

## **Introduction to the Japanese translation of the POLST form**

---

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Japanese translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

## **POLST（ポルスト）用紙の日本語訳の紹介**

---

POLST（ポルスト）は、重い病気にかかった時の医療に関して患者の意向がよりよく反映されるように作られた医療指示書です。POLST用紙は鮮やかなピンク色の紙に印刷され、患者の署名および医師、ナースプラクティショナー、または医師アシスタントの署名が記入されるようになっており、重い病気にかかった時に患者がどのような治療を希望するかを記載する用紙です。

これはカリフォルニア州のPOLST用紙の日本語訳です。翻訳版は、記入事項について患者の要望を話し合う際に、POLSTの内容をよく理解していただくための参考資料です。救急医療従事者が用紙上の指示を読んで従うことができるよう、POLST用紙の英語版の方に記入署名して下さい。

英語での質問は、[info@capolst.org](mailto:info@capolst.org)にメール、または(916) 489-2222に電話でお寄せ下さい。POLSTについての詳細は[www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org)をご覧ください。

*This page is left intentionally blank.*

日本語版は内容理解のための参考資料です。(Japanese version is for educational purposes only).  
 HIPAA法は必要に応じてPOLSTを他の医療機関に開示することを許可しています。



EMSA #111 B  
 (1/1/2016発効)\*

## 生命維持治療に関する医師指示書 (POLST)

まずは以下の指示に従い、それから医師/NP/PAに連絡してください。署名済みのPOLST用紙は法的に有効な医師指示書です。未記入の項目がある場合は、その項目に関しては最大限の治療を行って下さい。POLSTは事前指示書(Advance Directive)を補足するもので、それに取って代わるものではありません。

患者の姓：	用紙記入日：
患者の名：	患者の生年月日：
患者のミドルネーム：	カルテ番号：(任意)

### A 心肺蘇生 (CPR)：

脈拍がなく、かつ、呼吸が停止している場合。  
 心肺停止ではない場合、BおよびC項目の指示に従って下さい。

一つ選んでチェックを付けて下さい

- 蘇生術・CPRを行う (A項目でCPRを選択する場合は、B項目で「最大限の治療処置」を選択することが必要です)
- 蘇生術を行わない・DNR (自然死を容認する)

### B 医学的処置：

脈拍か呼吸、あるいはその両方が確認される場合。

一つ選んでチェックを付けて下さい

- 最大限の治療処置 - 医学的に有効な手段をすべて用いて延命させることを主な目標とする。  
 下記の「限られた範囲の治療処置」と「緩和中心の処置」に記載される治療処置に加え、適応であれば、気管への挿管、高度な気道確保、人工呼吸器、および除細動器の使用を行う。
- 「最大限の治療処置」の試用期間を設ける。
- 限られた範囲の治療処置 - 患者に負担のかかる処置を避けながら病状を治療することを目標とする。  
 下記の「緩和中心の処置」に記載される処置に加え、適応であれば、医学的処置、抗生物質やその他の点滴を行う。気管への挿管は行わない。非侵襲的な気道陽圧法を行っても良い。一般的に集中治療は回避する。
- 現在の場所で苦痛の緩和ができない場合のみ、病院への搬送を依頼する。
- 緩和中心の処置 - 苦痛をできる限り緩和することを主な目標とする。  
 必要に応じて任意の投薬方法で苦痛を軽減する； 酸素投与、吸引、および手を使った気道閉塞の対処法を行う。上記の「最大限または限られた範囲の治療処置」で挙げられた治療処置のうち緩和を目標としないものは行わない。現在の場所で苦痛の緩和ができない場合のみ、病院への搬送を依頼する。

追加の指示： \_\_\_\_\_

### C 人工的な栄養補給：

可能であり望ましい場合は口から食事を摂るようにする。

一つ選んでチェックを付けて下さい

- 経管栄養を含む人工栄養補給を長期間にわたって行う。追加の指示： \_\_\_\_\_
- 経管栄養を含む人工栄養補給を試用期間を定めて行う。 \_\_\_\_\_
- 経管栄養を含む人工栄養補給は行わない。 \_\_\_\_\_

### D 情報および署名：

- 話し合い参加者：  患者 (決定能力有り)       法的に認められた意思決定代理人
- 事前指示書 (Advance Directive) 日付： \_\_\_\_\_, は入手可能で検討済み → 事前指示書が指名する医療判断代理人： \_\_\_\_\_
- 事前指示書は入手不可能      氏名： \_\_\_\_\_
- 事前指示書は無い      電話番号： \_\_\_\_\_

#### 医師/ナースプラクティショナー/医師アシスタント (医師/NP/PA) の署名

下記に署名することによって、上記の指示が確かに患者の病状や要望に適合するものであることを表明します。

医師/NP/PAの氏名を活字体で記入：	医師/NP/PAの電話番号：	医師/PAの免許番号、NPの認定番号：
医師/NP/PAの署名： (必須) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		日付：

#### 患者または法的に認められた意思決定代理人の署名

私は、本用紙が自由意志で記入されるものであることを承知しています。意思決定者としてこれに署名することにより、記載の蘇生処置に関する指示が、本用紙の対象である患者の既知の要望と最善の利益に適合するものであることを認めます。

氏名を活字体で記入： XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	間柄：(患者の場合は「本人」と記入)
---	--------------------

署名： (必須) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	日付：	FOR REGISTRY USE ONLY / 登録担当使用欄
郵送先 (番地/市/州/ジップコード)：	電話番号：	

**転院または退院の際はこの用紙と供に患者を送り出すこと**

**HIPAA法は必要に応じてPOLSTを他の医療機関に開示することを許可しています。**

**患者の情報**

氏名 (姓、名、ミドルネーム) : \_\_\_\_\_ 生年月日 : \_\_\_\_\_ 性別 : **男 女**

**NP/PAの指導医**

**用紙記入者 (署名した医師/NP/PA以外の場合)**

氏名 : \_\_\_\_\_ 氏名/肩書き : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_

**追加の連絡先**  なし

氏名 : \_\_\_\_\_ 患者との間柄 : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_

**医療提供者への注意事項**

**POLST用紙の記入**

- **POLST用紙記入は自由意志によるものです。** カリフォルニア州法により、医療提供者はPOLST用紙の指示に従うことが義務付けられており、誠意をもって従う者には免責が認められます。病院内では、医師または医師の指導下で従事するナースプラクティショナー (NP) か医師アシスタント (PA) が患者の状態を評価し、患者の要望に沿った適切な指示を出して下さい。
- **POLSTは事前指示書に取って代わるものではありません。** 事前指示書が有る場合は、それとPOLST用紙の内容を確認して、両者が適合するかどうか調べ、適宜に内容の更新を行って下さい。
- POLST用紙は患者の要望や病状に基づいて医療提供者が記入して下さい。
- 法的に認められた意思決定代理人には、法廷が任命した後見人または保護者、事前指示書に指名された医療判断代理人、口頭で指定された代理人、配偶者、登録済みの同居者、未成年者の親、立ち会える最も近親の人、または担当医/NP/PAから見て患者の利益を最も良く理解し、患者が表明した要望や価値観に分かる限り合わせて意思決定を行うことができる人と判断される人が含まれます。
- 法的に認められた意思決定代理人は、患者が決定能力を失っている場合、あるいは患者が意思決定代理人の権限を即時有効にするよう指定した場合に限り、POLST用紙の指示を遂行することができます。
- POLST用紙が有効となるには、(1) 医師、または医師の指導下および法で定められた診療範囲内で従事するナースプラクティショナーか医師アシスタントの署名と (2) 患者あるいは意思決定代理人の署名 が必要です。施設・地域の方針に従って医師/NP/PAが事後に署名を行うのであれば、口頭での指示も受入れ可能です。
- 患者か意思決定代理人が翻訳版を読んだ場合は、それを署名済みの英語版POLST用紙に添付して下さい。
- できるだけオリジナル用紙を使用して下さい。署名済みPOLST用紙の複写またはファックスのコピーも合法かつ有効です。このようなコピーはできる限り濃いピンク色の紙を使って作成し、患者のカルテに保存して下さい。

**POLSTの使用**

- POLST用紙に未記入の項目がある場合は、その項目に関しては最大限の治療を行って下さい。
- A項目 :
- 脈拍がなく、かつ、呼吸が停止している場合、「蘇生術を行わない」を選んだ患者には除細動器 (自動体外除細動器を含む) や胸部圧迫を行わないで下さい。
- B項目 :
- その場で苦痛の緩和ができない場合は、「緩和中心の処置」を選んだ人を含め、患者を苦痛の緩和 (例えば股関節骨折の治療など) ができる施設へ搬送して下さい。
  - 非侵襲的な気道陽圧法は、持続的気道陽圧 (CPAP)、二相性気道陽圧 (BiPAP)、およびバッグバルブマスク (BVM) 補助呼吸法を含みます。
  - 点滴による抗生物質投与や水分補給は、一般的には「緩和中心の処置」ではありません。
  - 脱水症の治療は延命の手段となります。患者が点滴を希望する場合は「限られた範囲の治療処置」か「最大限の治療処置」を選択して下さい。
  - 現地で指定されている救急医療サービス (EMS) 手順によっては、救急隊員がB項目に記入されている「追加の指示」を実行しないことがあります。

**POLSTの再検討**

- POLST 用紙の記入内容は定期的に再検討することが勧められます。下記のような場合に再検討すると良いでしょう :
- 患者が他の医療環境または医療レベルに移される場合、または
  - 患者の健康状態に大きな変化が出た場合、または
  - 患者の治療に関する要望に変更がある場合。

**POLSTの修正および取消し**

- 決定能力の有る患者は、いつでも、別の治療法を依頼したり、任意の手段で撤回の意向を表明してPOLSTを撤回することができます。撤回の場合は、その記録としてAからD項目まで線を引き、大文字で「VOID」と書き、その線に署名と日付を付記すると良いでしょう。
- 法的に認められた意思決定代理人は、患者の要望が分かればそれに基づき、分からなければ患者の最善の利益を考慮して、医師/NP/PAと協力の上、指示内容の修正を依頼することができます。

本用紙は、州全域のPOLST対策委員会と連携するカリフォルニア州救急医療サービス官庁に承認されています。詳細および用紙の入手については[www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org)にアクセスして下さい。

**転院または退院の際は この用紙と併に患者を送り出すこと**