Ⅲ　書式

**POLST（DNAR**指示を含む）

**POLST（Physician Orders for Life Sustaining Treatment）**

「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書

**POLST（DNAR指示を含む）**

「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

私，担当医（担当医師氏名）　　　　　　　　　　　　は，患者本人（あるいは適切な代理判断者）によって，適切なインフォームドコンセントがなされ，公正な手続きを経て，このPOLST（DNAR指示を含む）書式にある医療処置の制限が決定されたことを認めます．

書式は，カルテに正式に記載されています．

・話し合いの参加者；　□患者　　□配偶者

□その他　　　　　　　　，　　　　　　　，

・医療ケアチーム内の話し合いの参加者；（氏名）（職種），

　　 　　　　　　　，　　　　　　　　 　，

　　 　　　　　　　，　　　 　　　　　　，

　　 　　　　　　　，

担当医師署名

連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　日付

＜患者（代理判断者）記入欄＞

|  |
| --- |
| 患者（患者氏名）　　　　 　　　　　　 においては，「生命を脅かす疾患」に直面した場合の医療処置の制限や，心肺停止に陥った場合の蘇生処置の制限について，本書式の方法を望みます．◆現在の病状について理解しました．◆以下の制限する医療処置の内容について理解しました．◆また，これらの指示は，私の意思で，いつでも撤回できることを理解しています．サイン　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（患者または代理判断者）日　付　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　【ＰＯＬＳＴ（ＤＮＡＲ指示を含む）と，患者作成の事前指示の内容が異なっている場合には，ＰＯＬＳＴ（ＤＮＡＲ指示を含む）を優先することに同意します】 |

１

**POLST（DNAR指示を含む）**

「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

**●セクションA；心肺停止の場合；心肺蘇生術（CPR）について**一つを選ぶ

**□　すべての心肺蘇生術を実施してくださいResuscitate （Full Code）**

**□　心肺蘇生術を実施しないでくださいDo Not Attempt Resuscitation**

患者が，心肺停止（CPA）の状態でない場合には，セクションBとCの指示に従う

**●セクションB；心肺停止の状態ではない場合；【**生命を脅かす疾患に直面しているが，CPAの状態ではない（脈拍が触知したり，呼吸をしている）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（Comfort Measures）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MC（Medical Control）の救急隊指導医にコンサルトしてください．

**□　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MCの救急隊指導医にコンサルトしてください．

**・医療機関への指示；**ICU管理をしないでください．

**□　侵襲的医療も含む医療処置Full Treatment（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．

２

**・その他の指示；**

**●セクションC；その他の医療処置**

**人工的水分栄養補給**

□　経管栄養（胃ろうを含む）を実施する

□　経管栄養を実施しない

□　点滴を実施する

□　点滴を実施しない

**・その他の指示；**

**抗生物質および血液製剤**

□　抗菌剤を投与する

□　抗菌剤を投与しない

□　血液製剤を投与する

□　血液製剤を投与しない

**・その他の指示；**

３

**人工透析**

□　人工透析を実施する

□　人工透析を実施しない

**・その他の指示；**

**●セクションD；患者による事前指示**（以下の書類が存在します）

□　なし

□　リビングウィル（望まない医療処置の内容）

□　医療に関する代理判断者の指名

（氏名）（本人との関係），　　　　　　　　　　　　　，

**・その他の指示；**

**●セクションE；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（DNAR指示を含む）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，別な医療機関や介護施設に移る場合

４

③患者の病状が変化した場合