

## 第 49 章 終末期ケアに対する事前の計画

### ポイント

末期的な状態になり、回復の見込みのない場合に希望するレベルの治療を予め事前指示(アドバンス・ディレクティブ)という形で示しておくことで、意にそぐわない治療を受ける可能性は減少し、患者の尊厳も保たれる。また事前指示に書式に記入するという方法なら、コスト面でも安価な実践である。この章では POLST や「Let Me Decide」プログラムなど様々な取り組みを紹介している。患者やその家族の満足度以外の有効性についてのデータは不足しており、今後のさらなる研究が必要であろう。

### 背景

医師や他の医療従事者は終末期の患者のケアに関する決断で長らく苦心してきた。終末期ケアで重要なのは、本人、家族、代理人との話し合いを通して患者の意向を理解することである。事前の計画は患者の自律性を保証し、健康やケアに対する希望が保証されることに役立つ。患者が人生の終幕を意味ある形で過ごすことができるようよく話し合っておく必要がある。

過去 20 年以上に渡って、Karen Ann Quinlan と Nancy Cruzan の裁判といったいくつかの影響力の大きい裁判の中で、終末期ケアへの国民の関心は起きてきた。これらの判決とその国民的関心が終末期ケアを決定する患者の権利の法制化へとつながっていった。例えば、Natural Death Acts (終末期ケアに関して個人の決定権を確立する州立法府による制定法) はリビング・ウィル(以降に詳述)の利用を促進した[1]。さらに判断能力のある成人が事前指示(アドバンス・ディレクティブ)を示すことを奨励した Federal Patient Self-Determination Act (PSDA) が 1990 年に議会を通過した。PSDA は米国の公的医療制度である Medicare と Medicaid に参加している病院、ナーシングホーム、HMO、ホスピスに対し、患者に事前指示があるか尋ね、事前指示についての情報提供、事前指示を診療記録に盛り込むことを求めたものである[2]。

アドバンス・ディレクティブ(事前指示)は、医療行為について意思決定を行う能力をなくした時のために、患者が前もって示した医療行為に関するあらゆる意向を差す。文書でも口頭でも有効であるが、書面の供述を作成するという手間からも、書面の方がより重視されている。事前指示は、患者が意思決定能力を失った場合の適用はもちろんのこと、患者の意思決定能力が残っている場合でも、患者が将来において受ける治療の種類について希望することを可能にしている。事前指示は米国のほとんどの州で法的効力をもつ。

文書のアドバンス・ディレクティブには 2 つの主な形式があり、それは「リビング・ウィル」と「医療に関する永続的委任状」である。リビング・ウィルは、患者が末期的症状や、意識回復の見込みがない昏睡状態に陥った場合、または認知機能の回復が絶望的な植物状態に陥った場合に、受けることを望む医療処置を患者が指定しておく文書である。医療に関する永続的委任状 (DPOA - HC) は、患者が意思決定能力を失った場合に医療における決断を下す人物を予め指名しておくより包括的な文書である。

### 対象となる安全問題の頻度と重大性

終末期に関する患者の選択を尊重するためには、アプローチの調整が必要である。患者の意向を文書化する時や、患者による選択が可能で、必要なときには患者の意向が尊重される旨を保証する場合に問題が発生する。さらに患者とのコミュニケーションが不適切であると、患者による終末期ケアの選択を尊重することが難しくなる。

#### 文書化の失敗

PSDA はアドバンス・ディレクティブの完全性を増加させるためにデザインされた法的解決法である(55 章参照)。PSDA がアドバンス・ディレクティブの完全性を増加させるのに非常に役立つであろうとの希望があったが、1990 年代の初頭までにその影響は少ないことが明白になった。その頃、多施設間のランダム化試験である the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)は事前のケアプラン作成の改善に着手した。SUPPORT は重症患者の選択について説明し、患者の選択がどのように効果的に話し合われるかについて評価する最も大規模かつ包括的な試みのひとつである。SUPPORT は 2800 万ドルの予算で、9,100 人の重症患者を対象とした。SUPPORT では、訓練を受けた看護師がまとめ役となって、患者や医療スタッフに予後について情報を提供し、患者の選択について患者とその家族と話し合い、患者と医師のコミュニケーションを促進させた。

PSDA も SUPPORT の介入も、終末期ケアに関する患者選択の文書化に大きな影響を与えなかった。Teno らは事前指示の文書化に関して、PSDA 施行前・PSDA 施行後・SUPPORT 介入後の 3 つ時点について報告した。事前指示を行った患者の割合は 3 群間で違いはなかったが、指示を文書化した者の割合は 6%から 35%、78%と各段階を経るにつれて増加傾向を示した。文書化の増加にも拘わらず、文書作成時に医師と話し合いを持った患者は事前指示を行った患者の 12%にすぎず、患者の事前指示を承知した医師は、全体の 25%のみであった[3]。心肺蘇生術 (CPR) に関する希望を医師に伝えた重症患者は 23%のみで、死が予想されている重症患者においてさえ患者が医師と話し合いや、意思決定を行うのは稀なことであることを SUPPORT は明らかにした[4]。地域の高齢者について調査した別の研

究では、大多数（81%）がもし自分たちが末期症状であるなら自分の選択について医師と話し合いたいと回答したが、実際にそれを実行したのは11%だけであった[5]。これらの研究で示されているように、患者は多くの場合、死や臨終について話しをしたがるが、医師がその話題を持ち出すことは期待していないのである[6]。

### 選択が可能であり尊重されることの保証

事前指示が用意されていても、多くの場合終末期の医療処置が変わらないことが研究で示されている[3,7]。事前指示はしばしば不可能であり、認められず、実施されない。そして事前指示はまた病院利用を減少させない。事前指示が認められないままであるのには多くの理由がある[8]。入院担当事務員が書類に記入してもらい損ねたり、入院時に指示の状態を書面にするのが不正確である可能性がある。患者や家族は多くの場合、病院の医師や入院担当事務員に事前指示を知らせていなかったり、もしくは文書を病院に持ってこなかったりする[8]。200人の患者を対象にしたある研究では、事前指示を記入したのは18%のみであり、それらの半数は病院のセイフティボックスにそのコピーだけを預けていた[9]。事前指示のコピーは多くの場合、入院時にナースিংホームから病院へは転送されない。Morrisonの研究によると、治療決定を指定する委任状に関する話し合いや事前指示を入院時診療記録に記録した医師は11%のみであった[8]。

事前指示の目標は、患者が受ける治療を自らの選択と一致させることを保証することにあるが、現在のところ事前指示の文書化によって患者のアウトカムが向上したというエビデンスはない。SUPPORTでは、事前指示の提示によって医療処置が患者の意向と一致した割合が増加したとするエビデンスはなかった[10]。この結果は終末期の積極的治療の選択に関するナースিংホーム入所者とその家族の研究結果と一致した。患者の25%が事前に望んだものとは異なる治療を受けたとしている[11]。事前指示それ自体の内容ではなく、むしろ医師が事前指示にアプローチするやり方が問題であろう。医師は特に病気の初期の段階では、患者と事前指示について話し合いを始めることを躊躇してしまうのだろう[12]。

これらの欠点にも拘わらず、事前指示は患者が将来の医療処置を計画するのに役立つ最も実行可能なアプローチである。患者が自分の価値観や、目的に合った治療を受け、不適切な患者への介入を控え、死を迎えるプロセスのなかで患者の尊厳を保つ手助けになることを保証するためにも、たとえ困難であってもこれらの話し合いは役立つのである。

### 医師のコミュニケーション

終末期ケアの質を改善するため、医師は患者と効果的にコミュニケーションし、治療に関する患者の意向を理解することが必要である。医師と患者との間のコミュニケーション

における不完全性を示した研究がいくつかある[13,14]。医師は多くの場合患者の意向を誤解したり見過ごしたりしていることを示した研究もいくつかある[15,16]。しかも蘇生術の実施に関する患者の意向に対する医師の予測は全くの的はずれであった[3,14]。

要約すると、事前の治療計画、患者の意向の確認、適切な医療施設へ情報の転送、選択の尊重といったすべての分野で不可欠な重要な問題が先行研究に示されている。希望していない終末期ケアの提供は、効果的な患者安全の取り組みを実施することによって回避可能な有害事象である。

### 予想される影響

プライマリーケアを受ける成人集団のうち、慢性疾患や寿命を縮める疾患は大きな割合を占めている。アメリカ人の年間死亡数 230 万人のうちほぼ 4 分の 3 は、65 歳以上である。1994 年には総人口の 13%であった 65 歳以上人口は、2030 年には総人口(7 千万人)の 20%を占めるとされる。今日の平均寿命は 77.5 歳で、死亡原因の主なものは心臓疾患、癌、脳卒中である。1995 年のデータによると、全死亡者数の 62%がこれらの疾患を原因とし、これらの疾患によって死亡した者のうち、65 歳以上が占める割合は 67%であると推定される[17]。全体像としては高齢化社会なので、平均寿命を越えた多くの高齢者は、多くの場合慢性疾患を伴って数十年長く生きている[18]。

SUPPORT は終末期ケアの一連の問題を報告した。医師は患者が断っても介入を実施していた。心肺蘇生術(CPR)なしで済ませることを患者が望んだ場合、CPR を行わないようにという指示は 50%のケースで書かれていなかった[4]。アメリカ人の 90%が自宅で死にたいという一方で、5 人中 4 人は病院や他の医療施設で死亡している。SUPPORT の研究によれば、研究対象となった患者のうち事前指示が実施されたのは 35%のみである。これらの患者の 6 ヶ月間の死亡率はおおよそ 50%であった。

医師も世間も共通して CPR の効果を過大評価している。実際には、入院中に心停止となった患者の生存率は約 15%である。65 歳以上の患者では生存率は約 10~11%で、85 歳以上の患者では 3.5%である[19]。ナーシングホームに入所している高齢者で病院外で心停止した場合は、生存率は 1~2%であった[20]。患者が実際の CPR の生存率を知ったなら、患者は CPR をあまり望まなくなるだろう。

### 実践の有効性のエビデンス

#### 選択の文書化と選択が可能で尊重されることの保証

医師延命治療指示書 (Physician Order form for Life-Sustaining Treatment : 以下 POLST)

1990 年半ばに Oregon Health Science University の倫理学者と臨床医によって構成された特

別委員会が POLST という名称の DNR (Do Not Resuscitate : 蘇生処置禁止) 指示書を開発した。POLST は延命処置の選択を記録する 2 ページに渡る総合的な指示書である。この指示書は患者の希望を明確にかつ簡単に記録できるようデザインされている。POLST 携帯カード (Wallet card) は図 49.1 を参照、POLST 指示書と関連資料は Oregon Health Science University's Center for Ethics in Health Care の URL (<http://www.ohsu.edu/ethics/polst.htm>) より入手できる。

Tolle らは、POLST によってナーシングホーム入所者の蘇生術に関する希望が尊重された割合を調査した。POLST の全項目を記入していた 180 人の患者で CPR の処置、集中治療室での処置、人工呼吸器の処置を受けた者は 1 人もいなかった。延命のために入院したのは 2% のみであった。研究対象者が積極的延命治療のために転院となった割合は低く、高いレベルの緩和ケアが提供された[21]。

1995 年以降 22 万部もの POLST のコピーが全米に配布された。1999 年のデータによると、詳細に渡って記入しなければならないにも関わらず、このイニシアティブは機能していることが示唆された。全米の入院患者の死亡率は平均が 56% である一方で、1996 年のオレゴン州のそれは 31% であった[22]。

Lee らはオレゴン州ポートランドの Program of All-Inclusive Care for the Elders (PACE) プログラムにおける POLST の有効性について研究を行った。58 人の患者それぞれの POLST 指示書について、死亡前 2 週間に POLST で指示した通りに各治療が実施されたかどうか後ろ向きレビューを行った。POLST で蘇生法を希望しないと明記したのは、50 人の患者(93%) で、そのうち患者の指示通り CPR を行わなかったのは 49 人(91%) であった。患者が望んだ治療の程度を、緩和ケア、限定治療、より進んだ治療、全処置を施すまでの 4 段階で評価した。患者が望んだレベルの治療が施されたのは、25 例(46%) のみであったが、抗生剤の投与、経静脈点滴(輸液・血液)、栄養チューブの留置については希望から外れた形で実施されることは少なかった。POLST により延命治療のいくつかについては効果的に制限を行うことができるが、患者が示した治療に関する希望に医師が背くことになる原因についてはさらなる研究が必要である[23]。

#### *病院入院やナーシングホーム入所について選択を確認する管理面でのイニシアチブ*

POLST に加えて、いくつかの医療センターでは、患者の終末期の意向を記録する入院指示書を開発した。これらの書式では、医療従事者が事前指示、蘇生法の選択、人工輸液・中心静脈栄養などについて尋ねられている。PASDA が議会を通過したことによって促進されたこのアプローチは、医療提供者と患者が終末期についての希望を話し合い、望まない治療を防ぐことについて有効であると考えられる。しかしながら、この対策の有効性につ

いて記録したデータはない。

#### *外来患者の選択の確認*

コンピューターによる意思決定の支援システム（53章参照）の他のかたちとして、かかりつけ医へコンピューターで通知をすることは、事前指示の話し合いの割合と高齢の重症外来患者が事前指示を完備している割合を増加させた。Dexterらはランダム化比較試験を実施し、コンピューターによる通知の有効性を検証した。参加者は1,009人の外来患者と147人のかかりつけ医である。ひとつもしくは二種の事前指示を話し合うよう勧めるコンピューターによる通知を受け取った医師とコンピューターによる通知を受け取っていない医師とを比較した。通知を受け取っていない医師（対照群）が患者と話し合い、事前指示を完了したのは4%のみであった。一方の介入群では、通知を受け取った医師のうち事前指示について患者と話し合った割合（24%）や完了させた割合（15%）は、有意に多かった[24]。

#### *病院とナーシングホーム間の事前指示の可搬性*

Ghusnらは、施設間の情報伝達の関係や病院からナーシングホームへの事前指示の継続性について後ろ向き研究を行った。事前指示に関して病院での話し合いや、DNRオーダーがあることは、事前指示についてナーシングホームにおける話し合いが多く行われることと有意に関係していた。退院後に病院の系列のナーシングホームへ入所した患者の93%で病院のDNRオーダーが引き継がれており、地域のナーシングホームへ入所した患者では41%であった。病院のDNRがあるかどうかという具体的な連絡がナーシングホームに伝えられていることがDNRオーダーの継続性につながってくる。患者が退院後ナーシングホームへ入所する前に事前指示を完了しておき、事前指示をナーシングホームに連絡し、ナーシングホームでフォローアップの話し合いを行うことで、病院とナーシングホーム間の事前指示の継続性を改善できると著者は結論している[25]。

### 医師と患者のコミュニケーションと医師の患者の意向への理解を改善する実践

#### *医師の訓練*

医師の教育は終末期ケアを改善する良い手法である。医師はしばしば事前の治療計画を患者に知らせない、というのもほとんどの医師は意思伝達の技法を教わっていないか、個人的な経験を通して学習しただけだからである[26]。Tulskyらによる研究では、医師が患者と終末期の問題について話し合う場合、話を聞いている時間に比べて話している時間が2倍多くなっており、日常的に医師は患者の価値観を探ろうとはしていないことを明らかにした[26]。

最近まで、医療ケア従事者にとって、緩和ケアや患者の意向の尊重の訓練、そしてその訓練に役立つような資料は不十分であった。例として、医師や看護師の教科書のほとんどが、終末期ケアについて十分に取上げていないことを最近の研究は示している[27]。参考資料(教科書、緩和ケアの雑誌や雑誌シリーズ[28]、ウェブサイト、訓練プログラムを含む)は、次第にこの教育的な不足を埋めてきている。米国医師会(American Medical Association: 以下 AMA)は Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC)と題された大規模な医師訓練プログラムを開発した[29]。このカリキュラムでは、基本となる情報伝達技能、倫理的な意思決定、緩和ケア、痛みと症状の管理、他の終末期治療について教示している[30]。Robert Wood Johnson Foundation の取り組みである「Last Act」は患者と医療提供者の両者を教育しようとする意欲的な試みである。

その他に医師や医学生向けの訓練プログラムも存在する[30]。医師は終末期の診療方針決定会議や、個々の患者の症例検討会、医師の行動について個人的なフィードバックなどがある情報伝達技能のセミナーに参加することで正式な訓練を受けることができる[31]。この領域を専門とする医師はしばしば医師を教育するセミナーを開催している。Buckman と Lo は悪い知らせの伝達方法や、実際に話を聞き共感する行為といった終末期の具体的な話し合いについて指針を策定した[32, 33]。

これらの教育的プログラムは魅力的であるので、実践やアウトカムを変化させる影響について行われた研究はない。常識的にはそのようなプログラムは効果的であるようだが、専門職教育はアウトカムやプロセスの変容(54章参照)と関係することは、当然であるように考えられているので、有効性に関する研究が進んで行われたいのではないと思われる。

### 緩和ケアサービス

専門的な緩和ケアプログラムは医療システムにおいて徐々に一般的になってきている。医師や看護師、ソーシャルワーカー、牧師などの医療従事者はケアを調整するために利用が可能であり、ホスピス、病院、ナーシングホーム、在宅の末期患者の相談に応じている。緩和ケアサービスは医療従事者、患者、家族の間のコミュニケーションを密にする重要な役割を果たしている。有効性に関するデータを欠いている。

### ホスピタリストシステム

ホスピタリスト(総合病院におけるコーディネーション担当医)は、病院における終末期の医療を改善するであろう。入院患者の数が増えたことにより、ホスピタリストが終末期ケアに関する患者の意向を確かめることが徐々に容易になってきた。ホスピタリストは

独自の患者へのアプローチを取っている、というのも入院するということは、大体患者の現在の状態が悪化するか、新しい診断が下されるかのどちらかを示しているからである。ホスピタリストは患者とより多くの時間を過ごし、入院期間中継続して患者の質問に応じることができる。ホスピタリストによる事前指示についての通常行われている話し合いは患者ケアの質や有効性の向上に役立つであろう[34]。他方では、患者はかかりつけ医との間に長年の信頼関係を持っていて、入院に先立ち、かかりつけ医に希望を伝えているかもしれない。このような可能性はホスピタリストとかかりつけ医の間のコミュニケーションの重要性（特に終末期の問題に関して）が大きなポイントになる[34]。

地域の教育病院の末期患者 148 人を対象とした後ろ向きカルテレビューを行い、終末期ケアへのホスピタリストの影響について検討した研究がひとつある。この研究では、ホスピタリストによってケアが行われている患者は家族会議の記録を持っている場合が有意に多いようであった（91%に対して地域のかかりつけ医師は 63%）。両群の患者の約 3 分の 2 は死ぬまでの期間、ケアのレベルを限定することを求めた。これらの患者のうち、ホスピタリストのついている患者では死亡の 48 時間前の時点での痛み、呼吸困難、不安が有意に少なかった（57% 対 75%）。これらの違いがケアの質の違いに影響しているにせよ、記録の完全性や潜在的な患者の違いについてはさらなる研究が必要である[35]。ホスピタリストの動きは終末期の話し合いを改善させると期待されているが、この期待が正しいかどうかを決めるにはさらなる調査が必要である。

#### *一般社会への終末期についての教育*

進行した病気をもつ患者がうまく終末期の話し合いを行うための基金を設立するためには広範囲な一般市民の認識と教育プログラムが必要である。PBS の Bill Moyers の特別番組「On Our Own Terms」といった放送では、一般市民が末期疾患の体験と直面する複雑な選択を正しく理解するのに役立つ。こういった内容が取り上げられていることで、視聴者が同じような状況にどのように対処するのかを話し合い、死ぬことについての自分の恐れや懸念について探ることを促進した。進行した病気のケアプランを改善する公共教育の有効性に関するデータはない。

#### *他の地域的にうまくいっている事前ケアプランプログラム*

患者の意向を実施するという個人的なプログラムは全国で持ち上がってきた。このようなプログラムは有効であることを示唆するデータは限られたものであり、他のプログラムや設定の可能性や長期にわたる持続性についてはさらなる検討の余地がある。



- ・「Respecting Your Choices」プログラム

ウイスコンシン州 La Crosse の Gundersen Lutheran Medical Center は、事前ケアプランを改善するための地域におけるプログラムである「Respecting Your Choices」という名称のプログラムに進取的に取り組んでいる。このプログラムは、患者と家族教育、地域福祉、医療従事者以外への教育、標準的な訓練講座、事前指示の記録と追跡調査の標準的な方法について扱う。Hommesらは介入群の患者の85%が死亡時には事前指示が書面に記されており、平均で死亡する1.2年前にサインを済ませていたと報告している。これらの指示のうち、95%はカルテに記されていた。事実上全ての患者(95%)が面談のプロセスは有意義なものであったと報告している。患者は愛する相手と医療ケア提供者の間のやりとりが改善されたことで大いに便益を受けたと感じていた[36]。

- ・Daytonの退役軍人病院の取り組み

オハイオ州 Dayton の退役軍人病院では、事前のケア計画に参加する退役軍人の数を増やすことを目指している。退役軍人病院の患者とその家族は事前のケアプランについての患者教育の冊子とビデオを受け取る。退役軍人病院は医療提供者の話し合いのための指針を策定し、事前ケアプラン診療所や肉親に先立たれた人の援助グループを始めた。12週間の間で、事前のケアプランの話し合いとフォローアップは入院患者(カルテによって調査)の15%から90%へと増加した[37]。

- ・「Let Me Decide」プログラム

Molleyらは、ナーシングホームにて事前指示プログラムを組織的に実施した後に意思決定と医療費について患者が満足しているかどうか調査した。「Let Me Decide」プログラムは、地域の病院とナーシングホームのスタッフ、入所者、家族を対象に事前指示を教えることが盛り込まれている。入院や希望と一致しない積極的な治療がナーシングホームの患者に施されることが、このプログラムの組織的な実施によって減少することを研究者は報告している。満足や倫理に影響されず医療ケアサービスが施されることも減少させる[38]。

## コストと実践

この分野の改善は医療システムの構造に大幅な変化を必要とするため、患者の意向を確定し尊重することについてコストの算出は困難である。組織の垣根、医療の文化、患者の態度、医師の訪問の際に生じる時間的制約など全てが実施において大きな役割を果たし、変化を妨げる[26]。実施の障壁となるものには、医師と患者の側が現状に満足していることや、政策的な論争の恐れ、責任の回避、医療従事者と施設に対する財政的インセンテ

イブが欠如(思い通りにならない)といったことが挙げられる。意外にも効果がなく、2800万ドル以上も費やした SUPPORT の介入は、この領域での大胆な改善がいかに困難であるかを示している。しかしながら患者の意向を尊重するという我々の手腕を改善することは、自身の権利においても価値のあることであり、高レベルの技術的医療と高額なケアを終末期に選択する患者もいくらかはいるだろうが、最終的には費用効果性があると証明されるだろう。

終末期医療は医療に関する総予算の 10-12% を費やしている。Medicare の予算の 40% は人生の最後の 30 日で消費されるという推定がある[39]。ホスピスと事前指示の利用の増加と末期患者への高レベルな技術的介入の減少により大きなコスト削減が可能であることをいくつかの推定では仮定している。しかしながら、ホスピスと事前指示に関するコスト削減の研究は決定的ではない。ホスピスと事前指示利用の 3 つのランダム化研究では全体的な削減の結果を示したものがないが、レビューの著者は否定的な結果を信頼するには研究の規模が小さすぎるか、介入やコスト計算に不備があるかのどちらかであるとしている[40]。決定的な研究が存在していないが、現存するデータでは、人生最後の月にホスピスと事前指示を利用することによって医療コストの 25% から 40% を削減することができ、死亡の 3 から 12 ヶ月前であればより少なく(おそらくゼロに)なることを示している。これらの削減はほとんどの人々が期待しているより少ないが、ホスピスと事前指示の利用は促進されるべきであることを示している。というのもホスピスは確実に費用がより高つくわけではなく、終末期における決定に対し自己決定権を行使しようとする患者の手段となっているためである[40]。最後に、上記で記されたいくつかの有望な介入(例、POLST 介入)は比較的安価である。POLST プログラムを実施するための費用については不明だが、例として Oregon Health Science University のウェブサイトからオーダーされた POLST の書式 500 枚は 100 ドル以下の費用である[41]。

## コメント

終末期において積極的なケアを希望しない場合は、医療者と患者の間の積極的なコミュニケーションや、ケアの現場で継続的に患者の意向に関する情報が伝わるような効果的な対策が必要である。この分野のケア改善に対する主要な対策として、過去 20 年間にわたり事前指示が推進されてきた。事前指示に対する高い関心にも拘わらず、その効果についてのエビデンスはその期待に応えるものではない、SUPPORT とその他の研究は国民の関心を刷新し、医療者や政策立案者が事前ケアの計画を再検討したり改善したりすることを促してきた。潜在的に期待できるいくつかの対策(最も有望であるのは POLST 指示書)のエビデンスを見つけたが、死は避けられないことであり、終末期のケアを改善するにあたって

は患者の立場からの視点が重要であることから、この分野の更なる調査が必要であることが強く示されている。

## 図 49.1 POLST 携帯カード 説明書

### POLST 携帯カード 説明書

延命治療についての医師へ伝えることを記した文書 (POLST) の ID カードです。

このカードは POLST 文書を全項目記入することの代わりにはなりません。

POLST 文書の要約をここに挙げ、医療提供者に尊重してもらうためのものです。

POLST 文書と携帯カードは医師に記入してもらうものです。医師に POLST 文書と携帯カードの両方に署名してもらわなければ有効になりません。

裏面に説明の続きあり

POLST ( Physician Order for Life-Sustaining Treatment )

名前 : \_\_\_\_\_

心肺蘇生 ( 心肺機能停止時 )

- ・ 希望する
- ・ 希望しない

医療介入 ( 心臓活動時および ( もしくは ) 呼吸時 )

- ・ 症状緩和の範囲内のみ
- ・ 限定的介入
- ・ より進んだ介入
- ・ 完全な治療・蘇生法

抗生物質

- ・ 快適に過ごすために必要なとき以外は抗生剤投与を行わないことを希望する
- ・ 侵襲的な ( 筋肉注射 / 静脈注射 ) 抗生剤注射を希望しない
- ・ 全治療を希望する

裏面に続きあり

前頁より続き

記入された携帯カードは変更を加えられないよう、プラスチックのラミネートをされることをお勧めします。

POLST 文書の内容が変更された時は既存のカードは破棄してください。

新しいカードに医師への希望と一致するように記入して下さい。

CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE  
Oregon Health Sciences University  
3181 SW Sam Jackson Park Rd., UHN-86  
Portland, Oregon 97201-3098  
(503) 494-4466

人工的な液体および栄養の注入

- ・ 栄養チューブ/液体注入を希望しない
- ・ 長期間の栄養チューブ留置/中心静脈補液点滴 ( 輸液・輸血 ) を希望しない
- ・ 完全な治療

意思決定の話し合いを行う担当者

- ・ 両親
- ・ 医療ケア代理人
- ・ 裁判所が任命した後見人
- ・ 配偶者
- ・ その他

次の書面が用意されている

- ・ 事前指示 ( アドバンス・ディレクティブ )
- ・ 裁判所が任命する後見人

\_\_\_\_\_  
医師の名前

\_\_\_\_\_  
電話番号

\_\_\_\_\_  
医師のサイン

\_\_\_\_\_  
日付

Center for Ethics in Health Care Developed in conformance with  
ORS 127.505 et seq