

## POLST はあなたと家族をサポートします

### POLST とは？

POLST は Portable Orders for Life-Sustaining Treatment（延命治療のための医療命令）の略です。

POLSTがあれば、深刻な病状を抱えていてもあなたの希望が医療命令になります。例えば、911に電話をしたり緊急救命室を利用したりする際に、この命令が遵守されるようにできます。家族にとってあなたの希望を知ることは大きな安心になります。

重病にかかったとき、生きるために病院で生命維持装置に繋がれることを希望する方がいる一方で、そうした装置を使用せずに家族と家で過ごしたい方もいます。

それを決めるのはあなたです。



病院の生命維持装置

### POLST の目的

- ❖ 非常に重い病にかかった場合や、身体が弱った際に希望する、または希望しない治療について示します。
- ❖ 当人は緊急時に受ける医療行為について発言権があります。
- ❖ 当人が希望する、または希望しない治療について発言できない場合に、医療行為について手引きします。

### POLST の必要性

POLST 作成の判断はあなた自身が行います。

強制されることはあってはなりません。医者、医療機関、または医療制度が POLST の作成を強制してはなりません。作成するかどうかはあなた次第です。

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT			
Oregon POLST®			
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment®			
Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.			
Patient's Last Name: _____ Suffix: _____ Patient's First Name: _____ Patient's Middle Name: _____	Patient's Birth Date (mm/dd/yyyy): _____ Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X MRN (optional): _____	Address (street / city / state / zip): _____	
<b>A</b> <b>CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):</b> <i>Unresponsive, pulseless &amp; not breathing.</i> Check One: <input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR Must check Full Treatment in Section B. If patient not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B.			
<b>B</b> <b>MEDICAL INTERVENTIONS:</b> <i>When patient has a pulse and is breathing.</i> Check One: <input type="checkbox"/> Comfort Measures Only. Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. <i>Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.</i> <i>Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.</i> <input type="checkbox"/> Selective Treatment. In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advanced airway interventions or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). <i>Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit.</i> <i>Treatment Plan: Provide basic medical treatments.</i> <input type="checkbox"/> Full Treatment. In addition to care described in Comfort Measures Only and Selective Treatment, use intubation, advanced airway interventions and mechanical ventilation as indicated. <i>Transfer to hospital and/or intensive care unit, if indicated.</i> <i>Treatment Plan: All treatments including breathing machine.</i> Additional Orders: _____			

POLST フォームの一部

## POLST が必要な方

POLST は進行した心臓病や転移したがんなど、重篤な疾患のある方のためのものです。

また、どの種類の治療も望むことのない高齢者や身体の弱い方のためのものです。生きるために集中治療室（ICU）を利用したり、生命維持装置に繋がれたりするのを望まない方のためのものでもあります。



POLST は交通事故など予期しない事象のためのものではありません。すでに重病の方に何かが起こったときのためのものです。例えば、重篤な病状で呼吸が止まったときなどが挙げられます。

## POLST の取得方法

POLST が役に立つと思う場合は、担当の医師に尋ねてください。

あなたと担当医の双方が同意すれば、一緒にフォームを作成できます。その後、医師が署名します。

## あなたができること

POLST の詳細を [oregonpolst.org/patients-family](http://oregonpolst.org/patients-family) で確認できます。

- ✓ ウェブサイトでは動画（英語）を視聴できます。
- ✓ 希望する治療について家族と話し合うことができます。
- ✓ その後、準備ができたなら予約を入れ、担当医に相談できます。



「Doctor」とは POLST を署名できる人物を指します。

POLST に英語で署名できる人物：*doctors, nurse practitioners, physician assistants.*

この情報シートは POLST Coalition of Oregon（オレゴン州 POLST 連合）からのものです。

詳細は以下のウェブサイトをご覧ください。  
**Oregon POLST Program**                      **oregonpolst.org**

© 2023 OHSU Center for Ethics & Oregon POLST Coalition. All rights reserved.