



終末期患者の尊厳を守る取り組み —生命維持治療のための医師指示書(POLST)—

宮本礼子¹⁾、岩本喜久子²⁾、宮本顕二³⁾

医療法人社団明日佳 桜台江仁会病院認知症総合支援センター¹⁾

札幌医科大学寄附講座緩和医療学²⁾

北海道大学大学院保健科学研究院機能回復学分野³⁾

1. はじめに

わが国では終末期の高齢者が経口摂取困難になると、経管栄養や経静脈栄養などの人工栄養が行われることが多い。しかし、筆者らが現地調査したスウェーデン、オランダ、オーストラリアではそれらは全く行われず、オーストリア、スペインでもまれにしか行われていなかった^{1,2)}。これらの国では高齢者が終末期に食べられなくなることは自然なことであり、人工栄養で延命を図ることは非倫理的と考えられている。

2010年に日本老年医学会が行った医師と看護師を対象にした終末期医療に関するアンケート調査でも、自分がアルツハイマー型認知症の終末期で誤嚥性肺炎を繰り返し経口摂取が困難になった場合、医師は13%、看護師は6%と極少数しか胃瘻を希望しなかった。このことから患者が希望する終末期医療と実際に行われている医療との間には大きな乖離があると思われる。

終末期をどう迎えるかはすべての人にとって重要な問題である。そこで今回われわれは、米国で最も緩和医療が進んでいるオレゴン州の終末期医療の実情を調べるため、2011年4月29日～5月4日の間、ポートランドを訪れ、オレゴンヘルスサイエンス大学(Oregon Health Science University, 以下OHSU)、米国アルツハイマー協会(ポートランド支部)、Cedar Sinai Park(ナーシングホーム)等における終末期患者の意思を尊重する取り組みを調査した。

2. 米国の現状

1) Living Will(s)とAdvance directive(s)^{註1)}

終末期患者の意思を確認する方法としてLiving WillとAdvance directiveがある。わが国と違い、両者とも法的に認められており、成人であれば健康な

時から作成できる。

Living Willは終末期に意思表示ができなくなったときのために、事前に自分が希望する医療を書いたものである。本人の署名が必要である。

Advance directiveはLiving Willに医療代理人(医療行為に関する決断を担う人)の指名とその署名が加わったものである。医療代理人は普段から本人と終末期医療について話し合っておくことにより、Living Willに記載された医療内容が不明瞭である場合や、Living Will作成時から長時間経過して本人の意思が変わっている可能性がある場合でも、本人の意思を医療に反映させることができる。ポートランドの老人介護施設では入所者の約70%が、ホスピスサービスでは高齢患者のほぼ100%がどちらかを持っていた。

しかし、Living WillとAdvance directiveは本人が作成するため、書式がまちまちで、希望する医療も不明瞭であったり、医療とは関係のない事柄の記載があったりする。また、いざというとき見つからない、といった問題もある。このような背景から、次に述べる“生命維持治療のための医師指示書(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)”がアメリカのオレゴン州で開発された。

2) 生命維持治療のための医師指示書(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)(別掲)

1991年にOHSU Center for Ethics(倫理センター)で開発され、版が重ねられている^{3~6)}。2011年の時点で14の州で法的に認められ、16の州と6つの地域で採用が検討されている^{註2)}。医師と患者が、終末期に受ける医療行為、すなわち、1. 心肺蘇生、2. 医学的処置、3. 抗生剤、4. 人工的栄養剤の施行について話し合い、患者の意向を医師が記載するのである。通称POLSTと言われ、ピンク色A4サイ



写真 Cedar Sinai Park(ナーシングホーム)にてミラーさん(96歳)のPOLSTには、延命治療はほもしない、と書かれています。

左から宮本(顕)、ミラーさん、岩本、宮本(礼)、読売新聞の藤田氏。

ズ1枚の書類である。対象は病気や加齢のために予後不良と判断された患者で、原則的に健常者が作成を求められることはない。

通常は家庭医(かかりつけ医)がPOLSTを作成する。医師と患者の署名が必須である。説明は看護師、ソーシャルワーカー、医療助手などが行ってもよい。患者はPOLST作成を拒否することができるし、すでに作成していても変更は可能である。患者が意思決定できない場合は、医療代理人が説明を受け治療方針を決定する。患者が認知症であっても可能な限り話し合いに参加することが望まれている。われわれがインタビューした医師は、認知症患者は早期に家族を交えて作成することが望ましいと言っていた⁷⁾。

他の医療施設からの照会にはPOLSTを提供する義務がある。退院や高齢者介護施設へ入所する時は、患者本人、または受け入れ施設にコピーが渡される。われわれが訪問したCedar Sinai Parkでは入所者全員がPOLSTを持っていた。

オレゴン州では、ほとんどの医療機関や高齢者介護施設でPOLSTが活用されている。OHSU病院では、受診した患者は原則POLSTの作成が求められる。2005年からはPOLSTを全科共通の電子カルテに取り込み、どの診療科からも見ることができるようになった。POLSTがないと定期的に電子カルテに警告がでるだけでなく、すでにあっても1年以上経過すると再確認を求められる。

POLSTは医師の指示書であるため、Living WillやAdvance directive以上に効力をもつ。また、明確な記載であるため、医療者が混乱することもない。健康な時から作成できるAdvance directiveとPOLSTは相補関係にあり、両者を持つことが推奨されている。なお、医師が患者に特定の治療を強要する危険については、看護師やソーシャルワーカーなどが同席するため起こり得ないと言われている。

一方、POLSTに対する反対意見もある。人工流産に反対するグループは終末期にはすべての治療を受けることを勧め、POLSTは患者の死を早めることに對する法的免罪符にすぎないと言っている。

3. わが国の現状

わが国の終末期医療は、患者の希望する医療が不明な場合、家族と医療者がその内容を決定している。その結果、経管栄養や経静脈栄養による長期間の寝たきり患者が多い。また、終末期に人工呼吸器装着や血液透析が実施されることもある。確かに高齢者は終末期の判断が難しく、治療を行ってみないと改善するかどうかかわからないことが多い。しかし、それらの治療を行うと、患者は胃瘻ボタン、気管チューブ、カテーテルを抜こうとするため、四肢や体幹を拘束されることがあり、尊厳が守られない。

わが国でも日本尊厳死協会、国立長寿医療セン

ター、聖路加国際病院などが早くからリビングウィルや事前指示書の作成を推進してきた。さらに、2008年4月には後期高齢者に限り、終末期の医療をどのように行うかを事前に医師が説明して同意を得る“終末期相談支援料”が健康保険適用となった。これは、“医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者およびその家族などととも、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する(200点、1回に限る)”とされる。終末期相談支援料の基本的な考え方はPOLSTと同じである。医師の署名も必要とすることから、従来の事前指示書より効力は強い。

しかし、診療報酬収載直後から、「高齢者は早く死ねばよいのか」「本人が意図しない意思決定が迫られる」「患者や家族の複雑な思いが反映されない」「医療者からの情報提供が適切かどうか検証できない」「患者が精神的に弱っているときに意思表示を迫られる」「一度意思表示をするとそれ以降医師が治療方針について相談しなくなる」「自己決定の名の下に治療中止を迫られる恐れがある」「医療費の削減が本当の目的である」などと世論の反発を受け、制度開始からわずか3ヵ月で凍結された。

しかし、2012年1月28日、日本老年医学会が、高齢者の終末期医療において、胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は慎重に検討されるべきで、本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときは、治療の差し控えや治療からの撤退も選択枝として考慮する必要があるとの「立場表明」をまとめた⁸⁾。また、患者の意思をより明確にするために、事前指示書などの導入も検討すべきとし、患者の意思確認が難しい場合は、以前の言動などを家族からよく聞いて十分話し合い、可能な限り推定される本人の意志を尊重することが重要と指摘した。

4. まとめ

アメリカだけでなく、オランダ、オーストラリアにもPOLSTのような患者の意思を終末期医療に反映させる医師の指示書があり、世界の潮流は医療者と患者が終末期に行う医療について話し合う方向にある。超高齢社会を迎えたわが国においても終末期医療のあり方を議論する時期である。そのためにも、自分はどういう最期を迎えたいかを日頃から家族と話し合っておくことが大切である。最後に、凍結されている終末期相談支援料が後期高齢者だけでなく、予後不良な疾患を抱えるすべての患者に導入されることを願う。

本研究の一部は第30回日本認知症学会学術集会シンポジウムで発表した。また、今回の視察には読売

生命維持治療のための医師指示書 (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

<p>生命維持治療のための医師指示書</p> <p>すべての患者は一個人として尊重され、治療されるべきです。<u>まず</u>、以下の指示に従って下さい。<u>その後</u>(必要に応じて)、医師、または、NP (ナースプラクティショナー：上級実践看護師) に連絡をしてください。これは、患者の医学的状況と、意思に基づいて書かれた医師指示用紙です。空欄の項目はすべて、その項目においての全治療を施行するとみなされます。</p>		<p>氏名</p>
<p>A: 心肺蘇生 (CPR)： 脈拍がなく、かつ、呼吸が停止している状態</p> <p><input type="checkbox"/> 蘇生術を施行する・CPR を実施する</p> <p><input type="checkbox"/> 蘇生術を開始しない・DNR (No CPR)</p> <p>心肺停止ではない場合、以下の B,C, および D の項目に従う。</p>		<p>生年月日</p>
<p>B: 医学的処置： 脈拍停止、または、呼吸停止、もしくは、呼吸、脈拍、共に確認される場合</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和処置のみ施行 薬剤をどのような投与経路でも使用する、体位の交換、傷のケア、または、他の痛みや苦痛を和らげる処置。症状緩和のための、酸素の投与、吸引、そして、医療器具を用いない気道確保。延命処置のための病院への搬送はしない。しかしながら、現在の場所では苦痛を緩和できない場合は、病院へ搬送する。</p> <p><input type="checkbox"/> 限定された医学的処置の施行 上記のものを含む。医学的処置の施行、点滴、必要である場合の心拍モニター装着を行う。人工気管挿入や、気道確保のための医療器具 (エアウェイ)、人工呼吸器装着は行わない。もしも必要な場合は、病院へ搬送する。しかし、集中治療室での治療は避ける。</p> <p><input type="checkbox"/> すべての医学的処置の施行 上記のものを含む。人工呼吸器を使用し、気管切開なども施行、また必要な場合の除細動機も施行。もし指示があれば病院へ搬送する、その場合は集中治療室での治療も含む。</p> <p>追加事項：</p>		
<p>C: 抗生剤</p> <p><input type="checkbox"/> 抗生剤は使用しない。症状の緩和のために抗生剤以外のものを使用する。</p> <p><input type="checkbox"/> 抗生剤の使用、または、使用する期間を、感染が起こった場合に決定する。</p> <p><input type="checkbox"/> 延命が可能であれば、抗生剤を使用する。</p> <p>追加事項：</p>		
<p>D: 人工的栄養剤の施行：もし可能であれば、常に経口からの食事摂取は提供する。</p> <p><input type="checkbox"/> 管からの人工栄養剤は使用しない。</p> <p><input type="checkbox"/> 管からの人工栄養剤の使用期間を設定した上で、施行する。</p> <p><input type="checkbox"/> 管を通しての人工栄養剤を長期間施行する。</p> <p>追加事項：</p>		
<p>E: 医学的所見の要約と署名</p> <p>話し合い参加者： 医学的所見：</p> <p><input type="checkbox"/> 患者本人</p> <p><input type="checkbox"/> 未成年者の両親</p> <p><input type="checkbox"/> 医療従事者</p> <p><input type="checkbox"/> 法的保護者</p> <p><input type="checkbox"/> その他：</p>		
<p>医師名：</p> <p>医師署名：</p>	<p>医師電話番号</p> <p>日付</p>	<p>事務所のみ使用欄</p>

CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE,

Oregon Health & Science University, 3181 Sam Jackson Park Rd, UHN-86, Portland, OR 97239-3098 (503) 494-3965 June 2007

日本語版作成者 (翻訳、意訳) 今石 千絵 (看護師) Kaiser Permanente Continuing Care Services, 山下 大輔 (医師) OHSU, Family Medicine

<http://www.ohsu.edu/polst/programs/international.htm>より

新聞の藤田勝氏が同行し、取材内容が読売新聞「医療ルネサンス（平成23年5月6日朝刊）」に掲載された。

謝辞

今回、快く案内してくれたOHSU病院 Dr. Richardson, Dr. Quinn, Dr. Yamashita, Dr. Muramoto, ポートランドアルツハイマー協会のMs. Grondal, Cedar Sinai ParkのMr. Fuks とMs. Fuson, その他多くの関係者に深謝いたします。

注1：米国で使われているLiving Will(s)とAdvance directive(s)は、日本のリビングウイルや事前指示書とその定義と使い方が若干異なる。そのため、本稿では米国の場合は英語表記で、日本の場合は日本語表記とした。

注2：州によってMedical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST（あるいはMOST）、Clinician Orders for Life-Sustaining Treatment, COLST など、名称やカードの色が異なる。

参考資料

1) 宮本礼子, 岩本喜久子, 宮本顕二. オーストラリアの認知症緩和医療. 北海道医報2009;1089号: 24-27.

- 2) 宮本礼子, 宮本顕二. 認知症における経管栄養の是非を議論する時ではないか. 日本認知症学会雑誌2009; 3: 64-65
- 3) POLST ORG. - Physicians Orders for Life-Sustaining Treatment Paradigm.
<http://www.ohsu.edu/polst/>
- 4) POLST Guidance for Oregon's Health Care Professionals.
<http://www.ohsu.edu/polst/programs/documents/Guidebook2011V2.pdf>
- 5) Hickman SE, Nelson CA, et al. Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) paradigm program in the hospice setting. J Palliat Med. 2009; 12: 133-41.
- 6) 萬知子, 巖康秀, 他. 米国の緩和医療と終末期選択ーオレゴン健康科学大学Richardson博士の講演記録. 杏林医会誌2009;39:49-60.
- 7) Muramoto O. Socially and temporally extended end-of-life decision-making process for dementia patients. J Med Ethics. 2011;37:339-43.
- 8) 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/index.html>

北海道医師会サポートセンターのご利用について

◇情報広報部◇

北海道医師会サポートセンターでは、本会提供のメールアドレスに関するご相談だけでなく、パソコン操作やインターネット利用に関する質問対応も承っております。日頃のパソコン利用におけるちょっとした疑問点やトラブル対応の第一相談窓口として、お気軽にご利用ください。

お問い合わせ例

パソコンをMacに変えたら使い方がよくわからない・・・ご利用方法をご案内
プロジェクターでパソコンの映像を映したい・・・ご利用方法をご案内
光電話ってどうしたら使えるの・・・光電話についてご案内、取次ぎも可能
エクセルの使い方がよくわからない・・・一般的な使い方であればご案内可能
サポートに来てほしい・・・駆けつけ業者を手配します(有料となります)

お問い合わせ先：北海道医師会サポートセンター（平日 10:00～12:00、13:00～17:00）

○TEL： 011-738-3401

○E-mail： support@hokkaido.med.or.jp