

蘇生処置および延命治療に関する指示書: POLST

基本情報

患者氏名	性別	生年月日:	作成/更新日
	男・女	M・T S・H 年 月 日	20 年 月 日

セクションA: 心肺停止 (CPA) 時の対応 (脈拍・呼吸がない)

- 蘇生処置を行う (Full Code) 心臓マッサージ、気管挿管、除細動、昇圧剤投与など、すべての蘇生処置を実施する
- 蘇生処置を行わない (DNAR) 心肺蘇生 (CPR) を実施せず、自然な死を迎えることを許可する。

セクションB: 心肺停止ではない、生命危機にある場合 (PreCPA) の対応 (脈拍・呼吸はある)

- 1. 苦痛緩和を最優先する (Comfort Measures Only)
目標: 患者の快適さと尊厳の維持を最大化する。
処置: 苦痛 (痛み・呼吸困難など) の軽減のための投薬、点滴、酸素投与、リハビリなどを行う。
制限: モニター装着、採血、点滴などの不快感を伴う検査・処置は最小限とする。
- 2. 限定的な医療処置を行う (Limited Interventions)
目標: 苦痛の緩和とともに、可逆的な病態の治療を行う。
処置: 上記「1」に加え、可逆的な病態の治療のための点滴、投薬、リハビリなどは実施する。
制限: 気管挿管や人工呼吸器の装着など、侵襲的な集中治療は行わない。
- 3. 全力で治療を行う (Full Treatment)
目標: 生命維持を最優先する。
処置: 気管挿管、人工呼吸器管理、ICU管理を含む、医学的に適応のある全ての処置を実施する。

セクションA/B共通の例外

明らかに「事故」や「可逆的な原因」(窒息などの外因や医療行為に伴う急変、直前まで普段通り元気で、倒れる瞬間を目撃した場合など)は上記指示にかかわらず必要な処置を行います

セクションC: 安定期 (Stable condition) の個別医療処置の選択

項目	指示内容	項目	指示内容
人工栄養・水分	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう等) を行う	抗菌薬	<input type="checkbox"/> 治療に必要な抗菌薬を使用する
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) を行う		<input type="checkbox"/> 苦痛緩和目的で使用する
呼吸管理	<input type="checkbox"/> 末梢点滴のみ行う	血液製剤	<input type="checkbox"/> 使用しない
	<input type="checkbox"/> 人工的な栄養・水分補給は行わない		<input type="checkbox"/> 治療に必要な種類・量を使用する
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (挿管) を使用する		<input type="checkbox"/> 苦痛緩和目的で使用する
人工透析	<input type="checkbox"/> 非侵襲的換気までにとどめる	その他	<input type="checkbox"/> 使用しない
	<input type="checkbox"/> 酸素投与のみ行う		
	<input type="checkbox"/> 実施する		
	<input type="checkbox"/> 実施しない		

医師の宣言: 私は、患者本人 (または代理判断者) に対し病状と選択肢について十分な説明を行い、本人の価値観に基づき上記の方針が決定されたことを確認しました。状態に変化があるとき、または申し出があったときは、再度説明し確認の上必要な修正や撤回をさせていただきます。

- 担当医署名: _____ 所属 _____ 日付 _____

患者 (または代理人) の同意: 私は、現在の病状と上記の指示内容を理解しました。この指示は私の意思に基づき、いつでも変更・撤回できることを理解しています。

- 署名 (患者/代理人): _____ 続柄: _____

- 話し合い同席者: _____ 職種: _____