

アドバンス・ケア・プランニング

いのちの終わりについて話し合いを始める

神戸大学大学院医学研究科

先端緩和医療学分野

木澤 義之

アドバンス・ケア・プランニン
グとは何か？

64歳女性

- 直腸癌、多発肝転移、腹膜播種
- 東京にあるがん診療拠点病院で治療を受けていた。3rd-lineの化学療法を受けるも奏功せず、化学療法の中止を検討
- 長男の住む町で今後の療養を希望され、あなたの外来を受診した
- 本人は、悪い話は聞きたくない
- 夫も、妻にこれ以上悪い話は聞かせたくないいと言っている

あなたは、どう考えますか？

- 本日、あなたの勤める診療所に来院されました
- 今後の治療・ケアの方針を立てるために、どんなことをしますか？
 - 誰と
 - 何を
 - どのように？

どのように話すか

- 周りの2－3名の人と話し合ってみよう

アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - 患者本人の気がかりや意向
 - 患者の価値観や目標
 - 病状や予後の理解
 - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

よりよいエンド・オブ・ライフ ケアのために

- 治癒が不可能な化学療法中のがん患者の70-80%は治癒が不可能であることを理解していない

Weeks JC, NEJM 2012

- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

Silveira MJ, NEJM 2011

→事前に意思を聞いておけばよいのではないか？

The SUPPORT study

- 米国で行われた、9000名の患者を対象とし、アドバンスディレクティブを介入としたクラスターランダム化試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、ADを聴取。その情報を医師に伝えた
- ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、ADの遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異は見られなかった

書類があっても役立たない？

ADからACPへ

- 自分のために、そして家族の負担にならないために、意向を残す、という介入
- 患者－代理決定者－医療者が、患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解することができる→複雑な状況に対応可能になる

歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

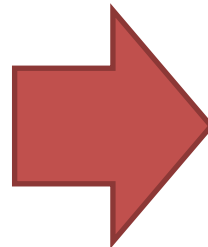
アドバンス・
ディレクティブ



代理決定者の決定

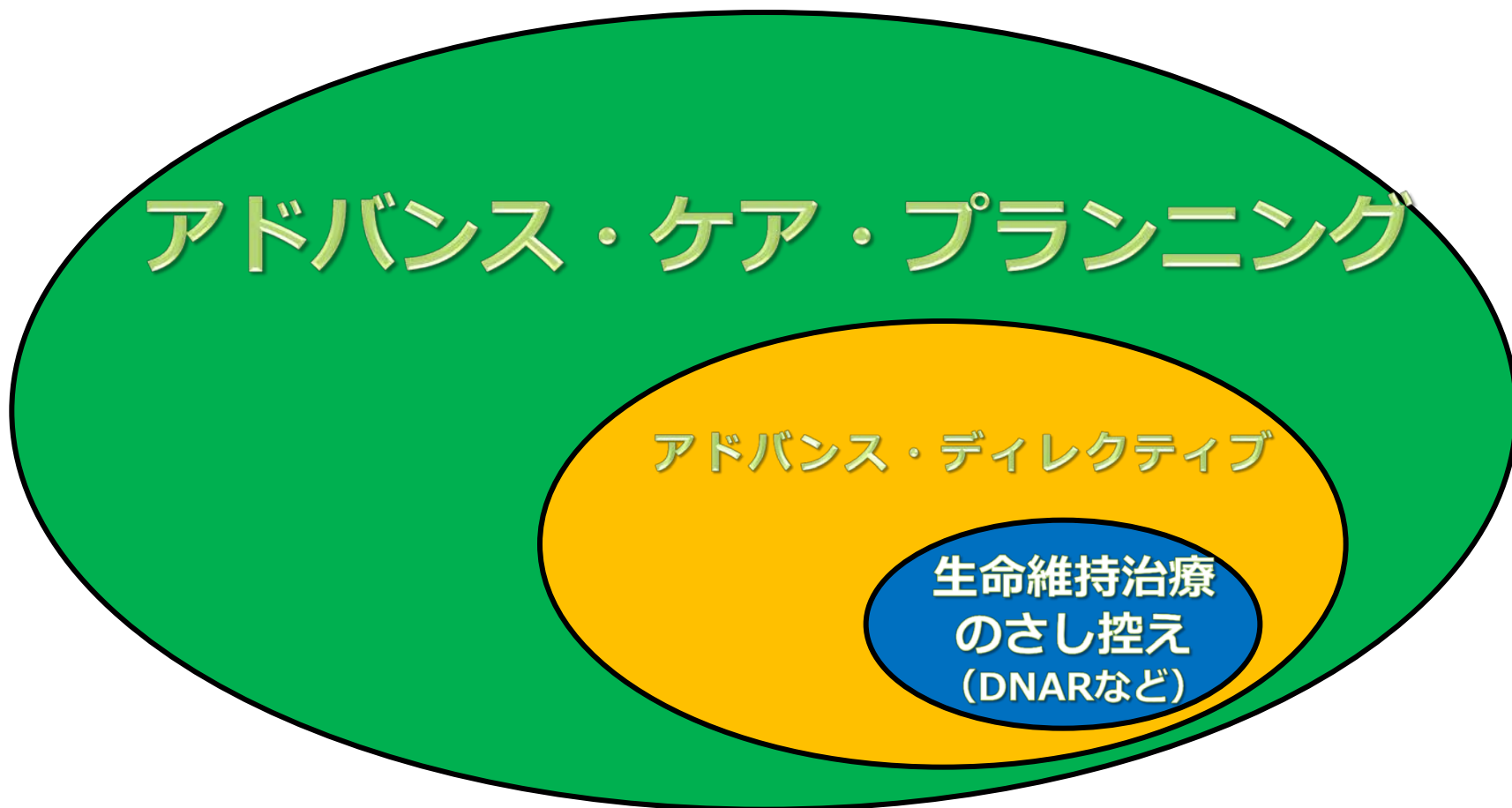


リビングウィル



アドバンス・
ケア・
プランニング

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）



Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. National End of Life Care Programme, Web site. Available at: http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf . Accessed August 9, 2010

なぜACPが重要なのか？

アドバンス・ケア・プランニング はなぜ必要か？

- 患者の意向を最大限に尊重
 - 一般国民の約7割は事前指示書の考え方に賛成
- 治癒が不可能な化学療法中のがん患者の70-80%は治癒が不可能であることを理解していない
- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

厚生労働省人生の最終段階における医療に関する意識調査 2013

Weeks JC, NEJM 2012

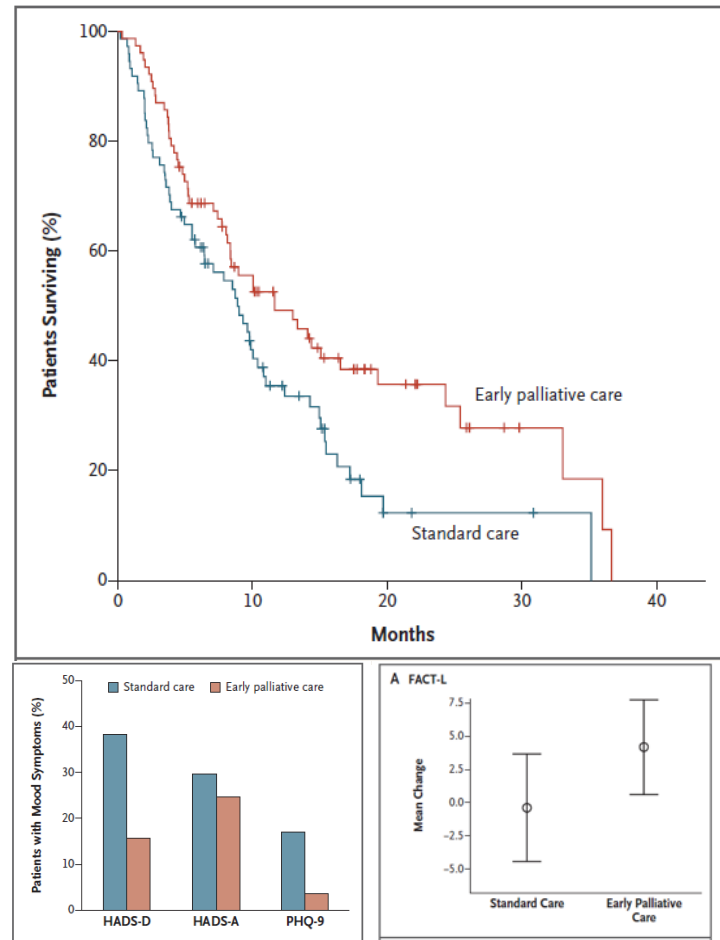
Silveira MJ, NEJM 2011

早期からの緩和ケア

NSCLC stage IV

- QOLが良好に保たれる
- 予後が2.7か月延長
- 予後・経過をより正確に理解
- 終末期に病状を理解している場合、より化学療法を受けていない (9%vs50%)
- 研究の限界
 - 単施設、肺癌のみ
 - 予後はPrimaryではない
 - 白人
 - 盲検化されていない など

Temel J NEJM 2010



緩和ケア外来で行われたこと

- 関係性の構築（その人自身の理解）
- 症状マネジメント(非薬物療法を含む)
- コーピングへの対処
- 病状の理解を深める
- がん治療に関する意思決定、生活支援
- 終末期医療に関する計画
- 家族へのケア(コーピングなど)

Yoong J. JAMA Intern Med. 2013;173(4):283-90.

どのような介入が求められるか

Good Working lists for PC. Smith TJ, et al. JCO2012

- 診断について話し合う
- 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）

どのような介入が求められるか

Good Working lists for PC. Smith TJ, et al. JCO2012

- 診断について話し合う
- 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）

ACPは質の高いEOLケアに必須

- 英国のGold Standard Framework
 - Advance Care Planning *first* for quality end-of-life care

なぜ難しいのか？

アドバンス・ディレクティブ 問題点

- 予想することの困難さ
- 仮想症例に回答することのむずかしさ
 - 低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状
- 健康な時は障害を受け入れられないがいざとなると受け入れる
 - 例) 頭頸部がん患者の気管切開
- 適応することのむずかしさ
 - 選択肢に具体性がない（例：尊厳を保つ）
 - 手術、化学療法、転院などへの対応

患者は自分の意向が尊重されることを重要視しない

- 意向は病状によって変化しうるので、自分の意向は必ずしも尊重されなくてもよい
- 家族や医師が、事前意思に従うか否かを決めてもいい
- 信頼する医師ならば委任してもよいと考える
- むしろACPを自分の心理的、社会的、情緒的なことを伝えておく機会として考えている
- 一方で医療従事者は今後の患者の治療方針を示した絶対的なものとして扱う

メリットとデメリットは？

ACPの効用

- ACPを行うと

- 患者の自己コントロール感が高まる

Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005

- 死亡場所との関連（病院死の減少）

Degenholtz, Ann Intern Med. 2004

- 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善

Teno J. JAGS 2007

- より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する

Detering K, BMJ 2010

ACPの問題点

- 介入研究の結果心配していたような害はなかった
 - 希望の喪失や抑うつ
- 無危害の原則が守れない可能性
 - 患者・家族にとってもつらい体験になる可能性→全ての患者に適用は難しい
 - 英国の研究では35%が介入を承諾
- 時間と手間がかかる

わが国においてそのまま使用可能？

- Dignity therapyの介入研究において、日本での実施可能率は14%（カナダでは50%）

Chochinov HM, Lancet Oncol 2011, Akechi T, Palliat Med 2012.

- 「死を意識しないで過ごすこと」が大切

Miyashita M, Ann Oncol 2007

- 「否認」の頻度が高いこと

Nilchaikovit T, Gen Hosp Psychiatry 1993

- 死の準備をすることを重要視しない

「愛する人にさよならを直接言うこと、よりは婉曲的なコミュニケーションを好む」

Miyashita M, Ann Oncol 2007

いつ、誰に、誰が行うのか？

どのような患者にACPを実施する？

この患者さんが1年以内に
亡くなったら驚きますか？

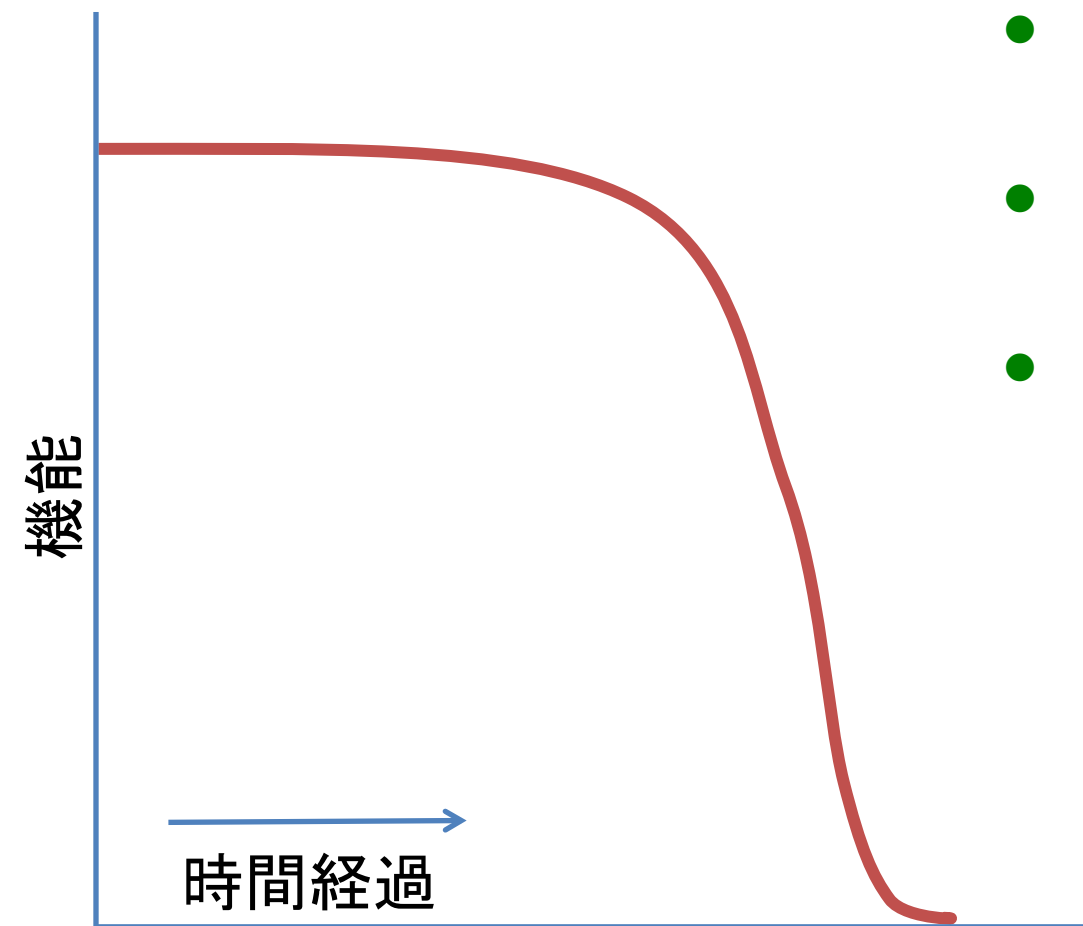


もし驚かないのなら
緩和ケアを開始したほうがよい

- スクリーニングツールとして

Small N. Palliat Med 2010;24:740-741
Hamano J. Oncologist 2015.

がんの疾患軌跡

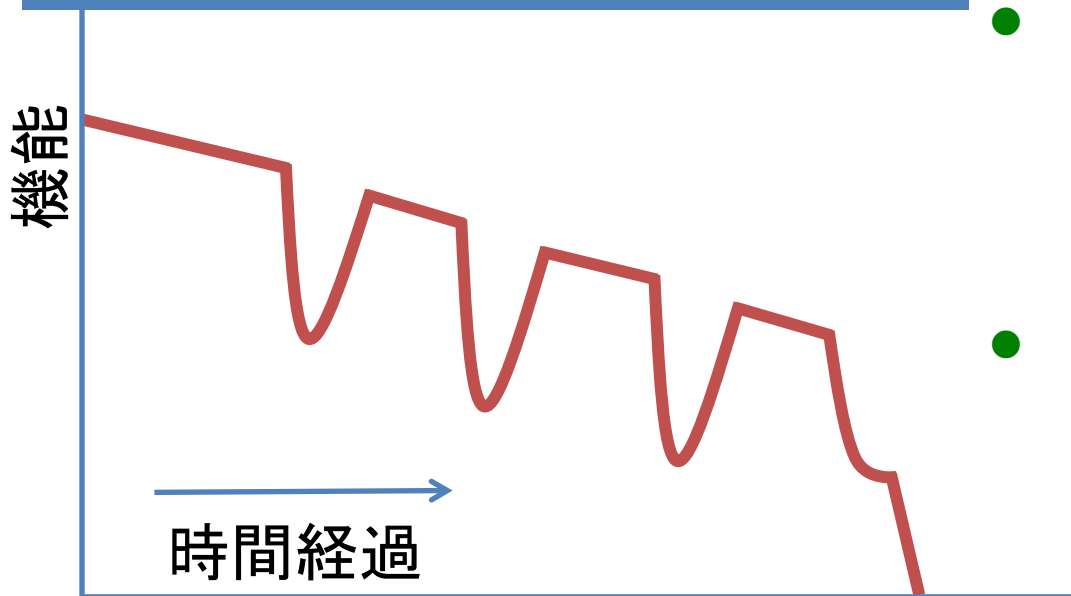


- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- **死亡前1～2ヶ月で、急速に状態が悪化する**
- **予後の予測が比較的容易**

COPDや心不全の疾患軌跡

終末期の判断が
難しい！

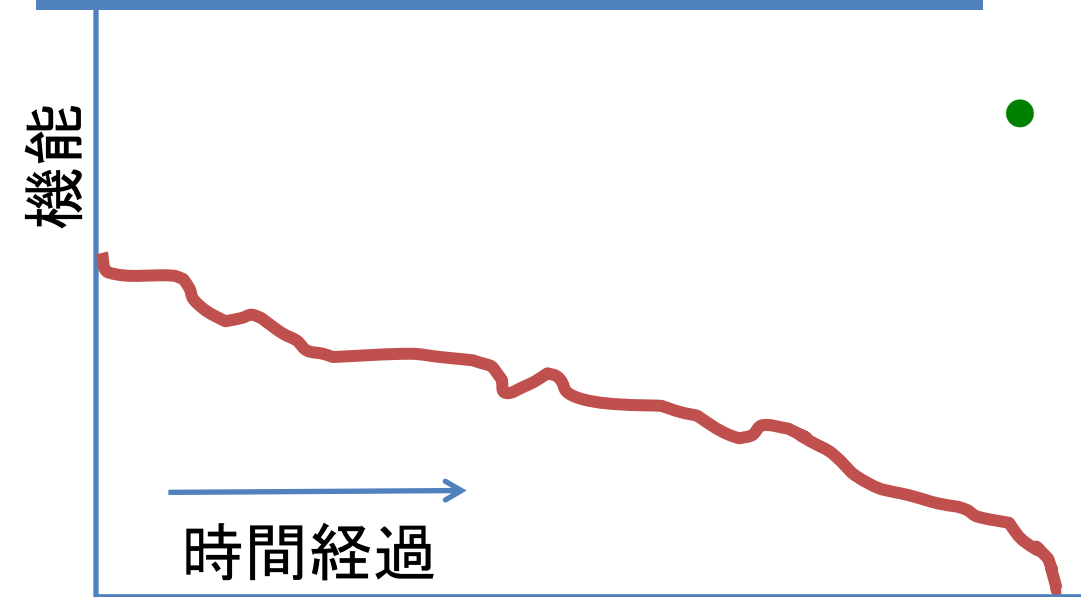
- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる**急激な悪化と改善を繰り返しながら**穏やかに状態が悪化する
- 急激な変化が起こったときに、それが**改善可能な変化であるのかどうかの判断が難しい**
- 死亡直前は比較的急速に変化する



認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡

終末期の判断が
難しい！

- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- **そもそもいつからが終末期なのかが不明確**



早すぎるACPは望んでいない

- 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- 治療の変更時
- 早すぎると利益より害が多い
- 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

患者は医師とのACPをのぞむ

- 自分を最もよく知っている医師
 - オンコロジスト
 - 担当医
 - 家庭医

どのように行うのか

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

一般的なルール…

- 礼儀正しく、丁寧に
- 患者・家族の防衛機制に応じて**侵襲的で
ない**コミュニケーションを
- 表情、動作に留意し空気を読む
- つらそうな反応や言動があったらそこで止める
- もしよろしければ～について伺いたいの
ですが
- もしも・・・万が一・・・

…一般的なルール…

- 相手の感情に留意
 - 表情、視線、しぐさ
- 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
 - これをおろそかにすると、質の高いコミュニケーションは難しい
 - 時には時間の浪費になってしまうことさえある

…一般的なルール

- Hope for the best, Prepare for the worst.
 - まず患者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解する
 - そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す

Back AL, Arch Int Med 2007

- まず経験を尋ね
 - その内容を探索する

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

病状理解を尋ねる

- 病状についてどのように説明を受けていらっしゃるでしょうか？
- 今後の治療についてどのように説明を受けていらっしゃるでしょうか？
- ○○さんの病状についてはカルテを読ませていただいたので、大体のことは承知しているのですが、今後のことをご相談するために○○さんが病状をどうとらえていらっしゃるのかを伺いたいと考えています

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

経験を尋ねて探索する…

- 万が一の時のことを考えてお聞きするのですが、
 - 前回と同じような状況になった時のことを
 - 病状のために身の回りのことをすることができない状態になった時のことをお考えになったことがありますか？
 - もしよろしければ、詳しく教えてください
- もしもの時のことについて、これから相談をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？

…経験を尋ねて探索する

- お身内やご友人の方で、（テレビなどで）重い病で危篤になられた方をご覧になった経験はありますか？
 - そのときにどんなことをお感じになりましたか？それはなぜですか？詳しく教えてください
- ご自分が同じような状態になられたら、どうしようとお考えになったことはありますか？
- もしもの時のことについて、これから相談をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

代理決定者に関する課題

- 代理決定者が役割を知らない
- 代理決定者は
 - 医学的決定をする準備ができていない
 - 意思決定の過程がストレスフル
 - 患者の意向とその理由が不明
- 代理決定者自身の希望・意向・ニーズと患者の意向を区別することの困難さ
 - 例) こどもである患者の意向を尊重すること、と、親として行うべきことのジレンマ

代理決定者一より良い代理意思決定のために

- 代理決定者をあらかじめ選定する
- 代理決定者とともに今後の治療・ケアについて話し合い、その過程を共有する
 - 患者にとって大切なこと、価値観、希望、を共有することができる

代理決定者を選定する…

- 万が一体調が悪くなった場合、ご自分の意向を医療従事者に伝えることができなくなることがあります
- 病状によっては、病気の治療やケアについて、ご自分で決めることが難しくなることがあります

…代理決定者を選定する

- そのような場合に、@@さんが大切にしていることがよくわかっていて、@@さんになりかわって、治療などの判断ができる方はどなたになりますか？
- その方は、@@さんがこのような気持ちでいることをご存知ですか？
- その方とご病状や治療について話し合ったことはありますか？

代理決定者とともに話し合う

- もしよろしければ、次回までに＊＊さんにこのこと（@@さんが代理決定者になってほしいと思っていること）を伝えて、次回一緒にいらっしゃっていただだけませんか？
- （代理決定者に）患者さんはこのようなお気持ちでいらっしゃいますが、今後、もし病状のために、意思決定が難しくなった時に@@さんの代わりに医学的な決定をすることはできますか？

代理決定者と意思決定を共有する

- 代理決定者と、家族と、
- 継続的に長期的に時間を共有
- 外来での医療者を含めた話し合い
- 家庭でのインフォーマルな語り
- 複数の代理決定者がいるとき（もしくは想定されるとき）
 - － 記録を残し共有
 - － 録音する

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

不安や疑問を尋ね、主治医との 仲介役になる

- (今後の) 病気や治療のことでわからないことや不安なことはありますか？
 - よろしければそのことについて詳しく教えてください
 - そのことについて、先生に相談したことはありますか？
 - もしよければ尋ねてみませんか？
 - もしよろしければ、私から、先生にそのことを話してもらえようをお願いしましょうか？
 - ○○さんが、このことを不安に思っていることについて主治医の××先生にお伝えしてよろしいですか？

希望・大切にしていること、 してほしくないことを尋ねる

- 生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか？
- 今後どのような治療を受けていきたいか具体的な希望はありますか？
- 逆に今後これだけはしたくないということはありませんか？
- それはどうしてですか？具体的に教えてください

経験を尋ねて探索する…

- 万が一
 - 前回と同じような状況になった時に、〇〇さんのお考えに沿って治療を進めるために、〇〇さんの治療についてのお考えを伺っておきたいと思っています。
 - もし前回と同じ状態になった場合にどのように治療を進めてほしいか、何か具体的な希望はございますか？
 - どのようなことが一番ご心配ですか？
 - これだけはしてほしくないということがあったら具体的に教えてください。
- なぜそのようにお考えか詳しく教えていただけますか？

…経験を尋ねて探索する

- 病状が進むと、意識が薄れて、ご自分の意思を伝えることが難しくなることがあります。
- 万が一のために
 - 病状のために身の回りのことができなくなった時のことについて話し合っておきたいと思っています。そのような時はどこでどのように治療・療養をするか考えたことはありますか？
 - そのような場合に何か具体的な希望はありますか？
 - そのような場合に一番心配なことはどんなことですか？
 - そのような場合に、これだけはしてほしくないということがあったら具体的に教えてください。
- なぜそのようにお考えか詳しく教えていただけますか？

いのちに対する考え方を探索する

- いのちに関わる治療の決断にあたっては、大きく分けて2種類の価値観を持つ方がいらっしゃいます
- まず一方の考えは、どんなにつらい状況で、苦痛や障害が残ろうとも生きていることに大きな価値があるという考え方です
- もう一方の考えは、ある特定の状況になったら、生きている価値がないと感じる考え方です。たとえば、昏睡状態から回復することがない状態、とか2度と家族や友人と話ができない、などの状況が想定されます
- @@さんは、どちらのタイプですか？ どうしてそう考えられるのですか？

いのちに対する考え方を探索する

- 治療や病状によっては、命を延ばす意図で治療を行うと、痛みや副作用、障害を引き起こすことがあります
- もしそのような治療をしなければならなくなった時あなたにとって大切なことはどんなことですか？
 - 以下自由回答が得られなければ例示
 - ・ 出来るだけ長く生きる
 - ・ 期間を決めて治療してみて、それから考える
 - ・ 延命は考えず、快適に過ごすことに重点を置く
- それはどうしてですか？

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

具体的な治療などに対する説明…

- 私たちは@@さんの 希望に沿った医療を行えるように努力していこうと思っています。
- 現在の病状は・・・
- 今後起きうる状態としては・・・
- 具体的な治療の選択肢は・・・
- それぞれの治療のメリットとデメリットは・・・
- 書面などに書きながら具体的に

…具体的な治療などに対する説明 話しておくことが望ましい内容

- 今後の治療の希望とその理由
- してほしくないこととその理由
- どこで療養したいかとその理由
- 以下の生命維持治療に関する意向とその理由
 - 疾患特異的な治療
 - 人工呼吸器
 - 経管栄養
 - 輸液
 - 抗菌薬
 - 心肺停止時の心肺蘇生

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

代理決定者の裁量の余地

- Leeway（余地、裁量の余地）
- 代理決定のむずかしさ
 - 患者が希望していた治療と医療従事者が勧める治療、代理決定者の意向が食い違う
 - 患者の想定していたことと実際に起こっていることが異なり、事前医師と代理決定者の考える患者の最善利益が異なる
 - 裁量する余地をあらかじめ尋ねることで、代理決定者の苦悩が軽減

代理決定者の 裁量の余地について尋ねる

- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる
 - 万が一代理決定者の××さんがあなたの代わりに医学的な判断をしなくてはいけなくなった時、××さんは、@@さんと今までに話し合ったことに加えて、医師から伝えられた病状や医療者の考え、××さんがあなたにして差し上げたいと思うことを考える必要があります。もしこれらの意見が一致しない場合は、あなたの信頼している××さんはとても悩まれると思います

…裁量の余地を尋ねる…

- もし（代理決定者の）××さんが（患者である）@@さんにケアをすることがとても負担になったり、家で療養を続けることが困難になった場合どのようにしたらよろしいでしょうか？
- 病状の変化のために、医師が（代理決定者の）××さんに@@さんの考えと違う治療をすすめた場合どのようにするのがよいでしょうか？

…裁量の余地を尋ねる

- @@さんは、たとえ@@さんが過去に希望していた治療方針と違う結果になろうとも、代理決定者である××さんが医師と相談したうえで、あなたにとって最善と考えられる治療を選択することを承諾しますか？
- どのような状況になろうとも、@@さんは代理決定者である××さんにあなたの考えと違う治療を選んでほしくないとお考えですか？

想いをつなぐ

- 話し合ったことをケアに活かすためにいくつかの書類が用意されている
- 私の心づもり
 - 広島県医師会
 - http://citaikyo.jp/other/20140303_acp/index.html
- POLST (Physicians order of Life-Sustaining Treatment)
 - 日本臨床倫理学会
 - <http://www.j-ethics.jp/workinggroup.htm>

私の心づもり

私の心づもり

①

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人（代理人）、医療者と話し合いを持ちましょう。

Step 1

あなたの希望や思いについて考えましょう

あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）

- | | |
|--|---|
| ☐ 楽しみや喜びにつながるがあること | ☐ 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| ☐ 身の回りのことが自分でできること | ☐ 落ち着いた環境で過ごせること |
| ☐ 人として大切にされること | ☐ 人生をまっとうしたと感ずること |
| ☐ 社会や家族で役割が果たせること | ☐ 望んだ場所で過ごせること |
| ☐ 痛みや苦しみがなく過ごせること | ☐ 医師を信頼できること |
| ☐ 人の迷惑にならないこと | ☐ 納得いくまで十分な治療を受けること |
| ☐ 自然に近い形で過ごすこと | ☐ 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| ☐ 先々に起こることを詳しく知っておくこと | ☐ 病気や死を意識せずに過ごすこと |
| ☐ 他人に弱った姿を見せないこと | ☐ 生きていることに価値を感じられること |
| ☐ 信仰に支えられること | |
| ☐ その他（ ） | |

Step 2

あなたの健康について学び、考えましょう

- あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか？
☐ はい ☐ いいえ
- あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？
☐ はい ☐ いいえ
- 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。（いくつ選んでも結構です）
☐ 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
☐ どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
☐ 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
☐ 痛みや苦しみ無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
☐ できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
☐ その他（ ）
- 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（一つ選んでください。）
☐ なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい
☐ 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい
☐ 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活が送りたい
☐ 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい
☐ その他（ ）

②

- 5) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？
☐ 自宅 ☐ 自宅以外（☐ 病院 ☐ 介護施設 ☐ その他（ ）） ☐ わからない

- 6) もしもの時が近くなった時に“延命治療”^(*)を希望しますか？
☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない

*“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する（死の経過や苦痛を長引かせることもあります）ための医療処置を意味します。

Step 3

あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう

- あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？
☐ はい ☐ いいえ
- 1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします
2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？
☐ はい ☐ いいえ

Step 4

医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう

Step 5

あなたの考えを文書にしましょう

自由記載欄（その他、あなたの思いがあればお書きください）

・記載年月日 20 年 月 日

・本人氏名 _____

・代理人氏名 _____

・話し合った日 20 年 月 日

・話し合った医療者 _____

POLST

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。

生命維持治療に関する医師指示書 (POLST)

まず以下の指示に従い、それから医師に連絡して下さい。
 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。

☐ 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。

☐ 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。

☐ 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と要望に適合するものであることを表明します。

医師の氏名を活字体で記入:	医師の電話番号:	医師免許番号:
医師の署名: (必須) XX	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認しています。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:	関係 (患者の場合は「本人」と記入)
署名: (必須) XX	日付:
郵送先 (番地/市/州/ジップコード):	電話番号: Office Use Only / 事務局使用欄:

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**

用紙記入を援助した医療提供者

☐ 署名した医師がPOLST記入を行った場合は該当せず

氏名: _____ 肩書: _____ 電話番号: _____

追加の連絡先

☐ なし

氏名: _____ 患者との関係: _____ 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して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、医師の署名と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。
- 患者が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、患者の要望が分かっているに基き、分らなければ患者の最善の利益を考慮して、医師と協力のうえ、指示内容の修正を依頼することができます。

本用紙は、州全体の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供に患者を送り出すこと

まとめ

- ACPは生命の危機がある疾患に直面している患者・家族のQOLを向上する有力な手段である
- 生命の危機に直面している患者・家族とACPを行うには以下のことが重要である
 - 非侵襲的なコミュニケーションを心がける
 - 感情に注目し、対応する
 - 代理意思決定者とともにプロセスを共有する
 - 大切にしたいこと、してほしくないことを尋ねる
 - 患者にとっての最善を協働して探索する



平成28年度 厚生労働省委託事業

人生の最終段階における医療体制整備事業

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」開催のご案内

目的と開催の経緯

この度、神戸大学医学部では、厚生労働省の委託を受け、平成28年度「人生の最終段階における医療体制整備事業」を実施することとなりました。人生の最終段階における医療については、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が家族や重要他者、医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要とされています。

このような動きから、平成19年度には、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定され、周知が図られていますが、医療従事者におけるガイドラインの認識度は十分とはいえず、人生の最終段階における医療にかかるより充実した体制整備が求められています。

そのような背景から、本年度は、前年度までに本事業で開発された「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた「意思決定支援教育プログラム（E-FIELD：Education For Implementing End-of-Life Discussion）」を用いて、全国8ブロック、12か所において研修会を実施し、全国200の医療機関等で相談体制の整備を図ることを具体的な目標にすえました。

（昨年度までの事業内容及び研修プログラムにつきましては、国立長寿医療センター在宅連携医療部のホームページから情報を得られますので、ぜひご参照ください。<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/index.html>）

開催要項

研修名

平成28年度人生の最終段階における医療体制整備事業
患者の意向を尊重した意思決定のための研修会