

証人の宣言

患者氏名： _____（「以下、患者」）

私、 _____（証人1の氏名）、および

私、 _____（証人2の氏名）、は、それぞれがこの

「自らの生命を終えるための薬剤請求書」に署名した人物について、以下の通りであることを宣言します。

1. 私が個人的に知っている人物であるか、または本人確認書類を提示した人物であること。
2. 私の面前で「自らの生命を終えるための薬剤請求書」に自発的に署名したか、または自身が署名したことを私に対して認めたこと。
3. 私の知る限り、当該人物は意思決定能力を有しており、「自らの生命を終えるための薬剤請求書」を自発的かつ自身の自由意思で請求しており、署名するよう強要されていないこと。

私は、「自らの生命を終えるための薬剤請求書」に署名した署名者の主治医または相談医ではなく、また、当該請求書の署名が行われた時点でその署名者の意思決定能力の判定を行ったメンタルヘルス専門家でもありません。

さらに、私は本記載事項が真実かつ正確であることを宣言し、これに虚偽の記載を行った場合には偽証罪の罰則の対象となることを認めます。

さらに、私は以下のいずれにも該当しないことを宣言します。

1. 患者と血縁、婚姻、または養子縁組の関係にある者
2. 遺言または法律の規定に基づき、患者の死亡時にその遺産の一部を受け取る権利を有する者、または、それ以外に患者の死亡によって金銭的利益を得る立場にある者
3. 患者が治療を受けている、または居住している医療介護施設の所有者、運営者、従業員、または独立請負人
4. ニューヨーク州家族医療ケア決定法（Family Health Care Decisions Act）、公衆衛生法（Public Health Law）第2994-a(7)に定義される、患者のドメスティック・パートナー
5. 患者の医療ケア委任状に基づく医療ケア代理人（公衆衛生法第2980(5)）
6. 患者の委任状に基づく代理人（一般義務法（General Obligations Law）第5-1501(2)）

証人1の署名： _____ 日付： _____

住所： _____

証人2の署名： _____ 日付： _____

住所： _____

自らの生命を終えるための薬剤請求書

私、_____（患者氏名）は、ニューヨーク州在住の成人であり、_____末期疾患または終末期の状態である、（末期疾患または終末期状態の名称）と診断されています。私の主治医は、私の末期疾患または終末期状態が、治療の有無にかかわらず、医学的判断に基づき6ヶ月以内に死に至ると予測される、治癒不可能かつ不可逆的なものであると判断し、相談医（専門医）もこれを確認しました。

私の主治医、相談医、およびメンタルヘルス専門家は、私に意思決定能力があることに同意しています。ここでいう意思決定能力とは、私が「医療介助死（Medical Aid in Dying）」の性質や結果（利点、リスク、代替案を含む）を理解・認識しており、かつ、これに関する十分な情報に基づいた決定を行い、この決定を主治医に伝える能力を有していることを意味します。

私は、自身への診断と予後、処方される薬剤の性質と潜在的なリスク、予測される結果、また、緩和ケアやホスピスケアを含む（ただしこれらに限定されない）実行可能な代替治療法について、十分に説明を受けました。

私は主治医に対し、私が服用を選択した場合に、生命を終えるための薬剤を処方することを請求し、主治医が私の請求について他の医師または薬剤師に連絡することを許可します。

以下の1つにイニシャルを記入：

(_____) 自分の決定について、家族のうちの1人、または複数人に伝えました（あるいは伝えるつもりです）。

(_____) 自分の決定について、家族の誰にも伝えないことにしました。

(_____) 自分の決定を伝えるべき家族がいません。

私は、いつでもこの請求を撤回する権利、または当該薬剤の使用を拒否する権利があることを理解しています。

私はこの請求の重要性を理解しており、処方される薬剤を服用すれば死に至ることを認識しています。また、死に至るまでの時間は通常3時間以内であるものの、それ以上の時間を要する可能性があることについても理解しており、担当医からその可能性について説明を受けています。

私は自らの意思で、何ら強制されることなくこの請求を行い、自身の行為について一切の責任を負うことを承諾します。

署名：_____ 日付：_____

証人1（「自らの生命を終えるための薬剤請求書」に「証人の宣言」が添付されています）

署名：_____ 日付：_____

氏名（活字体）：_____

住所：_____

証人2（「自らの生命を終えるための薬剤請求書」に「証人の宣言」が添付されています）

署名：_____ 日付：_____

氏名（活字体）：_____

住所：_____

通訳者の宣言（該当する場合）

患者氏名： _____（「以下、患者」）

私、 _____（通訳者氏名）は、以下の通りであることを宣言します。

☐（以下2つの選択肢のうちいずれか1つにチェックを入れてください）

英語以外の言語で会話、診察、または通訳を介した会話や診察が行われていて、「自らの生命を終えるための薬剤請求書」が英語で作成されている患者の場合：私は、英語と _____（「対象言語」）に堪能であることを宣言します。私は、主治医または相談医と、患者の間で共有される情報やコミュニケーションを効果的、正確かつ公平に通訳するために必要な言語能力と通訳スキルを有しています。

私は _____（日付／時刻）において、医師と患者との間で交わされたコミュニケーションや情報について、私の知識と能力の及ぶ限り、公平かつ正確かつ完全に通訳を行うとともに、対象言語にて「自らの生命を終えるための薬剤請求書」を患者に読み聞かせたことを証明します。

☐ 患者は、強要されることなく自らの自由意志に基づいて「自らの生命を終えるための薬剤請求書」に署名する意思があることを、私に対して明言しました。

発話、聴覚、または視覚に障害のある患者の場合：私は、患者と意思疎通を図り、主治医または相談医と、患者との間で共有される情報やコミュニケーションを効果的、正確かつ公平に読み上げ、通訳するために必要な言語能力、読解力、また通訳スキルを有していることを宣言します。

私は、 _____（日付／時刻）において、医師と患者との間で交わされたコミュニケーションや情報を、私の知識と能力の及ぶ限り、公平かつ正確かつ完全に通訳したこと、ならびに、円滑な意思疎通のために必要とされる場合には、「自らの生命を終えるための薬剤請求書」を患者に対して読み上げ、またはその内容を通訳したことを証明します。

患者は、強要されることなく自らの自由意志に基づいて「自らの生命を終えるための薬剤請求書」に署名する意思があることを、私に対して明言しました。

私は、以下のいずれにも該当しないことを宣言します。

1. 患者と血縁、婚姻、または養子縁組の関係にある者
2. 遺言または法律の規定に基づき、患者の死亡時にその遺産の一部を受け取る権利を有する者、または、それ以外に患者の死亡によって金銭的利益を得る立場にある者
3. 患者が治療を受けている、または居住している医療施設の所有者、運営者、従業員、もしくは独立請負人、あるいは当該医療施設における職務の一環として通訳サービスを提供している者、あるいは通訳サービスを提供する訓練を受けて本宣言に記載された目的のために通訳サービスを提供するよう患者から依頼された者
4. ニューヨーク州家族医療ケア決定法（Family Health Care Decisions Act）、公衆衛生法（Public Health Law）第2994-a(7)に定義される、患者のドメスティック・パートナー
5. 患者の医療ケア委任状に基づく医療ケア代理人（公衆衛生法第2980(5)）
6. 患者の委任状に基づく代理人（一般義務法（General Obligations Law）第5-1501(2)）

さらに、私は本宣言の内容が真実かつ正確であることを宣言し、本宣言における虚偽の記載を行った場合には偽証罪の罰則の対象となることを認めます。

署名した場所： _____（市、郡、州）

署名： _____ 日付： _____

氏名（活字体）： _____

通訳者が訓練を受けた機関： _____

通訳者が訓練を受けた機関の住所： _____

通訳者が話す対象言語： _____