

『患者の意思』を確認するための連絡先

患者氏名： _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先電話番号： _____ — _____ —

住所： _____ 県 _____ 市 _____ 町

病状の概要（ 人生の最終段階の状況を含めて記載 ）：

診断名

病状

患者代理人氏名： _____

連絡先電話番号： _____ — _____ —

住所： _____ 県 _____ 市 _____ 町

かかりつけ医： _____

医療機関の名称： _____

所在地： _____ 県 _____ 市 _____ 町

連絡先電話番号 ① _____ — _____ —

② _____ — _____ —

かかりつけ医代行医： _____

医療機関の名称： _____

所在地： _____ 県 _____ 市 _____ 町

連絡先電話番号 ① _____ — _____ —

② _____ — _____ —

事前指示書証明機関名称： _____

所在地： _____ 県 _____ 市 _____ 町

連絡先電話番号 _____ — _____ —

POLST

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の医療処置

(蘇生処置を含む) に関する医師による指示

A. 患者による事前指示 (以下の指示が存在します)

- なし
- リビング・ウィル (尊厳死の宣言書) などの事前指示書 (望まない医療処置の内容等についての患者本人の意思が記載されたもの)
- 医療に関する代理判断者の指名

氏名

(本人との関係)

B. Aに基づき、医療チームにおいて検討して以下のように指示を決定しました。

- 本人の意思が明確であり、その意思を尊重し、医療処置を行います。
- 本人との意思疎通が十分にできないため意思確認ができない状態、または、本人に複雑な内容の事柄を自分で決定する判断力がない状態です。このため、本人のこれまでの人生や認知機能が低下する前の意思に十分配慮した上で、代理人・代弁者の意思を尊重して、医療処置を行います。

*医療処置 (検査・治療) の基本方針

C. 医師が必要と判断して指示した検査や治療に本人の協力が得られない場合; 一つ選ぶ 代理人・代弁者の意思を確認した上で、次のように選択します。

- 検査や治療を断念してください。
そのために、寿命が短縮する可能性があっても止むを得ません。
- 拘束を行ったり、鎮静剤を使用したりして検査や治療を行ってください。
 - 拘束が必要である場合には行ってください。
 - 鎮静剤を必要である場合は投与してください。

D. 当院に入院中、当院で実施困難な画像下治療、種々の手術療法、放射線療法などを必要とする状態になった場合；一つ選ぶ

- 当院のできる範囲での医療を行ってください。
- 高次医療機関（専門的医療が可能な病院等）への紹介してください。
ただし、受け入れ医療機関がない場合には、当院でできるだけの治療を行ってください。

E. その他の治療

1. 自力で食べられず、誤嚥を繰り返すようになった場合；人工的水分栄養補給（胃ろう、経鼻経管、中心静脈、末梢静脈からの水分栄養補給）について、以下の栄養補給を実施してください。

人工的水分栄養補給は行わず、最期を迎えるときまでできるだけ経口摂取ができるように努めてください。

- 胃ろうからの水分栄養補給を実施してください。
- 胃ろうからの水分栄養補給を実施しません。

- 経鼻経管栄養を実施してください。
- 経鼻経管栄養を実施しません。

- 中心静脈栄養を実施してください。
- 中心静脈栄養を実施しません。

- 末梢静脈栄養を実施してください。
- 末梢静脈栄養を実施しません。

2. 肺炎などの感染症を発症した場合；

- 抗菌剤を投与してください。
- 抗菌剤を投与しません。

3. 貧血、出血傾向、重症感染症、ショック状態などの病態に陥った場合；

血液製剤を投与してください。

血液製剤を投与しません。

4. 腎不全に陥った場合；

人工透析を実施してください。

人工透析を実施しません。

5. その他の病状に陥った場合；

*生命を脅かす疾患に直面しているが、心肺停止の状態ではない（脈拍を触知したり、呼吸をしている）場合の方針

F. 原疾患、または原疾患に起因する疾患による場合；一つを選ぶ

苦痛緩和を最優先とする医療処置 (a)；

患者の尊厳に配慮し、敬意をはらって対処してください。経口的に水分や栄養を補給するなどの適切な処置は実施してください。また身体清潔にも配慮してください。疼痛や不快な症状を軽減するための投薬・体位交換・創傷処置などは実施してください。また症状を軽減するために酸素投与・吸引・用手気道確保が必要であれば実施してください。

・救急隊への指示；患者は生命維持治療のために病院へ搬送されることを望んでいません。現在の状況が、上記 (a) の緩和ケア的処置では、苦痛を軽減できない場合のみ病院へ搬送してください。対応が明確でない場合には、主治医または搬送先病院の担当医、あるいは当日の救急隊指導医に支持を請うようにしてください。

非侵襲的医療処置 (b)；

上記の緩和ケア的処置 (a) に加えて、心臓モニタリングおよび投薬（経口・経静脈）処置を実施してください。

・救急隊への指示；もし適応があれば、病院へ搬送してください。医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）はしないでください。対応が明確でない場合には、主治医または搬送先病院の担当医、あるいは当日の救急隊指導医の指示を請うようにしてください。

・医療機関への指示；集中治療（ICU）管理をしないでください。

侵襲的医療も含む医療処置 (c)；

上記の処置 (a) (b) に加えて、医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）・人工呼吸器・除細動等を実施してください。

・医療機関への指示；適応があれば、ICU 管理をしてください。

G. 原疾患に起因しない疾患による場合；一つを選ぶ

苦痛緩和を最優先とする医療処置 (a)；

患者の尊厳に配慮し、敬意をはらって対処してください。経口的に水分や栄養を補給するなどの適切な処置は実施してください。また身体清潔にも配慮してください。疼痛や不快な症状を軽減するための投薬・体位交換・創傷処置などは実施してください。また症状を軽減するために酸素投与・吸引・用手気道確保が必要であれば実施してください。

・救急隊への指示；患者は生命維持治療のために病院へ搬送されることを望んでいません。現在の状況が、上記 (a) の緩和ケア的処置では、苦痛を軽減できない場合のみ病院へ搬送してください。対応が明確でない場合には、主治医または搬送先病院の担当医、あるいは当日の救急隊指導医に指示を請うようにしてください。

非侵襲的医療処置 (b)；

上記の緩和ケア的処置 (a) に加えて、心臓モニタリングおよび投薬（経口・経静脈）処置を実施してください。

・救急隊への指示；もし適応があれば、病院へ搬送してください。医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）はしないでください。対応が明確でない場合には、主治医または搬送先病院の担当医、あるいは当日の救急隊指導医の指示を請うようにしてください。

・医療機関への指示；集中治療（ICU）管理をしないでください。

侵襲的医療も含む医療処置 (c)；

上記の処置 (a) (b) に加えて、医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）・人工呼吸器・除細動等を実施してください。

・医療機関への指示；適応があれば、ICU 管理をしてください。

*人生の最終段階を迎えたときの方針

H. 原疾患が自然に穏やかに経過して人生の最終段階を迎えたとき；心肺蘇生術について一つを選ぶ

- 心肺蘇生術を実施せず、穏やかに最期を迎えられるように努めてください。
- すべての心肺蘇生術を実施してください。

侵襲的医療も含む医療処置 (c)；

酸素投与・吸引・心臓モニタリングおよび投薬（経口・経静脈）処置に加えて、医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）・人工呼吸器・除細動等を実施してください。

・医療機関への指示；適応があれば、集中治療（ICU）管理をしてください。

I. 原疾患、または原疾患に起因する疾患により心肺停止に陥った場合；心肺蘇生術について一つを選ぶ

- 心肺蘇生術を実施せず、なるべく苦痛のないように、穏やかに最期を迎えられるように努めてください。
- すべての心肺蘇生術を実施してください。

侵襲的医療も含む医療処置 (c)；

酸素投与・吸引・心臓モニタリングおよび投薬（経口・経静脈）処置に加えて、医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）・人工呼吸器・除細動等を実施してください。

・医療機関への指示；適応があれば、集中治療（ICU）管理をしてください。

J. 原疾患に起因しない疾患を発症して心肺停止に陥った場合；心肺蘇生術について一つを選ぶ

- 心肺蘇生術を実施せず、なるべく苦痛のないように、穏やかに最期を迎えられるように努めてください。
- すべての心肺蘇生術を実施してください。

侵襲的医療も含む医療処置 (c)；

酸素投与・吸引・心臓モニタリングおよび投薬（経口・経静脈）処置に加えて、医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）・人工呼吸器・除細動等を実施してください。

・医療機関への指示；適応があれば、集中治療（ICU）管理をしてください。

K. 変更・更新（確認）した日

- 1) 年 月 日（初回作成日）
- 2) 年 月 日
- 3) 年 月 日

*POLST は、定期的に見直してください。

*また、以下の場合にも再評価してください。

- ①意思能力のある患者・意思能力のない患者の家族・医療ケアスタッフによる
申し出があった場合
- ②患者が別の医療機関や介護施設に移る場合
- ③患者の病状が変化した場合