



Values and Preferences Form 価値観と希望の確認書

Planning for my future care 将来のケアに向けた計画

EMR000120

What is a Values and Preferences Form? 価値観と希望の確認書とは？

A Values and Preferences Form can be used to make a record of your values, preferences and wishes about your future health and personal care.

価値観と希望の確認書は、ご自身の将来の医療や介護についての価値観・希望・意向を記録するために使用することができます。

What is advance care planning? アドバンス・ケア・プランニングとは？

Advance care planning is a voluntary process of planning for future health and personal care that can help you to:

アドバンス・ケア・プランニング(事前ケア計画)とは、将来の医療や介護について、あらかじめ考える自主的な取り組みであり、以下のようなことに役立ちます。

- think through and plan what is important to you and share this plan with others
- 自分にとって何が重要かをじっくり考え、計画を立て、それを周囲の人と共有することができます
- describe your beliefs, values and preferences so that your future health and personal care can be given with this in mind
- ご自身の信念や価値観、希望を記しておくことで、将来の医療や介護が、それらを尊重した形で提供されるようになります
- take comfort in knowing that someone else knows your wishes in case a time comes when you are no longer able to tell people what is important to you.
- 自分にとって何が大切かを伝えられなくなったときに備えて、誰かがあなたの希望を理解してくれているという安心感を得ることができます

This form is one way to record your advance care planning discussions in Western Australia. この文書は、西オーストラリア州においてアドバンス・ケア・プランニングの話し合いの内容を記録するための一つの方法です。

Why is the Values and Preferences Form useful?

価値観と希望の確認書はなぜ役に立つのか？

Thinking through the questions in the form may help you to consider what matters most to you in relation to your health and personal care and what you would like to let others know. Your wishes may not necessarily be health related but will guide treating health professionals, enduring guardian(s), and/or family and carer(s) when you are unwell including any special preferences, requests or messages. This is particularly useful at times when you are unable to communicate your wishes.

この文書の質問をじっくり考えることで、ご自身の医療や介護において最も大切にしたいことや、他の人に伝えたいことを考える助けになるでしょう。ご自身の希望は、必ずしも医療に関することだけとは限りませんが、体調が優れないときに治療にあたる医療関係者や永続的後見人、ご家族、介護者が、特別な希望や意向、伝えたいメッセージを参考にして対応できるようにします。これは、特にご自身の希望を伝えることが難しい時に役立ちます。

Are health professionals required to follow my Values and Preferences Form?

医療関係者は、私の価値観と希望の確認書に従う義務がありますか？

The Values and Preferences Form is a non-statutory document as it is not recognised under specific legislation. In some cases, a Values and Preferences Form may be recognised as a Common Law Directive.

価値観と希望の確認書は、特定の法律で認められていない非公式文書です。場合によっては、価値観と希望の確認書が判例法指示書 (Common Law Directive) として認められることがあります。

Common Law Directives are written or verbal communications describing a person's wishes about treatment to be provided or withheld in specific situations in future. There are no formal requirements for making Common Law Directives. It can be difficult to legally establish whether a Common Law Directive is valid and whether it should or should not be followed. For this reason, Common Law Directives are not recommended for making treatment decisions. If you intend to use this form as a Common Law Directive, you should seek legal advice.

判例法指示書とは、将来の特定の状況下において、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかという本人の希望を、文書または口頭で表明したものです。判例法指示書を作成するための正式な要件はありません。判例法指示書が法的に有効であるか、またその内容に従うべきかどうかを判断することは、必ずしも容易ではありません。そのため、治療に関する意思決定を行う手段として判例法指示書を用いることは推奨されていません。この文書を判例法指示書として使用する場合は、法律の専門家の助言を受けることをお勧めします。

What is the difference between a Values and Preferences Form and an Advance Health Directive?

価値観と希望の確認書と事前医療指示書の違いは何ですか？

An Advance Health Directive is a legal document in WA that enables you to make decisions now about the treatment you would want – or not want – to receive if you ever became sick or injured and were incapable of communicating your wishes.

事前医療指示書とは、西オーストラリア州における法的文書であり、将来、病気や怪我で意思を伝えられなくなった場合に備えて、受けたい治療または受けたくない治療について、あらかじめ本人が決定しておくことを可能にするものです。

The questions in this Values and Preferences Form are the same as in Part 3 of the Advance Health Directive. The Advance Health Directive has additional sections with questions relating to treatment decisions, including life-sustaining treatments.

この「価値観と希望の確認書」の質問は、「事前医療指示書」のパート3と同様の内容です。事前医療指示書には、生命維持治療などの治療の選択に関する質問項目が追加されています。

Please note: If you wish to document decisions about life-sustaining treatments that you consent or do not consent to receiving, you should complete an Advance Health Directive instead.

ご注意ください: 生命維持治療を受けることに同意するか、または同意しないかについて文書に記録したい場合は、代わりに事前医療指示書を作成する必要があります。

How should my Values and Preferences Form be stored and shared? 価値観と希望の確認書はどのように保管・共有すればよいですか？

It is important that people close to you know that you have made a Values and Preferences Form and where to find it.

価値観と希望の確認書を作成したこと、そしてその保管場所について、身近な方々が把握していることが大切です。

Keep the original in a safe place. You can also store a copy online using [My Health record](#) (register and [upload your advance care planning document](#)).

原本は安全な場所に保管してください。また、[マイ・ヘルス・レコード \(My Health Record\)](#) を利用することで、コピーをオンラインで保存することも可能です（事前に登録のうえ、[アドバンス・ケア・プランニング文書をアップロード](#)してください）。

You may choose to give a copy to your:

以下の方々に、コピーを渡すこともできます。

- family, friends and carers
- 家族、友人、介護者
- enduring guardian(s) (EPG)
- 永続的後見人 (EPG)
- enduring attorney(s) (EPA)
- 永続的委任状による代理人 (EPA)
- GP or local doctor
- 総合診療医 (GP) または近くの医師
- other specialist(s) or health professionals
- その他の専門医または医療関係者
- residential aged care home
- 高齢者介護施設
- local hospital
- 地域病院
- legal professional.
- 法律専門家

Make a list of the people who have a copy of your form as this will be a good reminder of who to contact if you decide to change or cancel your document(s) in future.

将来、文書の内容を変更または取り消す決定を行った際に、連絡すべき相手を確認する手がかりとなるよう、文書のコピーを渡した方々のリストをあらかじめ作成しておきましょう。

Where can I get help or find more information?

どこで支援を受けたり、さらに詳しい情報を得ることができますか？

Visit healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning or contact the Department of Health WA Advance Care Planning Line for general queries and to order free advance care planning resources:

一般的なご質問や無料のアドバンス・ケア・プランニング資料のご請求については、healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanningをご覧ください。西オーストラリア州保健局のアドバンス・ケア・プランニング専用ダイヤルまでお問い合わせください。

Phone: 9222 2300

電話：9222 2300

Email: acp@health.wa.gov.au

Eメール：acp@health.wa.gov.au

If English is not your first language, you may need help to understand and complete this form. Contact the National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI). You can search for a translator or interpreter via the Online Directory at naati.com.au/online-directory.

The contact details for NAATI is 1300 557 470 or info@naati.com.au.

英語を第一言語とされていない方は、この文書の内容を理解し、正しく記入するために支援が必要となる場合があります。オーストラリア翻訳・通訳資格認定機関 (NAATI) にお問い合わせください。オンラインディレクトリ (naati.com.au/online-directory) から翻訳者・通訳者を検索できます。NAATIに関するお問い合わせは、1300 557 470 (電話) または info@naati.com.au (メール) までご連絡ください。



My personal details

私の個人情報

Full name
氏名

Date of birth
生年月日

Address
住所

Suburb
サバーブ

State
州

Postcode
郵便番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Phone number
電話番号

Email
Eメール

You do not need to complete every question in this form. Cross out any questions you do not want to complete.

この文書のすべての質問に回答する必要はありません。回答したくない質問には取り消し線を引いてください。

My major health conditions

私の主な健康状態

Use this section to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

この欄には、ご自身の主な健康状態（身体的および／または精神的）に関する詳細を記入してください。

Cross out this question if you do not want to complete it.

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。

Please list any major health conditions below:

以下に主な健康状態をご記入ください。

My values and preferences

私の価値観と希望

When talking with me about my health, these things are important to me

健康について話すとき、大切にしたいことがあります

Use this section to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

この欄には、ご自身の治療について話すときに、重視していることをご記入ください。

This might include:

例えば、以下についてお考えください。

- How much do you like to know about your health conditions?
- 自分の健康状態について、どの程度詳しく知りたいですか？
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- 治療に関する意思決定をするために、何が必要ですか？
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?
- 医療関係者から説明を受ける際に、特定のご家族の同席を希望しますか？

Cross out this question if you do not want to complete it.

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your health:

医療関係者と健康について話す際に、あなたにとって重要なことをご記入ください。

These things are important to me

私にとって大切なことがあります

Use this section to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

この欄には、現在および将来にわたって「よく生きる」とは何を意味するのか、あなた自身の考えをご記入ください。

This might include:

例えば、以下についてお考えください。

- What are the most important things in your life?
- 人生において最も大切なものは何ですか？
- What does 'living well' mean to you?
- あなたにとって「よく生きる」とは何を意味しますか？

Cross out this question if you do not want to complete it.

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

現在および将来にわたって、「よく生きる」とはあなたにとってどのような意味があるのか教えてください。以下の欄にご記入いただくか、ご自身にとって重要だと思われる項目にチェックを入れてください。

Please describe:

以下にご記入ください。

-
- Spending time with family and friends
家族や友人と時間を過ごすこと
-
- Living independently
自立して生活すること
-
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
故郷や出身国を訪れたり、カントリー（アボリジナルの人々にとっての文化的・精神的なふるさと）で過ごしたりできること
-
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
自分で身の回りの世話ができること（例：シャワーを浴びる、トイレに行く、食事をとる）
-
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
活動的に過ごすこと（例：スポーツをする、散歩をする、水泳をする、庭仕事をする）
-
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering, pets, animals)
レクリエーション活動や趣味、興味のあることを楽しむこと（例：音楽、旅行、ボランティア、ペット、動物）
-
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities
(e.g. prayer, attending religious services)
宗教的、文化的、精神的、または地域の活動を行うこと（例：祈り、宗教礼拝への参加など）
-
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
文化的・宗教的価値観に従って生活すること（例：ハラール食品やコーシャ食品のみを摂取する）
-
- Working in a paid or unpaid job
有給または無給の仕事をする
-

These are things that worry me when I think about my future health

将来の健康について考えるとき、不安に感じることがあります

Use this section to provide information about things that worry you about your future health.

この欄には、将来の健康について不安に感じていることを記入してください。

If you become ill or injured in the future, what worries you most about what might happen?

将来、病気や怪我をした場合、何が一番心配ですか？

You may worry about being in constant pain, not being able to make your own decisions, or not being able to care for yourself.

常に痛みを感じることや、自分で意思決定ができなくなる、身の回りのことを自分でできなくなることに對して、不安を感じるかもしれません。

Cross out this question if you do not want to complete it.

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

将来、病気や怪我をしたときに起こり得ることについて、不安に感じていることがあれば、具体的にご記入ください。



When I am nearing death, this is where I would like to be

最期のときを、過ごしたい場所があります

Use this section to indicate where you would like to be when you are nearing death.

この欄には、死が近づいたときにどこで過ごしたいかを記入してください。

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

死が近づいたとき、残された日々や数週間をどこで過ごしたいとお考えですか？ご希望があれば教えてください。

Cross out this question if you do not want to complete it.

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

死が近づいたときに、どこで過ごしたいかを教えてください。該当する項目にチェックを入れてください。選んだ項目について、以下の欄に詳しく記入することも可能です。

I want to be at home – where I am living at the time
その時に住んでいる自宅で過ごしたい

I do not want to be at home – provide more details below
自宅では過ごしたくない（詳細を下欄に記入）

I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
特に希望はない（その時点で自分のニーズに最も適したケアが受けられる場所で過ごしたい）

Other – please specify:
その他（具体的にご記入）

Please provide more detail about your choice:

選んだ項目について、詳しくご記入ください。

When I am nearing death, these things are important to me

死が近づいたとき、大切にしたいことがあります

Use this section to provide information about what is important to you when you are nearing death.

この欄には、死が近づいたときにあなたにとって大切なことについて記入してください。

- What would comfort you when you are dying?
- 人生の最期が近づいたとき、どのようなことがあなたの心を慰めますか？
- Who would you like around you?
- そばにいてほしい人は誰ですか？

Cross out this question if you do not want to complete it.

この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

死が近づいたときにあなたにとって大切なこと、そして心が慰められるものについて具体的にご記入ください。以下の欄にご記入いただくか、ご自身にとって重要だと思われる項目にチェックを入れてください。

Please describe:
以下にご記入ください。

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)
痛みを感じたくありません。症状をしっかりと管理し、できるだけ快適に過ごしたいです。
(快適に過ごすとはあなたにとってどのようなことか、具体的にご記入ください)

- I want to have my loved ones and/or pets and/or other items around me
(Please provide details of who you would like with you)

愛する人やペット、その他大切なものに囲まれていたいです。(そばにいてほしい人の詳細をお書きください)

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed
(Please provide details of any specific traditions that are important for you)

文化的または宗教的な伝統が尊重されることが私にとって重要です。(あなたにとって特に大切な伝統があれば、具体的にご記入ください)

- I want to have access to pastoral/spiritual care
(Please provide details of what is important for you)

牧師やスピリチュアルケアの提供を希望しています。(あなたにとって大切なことを具体的にご記入ください)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet environment, music, photographs, being on Country, being close to home) (Please provide details of what is important for you.)

私にとって周囲の環境は重要です(例: 静かな環境、音楽、写真、カントリーにいること、家から近いこと)。(あなたにとって大切なことを具体的にご記入ください)

Advance care planning related documents

アドバンス・ケア・プランニング関連文書

Use this section to list where and with whom you have stored/shared copies of your Values and Preferences Form and other advance care planning related documents. Cross out this question if you do not want to complete it.

この欄には、ご自身の価値観と希望の確認書やその他のアドバンス・ケア・プランニングに関する書類の保管場所や、それらを共有している方についてご記入ください。この質問に答えたくない場合は、取り消し線を引いてください。

		They have a copy of my: 各自が所持している文書の名称:				
Details 詳細		Values and Preferences Form 価値観と希望の確認書	Advance Health Directive 事前医療指示書	Enduring Power of Guardianship (EPG) 永続的後見委任状 (EPG)	Enduring Power of Attorney (EPA) 永続的委任状 (EPA)	Will 遺言書
	Who else has a copy? コピーの所持者?					
My family, friends and carers 家族、友人、介護者	Person 1 人物 1	Name 氏名				
		Contact details 連絡先				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Person 2 人物 2	Name 氏名				
		Contact details 連絡先				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

My enduring guardian(s) 永続的後見人	Enduring guardian 1 永続的後見人 1	Name 氏名				
		Contact details 連絡先				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enduring guardian 2 永続的後見人 2	Name 氏名				
Contact details 連絡先						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
My health professionals 医療従事者	GP 総合診療医 (GP)	Name 氏名				
		Contact details 連絡先				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Specialist/health professional 1 専門医／医療従事者 1	Name 氏名				
		Contact details 連絡先				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Specialist/health professional 2 専門医／医療従事者 2	Name 氏名				
Contact details 連絡先						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Residential aged care facility 高齢者介護施設	Facility name 施設名					
	Contact details 連絡先					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域病院	Hospital name 病院名					
	Contact details 連絡先					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

continued

続き

They have a copy of my: 各自が所持している文書の名称:					
Details 詳細	Values and Preferences Form 価値観と希望の確認書	Advance Health Directive 事前医療指示書	Enduring Power of Guardianship (EPG) 永続的後見委任状 (EPG)	Enduring Power of Attorney (EPA) 永続的委任状 (EPA)	Will 遺言書
Online versions オンライン					
My Health Record マイ・ヘルス・レコード (My Health Record)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other people who have a copy コピーを所持している他の人物					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

It is important to make sure you know where your original advance care planning document(s) are so that you (and your family) can access them easily if needed. It may be useful to keep them all in the same place.

必要なときにご自身やご家族がすぐにアクセスできるよう、アドバンス・ケア・プランニング文書の原本がどこに保管されているかを把握しておくことが大切です。すべての文書を一か所にまとめて保管しておく便利です。

Document 文書	Where do I keep the original of my current advance care planning document(s)? 現在有効なアドバンス・ケア・プランニング文書の原本は、どこに保管していますか?
Values and Preferences Form 価値観と希望の確認書	
Advance Health Directive 事前医療指示書	
Enduring Power of Guardianship (EPG) 永続的後見委任状	
Enduring Power of Attorney (EPA) 永続的委任状	
Will 遺言書	

Signing of Values and Preferences Form

価値観と希望の確認書への署名

- You are encouraged to sign this Values and Preferences Form. If you are physically incapable of signing this Values and Preferences Form, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- この価値観と希望の確認書に署名することをお勧めします。身体的な理由でこの価値観と希望の確認書に署名できない場合は、代わりに他の方に署名をお願いすることができます。代理で署名をしてもらう際には、ご本人がその場に立ち会う必要があります。

This is my true record on this date and I request that my values, beliefs and preferences are respected.

本書は、記載日現在の私の意思を正確に反映した記録であり、私の価値観、信念、そして希望が尊重されることを求めます。

Signed by:

(signature of person making this Values and Preferences Form)

署名者:

(価値観と希望の確認書を作成する本人の署名)

Date: (dd/mm/year)

日付: (日/月/年)

Or

あるいは

Signed by:

(name of person who the maker of the Values and Preferences Form has directed to sign)

代理署名者:

(価値観と希望の確認書の作成者が署名を依頼した人の名前)

Date: (dd/mm/year)

日付: (日/月/年)

In the presence of, and at the direction of:

(insert name of maker of Values and Preferences Form)

下記の者の立会いおよび指示のもと、本書に署名しました。

(価値観と希望の確認書作成者の氏名を下記に記載)

Date: (dd/mm/year)

日付: (日/月/年)

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability (contact 9222 2300 or acp@health.wa.gov.au). An easy read version of this document is available at health.wa.gov.au/advancecareplanning.

本書は、障がいのある方のご要望に応じて、別のフォーマットでのご提供も可能です。(お問い合わせ:9222 2300またはacp@health.wa.gov.au) この文書の読みやすいバージョンは、health.wa.gov.au/advancecareplanningのウェブサイトからご覧いただけます。

© Department of Health 2022

© 2022年保健省

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.

本資料の著作権は、別段明記のない限り、西オーストラリア州に帰属します。1968年著作権法の規定により認められた私的研究、調査、批評またはレビューを目的とした公正な扱いを除き、目的の如何を問わず、西オーストラリア州の書面による許可なしに、本書のいかなる部分も複製または再利用することはできません。