

生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician Orders for Life-sustaining Treatment, POLST) と Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示

日本集中治療医学会倫理委員会[†]

要約: 生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician Orders for Life-sustaining Treatment, POLST) は、事前指示の長い実践経験の延長上に米国で提唱された概念であり、指示内容に心停止時に心肺蘇生をしない Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) を包含している。日本集中治療医学会倫理委員会は、DNAR 指示の誤解と誤用が多い本邦において POLST に基づく DNAR 指示が可能かについて検討を加えた。POLST 運用基盤は本邦では脆弱であり、急性期医療領域で合意形成がない POLST を検証なく導入し運用することに危惧がある。DNAR 指示の正しい理解と運用が先決案件であり、現時点で POLST (DNAR 指示を含む) の使用は推奨できないと結論した。

Key words: ①POLST (Physician Orders for Life-sustaining Treatment), ②DNAR (Do Not Attempt Resuscitation), ③end-of-life-care, ④clinical ethics

1. はじめに

1975年米国で、遷延性意識障害で人工呼吸中のカレン・アン・クインランの両親が、健康時の娘の意向に沿い人工呼吸器を中止し自然死を迎える権利があると裁判所に訴えた。翌年、米国最高裁判所は両親の主張を受け入れ人工呼吸器中止を認める判断を下した。この事件を契機として、1976年にカリフォルニア州で「Natural Death Act: 自然死法」が制定され、事前指示(書) (advance directive) (以下、事前指示)としてのリビングウィル (living will) に初めて法的効力が与えられた¹⁾。この後、米国では患者の自律尊重 (respect

for autonomy) を基本とした意思決定に、法的保護・拘束力を付与した尊厳死にかかわる医療体制が整備されることになる。翻って、本邦では患者の自律尊重の重要性は広く知られるが、患者が健康時に自身の終末期を想定した意思決定を行うことは少ない。また、法律ではなく、プロフェッションとしての医療従事者の自律を基本とした指針(ガイドライン)による終末期医療の推進が2007年に厚生労働省から公表された^{2,3)}。このように尊厳死・終末期医療のあり方は日米で異なるが、本邦と英・独・仏国においても各国間の大きな相違と多様性が指摘されている⁴⁾。

生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician

委員長: 丸藤 哲 (北海道大学大学院医学研究科侵襲制御医学講座救急医学分野)
 委員: 石川 雅巳 (呉共済病院麻酔・救急集中治療部)
 貝沼 関志 (名古屋大学医学部附属病院外科系集中治療部)
 橋本 圭司 (松江赤十字病院集中治療科)
 立野 淳子 (小倉記念病院)
 木下 浩作 (日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター)
 吉里 孝子 (熊本大学医学部附属病院看護部ケアサポート室)
 澤村 匡史 (済生会熊本病院集中治療室)
 則末 泰博 (東京ベイ・浦安市川医療センター救急・集中治療科集中治療部門)
 美馬 裕之 (神戸市立医療センター中央市民病院麻酔科)

アドバイザー: 氏家 良人 (川崎医科大学救急総合診療医学講座)

[†] 著者連絡先: 一般社団法人日本集中治療医学会 (〒113-0033 東京都文京区本郷3-32-7 東京ビル8階)

受付日2017年1月6日

採択日2017年1月16日

Orders for Life-sustaining Treatment, POLST)は、事前指示関連の法律制定と事前指示の長い実践経験の延長上に米国で提唱された概念であり、事前指示の欠点を補完かつ克服する指示書と考えられている⁵⁾。全米の多くの州で採用が進んでいるが、根強い反対意見や肯定的導入効果への疑問があり、法制上の問題点が指摘されている制度でもある^{5)~8)}。近年、日本臨床倫理学会から、日本版POLST (DNAR指示を含む)「生命を脅かす疾患に直面している患者の医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師による指示書」作成指針が公表された。同学会は医師であれば誰でも使用可能な指示書として、医療機関での作成と指示に基づく医療処置の実践を推奨している⁹⁾。

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 指示は、患者の自律尊重(自己決定)に基づき、心停止時に心肺蘇生を実施しない旨を述べた医師の指示である。日本集中治療医学会倫理委員会はDNAR指示の現状を調査・認識し^{10),11)}、世界と本邦のDNARの歴史と問題点を考察した上で¹²⁾「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」を公表した¹³⁾。前述した世界各国における終末期医療のあり方の相違と多様性を十分に考慮し、本勧告は本邦の現状に沿いガイドラインに準拠したDNAR指示実践を推奨し、日本版POLST (DNAR指示を含む)の採用は見送った。

本報告では、米国における事前指示の歴史を概観し、浮かび上がった諸問題点解決の一方策として提唱され普及しつつある米国版POLSTに関して考察を加える。その上で、日本版POLST (DNAR指示を含む)への論考を試みたい。

2. 事前指示における自律尊重と法的基盤、その問題点

1) 事前指示とDNAR

DNARは医師が出す指示であるが、前述のように心停止に際して心肺蘇生を施行しないという患者の自律に基づく自己決定として捉えるべきであり、事前指示と深くかかわっている¹⁴⁾。しかし、本邦の現状を考慮すると、DNARは患者および家族と医師をはじめとする医療従事者(医療・ケアチーム)が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを通じて合意形成に至ることが望ましく、医師の指示ではなく合意形成結果を関連する全ての人々が共有するものと捉えるべきである^{3),13)}。DNARの概念形成から約半世紀を経たが、米国、本邦のみならず世界各国でその臨床応用上の混乱が持続していることは別稿に述べた¹²⁾。このような

状況を鑑みた上で、日本集中治療医学会はDNAR指示のあり方を勧告として公表したが、事前指示としてのDNARの詳細は別稿を参照して頂きたい^{12),13)}。以下では、一般的事前指示について概説する。

2) 事前指示と法的基盤

事前指示はリビングウィルと医療に関する持続的代理権(Durable Power of Attorney for Health Care)で構成される。リビングウィルは意識障害に陥った(自己決定能力を欠く状態)患者がどのような治療を受けたいかその時点で自己決定できないために、あらかじめ受けたい治療内容を記述・指示する文書(本人が内容を定める指示, instruction directive)である。意識障害に陥った時にあらかじめ医療代理人を任命し、その代理人を通じて自己決定を行うよう指示する(代理人を定める指示, proxy directive)のが持続的代理権である^{15),16)}。樋口¹⁵⁾は、米国の代理権は本人の判断能力がある場合のみ有効であり、判断能力消失とともに失効すると述べ、代理権を持続的に有効にするために1970年代以降全ての州でリビングウィルと持続的代理権を含む事前指示が法的に有効である主旨の法律が定められたと記述する。関連法案の各州における相違もたらず不利益を克服するために、米国では連邦法、統一州法が存在し、Federal Patient Self-determination Act (連邦患者自己決定法)(連邦法1990年)およびUniform Health-Care Decisions Act (統一州法1993年)が米国の事前指示に法的基盤を与えている^{16),17)}。前者は事前指示に関する、①患者の権利、②情報提供、③作成支援などを定め事前指示の法的環境を整備したものであり、後者では、①代理人リスト、②自由書式の容認、③医師の免責を規定している。このように米国では患者の自律尊重・自己決定に基づく事前指示を法制化し保護していることが大きな特徴である。しかし、米国の事前指示体制が順調に運用されているわけではなく、多くの問題点が指摘されていることを理解する必要がある^{15)~17)}。

3) 事前指示の問題点

米国の事前指示に関する本邦の文献は多数存在するが、同指示の現状と問題点を網羅的に調査・検証した報告はなかった。田中らは、米国における事前指示の法的拘束力・有効性・適用可能性・免責規定・持続的代理権・代理人の要件などを調査し、論点を以下のように整理している¹⁶⁾。

①事前指示書式や登録方法が曖昧である。国と法の個人への過剰な介入を避けるためとも考えられるが、医療現場で事前指示活用を阻む可能性が指摘できる。

- ②代理人権乱用に対する防御策が脆弱であり、代理人による過剰な(誤った)患者自己決定が行われる可能性が否定できない。
- ③家族による代理決定権の是非の議論が必要である。家族が常に患者本人意思の最善の理解者とは限らず、推定相続人である家族が患者意思決定において利益相反関係にある点が指摘できる。
- ④事前指示がなく同意能力を喪失した患者、家族など身寄りがいない患者の意思決定支援をどうするのかは、今後の大きな課題である。

本報告は、事前指示の法制化を伴う本邦への導入を考察しているが¹⁶⁾、法律(ハード・ロー)ではなく厚生労働省ガイドライン(ソフト・ロー)による終末期医療を選択している本邦では、患者自己決定に加えて患者の推定意思の尊重、いずれもが不可能な場合は患者の最善の利益に基づく方針決定が行われている^{2),3)}。厚生労働省ガイドライン検討会会員である樋口は、決定プロセスを重視した同ガイドラインの意義と重要性を述べ¹⁸⁾、事前指示の法制化が適切な終末期医療実践の絶対条件でないことは米国で経験済みと断じた。その上で米国の経験を踏まえたひと工夫が事前指示の本邦への導入に必要であるとしている^{15),19)}。

臨床現場から考察すると、事前指示導入には国民の事前指示(自律尊重・自己決定)の理解と作成の困難さが伴う。意思決定には詳細な情報の提供と説明が必要であり、十分な説明や時間をかけた話し合いがなく記載された事前指示が、患者の意思を確実に表現しているかは疑問である。それ以上に、事前指示および終末期医療の教育を受けていない医療従事者が患者の事前意思を十分に汲み取れずに、事前指示の画一的運用を行う可能性があることが大きな問題である¹⁷⁾。

米国の事前指示の適用条件は概ね以下の4点に集約される¹⁶⁾。

- ①患者の同意能力喪失、もしくは担当医が同意能力欠如と判断
- ②2人の医師が患者状態を終末期あるいは遷延性植物状態と診断
- ③根治不能、不可逆的外傷・疾患の診断
- ④延命措置なくしては死が間近である

②, ③, ④は本邦の終末期に近い状態であり概ね妥当であるが、①を含め②, ③, ④の病態が担当医1名、あるいは2名の医師のみで適応判断可能である点は厚生労働省ガイドラインと大きく乖離していることに注意すべきであり、本邦では首肯できない。さらに、適用条件がなく事前指示が実施されている州が存在することも記憶に止めるべきであろう。

患者の自律尊重は、臨床倫理の四原則、「自律尊重、無危害、善行、正義・公正」原則のなかで最重要項目であることは論を待たない。厚生労働省の終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインは、「患者本人による決定を基本とした上で、終末期医療を進めることが最も重要な原則である」と述べている³⁾。本邦において事前指示の普及は重要な課題であるが、それがどのような方法で行われるべきかについては慎重な議論が必要であろう。

3. アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)の考え方

事前指示最大の問題点は、当該病態に対する治療が開始になる時点での判断ではないことである。健常者あるいは意思決定能力のある患者が遠い将来に起こる終末期の医学的病態、これらへの対応と治療を想定してリビングウィルを作成することは困難であり、内容に仮定的要素を排除することはできない^{20),21)}。事前指示作成のみでは終末期医療の質を改善できないことも周知の事実である²²⁾。厚生労働省の終末期医療に関する意識調査等検討会報告書は、事前指示を作成するには、人生の最終段階における医療や療養の方法の選択肢の情報や具体的な人生の最終段階の療養が想像できなければ困難であろうと指摘する。その上で、解決策として十分な情報提供、生老病死を考える風土の醸成と教育をあげ、その達成のための一方策としてアドバンス・ケア・プランニング(事前医療・ケア計画、事前ケア計画、ケア計画事前策定プロセスなどと訳されるが、本稿ではアドバンス・ケア・プランニングを使用する)の普及を進めている²³⁾。

アドバンス・ケア・プランニングは、自身の将来の健康管理に関して医療関係者、家族などと相談して方針を決める過程(プロセス)であり、医師はその決定過程に深く関与し情報を提供しつつ、より良い方向性を与える役割を担う²⁴⁾。結果としての事前指示作成が重要なのではなく、アドバンス・ケア・プランニングでは、患者の価値観・人生観・死生観などを十分に理解した対話と交流を通じて、終末期のみならずそこに至る医療・看護・介護・ケアのあり方を患者と関係する医療従事者が共有するに至る過程(プロセス)が肝要である。最近本邦では、意思決定能力が低下していてもなお、communication TIPS(three informed pillar strategy)を使用して本人の意思、推定意思、最善の利益をもとに意思決定を支援するプロセスが広義のアドバンス・ケア・プランニングとして提唱されており、興味深い²⁵⁾。このように、アドバンス・ケア・プ

ランニングは事前指示の問題点を解決する可能性があり、患者の不安・抑うつ・心的ストレスを減少かつ改善し、入院に関する患者および家族の満足度を上げることにより、終末期医療の質を改善させることが報告されている²⁶⁾。この報告では、患者がやりたいこと、望むことに医師を含む医療従事者が耳を傾け、話し合う機会を設けてくれることに患者自身と家族から高い満足度が示されているが、首肯可能であろう。

アドバンス・ケア・プランニングの導入は本邦では緒に就いたばかりである。アドバンス・ケア・プランニングによる患者との交流には知識と技術が必要であり、導入・実施には人材の確保に加えてその教育が必要である²¹⁾。しかし、アドバンス・ケア・プランニングを教育できる人材が未だ少なく、指導者養成のための教育システムの構築が必要である²¹⁾。2012年に成立した社会保障制度改革推進法は、「人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」を、必要な改革の措置としてあげている。これに伴い厚生労働省は、人生の最終段階の医療では医療行為のみに注目するのではなく、最後まで尊厳を重視した人間の生き方に着目し、幅広く医療およびケアの提供を検討するとして、人生の最終段階における医療相談員（医師、看護師、ソーシャルワーカーなど）の養成を予定している²³⁾。養成プログラムは、厚生労働省の終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（2015年に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と改称²³⁾）に沿って構成されるが、将来この相談員がアドバンス・ケア・プランニングを担う可能性もあるだろう。

アドバンス・ケア・プランニングは事前指示を尊重し、その形成を患者本人と深くかかわる人々が共有かつ交流し合意に至るプロセスである。そして、死のみではなく、そこに至る全ての過程の心づもりをするプロセスでもある。アドバンス・ケア・プランニングの考え方に関して、本邦でも幅広い意見交換が行われることを期待したい。

4. 生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician Orders for Life-sustaining Treatment, POLST)

米国における事前指示のもう一つの問題点は、その普及率の低さにある。2013年の調査では、18歳以上の7,946人の対象者で保持率は26.3%であった²⁷⁾。60歳以上に限定すると2000年の保持率47%が2010年に72%へ上昇したが、入院率と病院死亡は減少せず医療費削減には直結していない²⁸⁾。医療費が膨張する

米国では医療費削減に貢献しないシステムは失敗であり、事前指示を法制化したFederal Patient Self-determination Actにも疑問が呈されている^{29),30)}。さらに、医療・ケア、介護などの環境が変わる、あるいは病態急変時に事前指示所持の有無が不明である可能性が指摘される。救急隊員は事前指示に従うことができないため、心肺蘇生を含む全ての応急処置を行い病院へ搬送し、その後事前指示に基づく医療が実施される³¹⁾。このような事前指示の持つ欠点を補完する目的で作成されたのがPOLSTであり、いかなる医療環境であっても患者の治療およびケア方針を決定できるため、携帯用医療指示書と呼称される³²⁾。

1) 歴史と考え方

POLSTは1991年から数年をかけて米国オレゴン州で開発され、2004年に開催されたThe National POLST Paradigm Task Force (NPPTF)で理論的枠組みと考え方の概要が確定し、全米への普及活動が開始された³¹⁾。現在、反対(3州: non-conforming)、未採用(4州)、開発中(25州: developing)を除くほぼ全米で普及が進み、NPPTFがその書式・内容にお墨付き(endorsed)を与えている。なお、POLSTは州により名称が異なり、clinical orders for LST (COLST)、medical orders for LST (MOLST)などと呼称されている。

POLSTはヘルス・ケア・プロフェッショナル(医師を含む上級看護師、看護師、医師助手などの医療専門職を指すが医師に限定しない。以下、医療専門職³³⁾)が、1年以内に死亡しても驚かない重症・進行性疾患に罹患した患者あるいはフレイル状態(後述)にある個人が対象である³¹⁾。医療専門職が個人の「自発的意思」に基づき(voluntary)、個人と相談(嗜好、願望を確認)して作成し、医療専門職の署名で有効となる医療指示書であるが、医師の署名(医療専門職が医師ではない場合)および本人の署名は必須ではない(州により異なる)。本人の意識がない場合は代理人が作成可能である。当然DNAR指示も含まれ、先述のごとく救急隊員はDNAR指示を含むPOLSTに従い、心肺蘇生を開始あるいは病院へ搬送する義務はない。POLSTは事前指示に代わるものではなく、事前指示を作成した上でPOLSTを作成することが推奨されている。POLSTは病態あるいはフレイルの度合いが変化するたびに見直す必要があり、医療・介護環境が変わっても使用可能である携帯用医療指示書であるため、居住・入院環境変化の都度見直しが必要である。事前指示とPOLSTの比較をTable 1に提示した³¹⁾。Fig. 1は

Table 1 POLSTとadvance directive(事前指示)の比較

	POLST paradigm form	Advance directive
Type of document	Medical order	Legal document
Who completes	Healthcare professional (and patient or surrogate)	Individual
Who needs one	Seriously ill or frail (any age) for whom healthcare professional wouldn't be surprised if died within 1 year	All competent adults
Appoints a surrogate	No	Yes
What is communicated	Specific medical orders for treatment wishes during a medical emergency	General wishes about treatment wishes. May help guide treatment plan after a medical emergency.
Can EMS use	Yes	No
Ease in locating	Very easy to find. Patient has original. Copy is in medical record. Copy may be in a Registry (if your state has a Registry).	Not very easy to find. Depends on where patient keeps it and if they have told someone where it is, given a copy to surrogate or to health care professional to put in his/her medical record.

EMS, emergency medical service; POLST, Physician Orders for Life-sustaining Treatment.
文献31)より引用。

POLSTの開発かつ先進州であるオレゴン州のものである³⁴⁾。なお、本稿では図は白黒で掲載しているが、通常は明るい桃色など非常に目立つ色で作成されている。

2) 普及とその効果

POLSTの事前指示を上回る利点に関しては多くの論文が公表されてきたが、その現実的有効性は、個人の嗜好・願望がどの程度達成されたかで評価されることが多い。58,000人の死亡者のうちPOLST指示を所持する17,902人を対象とした調査では、POLST書式(Fig. 1)で「Comfort Measures Only」を選択した場合、病院死は6.4%だが、「Full Treatment」を選択した場合の病院死は44.2%であり、そのORは9.66であるとし、POLSTが「自宅で死にたい」という個人の嗜好・願望を叶えていると結論する³⁵⁾。本論文は、病院死亡の“striking difference”がPOLSTの有効性の証拠として、POLSTを考案したOregon Health & Science Universityはじめ多くの宣伝に使用されている^{6),36)}。しかし、「Full Treatment」を望む者の44.2%しか病院へ搬送あるいは治療を受けることができなかった結果(病院以外で死亡した)への言及はない。看護・介護施設入所者とその死亡者1,711名を対象とした調査では、POLSTを所持する者が非所持者よりも入院を含めてより自身の嗜好、願望を叶えることができたことが報告されている³⁷⁾。

二十数年間に渡るPOLSTに関する23研究論文のシ

ステマティックレビューが最近公表された⁸⁾。本レビューは、ほとんどの研究がオレゴン州で後ろ向きchart reviewで実施されていること、少ない対象症例数、記述データ解析、都合の良い非ランダム化データなどの方法上の限界があり、得られた結論を普遍化できないことを明らかにした上で、POLSTが個人あるいは代理人の嗜好・願望を反映するという確証はないと結論した。さらに、

- ①Facilitatorと呼称される非医療専門職(ソーシャルワーカー、司祭、入院係、看護・介護施設管理者など⁷⁾)が書式を完成させている状況
- ②1/3がDNARを選択するが、その他の指示選択に多様性が見られ、Fig. 1内の「A: CPR (CARDIO-PULMONARY RESUSCITATION)」の選択肢が個人の嗜好と願望を直接反映しないこと
- ③関係者は概ねPOLSTに好意的評価を持つが、書式内容理解が困難、教育の不備、書式に従った治療が困難など、一致した問題点を指摘している事実
- ④本来の意図に従い慢性進行性疾患末期およびフレイルにPOLSTが使用された研究の欠如などが本レビューで明らかにされている。さらに、前述の論文を引用し³⁵⁾、自宅での死が個人の望むcomfortを満たしたかは不明であると記述している点は興味深い。

このレビューは今後の方向性として、①POLST書

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT			
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)			
Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.			
Patient Last Name:		Patient First Name:	Patient Middle Name:
Address: (street / city / state / zip):		Date of Birth: (mm/dd/yyyy) ____ / ____ / ____	Last 4 SSN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
A Check One	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>Unresponsive, pulseless, & not breathing.</i>		
	<input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR If patient is not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B and C.		
B Check One	MEDICAL INTERVENTIONS: <i>If patient has pulse and is breathing.</i>		
	<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. Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location. Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.		
	<input type="checkbox"/> Limited 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). Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit. Treatment Plan: Provide basic medical treatments.		
C Check One	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible.</i>		
	<input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition by tube. <input type="checkbox"/> Defined trial period of artificial nutrition by tube. <input type="checkbox"/> No artificial nutrition by tube. Additional Orders (e.g., defining the length of a trial period): _____		
D Must Fill Out	DOCUMENTATION OF DISCUSSION: (REQUIRED) <i>See reverse side for add'l info.</i>		
	<input type="checkbox"/> Patient (If patient lacks capacity, must check a box below) <input type="checkbox"/> Health Care Representative (legally appointed by advance directive or court) <input type="checkbox"/> Surrogate defined by facility policy or Surrogate for patient with developmental disabilities or significant mental health condition (Note: Special requirements for completion- see reverse side) Representative/Surrogate Name: _____ Relationship: _____		
E	PATIENT OR SURROGATE SIGNATURE AND OREGON POLST REGISTRY OPT OUT		
	Signature: <u>recommended</u>		This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out, if so check opt out box: <input type="checkbox"/>
F Must Print Name, Sign & Date	ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA (REQUIRED)		
	By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistent with the patient's current medical condition and preferences.		
	Print Signing MD / DO / NP / PA Name: <u>required</u>	Signer Phone Number:	Signer License Number: (optional)
MD / DO / NP / PA Signature: <u>required</u>	Date: <u>required</u>	Office Use Only	
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED SUBMIT COPY OF BOTH SIDES OF FORM TO REGISTRY IF PATIENT DID NOT OPT OUT IN SECTION E			

Fig. 1 米国オレゴン州で使用されているPOLST書式
 DO, doctor of osteopathy; MD, medical doctor; NP, nurse practitioner; PA, physician assistant.
 文献34)より引用。

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT			
Information for patient named on this form PATIENT'S NAME: _____			
<p>The POLST form is always voluntary and is usually for persons with serious illness or frailty. POLST records your wishes for medical treatment in your current state of health (states your treatment wishes if something happened tonight). Once initial medical treatment is begun and the risks and benefits of further therapy are clear, your treatment wishes may change. Your medical care and this form can be changed to reflect your new wishes at any time. No form, however, can address all the medical treatment decisions that may need to be made. An Advance Directive is recommended for all capable adults and allows you to document in detail your future health care instructions and/or name a Health Care Representative to speak for you if you are unable to speak for yourself. Consider reviewing your Advance Directive and giving a copy of it to your health care professional.</p>			
Contact Information (Optional)			
Health Care Representative or Surrogate:	Relationship:	Phone Number:	Address:
Health Care Professional Information			
Preparer Name:	Preparer Title:	Phone Number:	Date Prepared:
PA's Supervising Physician:		Phone Number:	
Primary Care Professional:			
Directions for Health Care Professionals			
Completing POLST			
<ul style="list-style-type: none"> • Completing a POLST is always voluntary and cannot be mandated for a patient. • An order of CPR in Section A is incompatible with an order for Comfort Measures Only in Section B (will not be accepted in Registry). • For information on legally appointed health care representatives and their authority, refer to ORS 127.505 - 127.660. • Should reflect current preferences of persons with serious illness or frailty. Also, encourage completion of an Advance Directive. • Verbal / phone orders are acceptable with follow-up signature by MD/DO/NP/PA in accordance with facility/community policy. • Use of original form is encouraged. Photocopies, faxes, and electronic registry forms are also legal and valid. • A person with developmental disabilities or significant mental health condition requires additional consideration before completing the POLST form; refer to <i>Guidance for Health Care Professionals</i> at www.or.polst.org. 			
Oregon POLST Registry Information			
Health Care Professionals: (1) You are required to send a copy of both sides of this POLST form to the Oregon POLST Registry unless the patient opts out. (2) The following sections must be completed: <ul style="list-style-type: none"> • Patient's full name • Date of birth • MD / DO / NP / PA signature • Date signed 	Registry Contact Information: Phone: 503-418-4083 Fax or eFAX: 503-418-2161 www.orpolstregistry.org polstreg@ohsu.edu Oregon POLST Registry 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Mail Code: CDW-EM Portland, Or 97239	Patients: Mailed confirmation packets from Registry may take four weeks for delivery. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MAY PUT REGISTRY ID STICKER HERE: </div>	
Updating POLST: A POLST Form only needs to be revised if patient treatment preferences have changed.			
This POLST should be reviewed periodically, including when: <ul style="list-style-type: none"> • The patient is transferred from one care setting or care level to another (including upon admission or at discharge), or • There is a substantial change in the patient's health status. If patient wishes haven't changed, the POLST Form does not need to be revised, updated, rewritten or resent to the Registry.			
Voiding POLST: A copy of the voided POLST <u>must</u> be sent to the Registry unless patient has opted-out.			
<ul style="list-style-type: none"> • A person with capacity, or the valid surrogate of a person without capacity, can void the form and request alternative treatment. • Draw line through sections A through E and write "VOID" in large letters if POLST is replaced or becomes invalid. • Send a copy of the voided form to the POLST Registry (required unless patient has opted out). • If included in an electronic medical record, follow voiding procedures of facility/community. 			
For permission to use the copyrighted form contact the OHSU Center for Ethics in Health Care at orpolst@ohsu.edu or (503) 494-3965. Information on the Oregon POLST Program is available online at www.or.polst.org or at orpolst@ohsu.edu			
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED, SUBMIT COPY TO REGISTRY			

Fig. 1 米国オレゴン州で使用されている POLST 書式 (続き)
 DO, doctor of osteopathy; MD, medical doctor; NP, nurse practitioner; PA, physician assistant.
 文献 34) より引用。

式完成に至る意思決定過程の質の評価, ②関連する人々のPOLST理解および適用方法, 教育・研修方法の開発とそれらの応用結果の評価, ③population-basedの介入を伴う前向き検討の必要性をあげるのが, 妥当である。

3) 根強い反対意見

POLSTは医療費削減の道具である, 必要な医療を制限している, 偏見と差別を助長している, 医師と患者の話し合いの場を奪うなど, その応用に対する根強い反対意見がある制度でもある⁶⁾⁷⁾。特にCatholic Medical Associationは, POLSTは人生の終末期の質を改善するという目的達成のためにはあまりにも欠陥が多すぎるとして, その運用を拒否すべきとする白書を公表した⁷⁾。そのホームページでは「Decline forms that are signed medical orders, (like POLST). Medical orders that are signed by a provider or physician are like prescriptions. They don't have to be reviewed if your condition changes for better or worse. They are simply carried out.」と強くPOLSTを非難している³⁸⁾。以下, 白書に沿った問題点を考察するが, 個々の記述内容の文献は原著⁷⁾を参照して頂きたい。

人生の終末期における自律尊重に基づく医療方針の自己決定は, 自身の状態を医療専門職と十分かつ繰り返した相談・交流過程(プロセス)を経てなされるべきである。しかし, 遠い将来(月, 年単位)の極端に簡素化し提示されるPOLST書式の医療内容を決断可能かという問題点が常につきまとう。さらに, 自己決定に自己の署名が不要な州, 「full treatment」を「aggressive treatment」あるいは「no treatment」を「comfort measure」と言い換えるバイアスを誘う書式の内容が, 個人の医療方針決定過程を曖昧かつ困難にしている。医療の基本は医師と患者の交流であるが, 非医療専門職であるfacilitatorによる書式作成過程でPOLSTの対象者が正確に自身の状態を把握し, 将来の適切な治療内容決定が可能であろうか。そして医師がfacilitatorから提出されたPOLST書式のみで患者の状況を把握して署名可能(必要な州では)であろうか。非医療専門職が専門的医療内容を正確に伝えることが可能であろうか。さらに, 白書は病院に雇用されたfacilitatorが作成するPOLSTが利益相反(病院搬送を希望しない患者, 高額医療を望まない患者の増加が病院経営を改善する)が生じる可能性を指摘する。

白書は公表された論文を個々に検証し, POLSTが個人の嗜好, 願望, 選択を保証し, 個人が尊厳を保ち死に至るという確証はないと結論している点は, 前掲

のシステムティックレビューと一致する。白書が指摘する最大の問題点はPOLSTが本来対象としない人々に対して画一的かつ無制限に作成されている事実であり, 助かる命の切り捨てが行われている現状を直視する必要がある。

POLST書式作成の対象となる死亡を疑わない年数は, オレゴン州では1~2年, ニュージャージー州では5年であり, さらに将来の生命維持治療に自身の嗜好・願望を表明したい全ての健康な個人が作成可能である。2年, 5年先の確実な死亡を予測し治療内容を決定可能とする不条理に気付くべきであり, 健康な青年・壮年がPOLST書式を完成させる矛盾は事前指示で指摘された問題点と一致する。カリフォルニア州, ウィスコンシン州では健康状態に無関係に一律かつ一方的に看護・介護施設入所者, 低所得老人用アパート入居者を対象としてPOLSTが作成されている。ウェストバージニア州では, 将来生命維持治療が必要になる可能性のある全ての慢性疾患, 例えば25歳の喘息患者, が対象である。知的障害者, 発達障害者もPOLST作成可能であり, 低所得者層の障害のある子供(脳性麻痺, 嚢胞性線維症, 筋ジストロフィー, 癌)にPOLSTを作成し, 医療費削減に貢献したとカリフォルニア州から報告された。このようにPOLST対象者は無制限に拡大し, デラウェア州では新州法ができるまで終末期病態にない患者にMOLST(POLST)作成を控えるようヘルスケアワーカーに依頼する事態が生じている。つまり, この州では終末期病態にない患者に一律にMOLST作成が行われ, その作成に州法で法的基盤を与えるということである。

4) 法制上の諸問題

POLSTが抱える法制上の諸問題は, Popeらの総説に詳述されているので参照されたい⁵⁾。この総説は, 医師の署名が不要, 患者の署名が不要なPOLSTが包含する大きな法制上の問題点を考察し, 代理人が意思決定能力を欠いた患者に代わり法的妥当性を持ちPOLSTを作成可能かと問うている。さらに,

- ①POLSTと事前指示が存在し, その内容に相違がある場合にどちらを優先すべきなのか
- ②自発的に作成すべきPOLSTを病院あるいは看護・介護施設が患者に提示(offer)することが義務なのか
- ③医療従事者(health care provider)が患者にPOLSTを提示(offer)し完成させることが義務なのか
- ④急速に普及する電子登録の意義は何か
- ⑤複写したPOLSTの有効性はあるのか

⑥異なる州のPOLSTの互換性

などを法制上の問題点として挙げている。これらの法制上の多くの問題点が、前項「3」根強い反対意見」で述べた問題点と一致することに注目すべきであろう。

5) POLST書式の矛盾

POLST対象者は、自身の人生の最期の医療内容の願望をこの書式で意思表示する。しかし、人生の最期は遙かに先であり(適応原則は1年、州により2年～数十年先、あるいは制限なし)、最期に至る過程で生ずる回復可能な病態は考慮されていない。慢性呼吸不全患者が人生の最終段階で「Comfort Measures Only」を自身の意思として選択することは妥当であろう。しかし、回復可能な急性増悪病態に陥った時にこの選択が妥当かの議論が必要であり、我々集中治療従事者が、患者が「Full Treatment」を選択しない限り助かる命が、「医師の指示」であるPOLSTにより見捨てられる可能性を予見することは容易である。医療費削減の道具であるという非難がでる所以であろう。

POLSTは、病院内のみではなく病院外で作成される携帯用医療指示書である。POLSTの内容には「Generally avoid the intensive care unit」, 「Transfer to hospital and/or intensive care unit if indicated」の項目を含む(Fig. 1)。POLST作成を患者とともに行う院内外の医療従事者はICUで行われる集中治療の実際を熟知している必要があるが、facilitatorと呼ばれる非医療専門職に今日の高度に発達した集中治療内容を説明可能であろうか。POLSTによれば、救急医療の現場で原因・病態の如何にかかわらず、DNAR指示のある心肺停止患者に救急隊員は心肺蘇生の義務はなく病院へ搬送する必要はない。すなわち、POLST本来の意義から外れて、POLSTが規定する医療処置が必要になった患者に一律に指示が有効となり、病院への不搬送が起こることが問題なのである。

5. DNAR指示の現状とPOLST

厚生労働省の調査報告書から、米国と本邦の人生の最終段階における医療の考え方と現状の大きな相違がうかがえる²³⁾。事前の意思表示の書面(事前指示)作成に一般国民の70%以上が賛成しているが、実際に作成しているのはそのうちの3%である。厚生労働省終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインの医師・看護師の認知度は33%, 41%と驚くべき低値であり、学会などの作成ガイドラインもほぼ同様の認知度である。医療福祉従事者の資質向上は人生の最終段階における医療の質向上のために必須かつ喫緊の課題であるが、そのための教育・研修が行われているのは介

護老人福祉施設では約60%であるが、病院、診療所ではそれぞれ約30%, 10%にすぎない。報告書をまとめた終末期医療の決定プロセスのあり方検討会は、これらの諸問題解決に向けて、国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保と本人の医師を尊重した医療提供体制の整備を提案している。

日本集中治療医学会倫理委員会が施行したDNAR指示の現状調査では、予想どおりDNAR指示のもとに多くの医療行為の不開始、内容変更、中止が安易に施行されている、悲惨とも言える現実が如実となった^{10),11)}。しかも、これらが終末期以外の患者に、意思の確認なしに、1人の医師の裁量で行われ、その施設の医療従事者が誰もその不条理に気付いていない。この状況は看護師を対象とした現状調査でも同様の結果であり、医師・看護師ともにDNAR指示が意味する内容をほとんど理解していないことが判明した。

米国のPOLSTの歴史と現状から、①事前指示を国民が理解した上で作成すること、②アドバンス・ケア・プランニングに代表される医師を主体とした医療従事者(医療・ケアチーム)と患者が、死のみではなく死への心づもりを共有し作り上げる過程(プロセス)が重要であること、③関連する全ての人々に対する教育と研修が重要かつ必須であることが、DNAR指示を含むPOLSTの実践に必要かつ重要であると容易に理解できる。DNAR指示は、患者および家族と医療従事者(医療・ケアチーム)が最善の医療とケアを作り上げるプロセスを通じて合意形成に至ることが望ましいとは先述した。これ故に、④終末期医療が患者本人の決定を基本とした上で医療・ケアチームと患者が作り上げるプロセスであることを述べた「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」の考え方と方法を、医師・看護師のみならず施設介護職員を含めた関連各位へ周知することが肝要である。そして最も重要な点は、⑤医療従事者がDNAR指示の誤用に気付き、DNAR指示を本来あるべき方法(ガイドライン)に準じて実践するための教育・研修を通じた啓蒙がDNAR指示を含むPOLSTの運用に必須である。

しかし、厚生労働省および日本集中治療医学会倫理委員会の現状調査結果は、これらのPOLST(DNAR指示を含む)運用基盤が未だ脆弱であることを示している。このような状況下、急性期医療領域で合意形成がないPOLSTという言葉と制度を、検証なく直輸入して使用することへの危惧が捨てきれない。さらに、多くのDNAR指示誤用がある現状では、POLST書面を免

罪符にDNAR指示が一人歩きし、現在以上に救命の努力が放棄される懸念がある。このような中で日本集中治療医学会は「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」を公表した¹³⁾。これまで述べた米国におけるPOLSTの歴史と現状および本邦のDNAR指示の現状を十二分に考察した上で、本勧告は日本臨床倫理学会が作成・公表している日本版POLST (DNAR指示を含む)の使用は推奨できないと結論した。

6. 今後の課題

日本集中治療医学会はこの十数年、「法的制裁を畏れるがあまりに患者の尊厳を無視した延命医療が行われていないか」という問いへの回答を模索し、2014年に「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」を公表した³⁹⁾。その過程で「尊厳死、延命医療拒否の錦の御旗のもとに救命の努力が放棄されているのではとの危惧がある」と問いかけた⁴⁰⁾。日本集中治療医学会倫理委員会が施行したDNAR指示の現状調査は、この危惧が現実になっている状況を示している。DNAR指示あるいは終末期医療選択の大前提として救命医療が確実に行われたことが暗黙の了解の筈である。この大前提が崩壊しているのであれば、我々の医療は国民の信頼を得ることができるのであろうか。

この問いへの回答として、日本版POLST (DNAR指示を含む)「生命を脅かす疾患に直面している患者の医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師による指示書」が公表された⁹⁾。しかし、この日本版POLSTを受け入れる前に、我々は「欧米の考え方をそのまま直輸入すべきか」あるいは「日本の実情に合わせた考え方を構築すべきか」という命題と真摯に向き合う必要がある。

附 記

日本老年医学会はフレイルを「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態であるが、しかるべき介入により再び健全な状態に戻る可逆性をもつ」と定義している⁴¹⁾。終末期医療とフレイルに関しては会田の解説が参考になる⁴²⁾。なお、activities of daily living (ADL) とフレイルは別個の概念である。

本稿の著者のうち、木下浩作は旭化成ファーマ株式会社、塩野義製薬株式会社より奨学寄付金(奨励寄付金)を受けて

いる。その他の著者には、開示すべきCOIはない。

文 献

- 1) 日本医師会第IX次生命倫理懇談会。「ふたたび終末期医療について」の報告. 2006年2月. Available from: <https://www.med.or.jp/nichikara/seirin17.pdf>
- 2) 位田隆一. 医療を規律するソフト・ローの意義. 樋口範雄, 土屋裕子編. 生命倫理と法. 東京: 弘文堂; 2006. p. 70-98.
- 3) 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007年5月. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>
- 4) 甲斐克則. 治療義務の限界論. 2012年第3回終末期医療における臨床倫理問題に関する教育講座. 2012年10月.
- 5) Pope TM, Hexum M. Legal briefing: POLST: Physician orders for life-sustaining treatment. J Clin Ethics 2012;23:353-76.
- 6) The Asahi Shimbun GLOBE. 終末期をめぐる. ポルスト (POLST), 究極の「事前指示書」は高齢者医療をどう変えるか. 2014年8月27日. Available from: <http://globe.asahi.com/feature/side/2014081400024.html>
- 7) Bruggler C, Breschi LC, Hart EM, et al. The POLST paradigm and form: Facts and analysis. Linacre Q 2013;80:103-8.
- 8) Hickman SE, Keevern E, Hammes BJ. Use of physician orders for life-sustaining treatment program in the clinical setting: a systematic review of the literature. J Am Geriatr Soc 2015;63:341-50.
- 9) 箕岡真子. DNAR指示に関するワーキンググループの成果報告. Available from: http://www.j-ethics.jp/katsudou_1.htm
- 10) 日本集中治療医学会倫理委員会. 日本集中治療医学会評議員施設および会員医師の蘇生不要指示に関する現状調査. 日集中医誌 2017;24:227-43.
- 11) 日本集中治療医学会倫理委員会. 日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査. 日集中医誌 2017;24:244-53.
- 12) 日本集中治療医学会倫理委員会. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の考え方. 日集中医誌 2017;24:210-5.
- 13) 日本集中治療医学会. Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告. 日集中医誌 2017;24:208-9.
- 14) 箕岡真子. DNARの歴史. 蘇生不要指示のゆくえ. 医療者のためのDNARの倫理. 東京: ワールドプランニング; 2012. p. 23-8.
- 15) 樋口範雄. リビングウィルと法. 病院 2013;72:266-9.
- 16) 田中美穂, 前田正一. 米国50州・1特別区の前指示法の現状分析 —終末期医療の意思決定に関する議論の構築に向けて—. 日本医師会総合政策研究機構, 日医総研ワーキングペーパー. 2014年12月. Available from: http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_562.html
- 17) 岡村世里奈. 事前指示をめぐる世界の状況と日本. 病院 2013;72:281-5.
- 18) 樋口範雄. 終末期医療とプロセス・ガイドライン. 続・医療と法を考える 終末期医療ガイドライン. 東京: 有斐閣; 2008. p. 79-104.
- 19) 樋口範雄. 高齢者の終末期医療と法のかたち. Geriatr Med 2012;50:1395-7.
- 20) 丸山英二. 事前指示 (リビング・ウィル等) とその取り扱い. 日本集中治療医学会第2回教育講座: 集中治療と臨床倫理 —倫理的・法的・社会的問題への対応. 2015年3月.
- 21) 山本悠司. 終末期患者の意思を尊重する方法 —米国の活動の日本への移行可能性について—. Available from:

- http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/eth/OJ_files/OJ12/yamamoto.pdf
- 22) Molloy DW, Guyatt G, Russo R, et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes. A randomized controlled trial. JAMA 2000;283:1437-44.
 - 23) 厚生労働省. 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. 平成19年5月(改訂 平成27年3月). Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>
 - 24) Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for clinicians: 6. Advance care planning. CMAJ 1996;155:1689-92.
 - 25) 西川満則. 特養の看護職が知っておくべきアドバンス・ケア・プランニング. Community Care 2014;16:14-9.
 - 26) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. BMJ 2010;340:c1345.
 - 27) Rao JK, Anderson LA, Lin FC, et al. Completion of advance directives among U.S. consumers. Am J Prev Med 2014;46:65-70.
 - 28) Silveria MJ, Wiitala W, Piette J. Advance directive completion by elderly Americans: a decade of change. J Am Geriatr Soc 2014;62:706-10.
 - 29) Leahman D. Why the Patient Self-determination Act has failed. N C Med J 2004;65:249-51.
 - 30) Kring DL. The Patient Self-determination Act: has it reached the end of its life?. JONAS Healthc Law Ethics Regul 2007;9:125-31.
 - 31) National POLST paradigm. Available from: <http://polst.org/professionals-page/?pro=1>
 - 32) 井上悠輔, 及川正典, 上白木悦子, 他訳. ケアの引き継ぎに関する指針. 前田正一監訳. ヘイスティングス・センターガイドライン 生命維持治療と終末期ケアに関する方針決定. 京都: 金芳堂; 2016 p. 116-37.
 - 33) 井上悠輔, 及川正典, 上白木悦子, 他訳. 用語集. 前田正一監訳. ヘイスティングス・センターガイドライン 生命維持治療と終末期ケアに関する方針決定. 京都: 金芳堂; 2016. p. 263-7.
 - 34) Oregon POLST Form. Available from: <http://www.polst.org/wp-content/uploads/2014/10/2014.10.02-Oregon-POLST-Form-FINAL.pdf>
 - 35) Fromme EK, Zive D, Schmidt T, et al. Association between physician orders for life-sustaining treatment for scope of treatment and in-hospital death in Oregon. J Am Geriatr Soc 2014;62:1246-51.
 - 36) Proof of POLST: Patient preferences match resulting treatment in state study. Available from: <http://www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/news-and-events/paper-080514.cfm>
 - 37) Hickman SE, Nelson CA, Perrin NA, et al. A comparison of methods to communicate treatment preferences in nursing facilities: traditional practices versus the physician orders for life-sustaining treatment program. J Am Geriatr Soc 2010;58:1241-8.
 - 38) Catholic Medical Association. Physician Orders for Life-Sustaining Treatment. End-of-Life Information and Resources: Advance Directives. Available from: <http://www.cathmed.org/programs-resources/health-care-policy/polst/>
 - 39) 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～. Available from: <http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>
 - 40) 丸藤 哲, 丸川征四郎. 急性期の終末期医療に対する新たな提案 —第36回日本集中治療医学会学術集会合同シンポジウムより—. ICUとCCU 2009;33:799-801.
 - 41) 日本老年医学会. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. Available from: https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf
 - 42) 会田薫子. 超高齢社会のエンドオブライフ・ケアの動向—フレイルとエンドオブライフ・ケア—. Geriatr Med 2015;53:73-6.

Physician Orders for Life-sustaining Treatment (POLST) and Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) order

Ethics Committee, Japanese Society of Intensive Care Medicine

J Jpn Soc Intensive Care Med 2017;24:216-26.