

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		

セクションA：心肺停止（CPA）時の対応

(脈拍・呼吸がない場合) 未決定

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

() する

セクションB：心肺停止ではないが、生命の危機にある場合の対応

(脈拍・呼吸はある場合) 未決定

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C：個別医療処置の選択 (セクション A/B の詳細指示)

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

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。

● 担当医署名： _____ 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： _____