/郵便番号 *City/State/Zip*

もし、この人物が私のためにこれらの選択をすることができない場合、あるいは選択することを希望しない場合、または、私と離婚したか、法的に別居しているとみなされる場合、または、この人物が死亡した場合は、次の人物を指名します。

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

第二希望者の氏名 *Second Choice Name*

第三希望者の氏名 *Third Choice Name*

住所 *Address*

住所 *Address*

市/州/郵便番号 *City/State/Zip*

市/州/郵便番号 *City/State/Zip*

電話番号 *Phone*

電話番号 *Phone*

ヘルスケア代理人について、私の考えを変えた場合は、次のことを実行します。

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- 「5つの願い」のヘルスケア代理人についての記載やそのコピーをすべて破棄します。または
- 私の医者や家族など誰かに、ヘルスケア代理人を取り消したい、または変更したいと話します。または
- 権限を取り消したい代理人の名前のところに、「Revoked（取り消し済み）」と上書きし、そのページに私の署名をします。

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

私は、私のヘルスケア代理人が私のために医療上の決断を下すことができると理解しています。私の代理人に次のことをできるようにしてください。

(下記のリストの中で、代理人に依頼したくない事がありましたら、上から線を引いて消してください。)

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 私のために、検査、投薬、手術などの医療ケアやサービスについての決定を行います。医療ケアやサービスには、私の健康上の問題が何であるのかを調べるための検査や、どのようにして治療するかといったことも含まれます。私の生命を維持するための措置もこれに含まれます。治療や医療ケアがすでに始まっている場合は、私のヘルスケア代理人はそれを継続するか、中断するかを決めることができます。 | <ul style="list-style-type: none">• Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped. |
| <ul style="list-style-type: none">• 本書面で記載されている、あるいは、他の話し合いを通じて与えた私の指示を、私の意思や価値観についての理解に沿って解釈します。 | <ul style="list-style-type: none">• Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values. |
| <ul style="list-style-type: none">• 私の病院、ホスピス、介護施設への入院や入所の手配に同意します。私のヘルスケア代理人は、必要な場合には、私を手助けするため、あるいは私の面倒を見るために必要なヘルスケアワーカーを雇うことができます。 | <ul style="list-style-type: none">• Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed. |
| <ul style="list-style-type: none">• 人工的な方法を用いた水や栄養の補給や私の生命維持に必要なその他の治療を含め、治療の要求、中断、治療をしないなどの決断をします。 | <ul style="list-style-type: none">• Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive. |
| <ul style="list-style-type: none">• 医療記録や個人ファイルなどに目を通し、その引き渡しを承認します。これらのファイルを手にするために私の署名が必要な場合は、私のヘルスケア代理人が代わりに署名することができます。 | <ul style="list-style-type: none">• See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me. |
| <ul style="list-style-type: none">• 私が必要とする、または私の意思を尊重したケアが受けられるように、私を他の州に移します。 | <ul style="list-style-type: none">• Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none">• 苦痛を和らげるために必要な投薬や治療すべてについて、承認または拒否します。 | <ul style="list-style-type: none">• Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain. |
| <ul style="list-style-type: none">• 私の意思を尊重するために必要な法的措置をとります。 | <ul style="list-style-type: none">• Take any legal action needed to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none">• 私の臓器や組織で利用可能かつ合法的に提供できるものがあれば、これを提供します。 | <ul style="list-style-type: none">• Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law. |
| <ul style="list-style-type: none">• 私のために、メディケア、メディケイド、その他のプログラムや保険の適用申請を行います。これらの書類の記入のために必要であれば、銀行口座などの個人ファイルを閲覧することができます。 | <ul style="list-style-type: none">• Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms. |
| <ul style="list-style-type: none">• 次に記載するのは、ヘルスケア代理人の権限についての変更、追加、制限事項です。 | <ul style="list-style-type: none">• Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers. |

願い、2 — WISH 2

私が受けたい、あるいは受けたくない医療行為は

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

私の命は貴重であり、尊厳のある治療を受けるに値すると考えます。私が重い病気にかかり、自分のために話をすることがもはや不可能になった場合は、次のことを希望します。また、私がヘルスケア代理人に与えたこの他のすべての指示を尊重し守るようにしてください。

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

私の治療者・介護者として覚えておくべきことは

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- 私は苦痛を感じたくありません。医師に痛みを緩和するために十分な量の薬を投与してもらうことを希望します。投薬により、眠けが増したり睡眠時間が長くなるような場合でも、十分な量を投与してください。
- 私は、医師や看護師が、私の生命を絶つ目的で何らかの措置を取ることを、あるいは、何らかの措置を省くを望んでいません。
- 私は食べ物や飲み物を口から与えてもらうことと、清潔で温かくしてもらうことを希望します。

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

緊急事態に備えて

In Case Of An Emergency

医療上の緊急事態が起こり救急隊員が到着すると、隊員は **Do Not Resuscitate**（蘇生措置を行わないでください）という書類やブレスレットを探すことがあります。多くの州では、**Do Not Resuscitate** の書類には本人が記入し、医師が署名することが求められています。この書類があれば、あなたが死にかけている時には生命維持治療を望んでいないということを救急隊員に知らせることができます。**Do Not Resuscitate** の書類の記入が必要かどうか医師に確認してください。

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

私が意味する「生命維持治療」とは

生命維持治療とは、私の生命を維持するためのあらゆる医療措置や装置、投薬を意味します。生命維持治療には、呼吸を助けるために体内に挿入する装置、医療機器（栄養補給チューブ）を通じ供給される食物や水、心肺機能蘇生措置（CPR）、大手術、輸血、透析、抗生物質、その他、私の延命を目的とするすべての措置を含みます。宗教や信念上などの理由から、生命維持治療の意味を制限する場合は、次の余白に制約内容を記載します。これは、私が何をどのような状況の場合に希望しているのかを明らかにするためです。

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

下記に記載されている4つの状況が訪れた時に希望する（あるいは希望しない）医療・治療は次の通りです。私は、私のヘルスケア代理人、家族、担当医、その他の医療サービス提供者、友人、その他のすべての人達にここに記載する私の指示を知ってもらいたいと思います。

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

死期が近い時

私が短い時間内に死ぬ可能性が高いと私の医師および別の医療専門家の両者が判断し、生命維持治療は死期を遅らせるに過ぎないと判断した場合（下記から一つを選んでください）、

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

- 生命維持治療を希望します。
I want to have life-support treatment.
- 生命維持治療を希望しません。治療を開始した場合は中断してください。
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- 生命維持治療が役に立つと私の医師が考えている場合は、生命維持治療を希望します。ただし、私の健康状況または症状の改善につながらない場合には、医師に治療を中止してもらうことを希望します。
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

昏睡状態に陥り、意識を取り戻したり回復する見込みがない場合

私が昏睡状態にあり、意識を取り戻したり回復したりする可能性がないと私の医師および別の医療専門家の両者が判断し、私の脳が損傷を受けており、生命維持治療は死の瞬間を遅らせる効果しかないと判断した場合（下記のうち一つを選択してください）、

- 生命維持治療を希望します。
I want to have life-support treatment.
- 生命維持治療を希望しません。治療を開始した場合は中断してください。
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- 生命維持治療が役に立つと私の医師が考えている場合は、生命維持治療を希望します。ただし、私の健康状況または症状の改善につながらない場合には、医師に治療を中止してもらうことを希望します。
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

永続的かつ重度の脳障害で回復の見込みがない場合

私が永続的かつ重度の脳障害を受け（例えば、目を開くことはできるけれども話をしたり理解することができない状態）、回復する見込みがなく、生命維持治療は死の瞬間を遅らせる効果しかないと私の医師と別の医療専門家の両者が判断した場合（下記のうち一つを選択してください）、

- 生命維持治療を希望します。
I want to have life-support treatment.
- 生命維持治療を希望しません。治療を開始している場合は中断してください。
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- 生命維持治療が役に立つと私の医師が考えている場合は、生命維持治療を希望します。ただし、私の健康状況または症状の改善につながらない場合には、医師に治療を中止してもらうことを希望します。
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

生命維持治療を望まないその他の状況

生命維持治療を望まない別の状況がある場合は次に記載します。この状況下では、生命維持治療の高費用と重い負担のために治療を受ける価値があるとは思えません。（たとえば、ここに「終末期の条件（End Stage Condition）」について記載することができます。これは、健康状態が悪化したことを意味します。精神的にも肉体的にも自分で自分の面倒を見ることは全くできません。生命維持治療は回復にはつながりません。記述すべき条件がない場合は、この欄は空白にしてください。

次の3つの願いは、私の個人的な希望や精神面、情緒面に関わるものです。これは私にとって大変重要な事柄ですので、尊厳を持って死期が近い私に接してください。可能な場合には、希望の3、4、5に書かれている事柄を実施してください。私は、私の家族や医者、その他の医療サービス提供者、友人、その他の人々が、時としてこの願い3、4、5をかなえられない場合があるということを理解しています。願いをかなえることが法律で強制されているわけではないということも理解しています。下記に記す願いが、医師やその他の医療・ヘルスケア従事者に新たな、あるいは追加の法律上の義務を課すとは考えていません。同時に、下記の願いが、医師や他の医療・ヘルスケア従事者に対して、私に法律で規定されている適切な治療や介護を施さないことの言い訳を与えるとも考えてはいません。

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

願い、3 — WISH 3

私が心地よく過ごすためにしてほしいことは

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(同意しない内容がある場合は上から線を引いて消してください) (Please cross out anything that you don't agree with.)

- 私は苦痛を感じたくありません。医師に痛みを緩和するために十分な量の薬を投与してもらうことを希望します。投薬により、眠けが増したり睡眠時間が長くなるような場合でも、十分な量を投与してください。
- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- もし私が鬱状態、吐き気、息切れ、幻覚などの兆候を示したら、私の治療者や介護者が私に対してできる限りの処置を施すことを希望します。
- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.
- 熱がある場合には、冷たい、湿った布を額に当ててください。
- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.
- 唇や口が乾かないように湿り気を与えるようにしてください。
- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.
- 頻繁に温かいお風呂に入りたいと思います。いつも清潔でいられるようにしてください。
- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.
- できるだけ頻繁に、温かいオイルを使ってマッサージしてください。
- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.
- 可能な場合はいつも、死の瞬間まで私の好きな音楽を流してください。
- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.
- 私に苦痛や不快感を与えない範囲内で、髭剃り、爪切り、髪の毛のブラッシング、歯磨きなどを施してください。
- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.
- 死期が近づいた場合は、宗教書や人々から愛されている詩を声を出して読み聞かせてください。
- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.
- 私と私の愛する人たちが、医療面や感情面、精神面でのケアを必要とする状態になった場合に、ホスピスで受けられるケアについて教えてください。
- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

願い、4 — WISH 4

私の人々に求める介護やケアは

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(同意しない内容がある場合は上から線を引いて消してください)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- 可能な場合には、人々が私と一緒にいるようにしてください。いつ死が訪れてもおかしくないと思われる状況になったら、誰かに私と一緒にいてもらいたいと思います。

- I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.

- 可能な場合には、私が人の声や手の感触に反応しないように見える場合でも、私の手を握って話しかけてください。

- I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.

- 可能な場合には、他の人に私の側に座って私のためにお祈りをしてもらってください。

- I wish to have others by my side praying for me when possible.

- 私が信仰をともにする仲間が私が病気であることを知らせ、私のためにお祈りをして私を見舞ってくれるように伝えてください。

- I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.

- 悲しみながらではなく、明るく、やさしく私の面倒を見てください。

- I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.

- 私の部屋のベッドの側に私の愛する人の写真を飾ってください。

- I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.

- 自分で排尿や排便ができなくなった場合は、私の着衣とベッドリネンを清潔に保ち、汚れた場合にはできるだけ早く交換してください。

- If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled.

- 可能な場合は、自宅で死を迎えたいと思います。

- I want to die in my home, if that can be done.

願い、5 — WISH 5

私が愛する人々に知ってもらいたいことは

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(同意しない内容がある場合は上から線を引いて消してください)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- 私の家族や友人に私が彼らを愛していたことを知ってもらいたいと思います。
- 私が、家族や友人、その他の人々を傷つけた時のことを許してもらいたいと思います。
- 家族や友人、その他の人々が私を傷つけたことがあったとしたら、私が彼らのことを許しているということを知ってもらいたいと思います。
- 家族や友人に、私が死を恐れておらず、死は終わりではなく新たな出発であると考えているということを知ってもらいたいと思います。
- もしできれば、私の死の前に、家族全員に仲直りしてもらいたいと思います。
- 私は、家族や友人が、私が重病になる前にどんな様子だったか考えて、私の死後は病気になる前の私の姿を覚えていてもらいたいと思います。
- 家族や友人、介護者が、私が希望することに同意しない場合でも、彼らに私の希望をかなえてもらいたいと思います。
- 私は、家族や友人に対して、私の死を、私を含めた全員の成長の時として捉えてもらいたいと思います。それによって、私は最後まで意味のある人生を送ることができます。
- I wish to have my family and friends know that I love them.
- I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.
- I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.
- I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.
- I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.
- I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.
- I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.
- I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.

- 私の死で心を悩ますようなことがあれば、家族や友人にカウンセリングを受けてもらいたいと思います。私の記憶が彼らに悲しみをもたらすものではなく、喜びをもたらすものであってほしいと思います。
- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

- 私の死後、私の体を（埋蔵、火葬のいずれかに○）埋葬 または 火葬してください。
- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

- 私の遺体または遺留物は次の場所に安置または埋葬してください。
- My body or remains should be put in the following location

_____.

_____.

- 次の人物が私の葬儀についての希望を知っています。
- The following person knows my funeral wishes:

_____.

_____.

私のことを、どのようにして記憶にとどめておいてもらいたいかという質問があったら、私について、次のことを伝えてください。

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

私の葬式を出す場合は、次の事項を計画してください
 （音楽、唄、朗読その他、特別の希望などを記入）。

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

（その他の希望があれば、下記の余白に記入してください。たとえば、死後、体の一部、またはすべてを献体したいといった希望があればここに記入してください。余白が十分でない場合は別紙を添付してください。）

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

「5つの願い」 の書類への署名

「5つの願い」の書類への署名は、必ず、二人の証人の前で行ってください。

私 _____ は、私の家族、医師、他の医療従事者、友人、その他のすべての人達が、私のヘルスケア代理人（私が代理人を指名しており、その代理人が役目を果たせる場合）あるいは、この書類の記載事項を通して伝えられる私の希望をかなえてくれるように依頼します。この書類は、私が自分で意思決定を行うか、自分を代弁することが不可能になった時点で効力を持つようになります。この書類の一部が（どの部分かに関係なく）法的に実行不可能とみなされる場合は、それ以外の記載すべてについて、私の希望をかなえてくれるように依頼します。また、本書類に先立って作成した、すべてのヘルスケアに対する指示を破棄します。

署名 *Signature*: _____

住所 *Address*: _____

電話番号 *Phone*: _____ 日付 *Date*: _____

証人の声明・ (証人は二人必要です)

私は、証人として、この書類に署名あるいは書類を認証した人物（これ以降「人物」と記載）を個人的に知っており、この人物が私の目前で、この[ヘルスケア代理人およびリビングウィル書類(Health Care Agent and/or Living Will form)]に署名し、また、彼または彼女が健全な精神状態にあり、強要や詐欺、その他の不当な圧力下にある様子は見受けられなかったことをここに宣言します。

また、私の年齢は18歳以上であり、次の項目に該当しないことを宣言します。

- この文書で(代理人、すなわちAgent/Proxy/Surrogate/Patient Advocate/Representative)として指名されている個人、または彼または彼女の後継者
- この人物に医療サービスを提供している医療機関・医療提供者（これには、本人にサービスを提供している医療機関や介護施設、コミュニティケアの所有者や運営者なども含まれます）
- この人物に医療サービスを提供している医療機関の職員
- この人物のヘルスケアに対して経済的な責任を負う者
- この人物に生命保険または医療・健康保険を提供している会社の職員
- この人物と血縁、婚姻、または養子縁組関係にある者
- 私の知る限りで、法律により、この人物の債権者、または、遺言状や遺言補足状あるいは法律で定められた、彼または彼女の遺産の一部または全部を受け取る相続人

(州によっては、証人の資格についての規定が緩やかな場合もありますが、お住まいの州の規定をご存知でない場合は上述の規定に従ってください。)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

Witness Statement・ (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)

証人 1 の署名 <i>Signature of Witness #1</i>	証人 2 の署名 <i>Signature of Witness #2</i>
証人の名前 (活字体) <i>Printed Name of Witness</i>	証人の名前 (活字体) <i>Printed Name of Witness</i>
住所 <i>Address</i>	住所 <i>Address</i>
電話番号 <i>Phone</i>	電話番号 <i>Phone</i>

公証・ Notarization・

ミズーリ州、ノースカロライナ州、サウスカロライナ州、
ウエストバージニア州にお住まいの場合には公証が必要となります。
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- ミズーリ州にお住まいの場合は、あなたの署名のみ公証が必要です。
- ノースカロライナ州、サウスカロライナ州、ウエストバージニア州にお住まいの場合は、あなたの署名および二人の証人の署名の公証が必要です。
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this ____ day of _____, 20____, the said _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires:

Notary Public

ウィスコンシン州の住人は「5つの願い」にウィスコンシン州発行の通告声明文を添付する必要があります。

Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

通告声明文の詳細は www.agingwithdignity.org を参照してください。

More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

カリフォルニア州、コネチカット州、デラウェア州、ジョージア州、ニューヨーク州、ノースダコタ州、サウスカロライナ州、バーモント州に所在がある施設の住人は特別の証人規則に従う必要があります。

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

上記に記載された州にある特定の施設（ナーシングホーム、その他の認可を受けた長期介護施設、知的障害者や重度障害者用施設、または精神障害者用施設）で生活している場合、「5つの願い」が法的に効力を持つようにするためには、特別の「証人要件」を満たす必要があります。詳細情報につきましては、お住まいの施設のソーシャルワーカーか患者アドボケイトにお問い合わせください。

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

「5つの願い」の記入を終えた後にすべきことは

- 本書の指示に従って証人の前で署名をし、証人の署名をもらってください。これが完了すれば、5つの希望は法的に有効と認められます。
- 家族その他、あなたのことを大切に思っている人々とあなたの希望することについて話をし、彼らに「5つの願い」のコピーを渡してください。
- 署名入りの原文を、ご自宅の特別の場所に保管してください。貸し金庫には預けず、必要な場合に誰かが見つけることができるように、身近な場所に保管してください。
- 下記の携帯用カードを記入し、いつも持ち歩くようにしてください。あなたがどこに
- 私は、下記の人物に記入済みの「5つの願い」を渡しました。
- 「5つの願い」を保管しているかが、必要な場合にすぐわかります。
- 次に医師に合う時に、医師とこの話をし、医師に「5つの願い」のコピーを渡してください。そして、このコピーをあなたの医療記録と一緒に保管するように依頼してください。医師があなたの希望を理解し、その希望に従うことを確認してください。また、あなたを治療する他の医師にもあなたの希望を尊重するように伝えるように依頼してください。
- 入院または介護施設に入所する際には、「5つの願い」のコピーを持参してください。このコピーをあなたの医療記録と一緒に保管するように依頼してください。
- *I have given the following people copies of my completed Five Wishes:*

「5つの願い」の目的は、あなたが将来に対して計画を立てることを手助けすることであり、法的な助言をすることではありません。起こり得るかもしれないすべての事態を想定してそれに回答することを意図しているわけでもありません。人は、みなそれぞれ異なっていますし、置かれている状況もそれぞれです。時代の流れに伴って法律も変わっていきます。具体的な問題や質問をお持ちの場合は、医療や法律の専門家にご相談ください。

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

「5つの願い」携帯用カード

<p>Important Notice to Medical Personnel: I have a Five Wishes Advance Directive. 医療従事者への重要な通知事項。私は「5つの願い」事前指定書を持っています。</p>	<p>My primary care physician is: 私のPCP(ホームドクター)は、</p>
<p>_____ Signature 署名</p>	<p>_____ Name 氏名</p>
<p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is: 緊急事態が起こった場合は、この書類を確認するか、私のヘルスケア代理人に相談してください。私の代理人は、</p>	<p>_____ Address 住所 City/State/Zip 市/州/郵便番号</p>
<p>_____ Name 氏名</p>	<p>_____ Phone 電話番号</p>
<p>_____ Address 住所 City/State/Zip 市/州/郵便番号</p>	<p>My document is located at: 私の「5つの願い」の書類の保管場所は、</p>
<p>_____ Phone 電話番号</p>	<p>_____ _____ _____</p>

カードを切り抜き、安全に保管するために2つに折ってラミネート加工してください。

「5つの願い」に寄せられた声

母が亡くなって5年になります。母は、「5つの願いリビングウィル」を持っていましたので、私達には母が何をしてほしいのかわかっていました。母の最期の時が近づいたとき、私と兄が何をすべきかが明確に指定されていたので、心の平安を保つことができました。

Cheryl K. Longwood,
フロリダ州

「5つの願い」はすばらしいと思います。はっきりとわかりやすく書かれていますので、簡単に理解することができます。医療の具体的な問題についての詳細ではなく、本当に重要な人間としてのケアについて書かれています。自分自身のために、そして、主人のために「5つの願い」を使いました。

Susan W. Flagstaff,
アリゾナ州

私の子供たちには、私が母のために行っているのと同じような決断はさせたくないと思います。これほどたくさんの方の医療の選択肢があるとは知りませんでした。このように細心で思いやりに満ちた書類のおかげで、私のすべきことは、書類に記入して子供達のために保管しておくだけでいいのです。

Diana W. Hanover,
イリノイ州

「5つの願い」は人々が重い病気にかかった時に受けた医療行為・介護について計画を立て、それが受けられるようにするための支援を目的とした非営利団体、Aging with Dignityによって作成されました。「5つの願い」の開発はThe Robert Wood Johnson Foundationからの寄付金によって実現しました。

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

www.agingwithdignity.org

1-888-594-7437



Ochsner[™]

Healthcare With Peace Of Mind[™]

Questions?

504-842-WISH (9474)

Last updated 07/2011

54045

「5つの願い」の翻訳は下記の団体の支援により実現しました。

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health FoundationSM

翻訳は、下記の専門翻訳サービス会社により提供されました。

Professional translation services provided by

Language Services Associates

「5つの願い」はAging with Dignityの登録商標です。無断複製・転載を禁じます。本刊行物の内容の著作権は、Aging with Dignityが所有しています。Aging with Dignityの書面による承諾なしに本刊行物の全体、または一部を、複製または送信することは電子的手段や機械的手段、複写、記録その他の手段、形式を問わず、すべて禁止されています。本書の内容は著作権法で保護されていますが、記入済みの「5つの願い」のコピーをとって、担当医、介護者、ヘルスケア代理人、家族、その他の愛する人々に渡すことは許可されています。その他の目的で本書を複製する場合は、Aging with Dignityの書面による承諾が必要です。Aging with Dignityは、「願い2」の原案に貢献してくださったOregon Health Decisions、および惜しめない援助をくださったKate Callahan氏、Charles Sabatino氏、Tere Saenz氏に謝意を表明させていただきます。

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437 (米国およびカナダ内フリーダイヤル)

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

