

重症時・急変時の治療方針確認書

様 () 歳

当院では患者さんの希望に沿った最善の治療を行うようにしています。重症時・急変時の治療は最善を尽くしますが、予め、患者さんの希望を伺っておき、患者さんも医療者もその場で迷うことが無い様にしておく必要があると考えます。あくまで患者さんの希望が第一ですので、ご家族の希望に沿えない場合もあります。患者さんの意思が確認できない場合は、代理人からの情報を基に患者さんの希望を推測します。

それもかなわない場合は病院の倫理委員会で決定します。

この治療方針はいつでも変更することが可能で、最新の判断を優先いたします。

重症時・急変時の治療とはここでは以下の治療のことを言います。

① 人工呼吸

自分の力で必要な呼吸ができなくなった時に行います。薬で鎮静させ、自発呼吸を止め気管チューブを口から気管まで挿入（気管内挿管）し、人工呼吸器につなぎます。人工呼吸を開始すると、呼吸状態が改善するまで中止することは困難になります。体力のない患者さんは、自発呼吸が弱くなり中止することが難しくなる場合が考えられます。

② 蘇生薬、心臓マッサージ、電気ショック

心臓が止まりそう、止まった時に人工呼吸とともに一連の行為として行います。アドレナリン等の蘇生薬を投与したり、胸骨の圧迫を繰り返す心臓マッサージをしたり、電気ショックをかけて心臓の動きを正常化します。

心臓マッサージで肋骨が折れたり、電気ショックでの胸部の皮膚にやけどが起きる場合があります。

以上の治療方針について当院では重症の患者さんへ患者さんご本人又はご家族、代理人に確認をいたします。

代理人とは、自己決定力が無くなった場合に本人に代わって医療内容を決めることを、予め、書面で委任されていた人のことです。家族等、親しい友人、知人等に委任します。

また、主治医等から説明後、治療方針の希望が明確になるまでの間は以上の治療方針は主治医等の判断に委ねられます。

倫理委員会の決定は院長名で記載いたします。

重症時・急変時の治療方針確認書

様 () 歳

《重症時（呼吸機能低下時）》

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
人工呼吸を	行う ・ 行わない	行う ・ 行わない	行う ・ 行わない
転院を含め救命センター等での治療を希望	する ・ しない	する ・ しない	する ・ しない
ご本人			
ご家族署名			
ご関係			
代理人署名			

《急変時（心肺停止状態、停止しそうな状態）》

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
心臓マッサージ・人工呼吸 電気ショック・薬剤投与など 生命維持のための最大限の 治療を希望	する ・ しない	する ・ しない	する ・ しない
ご本人			
ご家族署名			
ご関係			
代理人署名			

その他

主治医（説明医）：